



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

**Implementação de um programa de Oncology Nurse
Navigator no trajeto da pessoa com cancro do pulmão**

Cláudia Regina de Matos Bernardo

**Lisboa
2024**



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

**Implementação de um programa de Oncology Nurse
Navigator no trajeto da pessoa com cancro do pulmão**

Cláudia Regina de Matos Bernardo

Orientador: Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

**Lisboa
2024**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

Agradeço à minha família por todo o apoio e compreensão dados.
Um especial agradecimento à Professora Maria Alexandra Pinto dos Santos, por toda a
paciência e incentivo.

Siglas e Abreviaturas

AOSW – Association of Oncology Social Work

CCP – Cuidados Centrados na Pessoa

CPNPC – Cancro do Pulmão de não pequenas células

CPPC – Cancro do pulmão de pequenas células

ECCO – Enfermeiro coordenador de cuidados oncológicos

EMD – equipa multidisciplinar

EUA – Estados Unidos da América

ICHOM - International Consortium for Health Outcomes Measurement

NASW – National Association of Social Workers

NCONN – National Coalition of Oncology Nurse Navigators

ONN – Oncology Nurse Navigator

ONNP – Oncology Nurse Navigator do pulmão

ONS – Oncology Nursing Society

PROMs – Patient reported outcome measures

QT – Quimioterapia

QTRT – Quimioradioterapia

RT – Radioterapia

SACT - Systemic anti-cancer treatments

TC – Tomografia computadorizada

UCPul – Unidade de cancro do pulmão

UMP – Unidades Multidisciplinares de Patologia

WHO – World Health Organization

Resumo

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, e intitula-se “Implementação de um programa de *Oncology Nurse Navigator* no trajeto da pessoa com cancro do pulmão”. Recentemente verificou-se um aumento significativo do número de pessoas com diagnóstico de cancro do pulmão com necessidade de cuidados e acompanhamento pela equipa multidisciplinar de uma Unidade de Cancro do Pulmão, na qual não há participação de enfermeiros, impondo uma maior articulação e coordenação entre os profissionais de saúde. Observou-se uma fragmentação dos cuidados prestados, com potenciais lacunas no acompanhamento individualizado destas pessoas ao longo do trajeto de doença. Desta forma, a solução para o problema identificado, consiste na integração do *oncology nurse navigator* do pulmão na Unidade através da construção de um Programa de *oncology nurse navigator* para a pessoa com cancro do pulmão. Assim, estabeleceu-se como finalidade do projeto a criação de um programa de navegação, sustentado na evidência, para as pessoas com cancro do pulmão, que fará o seu acompanhamento ao longo do trajeto da doença. Este projeto dá resposta à questão de investigação “Como criar um programa de *oncology nurse navigator* para a pessoa com cancro do pulmão?”. O estágio com relatório obedeceu à Metodologia de Projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A implementação do Programa refletiu-se numa maior coordenação de todos os aspetos dos cuidados da pessoa com cancro do pulmão ao longo do trajeto de doença, oferecendo uma abordagem integrada e centrada na pessoa, que permitiu melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e promover resultados de saúde mais satisfatórios.

Palavras-chave: *oncology nurse navigator*; cancro do pulmão; programa de navegação; intervenções

Abstract

This report is inserted within the scope of the placement Curricular Unit with Report, of the Master's Degree in Nursing and Specialty in Medical-Surgical in Oncology Nursing, and is entitled "Implementation of an Oncology Nurse Navigator program on the journey of people with lung cancer". Recently, was reported a significant increase in the number of people diagnosed with lung cancer requiring care and monitoring by the multidisciplinary team of a Lung Cancer Unit, in which there is no participation of nurses, imposing greater articulation and coordination between the health professionals. There is a fragmentation of the care provided, with possible gaps in the individualized monitoring of these people throughout the course of the disease. Therefore, the solution to the identified problem is to integrate an oncology nurse navigator in the Unit through the construction of an oncology nurse navigator program for people with lung cancer. Therefore, the localization was made specifically for the project to create a navigation program, supported by evidence, for people with lung cancer, who will be monitored throughout the disease trajectory. This project answers the research question "How to create an oncology nurse navigator program for a person with lung cancer?". The internship with report followed the Project Methodology (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). The implementation of the Program was reflected in greater depth of all aspects of care for people with lung cancer throughout the disease trajectory, offering an integrated and person-centered approach, which helped to improve the quality of health care and promote more overwhelming health outcomes.

Keywords: oncology nurse navigator; lung cancer; navigation program; interventions

Índice

Introdução	13
1. Enquadramento teórico	19
1.1 O trajeto da pessoa com cancro do pulmão.....	20
1.2 <i>Oncology nurse navigator</i> : competências, funções e filosofia de cuidados.....	21
1.3 O programa de navegação em oncologia.....	29
2. Execução das Atividades Previstas	34
2.1 Metodologia.....	35
2.2 Estágio na unidade de pulmão da instituição A.....	36
2.3 Estágio na unidade de cancro colorretal da instituição B: primeiro momento	47
2.4 Estágio na Unidade de Cancro Colorretal da Instituição B: segundo momento	65
3. Avaliação	74
4. Conclusões e Perspetivas Futuras	76
Referências Bibliográficas.....	77

Apêndices

Apêndice I – Equipa multidisciplinar da unidade de pulmão da instituição A

Apêndice II – Diagrama das unidades multidisciplinares de patologia

Apêndice III – Grelha de recolha de dados sobre o espaço físico da unidade de pulmão da instituição A

Apêndice IV – Guião da entrevista

Apêndice V – Grelha de avaliação da entrevista

Apêndice VI – Instrução de trabalho avaliação do risco nutricional do doente cirúrgico

Apêndice VII – Plano de ação de formação

Apêndice VIII – Slides da ação de formação

Apêndice IX – Ficha de avaliação da ação de formação

Apêndice X – Instrução de trabalho teleconsulta de follow-up para pessoas submetidas a cirurgia torácica para tratamento de cancro do pulmão

Apêndice XI – Equipa multidisciplinar da unidade de cancro do pulmão da instituição B

Apêndice XII – Quadro sobre os recursos existentes na instituição B

Apêndice XIII – Algoritmo de trajeto da pessoa adulta com suspeita de cancro do pulmão

Apêndice XIV – Diagramas do trajeto da pessoa com cancro do pulmão

Apêndice XV – Indicadores de resultados PROMs

Apêndice XVI – Matriz de atividade do ONNP

Apêndice XVII – Instrução de trabalho consulta de acolhimento

Apêndice XVIII – Consultas/contactos do ONNP

Apêndice XIX – Indicadores de resultados do ONNP

Introdução

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, e intitula-se “Implementação de um programa de Oncology Nurse Navigator no trajeto da pessoa com cancro do pulmão”.

Tem a finalidade de relatar o percurso desenvolvido numa lógica de análise e reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas na prática de cuidados de enfermagem nos três contextos de estágio. Neste sentido, definiram-se os objetivos: (1) realizar uma autoavaliação e reconhecimento das aprendizagens obtidas, essenciais para a aquisição das competências de enfermeira especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e de Mestre (Presidência do Conselho de Ministros, 2018), e das competências essenciais do oncology nurse navigator da ONS (2017); (2) possibilitar a exploração dos contributos deste trabalho para a melhoria dos cuidados de enfermagem em oncologia.

A aquisição destas competências irá permitir-me desenvolver uma prática avançada e especializada de cuidados em que, de forma intuitiva e centrada nas necessidades e respostas à pessoa com cancro do pulmão ao longo do trajeto de doença, possa evoluir progressivamente nas atividades a realizar nos três contextos. Apoiando-me no modelo de Benner (Brykczynski, 2004), no início do estágio, parto da fase de competente no desenvolvimento de competências como ONN e ambiciono uma continuidade gradual de crescimento de perícia, apoiada pelas experientes equipas dos contextos de estágio, numa prática clínica reflexiva consciente e intencional, alicerçada na procura da melhor evidência científica e teórica.

O estágio com relatório obedeceu à Metodologia de Projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010), pela implementação do plano de atividades de um projeto de formação e intervenção. Em reuniões de trabalho com a equipa multidisciplinar (EMD) do serviço a que pertença, foi identificado um problema relacionado com a necessidade de estabelecer um programa de oncology nurse navigator (ONN) no trajeto da pessoa com cancro do pulmão.

No hospital onde desempenho funções, as pessoas com cancro do pulmão são acompanhadas pela EMD da Unidade de Cancro do Pulmão (UCPul), na qual não há participação de enfermeiros. Nos últimos três anos verificou-se um aumento significativo do número de pessoas com diagnóstico de cancro do pulmão com necessidade de cuidados e acompanhamento pela equipa da UCPul, impondo uma maior articulação e coordenação entre os profissionais de saúde, o que se tem revelado um desafio. Tem-se observado uma fragmentação dos cuidados prestados, com potenciais lacunas no acompanhamento individualizado das pessoas com cancro do pulmão ao longo do trajeto de doença.

Numa reunião informal conjunta entre a autora do projeto, a chefia de enfermagem do serviço e o coordenador da UCPul, médico pneumologista, abordou-se a problemática em questão. No decorrer do encontro, foram levantadas as seguintes perguntas: quais são os profissionais responsáveis por realizar educação para a saúde às pessoas nas várias fases do trajeto do cancro do pulmão, esclarecendo eventuais dúvidas decorrentes das consultas médicas?; quem coordena as consultas e exames de diagnóstico, de forma a garantir o cumprimento dos prazos máximos estabelecidos na evidência (a UCPul orienta-se pelas recomendações do National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2021); existe um profissional designado como ponto de contacto entre os membros da EMD?; existem trajetos de tratamento definidos, e do conhecimento da EMD?; quem é o profissional de referência das pessoas com cancro do pulmão dentro do hospital, capacitado para fornecer informações clínicas atualizadas sobre a fase do processo?; quem é responsável por reunir os indicadores de resultados relativos à qualidade dos cuidados prestados às pessoas com cancro do pulmão?

O cancro do pulmão é o cancro com maior mortalidade em todo o mundo, indicando, os dados da WHO (2020), 18.0% (1.8 milhões) do número de mortes por cancro no ano de 2020, antecedendo o cancro colorretal (9.4%) e o do fígado (8.3%). O número de novos casos de cancro do pulmão em 2020 foi de 2.2 milhões (11.4%), ocupando o segundo lugar dos cancros mais frequentes, depois do cancro da mama na mulher com 2.3 milhões de novos casos (11.7%) (WHO, 2020). Nos homens, o cancro do pulmão é o cancro mais comum (incidência de 14.3%) e mais mortal (21.5% de mortalidade). Nas mulheres, é o terceiro cancro mais frequente (8.4%) e a segunda causa de morte relacionada com cancro (13.7%) (Sung, Ferlay & Siegel, 2021).

Em Portugal, este cancro comporta-se de modo similar ao antes descrito, é o que mais mata, com 4 797 (15.9%) de mortes em 2020 (WHO, 2021). Contudo, os números sobre novos casos divergem das estatísticas mundiais pois, em 2020, o cancro do pulmão foi o quarto cancro mais frequente, representando 9.0%, atrás do cancro colorretal (17.4%), do cancro da mama (11.6%) e do cancro da próstata (11.2%) (WHO, 2021).

A evidência (Roshig, Silva & Teixeira, 2019) descreve que as pessoas com cancro, famílias e cuidadores enfrentam três grandes desafios ao longo do percurso de doença: atrasos e falta de coordenação dos cuidados, a escassez de informação relevante e o fraco apoio emocional e social. Estes desafios podem ser colmatados com a existência de programas de suporte que incluam enfermeiros com a responsabilidade de navegação destas pessoas na sua trajetória de doença (Rohsig et al, 2019), assumindo uma prestação de cuidados de qualidade e centrada na pessoa (Hunnibell, 2014).

Estes programas de navegação são coordenados por ONN. A *Oncology Nursing Society* (ONS, 2017) definiu um ONN como um enfermeiro com

conhecimento clínico específico em oncologia, que presta cuidados individualizados aos doentes, familiares e cuidadores, ajudando a superar as barreiras do sistema de saúde. Através do processo de enfermagem, um ONN educa e fornece recursos para facilitar a tomada de decisão informada e o acesso oportuno a cuidados de saúde físicos e psicológicos de qualidade, em todas as fases do continuum do cancro (p. 4).

O ONN representa uma ajuda às pessoas com cancro e às suas famílias em muitos momentos do trajeto da doença, fornecendo um ponto de contato estável com os cuidados de saúde e fazendo a ligação entre estas pessoas e as suas famílias, a equipa multidisciplinar de saúde e os vários serviços da instituição de cuidados (Jeyathevan, Lemonde & Brathwaite, 2017b). Esta intervenção reflete-se numa melhoria na comunicação entre todos os intervenientes, aumentando a satisfação dos mesmos (Hunnibell, 2014). O ONN é, ainda, responsável pela coordenação de todos os aspetos dos cuidados da pessoa com cancro (Cantril & Haylock, 2013), diminuindo os tempos entre o diagnóstico e o tratamento, aumentando o conhecimento da pessoa e cuidador sobre a doença e a sua gestão, e melhorando a adesão aos cuidados e a qualidade de vida (Rohsig et al, 2019).

Adicionalmente a este papel, os ONN intervêm na eliminação de barreiras aos cuidados de saúde oncológicos, utilizando o processo de enfermagem como ferramenta para atender às necessidades das pessoas com cancro, familiares e cuidadores, enquanto

prestam cuidados de saúde fundamentados na evidência (Baileys, McMullen & Lubejko, 2018). Ambos os autores, Cantril et al (2013) e Jeyathevan et al (2017b), concluíram que a literacia em saúde é uma barreira significativa para as pessoas com cancro. Além disso, concordaram que a intervenção do ONN é essencial para superar esta barreira, através de uma abordagem individualizada centrada nas necessidades destas pessoas. Demonstraram, ainda, a importância do ONN na gestão oportuna dos sintomas, bem como na personalização da educação às pessoas com cancro sobre o seu próprio tratamento.

De forma complementar, o ONN atende às necessidades emocionais e de cuidados de suporte da pessoa com cancro e família, capacitando-os, com conhecimentos e habilidades, e incentivando-os à participação ativa nos processos de saúde (Jeyathevan et al, 2017b; Cantril et al, 2013). Por isso se deve adotar um modelo de prestação de cuidados centrados nas necessidades das pessoas com doença oncológica, que se entende pelo estabelecimento e fomento de relações interpessoais saudáveis entre todos os intervenientes (pessoas com cancro, pessoas significativas, prestadores de cuidados), assentes na compreensão do outro, em valores de respeito e no direito individual à autodeterminação, promovendo o empowerment da pessoa (McCormack & McCance, 2006; Fillion, Cook & Veillette, 2012). Neste sentido, o projeto desenvolvido apoiou-se na filosofia de cuidados centrados na pessoa de McCormack et al, (2006) e no Quadro de Prática Profissional dos ONN da Oncology Nursing Society (2017), abordagens complementares que sustentam a conceção da prática de cuidados dos ONN.

Desta forma, a solução para o problema identificado, consiste na integração do ONN do pulmão (ONNP) na UCPul através da construção de um programa de ONN para a pessoa com cancro do pulmão, dando resposta às questões levantadas anteriormente. Assim, numa segunda reunião com a chefia de enfermagem e com o coordenador da UCPul, apresentei a hipótese da criação da função do ONNP, à semelhança do trabalho realizado pelos enfermeiros coordenadores de cuidados oncológicos (ECCO) na Unidade da Mama e na Unidade de Cancro Colorretal, já existentes no hospital. Estas unidades possuem cada uma, um programa de navegação de pessoas com doença oncológica, na área do cancro da mama e na área do cancro colorretal, com resultados sensíveis positivos para as pessoas com cancro e para a instituição. Por conseguinte, estabeleceu-se como finalidade do projeto a criação de um programa de navegação, sustentado na

evidência, para as pessoas com cancro do pulmão, que fará o seu acompanhamento ao longo do trajeto da doença. Este projeto dá resposta à questão de investigação “Como criar um programa de ONN para a pessoa com cancro do pulmão?”

Ficou definido que o desenvolvimento e organização deste programa de ONN será da responsabilidade do ONNP. A sua difusão irá iniciar-se com a divulgação junto da equipa médica da UCPul no sentido da aceitação do papel do ONNP dentro da EMD. A sua implementação decorrerá do estabelecimento de uma panorâmica geral da atuação de um enfermeiro com estas competências, iniciando-se com os procedimentos associados à primeira consulta do programa.

Dada a limitação temporal do estágio e a extensão da construção do programa, o trabalho iniciado será para continuar dentro da instituição onde exerço, com a perspectiva de ampliação das consultas do ONNP, da coordenação dos cuidados prestados à pessoa com cancro do pulmão, da minimização das barreiras encontradas pela pessoa, da criação e estabelecimento de trajetos conhecidos da EMD, da melhoria na comunicação através da articulação entre a pessoa, a sua família e todos os profissionais de saúde que integram o percurso clínico durante a trajetória de doença, com a grande finalidade de melhorar a prática de cuidados e consequentemente a experiência da pessoa com cancro do pulmão.

Pessoalmente, partilho do entusiasmo da minha equipa na criação de um programa de ONN do pulmão, por o considerar crucial para oferecer cuidados de saúde de qualidade e centrados na pessoa, coordenados e eficientes no suporte abrangente que dão às pessoas com cancro do pulmão, melhorando a sua experiência e os resultados em saúde.

Este relatório está estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo apresentam-se os principais conceitos relacionados com o tema do trabalho e faz-se uma revisão da literatura sobre a temática. No segundo capítulo descreve-se a metodologia utilizada para o desenvolvimento do relatório e para a concretização das atividades nos diferentes contextos de estágio, explica-se e analisa-se criticamente as atividades realizadas, numa estreita articulação com a filosofia de cuidados, fundamentada na evidência científica, relaciona-se com as competências de enfermeiro especialista alcançadas e discute-se resultados em enfermagem. O terceiro capítulo engloba a avaliação do trabalho realizado, refletindo-se sobre os pontos fortes e os pontos fracos,

abordam-se as limitações da implementação do projeto e apresentam-se os contributos do mesmo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço e para a prática de enfermagem oncológica. No quarto capítulo, e último, sumariza-se o percurso realizado, apresentam-se as principais ideias e resultados, e exploram-se perspetivas futuras na temática.

O presente relatório foi desenvolvido de acordo com as instruções do guia de orientação para a produção de trabalhos escritos da ESEL (Godinho, 2023) e redigido seguindo as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. Enquadramento teórico

No final da década de 80 surge nos EUA o conceito de *patient navigation*, para responder à interrupção dos trajetos da doença oncológica em populações com baixa capacidade socioeconómica e lacunas da informação em saúde (Cantril et al, 2013). Harold Freeman, considerado o fundador daquele conceito, introduziu em Harlem, em 1990, o primeiro modelo de navegação para mulheres com cancro da mama e famílias (Hunnibell, 2014), que adotou estratégias de promoção em saúde e empoderamento (*empowerment*) das comunidades através do estabelecimento de relações de confiança entre doentes e agentes comunitários em saúde (representantes em saúde, promotores de saúde e *patient navigators*) (Cantril et al, 2013). A este modelo chamou de *cancer navigation*.

O empoderamento da pessoa doente é definido por Fillion et al (2012) como um processo adaptativo ao cancro, pelo que inclui a aceitação da doença e o uso de estratégias ativas de resposta para recuperar o controle da sua vida.

Durante duas décadas, a divulgação dos processos de navegação e do papel emergente dos enfermeiros na navegação foram negligenciados, e só desde 2009 se observou o envolvimento e participação dos enfermeiros enquanto *nurse navigators* (Cantril et al, 2013), que evoluiu para se tornar num padrão de atendimento em muitos programas de cancro nos EUA e Canadá (Jeyathevan et al, 2017b).

Em 2010, várias entidades em enfermagem definiram em consenso *patient navigation* como a assistência individualizada oferecida a pacientes, familiares e cuidadores para ajudar a superar as barreiras do sistema de saúde e facilitar o acesso oportuno a cuidados de saúde e psicossociais de qualidade desde o pré-diagnóstico e em todas as fases da experiência do cancro (ONS, AOSW & NASW, 2010, p. 251).

Os *nurse navigators*, à semelhança dos *patient navigators*, oferecem assistência individualizada às pessoas doentes/família/cuidadores para superarem as barreiras nos sistemas de saúde (ONS, 2017). Contudo, o seu papel distingue-se do dos *patient navigators* pela sua diferenciação de conhecimento clínico na área de saúde, e no caso particular dos *Oncology Nurse Navigators*, em oncologia (Baileys et al, 2018).

Em Portugal, o papel de ONN não está definido, porém existem enfermeiros especialistas integrados em unidades de cancro, que assumem algumas das funções do

ONN, nomeadamente no acompanhamento da pessoa com cancro da mama e da pessoa com cancro colorretal.

1.1 O trajeto da pessoa com cancro do pulmão

O trajeto da pessoa com diagnóstico de cancro de pulmão é caracterizado por uma fragmentação que varia de acordo com a tipologia da doença e as opções de tratamento disponíveis, bem como pelas experiências individuais e necessidades pessoais de cada indivíduo. Ao longo das diversas fases do trajeto, a pessoa pode deparar-se com diversas barreiras, algumas específicas de determinadas fases e outras transversais a todo o trajeto (Hagglund, Bolin & Koch, 2015). Um estudo realizado por Hagglund et al (2015) identificou várias barreiras vivenciadas por pessoas com cancro do pulmão nas diferentes fases do trajeto da doença. Na fase de suspeita, foi observada insatisfação das pessoas pelos atrasos no diagnóstico, enquanto nas fases de diagnóstico e tratamento os participantes manifestaram frustração devido à dificuldade em obter informações e em estabelecer contato com os profissionais de saúde responsáveis pelo seu acompanhamento. Além disso, a falta de coordenação entre os serviços de diagnóstico e tratamento foi também apontada como barreira, com consultas marcadas de forma não articulada e informações sobre os responsáveis por cada etapa do tratamento insuficientes (Hagglund et al, 2015).

Outro estudo, realizado por Nichols, Ciupek, Rigney & King (2023), identificou ainda barreiras significativas no que diz respeito às necessidades de informação adicionais sentidas pelas pessoas com cancro do pulmão, nomeadamente sobre as opções de tratamento disponíveis, os seus benefícios e desvantagens, e os potenciais efeitos secundários (Villalón, Aguarón & Cruickshank, 2023). O suporte inadequado pela equipa de saúde foi igualmente considerado uma barreira aos cuidados, revelando-se essencial para estas pessoas o apoio emocional, físico e social, assim como uma comunicação clara ao longo do trajeto de doença. Além disso, o estudo de Villalón et al (2023) revelou que as pessoas com cancro do pulmão destacam a importância do acesso a um diagnóstico rápido, de um ponto de contato na equipa de saúde e de informações claras sobre o processo de diagnóstico.

As necessidades de informação não atendidas também são frequentemente manifestadas pelos cuidadores, que desempenham múltiplos papéis e necessitam de apoio para ajudar na gestão dos efeitos secundários (Nichols et al, 2023).

Estas descobertas enfatizam a importância de uma abordagem mais coordenada e informativa ao longo do trajeto da pessoa com cancro do pulmão, visando melhorar a sua experiência e a eficácia do tratamento. Melhorar a comunicação, garantir acesso a informações claras e promover o suporte integrativo são medidas cruciais para atender às necessidades específicas das pessoas com cancro do pulmão, permitindo uma abordagem mais centrada na pessoa e oferecendo um cuidado mais holístico e eficaz (Villalón et al, 2023; Kosmidis, Lagogianni & Kosmidis, 2021).

1.2 *Oncology nurse navigator*: competências, funções e filosofia de cuidados

Os ONN intervêm na superação de barreiras aos cuidados de saúde oncológicos através do processo de enfermagem, e respondem às necessidades das pessoas doentes/família/cuidadores, enquanto prestam cuidados de saúde baseados na evidência (Baileys et al, 2018). A literatura identifica barreiras financeiras e não financeiras (McMullen, 2013) aos cuidados de saúde. As barreiras financeiras são: a inacessibilidade aos sistemas de saúde e a cuidados oncológicos por baixos recursos financeiros, indisponibilidade de transporte e/ou a cuidados das crianças (Cantril et al, 2013; McMullen, 2013). As barreiras não financeiras são: questões culturais, iliteracia em saúde, falta de confiança nos sistemas de saúde, fragmentação dos cuidados no trajeto de doença, necessidades de informação não atendidas, suporte inadequado pela equipa de saúde, e falhas de comunicação (Cantril et al, 2013; McMullen, 2013), o que atrasa o tratamento (Pautasso, Zelmanowicz, Flores & Caregnato, 2018), afetando negativamente a qualidade de vida da pessoa doente e aumentando o sofrimento ao longo da experiência do cancro (Cantril et al, 2013).

As pessoas com cancro enfrentam desafios únicos devido à natureza multidimensional da sua doença e à complexidade da rede de cuidados de saúde pelo que, frequentemente, possuem necessidades não atendidas. Neste contexto, torna-se essencial garantir que estas pessoas recebem cuidados contínuos, coordenados, social e

culturalmente adaptados, integrando crenças, valores e expectativas da pessoa ao longo do trajeto de doença (McMurray & Cooper, 2017).

Para conhecer as necessidades das pessoas doentes/família/cuidadores é fundamental o estabelecimento de uma relação de proximidade e confiança com o ONN, o que facilita o conhecimento profundo dessas necessidades. Ao oferecer uma abordagem integrada e centrada na pessoa, é possível mitigar lacunas na prestação de cuidados, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e promover resultados de saúde mais satisfatórios.

O ONN assume, ainda, o papel de educador em saúde facilitando a tomada de decisão partilhada e informada das pessoas com cancro e o acesso oportuno a cuidados de saúde em todas as fases do continuum de doença (ONS, 2017). Desta forma, possibilitam melhorar a experiência dos doentes e famílias no trajeto da doença e o alcance de melhores resultados em saúde (Cantril et al, 2013).

Em linha com a posição conjunta da ONS, AOSW e NASW (2010), no contexto oncológico, os *nurse navigators* assumem o papel de facilitadores da coordenação da trajetória do doente, família e cuidador. Para tal, estes enfermeiros devem ser extremamente organizados e hábeis para garantir a coordenação dos vários intervenientes e processos do trajeto de doença, devem possuir habilidades de comunicação efetiva (verbal e escrita) que permitam a colaboração e envolvimento com os demais prestadores de cuidados e serviços (internos e externos), devem conseguir atender e superar as expectativas da pessoa doente sobre a continuidade dos cuidados, e ter um conhecimento robusto e específico de todos os aspetos relativos ao cancro (prevenção e rastreio, diagnóstico e estadiamento, modalidades de tratamento, efeitos adversos e intervenções baseadas em evidência, sobrevivência e cuidados em fim de vida) (Cantril et al, 2013; ONS, 2017). A literatura define, ainda, outros atributos essenciais aos ONN, que se estendem além da formação e educação profissional básica e da experiência no âmbito da oncologia (Cantril et al, 2013): como o conhecimento básico na área financeira (seguros de saúde), o conhecimento dos recursos nacionais e comunitários em diferentes áreas (assistência privada e pública em saúde, apoios sociais e financeiros, regime laboral, entre outros), o pensamento crítico, a forte capacidade de liderança, habilidades interpessoais, a capacidade de trabalhar em equipa, a capacidade de

trabalhar de forma autónoma, a capacidade para priorizar e re-priorizar rapidamente, conhecimentos básicos de informática (Baileys et al, 2018).

O ONN utiliza o processo de enfermagem para avaliar e atender às necessidades da pessoa com cancro/família/cuidador, fornecendo coordenação de cuidados em todo o trajeto da doença. O ONN trabalha entre os domínios da pessoa e da unidade familiar e o sistema de prestação de cuidados de saúde para melhorar a saúde, o tratamento ou os resultados em fim de vida (ONS, 2017).

Em 2009, a *National Coalition of Oncology Nurse Navigators* (NCONN), pela primeira vez, identificou e publicou as competências essenciais de um *oncology nurse navigator* (Cantril et al, 2013) embora o crescimento deste movimento e a sua evolução tenha levado a atualizações dos padrões de navegação e destas competências (Franklin, Burke, Dean, Johnston, Nevidjon & Booth, 2022).

Por competências entende-se um conjunto de capacidades, conhecimentos, habilidades e atributos que se interrelacionam e são necessários para ter sucesso numa dada posição laboral (ONS, 2017).

A ONS (2017) define um total de 52 competências para os ONN, agrupadas em 5 categorias: (1) coordenação de cuidados, (2) comunicação, (3) educação, (4) papel profissional, (5) ONN especialista.

As quatro primeiras categorias, com um total de 40 competências, referem-se ao conjunto de competências que um ONN principiante (um enfermeiro que presta cuidados oncológicos, mas que nunca exerceu o papel de navegador) deve possuir ou adquirir durante os primeiros dois anos na função (McMullen, Banman, DeGroot, Scott, Srdanovic & Mackey, 2016).

A coordenação de cuidados centra-se na coordenação eficaz do cuidado em enfermagem oncológica, fundando-se nas capacidades do ONN para facilitar a fluidez das transições entre prestadores de cuidados de saúde e vários ambientes, garantindo uma prestação de cuidados ideal à pessoa com cancro (ONS, 2017). As competências de comunicação são fundamentais para estabelecer uma relação terapêutica eficaz e de confiança com a pessoa com cancro/família/cuidador e a equipa multidisciplinar de saúde, permitindo uma troca de informações precisas e relevantes, e a compreensão da pessoa sobre o cancro, as opções de tratamento e seu impacto (ONS, 2017). A categoria 3, sobre educação, centra-se em ações de educação apropriadas e oportunas à pessoa

com cancro, família, e/ou cuidador para facilitar a compreensão e ajudar na tomada de decisão informada de cuidados de saúde. Para tal, é essencial que o ONN detenha os conhecimentos e as habilidades académicas e científicas necessárias para uma prática efetiva (ONS, 2017). A quarta categoria, papel profissional, consiste nas habilidades essenciais para o desempenho eficaz do papel onde o ONN deve assumir a responsabilidade pelo seu próprio desenvolvimento profissional e pessoal, a fim de promover e progredir no desempenho do papel de ONN. Concomitantemente, o ONN impulsiona a promoção contínua e a melhoria da qualidade do programa de navegação da organização, e atua como um membro competente e ético da equipa multidisciplinar de cuidados oncológicos, para melhor atender às necessidades da população abrangida pelo programa (ONS, 2017).

A última categoria refere-se às 12 competências a serem adquiridas por um ONN especialista, um ONN que trabalhou pelo menos três anos, que é proficiente na função e possui um conjunto de habilidades, conhecimentos avançados e experiência para utilizar pensamento crítico, e ter a capacidade de tomar decisões no que respeita à evolução do papel de ONN e melhorar processos no programa de navegação (ONS, 2017). Estas competências do ONN especialista podem ser aplicadas em diferentes contextos e abordagens incluindo, embora não se limitando a elas, competências na área da formação e seleção de novos ONN, da comunidade e da organização¹.

A aquisição de competências permite ao ONN influenciar a rede de sistemas de saúde e comportamentos, identificar e avaliar as necessidades da população, participar em ações de divulgação e *marketing* em saúde, compreender e utilizar indicadores de

1

1. Desenvolver o papel do ONN e participar na elaboração da descrição da posição;
2. Fornecer aos gestores informações para selecionar com sucesso candidatos para a posição de ONN e participar na contratação de enfermeiros oncológicos com as qualificações e habilidades delineadas nas competências do ONN;
3. Desenvolver programas de integração de ONN principiantes, que contemplem orientações para a formação de novos ONN e listas de verificação de competências a serem utilizadas pelo ONN mentor;
4. Auxiliar na identificação das forças e necessidades de desenvolvimento profissional do ONN;
5. Auxiliar a organização na identificação de recursos que possam ser necessários para ajudar os ONN principiantes a amadurecerem profissionalmente e a terem sucesso no seu papel;
6. Auxiliar os gestores a estabelecer metas de desempenho e desenvolvimento com os ONN principiantes;
7. A partir destas metas, apoiar os ONN principiantes na definição de objetivos de desempenho e desenvolvimento;
8. Apoiar os gestores, que podem ter uma ampla variedade de formações profissionais, na avaliação de programas de navegação;
9. Melhorar a retenção de ONN na organização através de uma definição clara e gestão de expectativas sobre o papel;
10. Promover e educar sobre o papel do ONN na comunidade profissional e na comunidade em geral (McMullen et al, 2016; ONS, 2017).

resultados específicos do ONN, identificar lacunas e estratégias para atender às necessidades da pessoa/família/cuidador ao longo do trajeto de doença, e intervir no planeamento da sobrevivência, mas também desenvolver programas de navegação (ONS, 2017).

Paralelamente à definição das competências do ONN, e sustentada numa extensa revisão de literatura, a ONS desenvolveu em 2013 um quadro de prática profissional que, através da articulação visual, estabelece claramente o papel do ONN no âmbito organizacional e na relação com as pessoas com cancro.

Nesta estrutura são apresentados os elementos da prática profissional e as suas correlações, fornecendo ao ONN orientação para o desempenho do seu papel, bem como servindo de pontos de referência para os seus comportamentos, dentro de uma abordagem integrativa das competências essenciais do ONN, inseridos num contexto de sensibilidade cultural.

No núcleo da estrutura, elemento-chave na compreensão da função do ONN, estão dois círculos que se intercetam e que representam o domínio da pessoa com cancro e o domínio da organização de saúde. O ONN trabalha intimamente e para estes domínios porque influencia positivamente os resultados em saúde obtidos pelas pessoas com cancro, promovendo cuidados centrados nelas e, simultaneamente, obtendo resultados positivos para a organização através da coordenação de cuidados e trajetos de comunicação fluídos entre a pessoa, a equipa multidisciplinar de saúde e os prestadores de cuidados fora da organização (McMullen et al, 2016; ONS, 2017).

Em redor do núcleo encontra-se o domínio dos cinco conjuntos de comportamentos essenciais ao ONN, ser culturalmente sensível, ser coordenador, ser educador, ser facilitador, ser defensor, que funcionam em estreita ligação e sinergia.

Por último, o anel externo da estrutura define a capacidade de prestar cuidados do ONN, através do processo de enfermagem: avaliação/análise, planeamento, implementação e avaliação (McMullen et al 2016; ONS, 2017).

Esta conceção da prática de cuidados do ONN estabelece, assim, cuidados centrados na pessoa com cancro, reconhecendo que cada pessoa possui necessidades únicas e que a individualização do plano de cuidados é fundamental para atender a essas necessidades (ONS, 2017), assentes na construção e promoção de relações saudáveis entre todos os prestadores de cuidados e a pessoa com cancro e suas pessoas

significativas, apoiando-se em valores de respeito pela pessoa, direito individual à autodeterminação e compreensão mútuos (McCormack et al, 2006).

Pessoas recentemente diagnosticadas com cancro do pulmão deparam-se com um trajeto exaustivo e complexo, frequentemente caracterizado por descoordenação e fragmentação. Estas pessoas encontram obstáculos no acesso a serviços oncológicos oportunos e de qualidade, bem como desafios de navegação no sistema de saúde. Dada a natureza multiprofissional inerente aos cuidados oncológicos e as realidades do sistema de saúde, frequentemente as pessoas são abandonadas a coordenar os seus próprios cuidados, o que implica o envolvimento de inúmeros profissionais de saúde, informações contraditórias e tomada de decisões sobre procedimentos terapêuticos (Gordils-Perez, Schneider, Gabel & Trotter, 2017).

É nesta linha de pensamento que se considera que a Teoria de Enfermagem do Cuidado Centrado na Pessoa, de McCormack et al (2006) faz sentido para sustentar a problemática deste trabalho, uma vez que os autores nos remetem para o conceito da prestação de cuidados de enfermagem centrados na pessoa.

A filosofia de cuidados proposta caracteriza-se pela prestação de cuidados de enfermagem com foco central na pessoa, através de uma matriz compreendida por quatro elementos interdependentes, nomeadamente os pré-requisitos, o contexto de cuidados, os procedimentos centrados na pessoa e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem (*outcomes*) (McCormack et al, 2006).

Os pré-requisitos referem-se aos atributos/características do enfermeiro, que incluem ser profissionalmente competente, estar empenhado/compromisso com o trabalho, ser capaz de comunicar de forma clara as suas crenças e valores, e ter conhecimento de Si (McCormack et al, 2006). O contexto de cuidados consiste no ambiente de prestação de cuidados, no qual devem constar características concretas: a combinação apropriada de competências entre os diferentes membros da equipa, ambientes promotores da tomada de decisão partilhada, o bom relacionamento interpessoal, um sistema de apoio dentro da organização, uma liderança que partilha poder, e potencial de inovação e de correr riscos (McCormack et al, 2006). O terceiro elemento do modelo constitui os procedimentos centrados na pessoa, que consistem na prestação de cuidados através de um leque de atividades de enfermagem centradas na pessoa: trabalhar com as crenças e valores do utente, o comprometimento na relação, a

presença empática (*sympathetic presence*), partilhar a tomada de decisão, e atender às necessidades físicas da pessoa (McCormack et al, 2006). Por último, os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem referem-se aos resultados sobre os cuidados centrados na pessoa, que incluem: a satisfação quanto ao cuidado, o envolvimento no cuidado, a sensação de bem-estar, a criação de um ambiente terapêutico no qual há partilha na tomada de decisão, o carácter colaborativo das relações interpessoais dentro da equipa, a liderança ser fluída e variável, o apoio a práticas inovadoras (McCormack et al, 2006).

Ao apoiar-se na Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa (McCormack et al, 2006), o ONN do pulmão posiciona a pessoa com cancro no centro dos cuidados, reconhecendo-a como única, com necessidades próprias, valores e experiências de saúde. O enfermeiro navegador cria uma relação terapêutica de confiança com a pessoa, considerando todos os seus aspetos individuais, promovendo uma comunicação efetiva entre a mesma e a equipa multidisciplinar, numa abordagem colaborativa de cuidados ao longo do trajeto da pessoa com cancro do pulmão.

Adicionalmente, e em virtude da complexidade e longevidade do papel do ONN, a ONS (2017) desenvolveu um modelo de cuidados de navegação destinado a estes profissionais, e que permite compreender a sua função em cada fase do trajeto da pessoa com cancro, e inclui intervenções, numa abordagem ampla e categorizada, abrangendo e envolvendo as diferentes fases do trajeto (ONS, 2017). As categorias de intervenções estabelecidas compreendem a importância dos cuidados centrados na pessoa e são:

- (1) **Avaliar e atender barreiras aos cuidados:** as barreiras à qualidade dos cuidados oncológicos diferem, de acordo com os diferentes diagnósticos, a fase do trajeto de doença e da pessoa. O papel do ONN é avaliar cuidadosamente as pessoas quanto às suas barreiras únicas e atender a essas barreiras individualmente (ONS, 2017) através do processo de enfermagem, e avaliar as necessidades da pessoa após o encontro inicial e durante o processo de navegação (Rohsig et al, 2018).
- (2) **Educar, fornecer recursos e encaminhar:** realizar educação oportuna e fornecer informações personalizadas com recurso a ferramentas apropriadas (por exemplo, brochuras e folhetos, adaptação da linguagem, tendo em conta o nível de literacia da pessoa) (Rohsig et al, 2018) e, oportunamente, referenciar ou encaminhar para serviços ou profissionais (como fisioterapia, terapia

ocupacional, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, apoio domiciliário, apoio financeiro e social) (ONS, 2017). O ONN é, ainda, responsável por realizar uma avaliação abrangente dos recursos institucionais disponíveis e coordenar os mesmos com as necessidades específicas da pessoa. O ONN deve estar disponível e tornar-se na pessoa de contato entre o utente, a equipa multidisciplinar de saúde e o sistema de saúde (Rohsig et al, 2018).

- (3) **Facilitar a tomada de decisão partilhada:** a tomada de decisão partilhada envolve garantir que a pessoa com cancro está totalmente informada sobre os riscos e benefícios das opções de tratamento e que os seus valores e preferências são integrados nas decisões de tratamento (Katz, Balkora, & Elwyn, 2014 citado por ONS, 2017). O ONN pode facilitar a tomada de decisão partilhada e envolver a pessoa nos seus cuidados, estabelecendo relações de confiança e abordando as necessidades de comunicação e literacia em saúde da pessoa em todas as fases do trajeto de doença (ONS, 2017).
- (4) **Promover o planeamento antecipado dos cuidados:** o ONN deve coordenar os cuidados e consultas da pessoa durante todo o trajeto de doença (Rohsig et al, 2018). O ONN pode promover o planeamento antecipado dos cuidados, incentivando a pessoa com cancro a falar sobre as suas expetativas de tratamento e objetivos gerais de cuidados. O ONN pode ajudar a pessoa a construir perguntas para discutir com os profissionais de saúde (ONS, 2017). Sempre que pertinente, e numa lógica de pensamento crítico, o ONN pode redefinir trajetos existentes e criar trajetos clínicos (Rohsig et al, 2018), influenciando e coordenando a rede multidisciplinar de cuidados.
- (5) **Apoiar os cuidados paliativos:** o ONN pode promover a utilização de serviços de cuidados paliativos pela pessoa com cancro, avaliando os efeitos secundários tardios e a longo prazo e outras barreiras físicas à qualidade de vida da pessoa. O ONN também pode ser fundamental para ajudar a pessoa a compreender a diferença entre cuidados paliativos e cuidados em fim de vida (ONS, 2017).

1.3 O programa de navegação em oncologia

Como previamente mencionado, a implementação de um programa de ONN do pulmão permite dar resposta à problemática deste trabalho. Portanto, torna-se pertinente explorar esta abordagem e conhecer os seus benefícios e as etapas envolvidas na sua elaboração.

Segundo Cantril et al (2013), a construção de um programa de navegação implica, necessariamente, consenso, a definição de trajetos clínicos, a formação, educação e colaboração de todas as áreas e disciplinas envolvidas, a articulação de papéis específicos, e a atribuição de funções e responsabilidades definidas. Para uma implementação eficaz do programa é fundamental que haja apoio e comunicação multidisciplinar (Cantril et al, 2013).

A evidência demonstra que os programas de navegação favorecem o estabelecimento de relações de trabalho mais próximas e uma comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar que acompanha a pessoa na sua trajetória de doença (Rosario, McKinney & Alcott, 2016).

A sua importância faz-se também pela demonstração da relação custo-benefício, pelo aumento da receita ou pela avaliação de resultados (Cantril et al, 2013). Uma forma de avaliar resultados é o recurso a resultados sensíveis da pessoa doente sobre o *nurse navigator*, nomeadamente o tempo decorrente entre o diagnóstico e o tratamento adequado, o efeito nos estados de humor do doente/família/cuidador, a sua satisfação e apoio sentidos, continuidade dos cuidados e custos (Cantril et al, 2013). Por sua vez, a avaliação de resultados dos programas de navegação em oncologia inclui: aumento dos níveis de triagem, redução dos diagnósticos, redução entre o diagnóstico e tratamento, melhor adesão ao tratamento, resultados sensíveis positivos de doentes, e retorno sobre o investimento no programa (Cantril et al, 2013).

Os programas de navegação liderados pelos ONN oferecem benefícios a dois níveis: (1) benefícios para o doente oncológico, tais como a redução do tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, a educação e aumento do conhecimento da pessoa e família/cuidador sobre a doença e sua gestão, da melhoria da adesão aos cuidados de saúde, e da melhoria da qualidade de vida (ONS, 2018); e (2) benefícios para as instituições prestadoras de cuidados de saúde, nomeadamente a redução de custos através da

diminuição das admissões nos serviços de urgência, da diminuição dos reinternamentos, de internamentos mais curtos e doentes em menor estado crítico, e do aumento da retenção de pessoas recentemente diagnosticadas com cancro na instituição (Cantril et al, 2013; ONS, 2018).

O desenvolvimento de um programa de navegação, com liderança atribuída a enfermeiros especializados no domínio da doença oncológica, envolve várias etapas importantes (Malone, Bruno, Hayden & Carlson, 2014):

1. **Identificação da necessidade** – consiste na avaliação das necessidades da instituição de saúde e na identificação da carência de um programa de *Oncology Nurse Navigator*. Devem considerar-se fatores como o número de pessoas com diagnóstico de cancro, as necessidades de coordenação de cuidados, a falta de recursos existentes, entre outros. A identificação da necessidade permite definir a população-alvo e destinatária do programa.
2. **Definição de objetivos** – procede-se à determinação dos objetivos do programa de *Oncology Nurse Navigator*, nos quais se pode incluir melhorar a qualidade do atendimento à pessoa com cancro, aumentar o acesso aos cuidados de saúde, melhorar a coordenação entre os membros da equipa multidisciplinar de saúde, fornecer apoio emocional à pessoa com cancro e família, entre outros.
3. **Obtenção de orçamento** – Para a implementação efetiva do programa, é essencial garantir os recursos financeiros adequados para a sua execução. Desta forma, a obtenção da aprovação de orçamento é fundamental para assegurar a disponibilidade de recursos financeiros necessários para a contratação de pessoal capacitado, aquisição de materiais, tecnologias e ferramentas necessárias, bem como para a realização de atividades de capacitação e avaliação contínua dos enfermeiros envolvidos.
4. **Desenvolvimento de parcerias** – Identificação e definição da equipa do programa de *Oncology Nurse Navigator*. Criação de parcerias com outras áreas ou especialidades, como oncologistas, cirurgiões, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, administrativos, entre outros. Estas parcerias são fundamentais para a colaboração interdisciplinar e para desenvolver um programa abrangente. É importante que sejam definidas as funções e

responsabilidades dos ONN, e que as mesmas sejam do conhecimento de toda a equipa multidisciplinar do programa.

5. **Recrutamento de enfermeiros especializados** – O programa é liderado por enfermeiros com experiência em oncologia e com habilidades de navegação da pessoa com cancro. Estes profissionais devem ser capazes de coordenar e facilitar o atendimento à pessoa com doença oncológica, fornecer educação sobre o cancro, ajudar e capacitar para a tomada de decisão informada e oferecer apoio emocional durante todo o trajeto de doença. Assim, é imprescindível a admissão de um enfermeiro detentor de características fundamentais para os ONN, as quais transcendem a mera obtenção de formação educacional básica e experiência na área (Baileys et al, 2018; Cantril et al, 2013).
6. **Desenvolvimento de protocolos, diretrizes e fluxogramas de trajeto** – Elaboração de protocolos, diretrizes e fluxogramas para orientar as ações dos ONN e demais membros da equipa multidisciplinar em uma variedade de cenários, incluindo o seguimento da pessoa com cancro em consultas, tratamentos e outras circunstâncias relevantes. Esta abordagem promoverá a uniformidade, padronização e a excelência no atendimento prestado.
7. **Implementação de um sistema de registo** – Desenvolvimento de um sistema de registo eletrónico que permita, de uma forma eficiente, fazer o rastreio e monitorização das interações dos ONN com a pessoa com cancro. Este sistema deverá ser seguro, mas de fácil acesso à equipa multidisciplinar, possibilitando armazenar informaticamente informações clínicas e de enfermagem sobre as pessoas seguidas no programa de navegação. Esta partilha rápida e segura é facilitadora da coordenação dos cuidados e reduz erros de comunicação.
8. **Formação e capacitação dos ONN** – Garantir a realização de formações regulares para atualizar as habilidades dos ONN, incluindo temas como a comunicação efetiva, a resolução de problemas, a gestão de *stress* e conhecimentos em oncologia.
9. **Monitorização e avaliação do programa** – Implementação de um sistema de monitorização e avaliação para acompanhar o desempenho do programa de *Oncology Nurse Navigator*, que permitirá identificar áreas de melhoria, medir resultados alcançados e validar a eficácia do programa. No estudo de Gordils-

Perez et al, (2017) cuja abordagem metodológica consistiu no desenvolvimento e implementação de um programa de ONN num centro de cancro abrangente, foi utilizado o Patient Satisfaction With Interpersonal Relationship With Navigator (PSN-1). O PSN-1 é um instrumento de avaliação validado que se destina a aferir diversas dimensões relacionadas com a interação pessoa-navegador, nomeadamente a avaliação da adequação do tempo dedicado à pessoa, o nível de conforto experienciado pela pessoa, a perceção de confiabilidade em relação ao navegador, a cortesia e o respeito manifestados, a habilidade de escuta do navegador, a facilidade de comunicação estabelecida entre a pessoa e o navegador, a perceção do estabelecimento de uma relação de cuidado mútuo, a habilidade do navegador em resolver problemas e, por fim, a acessibilidade propiciada pelo navegador (Jean-Pierre, Fiscella & Winters, 2012). Importa salientar que o PSN-1 é abrangente à avaliação de qualquer navegador, e não apenas aos ONN. A sua validação em língua portuguesa (Portugal) é inexistente.

10. **Divulgação e consciencialização** – Promover o programa de *Oncology Nurse Navigator* através de diferentes canais de comunicação (por exemplo, *email* interno dentro da instituição, *website* da instituição, folhetos e brochuras, entre outros). A divulgação do programa ajudará na conscientização das pessoas e profissionais de saúde sobre os benefícios do mesmo.

É fundamental considerar que cada instituição de saúde pode apresentar particularidades e requisitos singulares e que cada programa de navegação é projetado para atender às necessidades de populações específicas em ambientes únicos em todo o continuum do cancro (Gentry, 2023). Por isso, torna-se de suma importância adequar estas etapas em conformidade com o contexto e os recursos disponíveis.

Desta forma, não existe um modelo “padrão” e único para todos os programas de ONN. Alguns centram-se num único segmento do trajeto da doença oncológica (por exemplo, rastreio e deteção precoce), enquanto outros abordam o rastreio, diagnóstico, tratamento, sobrevivência, extensão à comunidade, e cuidados em fim de vida (Ver Hoeve, Simon & Danner, 2022), outros englobam cuidados específicos a uma doença (mama, pulmão, ou outro) longitudinal (o mesmo ONN ou equipa de ONN segue a pessoa desde a comunidade até a sobrevivência) ou geral (engloba todas as pessoas com doença oncológica) (Gentry, 2023).

Considerando-se a problemática em que se insere este trabalho, faz sentido a criação e implementação de um programa de navegação específico da pessoa com cancro do pulmão e longitudinal pois será sempre o mesmo ONN a acompanhar a pessoa/família e/ou cuidador ao longo de todo o trajeto da doença. Porém, dadas as limitações de tempo impostas pelo período de estágio e a complexidade do desenvolvimento de um programa de navegação, o trabalho irá centrar-se no segmento do trajeto da pessoa com cancro do pulmão: diagnóstico e estadiamento.

2. Execução das Atividades Previstas

No projeto inicial foram estabelecidos três períodos de estágio em três campos distintos, a Unidade de Pulmão da Instituição privada A, a Unidade da Mama da Instituição privada A e a Unidade de Cancro Colorretal da Instituição privada B, programados para decorrer entre 26 de setembro de 2022 e 27 de janeiro de 2023, num total de 450 horas. No entanto, após concluído o primeiro momento de aprendizagem, e devido a complicações durante uma gravidez não planeada, a autora viu-se forçada a interromper o estágio e a solicitar a adaptação do cronograma curricular. Ao retomar o estágio, no ponto em que este foi involuntariamente suspenso, a primeira instituição recusou o seu cumprimento. Assim, e sem mais opções, o segundo período de estágio foi realizado na Unidade de Cancro Colorretal da segunda instituição. Esta mudança levou a uma reestruturação dos objetivos e atividades originalmente propostos no projeto de estágio.

A escolha dos campos de estágio teve em consideração o tema do projeto proposto neste documento. Deste modo, foi importante selecionar contextos de aprendizagem que oferecessem oportunidades para desenvolver atividades específicas ao ONN ao longo da trajetória da pessoa com cancro do pulmão, qualquer que seja o estadiamento e o tipo histológico deste.

Neste capítulo aborda-se a metodologia utilizada no projeto, seguida pela descrição das atividades realizadas ao longo dos três períodos de estágio nas duas instituições de saúde escolhidas, especializadas em cuidados de saúde a pessoas com doenças oncológicas. Além disso, é realizada uma análise crítica reflexiva do desempenho durante o estágio, fundamentada em evidências científicas. O estágio proporcionou contribuições significativas para a minha aprendizagem pessoal, bem como para o desenvolvimento de competências no âmbito da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, e do Mestrado.

A realização de um estágio académico pressupõe uma pré-organização e estabelecimento de uma finalidade clara condutora do mesmo, que permitiu uma orientação teórica e metodológica da prática de cuidados durante o estágio, alicerçada na evidência científica, integrando um pensamento de enfermagem avançada, e considerando as necessidades de aprendizagem formativas, pessoais, académicas, profissionais e organizacionais.

2.1 Metodologia

A metodologia adotada foi a Metodologia de Projeto que Ruivo et al (2010; p.2) definiram como uma “investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução (...) promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência”. Constitui-se por cinco etapas: (1) diagnóstico de situação, (2) definição dos objetivos, (3) planeamento, (4) execução e avaliação, e (5) divulgação dos resultados. As três primeiras etapas foram desenvolvidas no 2º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, a quarta etapa foi executada nos estágios e a quinta etapa, a divulgação dos resultados, é apresentada neste relatório.

A etapa de diagnóstico de situação identifica e descreve a situação-problema, justifica a sua importância, articulando-a com argumentos que estabelecem a sua finalidade, e aparece descrita na Introdução deste trabalho. Uma vez diagnosticado o problema, definiu-se o objetivo do projeto: a criação de um programa de navegação, sustentado na evidência, para as pessoas com cancro do pulmão, que fará o seu acompanhamento ao longo do trajeto da doença, e desta forma dado resposta à questão de investigação “Como criar um programa de ONN para a pessoa com cancro do pulmão?”

Posteriormente, procedeu-se à terceira etapa da metodologia, o planeamento. Nesta etapa, a partir do objetivo geral foram estabelecidos os objetivos específicos e definidas de forma estruturada as atividades necessárias para alcançá-los. Estas atividades devem ser acompanhadas de métodos de execução e indicadores de avaliação de resultados.

O estabelecimento dos objetivos para cada campo de estágio teve como linha orientadora as competências essenciais do ONN (ONS, 2017), defendidas pela ONS (2017) como vitais para o desempenho e desenvolvimento dessa função, e que se agrupam em 5 categorias: coordenação de cuidados, comunicação, educação, papel profissional, ONN especialista. Considerou-se indispensável a aquisição destas competências para a elaboração do programa do ONNP e a sua implementação no local onde trabalho. O desenvolvimento deste trabalho extenso e complexo durante o tempo limitado de estágio, definiu que grande parte das tarefas planeadas se centrassem no segmento do trajeto diagnóstico e estadiamento da pessoa com cancro do pulmão, o que nos remete

para a quarta fase, execução e avaliação. Esta fase é fundamental para a implementação do projeto e para a obtenção dos resultados delineados na etapa anterior, e dela fazem parte todas as atividades realizadas ao longo do estágio e da sua avaliação contínua, permitindo, assim, o acompanhamento do progresso do projeto, a identificação de desvios em relação ao planeado e, sempre que se considerar necessário e relevante, a realização de modificações.

Segundo Ruivo et al (2010), a avaliação envolve a análise e reflexão de diversas dimensões. Assim, procedeu-se à análise e discussão reflexiva dos resultados obtidos, baseada na evidência científica. Esta abordagem promove a avaliação do desenvolvimento de conhecimentos teóricos, técnicos, comunicacionais e interprofissionais, tendo em consideração os princípios éticos e deontológicos da Enfermagem, e de competências de enfermeiro especialista, os quais serão discutidos nos próximos subcapítulos. Neste contexto, são apresentados os objetivos estabelecidos para cada período de estágio, as atividades realizadas para atingir tais objetivos, bem como os indicadores de resultados definidos e a implementação efetiva das atividades realizadas.

A quinta etapa consiste na divulgação dos resultados obtidos após a implementação do projeto, e tem como objetivo informar o público e favorecer o retorno de informação que permita a adaptação dos materiais, abordagens e metodologias a outros contextos. Procedeu-se, assim, à elaboração de um relatório detalhado do projeto em causa, onde se documenta todo o processo de desenvolvimento do mesmo. Este relatório permite assegurar o conhecimento externo do projeto e promover a discussão sobre as estratégias adotadas para a resolução do problema identificado.

2.2. Estágio na unidade de pulmão da instituição A

Este estágio decorreu entre 26 de setembro e 4 de novembro de 2022 na unidade de pulmão da instituição A, com a duração de 150 horas.

A seleção deste campo de estágio foi baseada no alinhamento com o tema do projeto, pelo que se optou por um contexto de aprendizagem que permitisse a realização de atividades específicas do ONN. Considerou-se a informação veiculada no *site* eletrónico da instituição A, que indica que a unidade do pulmão presta cuidados de saúde e acompanha a pessoa com cancro do pulmão ao longo de todo o trajeto da doença,

independentemente do estadió ou do tipo histológico do cancro. Entendeu-se, ainda, que as funções dos enfermeiros neste contexto poderiam assemelhar-se de forma significativa às do ONN.

Tinha como objetivo geral “desenvolver competências de ONN na coordenação de cuidados numa prática de cuidados centrados na pessoa”, e um primeiro objetivo específico “integrar, progressivamente, a equipa de saúde da unidade”.

A integração na equipa teve como primeira atividade uma reunião com a enfermeira chefe e com a enfermeira orientadora do estágio, com a finalidade de apresentar o meu projeto, particularmente os objetivos e as atividades de estágio planeadas, discutidas oportunidades de aprendizagem, e os resultados esperados.

A minha apresentação à equipa multidisciplinar aconteceu progressivamente, de forma informal e oportuna, permitindo identificar os membros da equipa, as suas funções, áreas de atuação e formas de cooperação. Com esta informação, elaborei um esquema da unidade de pulmão que permite visualizar a composição da equipa multidisciplinar, que se divide em principal e alargada (Apêndice I).

A unidade de pulmão dedica-se à investigação e ao tratamento do cancro do pulmão ao longo de todo o percurso de doença, mas também acompanha pessoas com patologia pulmonar como a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), e pessoas em processo de cessação tabágica. Os momentos de intervenção da equipa enfermagem da unidade estão definidos num manual de procedimento que tive a oportunidade de consultar, e incluem a participação nas reuniões multidisciplinares, a consulta cirúrgica (no pré e pós operatório), a consulta de inaloterapia, a realização de pensos e de tratamentos (por exemplo, para gestão de sintomas), e atos não presenciais (atendimento telefónico, *follow-up* cirúrgico, *follow-up* de inaloterapia, *follow-up* de enfermagem, *follow-up* de cessação tabágica). Os documentos de apoio utilizados pela equipa de enfermagem na unidade são o guia pré-cirúrgico cardiotorácico, o folheto de exercícios de reabilitação respiratória, e o folheto de inaloterapia (de acordo com o dispositivo prescrito). Os registos de todas as atividades realizadas pela enfermagem são feitos numa plataforma informática parametrizada. As marcações dos atos de enfermagem acima referidos são da responsabilidade do gestor de doentes (GD), um profissional administrativo, que procede aos agendamentos solicitados pelo enfermeiro da unidade ou pelo médico assistente.

A segunda atividade consistiu numa visita guiada à unidade de pulmão, acompanhada pela enfermeira orientadora para conhecer o espaço físico. Esta unidade está incluída num grupo de sete unidades multidisciplinares de patologia (UMP) (Apêndice II), que trabalham em estreita colaboração e coordenação na prestação de cuidados especializados, integrados e personalizados a pessoas com doença oncológica. Com exceção da unidade da mama, as equipas de enfermagem das restantes UMP localizam-se num mesmo espaço físico, que permite uma comunicação rápida e eficiente entre as mesmas. Existem gabinetes de consulta médica alocados a cada profissional, porém, a equipa de enfermagem das diferentes UMP partilha gabinetes de consulta e salas de tratamento (por exemplo, para realização de pensos). Esta limitação espacial, exige uma organização, disciplina, comunicação e colaboração interdisciplinares eficientes. Os gabinetes disponíveis são semelhantes entre si no que diz respeito a equipamento (uma mesa, três cadeiras, uma marquesa, um computador, um armário) e ambiente (espaço interior sem luz natural e uma porta para o corredor de consultas). Estas características dos gabinetes pode criar um o ambiente pouco acolhedor e não favorável ao bem-estar dos utentes do serviço. Para determinar a adequação das instalações da unidade no que respeita à incorporação de características que promovam o envolvimento da pessoa com cancro do pulmão e família no seu cuidado, bem como a conformidade com os princípios da teoria do cuidado centrado na pessoa (McCormak et al, 2006), procedi a uma análise do ambiente e das condições físicas disponíveis. Para esta avaliação, construí uma grelha (Apêndice III) com base no *Person-Centered Care Certification Program*² (Planetree International, 2020), utilizando os elementos sugeridos no ponto 1.5 do referido programa como guia para a criação de um ambiente de cuidados menos institucionalizado, com o intuito de reduzir o *stress* e a ansiedade frequentemente associados aos ambientes de saúde. Apliquei a grelha de avaliação através da metodologia da observação direta dos espaços da unidade, e posteriormente analisei os resultados obtidos com recurso aos indicadores de avaliação estabelecidos pela *Planetree International* (2020), no ponto 1.5 do programa.

² O *Person-Centered Care Certification Program* certifica instituições de saúde com base numa variedade de fatores, entre eles o desempenho nos principais indicadores organizacionais relacionados com os cuidados centrados na pessoa. A certificação é conferida não apenas com base em documentação, mas considera as experiências reais das pessoas e em circunstâncias reais. Trata-se de uma abordagem aos cuidados de saúde que trata os indivíduos como mais do que uma soma das partes do seu corpo e condições médicas e que, como tal, se centra na pessoa e não no doente (Planetree International, 2020).

As instalações da unidade de pulmão têm características que favorecem a prestação de cuidados centrada na pessoa (16 pontos positivos num total de 26 pontos avaliados, isto é, $\cong 62\%$). Por exemplo, o posicionamento/altura dos monitores de computador e das cadeiras dos gabinetes, foi intencional de forma a maximizar a comunicação face a face, elementos do ambiente que minimizam as barreiras físicas e facilitam a comunicação e a relação. Porém, não há gabinetes de consulta com vista para o exterior, o que não permite a incorporação de elementos da natureza, nem da luz natural, no ambiente, indicador importante em cuidados centrados na pessoa.

A unidade de pulmão é composta por uma EMD, que inclui cinco médicos oncologistas, três cirurgiões cardiorácicos, quatro pneumologistas, quatro enfermeiras (duas enfermeiras especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e duas enfermeiras generalistas), entre outros profissionais. O trabalho da equipa de enfermagem da unidade incide maioritariamente no acompanhamento da pessoa com cancro do pulmão na fase de tratamento cirúrgico. As pessoas em tratamento sistémico com quimioterapia e imunoterapia, seja por via oral ou intravenosa, são exclusivamente acompanhadas pelo hospital de dia oncológico, sem envolvimento, conhecimento ou acompanhamento da equipa de enfermagem da unidade de pulmão. Esta equipa também não participa nos cuidados à pessoa com cancro do pulmão em fim de vida.

Com o intuito de compreender se os processos de cuidados e os serviços prestados na unidade se centram na pessoa com cancro do pulmão, cumpri a terceira atividade, a realização de uma entrevista estruturada à enfermeira orientadora do estágio. Inicialmente criei o guião da entrevista (Apêndice IV) com questões baseadas em critérios dos cinco domínios³ do programa da *Planetree International* (2020). Dada a extensão do programa, foi necessário selecionar alguns critérios em detrimento de outros, decisão tomada pela autora, com o objetivo de abranger uma variedade de fatores, incluindo o desempenho nos principais indicadores organizacionais relacionados com os cuidados centrados na pessoa. Posteriormente à realização da entrevista, procedeu-se à análise de conteúdo. Esta análise foi feita utilizando uma grelha de

³ O *Person-Centered Care Certification Program* inclui 26 critérios distribuídos por 5 domínios (criar estruturas organizacionais que promovam o envolvimento; conectar valores, estratégias e ações; implementar práticas que promovam a parceria; saber o que importa; recorrer à evidência para impulsionar a melhoria), sendo que a cada um dos critérios foram associados elementos mensuráveis num sistema de pontuação quantificável. O nível de reconhecimento de uma organização é atribuído com base no número total de pontos auferidos, variando entre um mínimo de 96 pontos (ou pelo menos 60% do total de pontos disponíveis) e os 144 pontos ou mais (ou 90% ou mais do total de pontos disponíveis) (Planetree International, 2020).

avaliação (Apêndice V) dos requisitos dos 15 critérios (identificados por letras de A a O), a qual foi produzida com base no documento da *Planetree International* (2020). Para a avaliação, estabeleceu-se uma correspondência na pontuação, em que qualquer ponto atribuído (mínimo 1) no documento original corresponde a “cumpre” o requisito e nenhum ponto atribuído corresponde a “não cumpre.” Verificou-se que para os 37 requisitos avaliados, a maioria “não cumpre” (n=21) os indicadores de resultados propostos pela *Planetree International* (2020). A análise da entrevista permitiu compreender que a equipa de enfermagem faz esforços por prestar cuidados centrados na pessoa com cancro do pulmão, um exemplo disso, é a facilitação do envolvimento dos utentes e familiares na comunicação de informações sobre eles com os membros da EMD (ERAS, 2019): “Está instituída uma reunião de equipa, onde se inclui o radioncologista, o oncologista e um membro da equipa de enfermagem da unidade, e o doente/família. Nesta reunião são abordados temas como o tratamento, opção de internamento ou cuidados domiciliários, sempre que possível e seguro.” – resposta à questão E.1. Porém, há muitas oportunidades para melhorar os serviços e cuidados centrados na pessoa, entre as quais a atribuição de uma voz àqueles que interagem diretamente com a organização de saúde, os utentes e famílias. As suas perceções são importantes para identificar prioridades, impulsionar melhorias e avaliar resultados (Guastello & Jay, 2019).

No âmbito da concretização do primeiro objetivo específico, acredito ter adquirido as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019), especialmente no Domínio da melhoria contínua da qualidade, uma vez que considerei a gestão do ambiente centrado na pessoa como um requisito fundamental para a efetividade terapêutica, promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar da pessoa.

O segundo objetivo específico estabelecido foi identificar o método de coordenação de cuidados de saúde das pessoas com cancro do pulmão usado pela equipa de enfermagem da unidade.

A primeira atividade desenvolvida para responder a este objetivo foi a observação das intervenções da equipa de enfermagem durante a reunião multidisciplinar do pulmão. Desta forma, participei passivamente em quatro RMD do pulmão, onde pude observar e analisar a atuação da enfermeira da unidade de pulmão. A designação da enfermeira da unidade que participa na reunião é feita de forma rotativa, seguindo um

esquema de alternância durante as quatro semanas de cada mês, envolvendo um total de quatro enfermeiras.

A EMD principal reúne-se formalmente às terças-feiras para discutir os casos clínicos e decidir o tratamento oncológico. A prática das reuniões multidisciplinares segue as recomendações da *European Cancer Organisation Essential Requirements for Quality Cancer Care* (ERQCC) (2020), por serem fundamentais no processo de tomada de decisão, aconselhando uma frequência semanal ou superior, para discutir todos os casos com o objetivo de equilibrar as recomendações clínicas com as necessidades do cancro do pulmão da pessoa. O núcleo da equipa multidisciplinar que analisa casos de cancro do pulmão deve ser composto por: pneumologistas, patologistas, radiologistas, médicos de medicina nuclear, cirurgia torácica, radioterapia oncológica, oncologia médica e enfermagem. As estratégias de tratamento devem, assim, ser decididas, planeadas e implementadas em resultado do consenso entre uma EMD (ERQCC, 2020). A EMD da unidade de pulmão cumpre esta composição e frequência.

Durante as RMD, verifiquei que a enfermeira identificou as decisões de tratamento cirúrgico para cada utente, para posteriormente realizar o agendamento da consulta de enfermagem pré-cirúrgica (que se realiza após a consulta de anestesia), e identificou casos clínicos onde se verificou a necessidade de intervenção de enfermagem no que diz respeito ao controlo sintomático. Contudo, não intervieio em nenhum momento para representar os interesses das pessoas cujos casos foram discutidos nas reuniões.

A partilha de informação com a EMD na reunião, implica que a equipa de enfermagem estabeleça um contacto prévio com a pessoa para a conhecer. No entanto, constatei que o primeiro contacto da equipa de enfermagem da unidade de pulmão com a pessoa com cancro ocorre apenas após a realização da RMD, na consulta pré-cirúrgica. Como tal, verifica-se uma limitação na participação efetiva da enfermagem nas discussões realizadas durante a reunião, onde as necessidades e preferências da pessoa poderiam ser melhor consideradas no processo de tomada de decisão terapêutica. Concluí, por isto, que há a necessidade de colocar a primeira consulta de enfermagem antes da RMD, de modo a assegurar a realização da avaliação holística da pessoa e obtenção de informações relevantes sobre os desejos, preocupações e necessidades da pessoa, que tenham utilidade numa intervenção na RMD (ERQCC, 2020).

A segunda atividade desenvolvida foi a participação (passiva e ativa) nas consultas de enfermagem da unidade, por forma a compreender a atuação das enfermeiras no trajeto das pessoas com cancro do pulmão e famílias.

O acompanhamento da pessoa com cancro do pulmão pela equipa de enfermagem inicia-se na RMD de pulmão, na qual o enfermeiro identifica as decisões de tratamento cirúrgico e procede ao pedido de agendamento da consulta de enfermagem pré-cirúrgica.⁴ A consulta é presencial e consiste no primeiro contacto direto do enfermeiro da unidade com a pessoa com cancro do pulmão. Ocorre cerca de duas semanas antes da cirurgia, idealmente no mesmo dia da consulta de anestesia. Os objetivos definidos pela unidade para esta consulta incluem (1) realizar o acolhimento da pessoa proposta para cirurgia torácica para tratamento de cancro do pulmão, (2) conhecer a pessoa através da colheita de dados de enfermagem e da entrevista de enfermagem, (3) realizar ensinios (sobre a cirurgia, de acordo com a tipologia de cirurgia prevista; sobre preparação alimentar e jejum, a definir pelo médico anestesista; sobre a prevenção da infeção do local cirúrgico; sobre a dinâmica do pré, intra e pós operatório; sobre o expectável no período de convalescença), (4) entregar uma brochura com todas as informações necessárias e pertinentes para a cirurgia, (5) esclarecer dúvidas. Esta consulta de enfermagem pré-cirúrgica envolve uma preparação prévia do enfermeiro realizada pela consulta de informação sobre o utente em diário clínico.

No manual de procedimento da unidade de pulmão, é feita uma descrição sucinta das intervenções de enfermagem durante a consulta cirúrgica, não existindo um guião de entrevista nem qualquer referência à filosofia de cuidados na qual a entrevista se apoia. Não obstante, esta consulta é relevante não só pela realização da avaliação holística da pessoa com cancro do pulmão, por meio da colheita de dados e entrevista, mas também pelo seu forte componente educativo. De facto, o aconselhamento pré-operatório à pessoa que vai ser submetida a cirurgia torácica é fortemente recomendado⁵ na fase pré-operatória (ERAS, 2019). Este aconselhamento pretende ajudar a definir as expectativas da pessoa com doença sobre a cirurgia e procedimentos de anestesia e, desta forma, diminuir o seu medo, a fadiga, dor e, conseqüentemente, promover a recuperação e a

⁴ Caso o tratamento inicial para o cancro do pulmão não seja cirúrgico, a equipa da unidade de pulmão não faz o seguimento da pessoa em causa.

⁵ Recomendações fortes indicam que os efeitos desejáveis da adesão a uma recomendação superam os efeitos indesejáveis (ERAS, 2019).

alta precoce (ERAS, 2019). Esta situação confirma-se na consulta pré-cirúrgica realizada pelas enfermeiras da unidade de pulmão.

Nesta consulta é entregue à pessoa uma brochura que explica, sucintamente, o sistema respiratório, a cirurgia torácica (abordados os diferentes tipos de cirurgia e as diferentes técnicas cirúrgicas), os períodos pré-operatório (percurso da pessoa, admissão, suspensão de medicação, preparação alimentar e preparação da pele, mobilidade, cessação tabágica⁶, bebidas alcoólicas⁷, exercícios respiratórios⁸) e pós-operatório, cuidados a ter no domicílio após a alta hospitalar, sinais e sintomas de alarme. A linguagem utilizada na brochura é simples e acessível, e apoiada com desenhos representativos da realidade. Na consulta, a enfermeira da unidade de pulmão explica à pessoa a informação contida na brochura e esclarece que a mesma é entregue em complemento aos ensinamentos realizados. Efetivamente, a conjugação da educação verbal dada pela enfermeira com a brochura sobre o procedimento, fornece estratégias cognitivas à pessoa que vai ser submetida a cirurgia torácica para tratamento do cancro do pulmão para melhorar o controle da dor, náusea e ansiedade (ERAS, 2019). Observa-se, assim, que a abordagem das enfermeiras da unidade em relação a esta questão está alinhada com a evidência encontrada.

Durante a minha participação nestas consultas, realizei uma avaliação holística e sistemática das pessoas com cancro do pulmão que estavam sob os meus cuidados na unidade, seguindo as orientações do manual de procedimentos de enfermagem do serviço e utilizando o sistema de registo informático parametrizado e específico para cada consulta. Alguns utentes apresentaram dor e dispneia durante a consulta, sintomas que avaleiei utilizando a escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton, a qual está integrada no sistema informático da instituição. Para gerir estes sintomas, foram adotadas medidas terapêuticas dirigidas prescritas pelo pneumologista, após a minha comunicação, e proporcionado apoio emocional. Com efeito, a necessidade de lidar com o sofrimento psicológico, a limitação no funcionamento físico e a fragilidade vivenciados pelas pessoas com cancro do pulmão, enfatiza a importância dos enfermeiros possuírem

⁶ O ato de fumar deve ser interrompido pelo menos 4 semanas antes da cirurgia (ERAS, 2019)

⁷ O consumo de álcool (em utilizadores abusivos de álcool) deve ser evitado por pelo menos 4 semanas antes da cirurgia (ERAS, 2019)

⁸ A reabilitação pré-operatória pode reduzir a duração do tempo de internamento e complicações respiratórias no pós-operatório (ERAS, 2019). Contudo, devido à heterogeneidade de estudos sobre o assunto, não é possível estabelecer recomendações concretas sobre a natureza das intervenções no que diz respeito à tipologia de exercícios, a sua frequência ou duração no período pré-operatório (ERAS, 2019).

conhecimentos adequados e capacitados para utilizar instrumentos de avaliação validados, que permitam contribuir para o bem-estar destas pessoas (ERQCC, 2020).

Adicionalmente às recomendações sobre educação e aconselhamento, o ERAS (2019) confere importância à avaliação do estado nutricional e da perda ponderal da pessoa antes da cirurgia. Efetivamente, a otimização do estado nutricional no período pré-operatório é um dos determinantes para a melhoria dos resultados cirúrgicos (Matthwes, Wootton & Davis, 2021).

A unidade de pulmão não tem instituída uma prática consistente de avaliação nutricional da pessoa com cancro. Verifiquei que alguns dos enfermeiros da unidade utilizam a escala de avaliação de risco nutricional *Nutritional Risk Score* (NRS) na consulta pré-cirúrgica, mas que não é dada relevância ao seu resultado.

Tendo em consideração as recomendações do ERAS (2019), as diretrizes da *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) (2021), e a importância da integração da avaliação nutricional da pessoa antes da cirurgia, pelos benefícios demonstrados na redução de complicações pós-operatórias (ESPEN, 2021) e promoção da recuperação precoce (ERAS, 2019), sugeri à enfermeira orientadora do estágio e à enfermeira chefe da Unidade de Pulmão, a criação de uma instrução de trabalho (IT) (Apêndice VI) que desse resposta a esta lacuna. Este documento permite estabelecer e uniformizar a avaliação do risco nutricional da pessoa com cancro do pulmão em contexto de consulta de enfermagem (pré-cirúrgica e pós-cirúrgica) na unidade, numa abordagem multimodal e integrativa dos cuidados.

A avaliação do risco nutricional faz-se com recurso a ferramentas de avaliação nutricional como a Avaliação Global Subjetiva – Preenchida pelo Doente⁹ (PG-SGA) (Pt-Global, 2022), instrumento validado e amplamente utilizado em doentes oncológicos e em doentes cirúrgicos (Pt-Global, 2022). Selecionei a PG-SGA pela predominância da população oncológica atendida na Unidade de Pulmão em contexto cirúrgico.

Após aprovação da IT pela chefia do serviço, realizei uma ação de formação à equipa da multidisciplinar da unidade, médicos e enfermeiros, tendo elaborado um plano da ação de formação (Apêndice VII:) que foi divulgado junto da equipa via *e-mail*, os slides da ação de formação (Apêndice VIII), e a ficha de avaliação da ação de formação (Apêndice

⁹ Traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa de *Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment* (PG-SGA) (PT-Global, 2022)

IX). Inicialmente a formação seria apenas para a unidade de pulmão mas a enfermeira chefe considerou pertinente estendê-la às restantes equipas de enfermagem das UMP.

Após a cirurgia, e se hemodinamicamente estável, a pessoa é transferida do recobro cirúrgico para o serviço de internamento. Aqui, a pessoa permanece por um período médio de 6 dias, iniciando usualmente a fisioterapia no mesmo dia da cirurgia, ainda no recobro, ou no dia seguinte. Durante o internamento, não há intervenção ou acompanhamento pelo enfermeiro da Unidade de Pulmão. A alta hospitalar ocorre sem a presença de drenos, os quais são retirados pelo cirurgião ainda durante o internamento. A presença de drenos torácicos causa dor e inibe a função respiratória, pelo que os mesmos devem ser removidos o mais cedo possível (ERAS, 2019). A remoção é recomendada quando a drenagem é inferior a 200cc nas últimas 24 horas, e o utente estiver clinicamente estável (ERAS, 2019). Esta boa prática é evidente na instituição A, revelando-se uma estratégia eficaz para minimizar as complicações pós-operatórias e para promover a rápida recuperação do utente (ESPEN, 2021; ERAS, 2019).

No período pós-operatório ocorrem 3 momentos de intervenção da equipa de enfermagem da unidade junto da pessoa com cancro do pulmão: (1) teleconsulta não presencial para follow-up da pessoa nas 24 a 48 horas após a alta hospitalar; a marcação da mesma é realizada pelo secretariado do internamento, que informa a equipa de enfermagem através de *e-mail*; esta consulta tem como finalidade o despiste precoce de complicações e a otimização da recuperação da pessoa; a consulta está implementada no serviço, porém não existe uma instrução de trabalho que estabeleça as orientações para a sua realização, assegurando a sua uniformização; (2) consulta presencial nas primeiras 72 a 96 horas após a alta, com o objetivo de avaliar diversos aspetos da pessoa (estado emocional e psicológico, sinais vitais incluindo a dor, saturação periférica de O₂, padrão respiratório, reflexo de tosse eficaz, gestão de expectativas, atividades de vida diárias), validar o observância dos ensinamentos pré-cirúrgicos, validar o cumprimento da fisioterapia respiratória, reforçar sinais e sintomas de alerta, esclarecer dúvidas e prestar apoio emocional, realizar o penso à ferida cirúrgica para promover a cicatrização (avaliar o processo de cicatrização, realizar cuidados à pele peri-lesional, escolher o tratamento adequado e executá-lo); (3) consulta presencial com objetivos semelhantes à consulta anterior e remoção dos pontos cirúrgicos, após a colheita de análises sanguíneas, raio-x

de tórax e consulta de cirurgia torácica que se realizam no próprio dia da consulta de enfermagem, uma semana após a alta.

Durante as consultas de enfermagem que realizei, sempre que identifiquei a necessidade de referenciação de um utente, procedi ao encaminhamento. Quando dentro da instituição, fiz os contatos com os profissionais de saúde, pessoalmente ou por telefone. Elaborei cartas de enfermagem para encaminhamento de pessoas com cancro do pulmão que foram submetidas a cirurgia e optaram por realizar os pensos à ferida cirúrgica no serviço nacional de saúde.

Após a identificação da necessidade de estabelecer uma instrução de trabalho que padroniza a realização de teleconsultas de *follow-up* para pessoas submetidas a cirurgia torácica para tratamento de cancro do pulmão, procedi à elaboração do referido documento (Apêndice X), apoiando-me no Guia de Recomendações sobre as Consultas de enfermagem à distância da Ordem dos Enfermeiros Centro (Ordem dos Enfermeiros Centro, 2021) e na Norma nº 010/2015 de 15/06/2015 da Direção-Geral da Saúde sobre o Modelo de funcionamento das teleconsultas (Direção-Geral da Saúde, 2015). A instrução destina-se ao enfermeiro prestador de cuidados da pessoa submetida a cirurgia torácica para tratamento de cancro do pulmão, em contexto de teleconsulta programada de *follow-up*, com a finalidade de avaliar a sua situação clínica após a alta hospitalar e proceder ao planeamento da prestação de cuidados de saúde. Posteriormente, após a sua aprovação pela enfermeira chefe, a instrução foi divulgada e partilhada por *e-mail* com a equipa de enfermagem da unidade de pulmão, com o intuito de promover a sua difusão e implementação.

As enfermeiras da unidade de pulmão desempenham um papel ativo na prestação de cuidados à pessoa com cancro do pulmão durante o tratamento cirúrgico, seguindo algumas das intervenções definidas pela ONS (2017) para coordenação dos cuidados, tais como identificar potenciais barreiras (como a literacia, questões financeiras e de seguros de saúde), encaminhar adequadamente para superar tais barreiras, e auxiliar os utentes a compreender os objetivos do tratamento, numa abordagem ética que não faz julgamentos ou discriminações. No entanto, o papel de coordenação atribuído ao ONN não está presente na unidade. Não há uma coordenação efetiva de todos os aspetos dos cuidados às pessoas com cancro do pulmão, pelo que estas são responsáveis por agendar as suas próprias consultas e exames.

A compreensão do papel do ONN na facilitação dos cuidados de saúde das pessoas com cancro do pulmão, permitiram-me reconhecer as lacunas existentes neste campo de estágio. E, através deste processo, penso ter adquirido a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (1) cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

Considero, ainda, ter adquirido competências essenciais de enfermeiro especialista no Domínio da melhoria contínua da qualidade, em particular B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e B3 – garante um ambiente terapêutico seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019), e desta forma alcançado o segundo objetivo específico. Destaco a minha capacidade na identificação de oportunidades para aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde, na seleção de estratégias eficazes para promover melhorias e na elaboração de diretrizes para orientar boas práticas, como por exemplo, a IT teleconsulta do ONN do pulmão para follow-up cirúrgico e a IT avaliação de risco nutricional na pessoa proposta para tratamento cirúrgico de cancro do pulmão. Além disso, reconheço a importância crucial da gestão adequada do ambiente centrado na pessoa com cancro do pulmão, tanto para a eficácia terapêutica como para a prevenção de incidentes. Atuo de forma proativa, promovendo o bem-estar e gerindo os riscos de forma apropriada.

2.3. Estágio na unidade de cancro colorretal da instituição B: primeiro momento

O segundo contexto de estágio decorreu em dois momentos, o primeiro entre 19 de junho e 28 de julho de 2023, na unidade de cancro colorretal da instituição B integrada num instituto de oncologia.

A escolha deste campo de estágio deveu-se ao facto de nesta unidade existir um enfermeiro (enfermeiro coordenador de cuidados oncológicos) com um papel semelhante ao do ONN no acompanhamento de pessoas com cancro, permitindo a observação e integração da prática do mesmo nas atividades desenvolvidas no estágio. Além disso, nesta unidade existe um programa de navegação para pessoas com cancro colorretal ao longo de todo o seu percurso de doença, o que possibilita a compreensão

do seu funcionamento e servirá de referência para a criação de um programa longitudinal de navegação para as pessoas com cancro de pulmão.

Pelas razões mencionadas no início do segundo capítulo, este campo de estágio é comum aos dois últimos períodos de estágio, cada um com a duração de 150 horas.

O objetivo geral deste estágio foi desenvolver competências de ONN na educação e comunicação interpessoal que permitam a troca de ideias e informações de forma eficaz com a pessoa com cancro/família/cuidador e colegas profissionais de saúde.

Os dois objetivos específicos estabelecidos são: (1) estabelecer o Programa do ONN do pulmão, recorrendo às etapas identificadas no enquadramento teórico deste trabalho; (2) colaborar na educação apropriada e oportuna à pessoa com cancro, familiares e cuidadores, para facilitar a compreensão e o apoio na tomada de decisão informada.

Para atingir o primeiro objetivo específico delinearam-se as seguintes atividades: observar a atividade do ECCO no que respeita ao desenvolvimento de parcerias com a equipa multidisciplinar (principal e alargada), conhecer as IT e fluxogramas que orientam as ações do ECCO e demais membros da equipa multidisciplinar, incluindo o seguimento em consultas e tratamentos; compreender o sistema de registo eletrónico de todas as interações do ECCO com a pessoa com cancro colorretal.

Com base nas etapas propostas por Malone et al (2014) para a construção do Programa de ONN do pulmão, as duas primeiras etapas já foram concluídas com a elaboração do projeto de estágio: (1) identificação da necessidade – foi realizada uma avaliação prévia das necessidades do serviço onde trabalho, resultando na identificação da carência de um programa de ONN devido ao aumento do número de casos de cancro de pulmão na Instituição B nos últimos dois anos, a falta de coordenação de cuidados e ausência de um ONN; essa identificação permitiu definir a população-alvo do Programa (pessoas adultas com suspeita ou diagnóstico de cancro do pulmão na Instituição B); (2) definição dos objetivos do Programa – melhorar a qualidade da prestação de cuidados às pessoas com suspeita ou diagnóstico de cancro do pulmão, aumentar o acesso oportuno aos cuidados de saúde, melhorar a coordenação entre os membros da equipa de saúde multidisciplinar, oferecer apoio emocional às pessoas com suspeita ou diagnóstico de cancro do pulmão e suas famílias.

A terceira etapa para a criação do Programa – a obtenção de orçamento –, decorreu no primeiro dia de estágio, aquando da reunião com a chefia e com a enfermeira coordenadora de cuidados oncológicos (ECCO) do cancro colorretal, que também foi minha orientadora de estágio. Durante esse encontro, apresentei o projeto, objetivos e atividades propostas para os alcançar. A chefia e a equipa já estavam cientes da intenção de desenvolver o Programa de ONN do pulmão, uma vez que, como mencionado anteriormente, o mesmo atende às necessidades identificadas pela equipa em que estou inserida e pela instituição em que trabalho.

Foi destacada a importância de garantir recursos financeiros adequados para a implementação efetiva do Programa, incluindo a contratação de pessoal qualificado, aquisição de materiais, tecnologias e ferramentas necessárias, bem como a realização de atividades de capacitação para os enfermeiros envolvidos.

Ficou definido que assumirei o papel de ONN do pulmão, devido ao meu investimento na área e responsabilidade na criação do Programa. Estou empenhada em adquirir as competências essenciais de ONN principiante e de enfermeira especialista, para atuar como enfermeira perita na área de especialidade do pulmão, coordenando e facilitando o atendimento à pessoa com cancro do pulmão, integrando a equipa multidisciplinar, fornecendo educação sobre o cancro, apoio à tomada de decisão informada e prestando suporte emocional ao longo do percurso da doença (etapa 5 para a criação do Programa – recrutamento de enfermeiros especializados).

Adicionalmente, houve acordo sobre a necessidade de estabelecer um gabinete de consulta para o ONN, em conformidade com os requisitos da *Planetree International* (2020) para um espaço físico que promova cuidados centrados na pessoa. Também foi acordado que, se necessário, será articulado com a equipa de informática, equipa de estatistas, e outras relevantes para melhoria do Programa. Está prevista a minha participação numa formação sobre comunicação de más notícias em oncologia após o término dos estágios e, em conjunto com a chefia, a elaboração de um calendário anual de formações relevantes para melhorar e aumentar conhecimentos do ONN na área de pulmão, comunicação efetiva, resolução de problemas e gestão de *stress*. O grupo de peritos da ERQCC (2020) considera essencial que cada unidade de cancro do pulmão forneça educação clínica e científica sobre a doença, assim como formação em oncologia psicossocial, cuidados paliativos, reabilitação e competências comunicacionais. Esta

formação deve ser incorporada em cursos de pós-graduação especializados para médicos, enfermeiros e outros profissionais (ERQCC, 2020). O englobamento de atividades formativas e de educação regulares no currículo do ONN do pulmão, permite capacitar este profissional e atualizar as suas habilidades e competências, dando, assim, resposta à oitava etapa da criação do Programa de navegação.

Para completar à quarta etapa do processo de conceção do Programa, que consiste no desenvolvimento de parcerias com a equipa multidisciplinar, é essencial, primeiramente, proceder à identificação e conhecimento da composição da equipa do programa do ECCO. A Unidade de Cancro Colorretal é constituída por uma equipa multidisciplinar principal que acompanha a pessoa com cancro colorretal ao longo de todo o percurso da doença. Esta equipa é composta por um ECCO, três médicos oncologistas, um gestor oncológico, cinco cirurgiões gerais, um gestor cirúrgico, um anatomopatologista, um imagiologista, um radioncologista. a equipa de enfermagem do Hospital de Dia Oncológico (local onde exerço), um nutricionista oncológico, um psicólogo oncológico e dois farmacêuticos.

A aprendizagem sobre a estrutura da equipa multidisciplinar da Unidade de Cancro Colorretal, aliada ao conhecimento acerca dos profissionais que compõem a equipa multidisciplinar da Unidade de Pulmão do estágio anterior, possibilitou-me a compreensão dos profissionais que têm um papel crucial e devem estar presentes na equipa do Programa do ONN do pulmão.

Na Instituição B, os profissionais que compõem a Unidade de Cancro Pulmão estão dispersos pelas diferentes áreas do hospital, tornando mais desafiante a comunicação entre todos. Foi fundamental identificar os especialistas envolvidos no acompanhamento da pessoa com cancro do pulmão e que integram esta Unidade: dois pneumologistas, um cirurgião cardiorácico, um gestor oncológico, um gestor cirúrgico responsável pelo agendamento das cirurgias e comunicação com o gestor oncológico, três médicos oncologistas, um anatomopatologista, um radioncologista, um imagiologista, um farmacêutico, a equipa do Hospital de Dia Oncológico, um nutricionista oncológico e um psicólogo oncológico. Com base nestes dados e na evidência disponível, foi possível definir os membros da equipa multidisciplinar principal e alargada para o acompanhamento da pessoa com cancro do pulmão no Programa do ONN. À semelhança do esquema elaborado no primeiro contexto de estágio, desenvolvi um esquema para o

Programa do ONN do pulmão, que permite visualizar a composição da equipa multidisciplinar, que se divide em principal e alargada (Apêndice XI).

Na primeira semana de estágio, observei que o ECCO estabelecia uma relação de colaboração e respeito com os demais profissionais que compõem a equipa multidisciplinar da Unidade de Cancro Colorretal. Verifiquei que cada membro reconhecia claramente a sua função e responsabilidade dentro do grupo, compreendendo a importância da atuação conjunta para alcançar um desempenho eficaz e complementar. Observei, ainda, que o ECCO desempenha um papel fundamental como perito de referência na área, consolidando e aplicando todo o conhecimento disponível sobre a pessoa, levando em consideração a sua singularidade em todas as dimensões, e sendo defensor das suas necessidades e preferências. Somente desta forma é possível agir como um elo ao longo de todo o percurso clínico da pessoa com cancro colorretal, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados de saúde oferecidos e o cumprimento do plano de cuidados estabelecido em parceria entre a equipa multidisciplinar, a pessoa e a sua família, de acordo com as diretrizes mais atualizadas da especialidade. Verifiquei, também, que o ECCO faz a coordenação do cuidado integrado prestado à pessoa com cancro, estabelecendo uma ligação eficaz entre os diversos profissionais de saúde e serviços, tanto da equipa multidisciplinar principal quanto da equipa alargada da Unidade. Além disso, estabelece conexões com outras entidades prestadoras de cuidados, tais como Centros de Saúde, Rede de Cuidados Continuados, Serviço Social, Lares, entre outras.

Ao integrar as informações observadas, foi-me possível constatar a importância das parcerias para promover a colaboração interdisciplinar e estabelecer um Programa de ONN abrangente. É crucial definir claramente as funções e responsabilidades do ONN e garantir que toda a equipa multidisciplinar do Programa esteja ciente delas. Nesse sentido, iniciei o desenvolvimento de uma rede de contatos e relacionamentos com os diferentes profissionais envolvidos no cuidado à pessoa com cancro do pulmão dentro da Instituição B. A divulgação do Programa de ONN do Pulmão, assim como o papel desempenhado pelo ONN na equipa da Unidade de Cancro do Pulmão, foi realizada de maneira individual e presencial. O entusiasmo demonstrado por todos os envolvidos em relação ao Programa foi significativo.

A segunda atividade realizada para atingir o primeiro objetivo específico consistiu em conhecer as IT e os fluxogramas que norteiam as ações do ECCO e dos restantes membros da equipa multidisciplinar, incluindo o acompanhamento em consultas e tratamentos. A enfermeira orientadora do estágio apresentou-me esses documentos, que foram elaborados pelo ECCO em colaboração com outras especialidades da equipa multidisciplinar, com o propósito de padronizar e uniformizar as ações, visando a excelência no atendimento à pessoa com cancro colorretal. Exemplos desses documentos incluem dois algoritmos de decisão terapêutica adjuvante no cancro de cólon em estadio II e III, um documento sobre a função do ECCO e das suas responsabilidades na equipa multidisciplinar (transversal a todos os ECCOs na Instituição B), e a IT Consulta do ECCO Colorretal. Para a produção destes documentos, é imprescindível que o ECCO/ONN detenha um conhecimento aprofundado e atualizado sobre a doença e o tratamento, esteja familiarizado com as diretrizes a serem seguidas e desempenhe um papel de facilitador na comunicação entre a equipa multidisciplinar, a fim de estabelecer processos, protocolos e procedimentos adequados em conjunto com os profissionais de saúde das diferentes áreas de especialidade.

Este exemplo foi importante para me guiar na identificação dos documentos necessários para o Programa do ONN do pulmão. Inicialmente, verifiquei se a Unidade de Cancro do Pulmão da Instituição B possuía fluxogramas de tratamento estabelecidos. A ausência do envolvimento de enfermagem no percurso das pessoas com cancro do pulmão, com exceção do acompanhamento em Hospital de Dia Oncológico durante a fase de tratamento com terapêutica sistémica endovenosa, resultou na inexistência de consulta de enfermagem. A integração do ONN na equipa multidisciplinar do pulmão torna urgente a criação de IT de consultas e fluxogramas de trajeto. Para estruturar os documentos necessários para orientar as ações do ONN do pulmão, elaborei um quadro (Apêndice XII) com informações sobre os recursos existentes na instituição, que podem ser utilizados pelo ONN ou servir de modelo para a criação de outros adaptados à realidade da pessoa com cancro do pulmão. O quadro foi organizado por fases da doença: suspeita, diagnóstico e estadiamento, RMD, tratamento (cirurgia, QTRT, *systemic anti-cancer treatments* (SACT) ou terapia sistémica), cuidados paliativos e em fim de vida, sobrevivência e vigilância. Devido à extensão do trabalho, que não poderia ser concluído dentro do período de estágio, optei por concentrar-me nos documentos relacionados

com as fases de suspeita, diagnóstico e estadiamento: consulta de acolhimento (1ª consulta do ONN, onde se inclui os itens a considerar na colheita de dados e avaliação inicial de enfermagem, plano de cuidados com as rúbricas e intervenções específicas, brochura sobre a doença e diagnóstico de cancro do pulmão), e base de dados (matriz) em Google Sheets com a informação relevante sobre cada pessoa com suspeita ou diagnóstico confirmado de cancro do pulmão, consultas/momentos de contato do ONN e representativa da atividade do ONN.

A elaboração dos documentos exigiu o estudo detalhado da doença assim como do processo de diagnóstico e tratamento. Recorri a diversas fontes de evidência que serão citadas ao longo deste trabalho, no momento da referência a cada documento produzido. Deu-se, desta forma, resposta à etapa 6 da criação do Programa de ONN, que compreende o desenvolvimento de protocolos, diretrizes e fluxogramas de trajeto.

Adicionalmente à elaboração dos documentos de enfermagem, concebi o algoritmo de trajeto da pessoa adulta com suspeita de cancro do pulmão (Apêndice XIII) utilizando como suporte a *guideline* NG12 do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2021). Este algoritmo apresenta os sinais e sintomas que podem indicar a presença de um potencial carcinoma do pulmão, determinando o encaminhamento para a avaliação por um pneumologista num prazo não superior a 2 semanas a partir da suspeita de cancro do pulmão (NICE, 2021). A referência para a consulta de pneumologia pode ser solicitada por um médico de outra especialidade, como a pessoa pode ser proveniente da consulta de cessação tabágica ou da consulta de deteção precoce de cancro do pulmão (ambas realizadas na Instituição B), ou pode tratar-se de uma pessoa já acompanhada em consulta de pneumologia por uma outra patologia. Desta forma, faz sentido a existência deste algoritmo que, após aprovação pela Instituição B, estará ao acesso de todos na plataforma informática de documentos, protocolos e IT institucionais.

Depois do término do estágio, pretendo continuar o meu trabalho desenvolvendo fluxogramas e algoritmos para uniformizar processos de diagnóstico, estadiamento e tratamento desta doença. Após o alinhamento com a equipa médica, tais documentos serão elaborados com base nas mais recentes diretrizes do NICE e compreenderão algoritmos de tratamento para o cancro do pulmão de não pequenas células (CPNPC) e para o cancro do pulmão de pequenas células (CPPC). Existe uma diversidade de opções

terapêuticas, devido às decisões clínicas baseadas em mutações genéticas variadas (PD-L1, EGFR, KRAS, ALK, ROS-1, entre outras) (NICE, 2023).

Resumidamente, o tratamento para os subtipos de CPNPC (adenocarcinoma, que é o subtipo mais comum, carcinoma de células escamosas e carcinoma de grandes células, que é mais raro e possui um pior prognóstico) tem-se tornado mais individualizado, especialmente com a identificação de mutações nos tumores, particularmente nos adenocarcinomas. As abordagens terapêuticas podem incluir cirurgia, QTRT e/ou terapia sistêmica (SACT) (NICE, 2019).

O NICE (2019) recomenda que para pessoas com CPNPC em boas condições clínicas, para as quais o tratamento tem intenção curativa, a lobectomia (aberta ou toracoscópica) deve ser considerada. Já nos casos mais avançados de CPNPC, a cirurgia isolada ou a radioterapia isolada geralmente não são adequadas, devido à presença de metástases. Mesmo nos casos mais avançados sem metástases, o potencial curativo com a radioterapia isolada é baixo. Assim, a QT muitas vezes é combinada com a RT para controlar a disseminação de células tumorais para outras partes do corpo. Adicionalmente, muitos agentes de QT tornam o cancro mais sensível à RT.

O tratamento com quimioterapia e radioterapia combinadas é considerado para pessoas com CPNPC no estadio 2 ou 3 quando a cirurgia não é uma opção adequada ou é recusada (NICE, 2019).

No caso das pessoas com CPNPC avançado ou incurável, estas podem beneficiar da SACT (que pode incluir quimioterapia, imunoterapia e outras modalidades terapêuticas), resultando na melhoria da qualidade de vida e aumento da sobrevida (NICE, 2019).

O NICE (2019) sugere o uso da SACT para o tratamento do CPNPC, com a publicação de dois algoritmos em março de 2019 para o tratamento do carcinoma de células escamosas e dos adenocarcinomas nos estadios 3B e 4.

No que concerne ao CPPC, aproximadamente 30% dos casos são diagnosticados nos estadios 1 a 3 (NICE, 2019). Nos casos detetados precocemente, o tratamento com intenção curativa é uma possibilidade. Para pessoas com CPPC em estadio limitado da doença, deve ser oferecida RT duas vezes/dia combinada com QT. A cirurgia também deve ser considerada para pessoas com CPPC em estadio inicial da doença (tratamento multimodal) (NICE, 2019).

Já para os casos de CPPC diagnosticados tardiamente, a QT e a RT podem ser utilizadas para melhorar a qualidade de vida e a sobrevida a médio prazo. O NICE (2019) recomenda a administração de 4 a 6 ciclos de quimioterapia combinada à base de cisplatina para pessoas com estadio limitado de CPPC, e a oferta de quimioterapia combinada à base de platina para pessoas com estadio extensivo de CPPC.

Com o intuito de visualizar de forma simplificada e estruturada os momentos de interação do ONN com a pessoa com CPNPC ao longo do trajeto de doença, desenvolvi três diagramas de processo (Apêndice XIV): (1) pessoa diagnosticada com CPNPC que recebe tratamento curativo; (2) pessoa diagnosticada com CPNPC avançado que faz um tratamento, apresenta progressão da doença e necessita de um segundo tratamento; e (3) pessoa diagnosticada com CPNPC avançado ou incurável que recebe tratamento com SACT. Estes diagramas foram construídos com base nas diretrizes do *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM, 2016), uma organização sem fins lucrativos que tem como objetivo estabelecer padrões internacionais para a avaliação de resultados em saúde relacionados com o cancro. O ICHOM reúne profissionais de saúde, investigadores e organizações do setor para desenvolver indicadores de desempenho e resultados relevantes para o tratamento e cuidados às pessoas com cancro. Em 2016, o ICHOM estabeleceu um conjunto de resultados padronizados centrados na pessoa com cancro do pulmão (PROMs) para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e a experiência das pessoas por meio da uniformização da avaliação de resultados em saúde. O documento inclui, ainda, o conjunto de características variáveis da pessoa com cancro do pulmão que devem ser colhidas durante o trajeto de doença, assim como os pontos temporais de colheita de PROMs. Por PROMs entende-se medidas de resultado descritas pelos próprios utentes, geralmente utilizadas para avaliar a eficácia da atividade assistencial em saúde. Essas medidas incluem aspetos como sintomas, qualidade de vida, funcionalidade, bem-estar emocional e outros aspetos relevantes para a saúde da pessoa com doença, de acordo com sua própria percepção e experiência. Adicionalmente, os PROMs são utilizados em investigação para avaliar o impacto de intervenções clínicas do ponto de vista da pessoa doente (ICHOM, 2016). A seleção de PROMs a serem utilizados em pessoas com cancro do pulmão, bem como os momentos em que devem ser aplicados, estão dispostos de maneira organizada num quadro (Apêndice XV), o qual complementa os diagramas. Os dois documentos foram partilhados com alguns dos

membros da equipa multidisciplinar da Unidade de Cancro do Pulmão (médico oncologista e farmacêutico), com o ECCO do colorretal e com a chefia, com o objetivo de promover a troca de ideias e garantir a validade das informações apresentadas.

A terceira atividade realizada foi a compreensão do sistema de registo eletrónico de todas as interações do ECCO com a pessoa com cancro colorretal. O ECCO utiliza uma base de dados no Google Sheets para registar os utentes com diagnóstico de cancro de cólon ou reto acompanhados na Unidade de Cancro Colorretal da instituição B. A base de dados é organizada em cinco secções: cirurgia sem ostomia, cirurgia com ostomia, tratamento neoadjuvante com quimioterapia e radioterapia (QTRT), tratamento adjuvante com quimioterapia (QT), tratamento paliativo com QT. Cada secção inclui a identificação do utente (nome e apelido), o número de identificação na instituição (único para cada utente) e as datas de cada consulta/contato do ECCO com o utente. Nas secções relacionadas às informações cirúrgicas, é adicionado o dia da cirurgia, e nas secções relacionadas à terapia sistémica, são incluídas as informações sobre a data de início da QT e radioterapia (RT). Por meio desta base de dados, foi-me possível identificar os momentos de contato do ECCO com a pessoa com cancro colorretal ao longo do trajeto de doença. Porém, a informação contida nesta matriz é muito sucinta e limitada, não permitindo aceder às características variáveis significativas da pessoa com cancro colorretal e, por conseguinte, retirar informações estatísticas e resultados mensuráveis para avaliação. Salienta-se que o preenchimento da informação contida na base de dados é da única responsabilidade do ECCO, e que a mesma apenas é partilhada com a chefia.

Após cada consulta/momento de contato com o utente, e adicionalmente ao registo na base de dados, o ECCO usa a plataforma informática de registos clínicos parametrizados utilizada na Instituição B, e que é de acesso a todos os profissionais de saúde, para documentar as suas intervenções no plano de cuidados, assim como qualquer outra informação relevante sobre o utente. O ECCO tem definidas rúbricas de atendimento/consulta nesta plataforma, de acordo com o momento de contacto com a pessoa com cancro colorretal. De facto, da situação da consulta de enfermagem e da teleconsulta de enfermagem deve resultar a referente evidência da implementação do processo de enfermagem no processo individual do utente, por meio de um sistema de informação parametrizado e certificado que permita a extração de dados necessários à

produção de indicadores em saúde, com foco nos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (Parecer do Conselho de Enfermagem nº53/2021, 2021).

No seguimento do observado e com o intuito de atender à sétima etapa do processo de desenvolvimento de um programa de ONN, propõe-se a implementação de um sistema de registo informático que permita o acompanhamento preciso e eficiente das interações entre o ONN e a pessoa com cancro do pulmão. Para isso, foram elaborados três documentos: (1) uma matriz de acompanhamento individual da pessoa com cancro do pulmão ao longo do trajeto de doença; (2) uma lista de rúbricas; e (3) uma lista de intervenções de enfermagem do ONN do pulmão. A base para o desenvolvimento desses documentos foi o ICHOM (2016) para cancro de pulmão, escolhido devido à sua alta evidência científica e aplicabilidade na prestação de cuidados a pessoas com cancro. O ECCO utiliza o ICHOM, integrado num programa de medição de resultados clínicos e de qualidade de vida relativos a diversas patologias, aplicando os questionários definidos para o cancro colorretal em momentos específicos ao longo do trajeto de doença da pessoa. Observou-se que os resultados obtidos são analisados pela instituição, mas não são utilizados pelo ECCO para otimizar os cuidados prestados.

Ao compreender as informações contidas no documento do ICHOM (2016) para o cancro de pulmão, percebi a sua utilidade não só para a seleção dos instrumentos de medição de resultados, mas também para a definição das características essenciais a avaliar na população alvo do Programa de ONN do pulmão, bem como os indicadores de resultado em saúde a considerar. Utilizei esta informação para desenvolver uma matriz (Apêndice XVI) de recolha de dados clínicos e de enfermagem no *Google Sheets*, destinada às pessoas com cancro do pulmão. A estrutura da matriz foi organizada de acordo com as fases do trajeto da pessoa, visando a implementação de um Programa do ONN do Pulmão de acompanhamento longitudinal. Assim, criaram-se 11 secções: acolhimento, estadiamento e diagnóstico, RMD, cirurgia, terapêutica sistémica, terapêutica-alvo, RT, vigilância e sobrevivência, emergências oncológicas, abandono de cuidados, PROMs. Cada secção obedeceu a uma mesma composição nas primeiras quatro colunas: (1) estado de atividade do utente (ativo – utente em seguimento na Unidade; abandonou – utente abandonou o processo de cuidados na instituição, devendo o ONN justificar o motivo na coluna “motivo (se abandono)” e preencher a secção abandono de cuidados; excluído – não se confirmou o diagnóstico de cancro do pulmão), (2) motivo se abandono

(selecionar uma das seguintes opções: questões financeiras, óbito, mudança do local de residência, questões financeiras, pedido de 2ª opinião, outro), (3) identificação (nome e sobrenome), e (4) número de processo na instituição. Cada secção obedece, depois, a uma estrutura própria.

Na secção Acolhimento foi incluída uma coluna para registar as barreiras aos cuidados identificadas pelo utente durante a consulta de acolhimento aquando do preenchimento do Termómetro da Angústia da *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN, 2020). Esta ferramenta de triagem está validada em português, e identifica o *distress* proveniente de qualquer fonte (barreiras aos cuidados, como por exemplo preocupações com a família, trabalho, religião, entre outras), mesmo que não relacionada ao cancro. Segundo a NCCN (2019), o *distress* é considerado uma experiência multifatorial desagradável de natureza psicológica (ou seja, cognitiva, comportamental, emocional), social, espiritual e/ou física que pode interferir com a capacidade de lidar eficazmente com o cancro, os seus sintomas físicos e o seu tratamento. A NCCN (2019), acrescenta, ainda, que o *distress* pode resultar da reação ao diagnóstico de cancro bem como das diversas transições ao longo da trajetória da doença. Ocorrem níveis clinicamente significativos de *distress* num subconjunto de pessoas com cancro, o que torna a identificação e o tratamento do sofrimento de extrema importância (NCCN, 2019), o que torna de grande importância a sua avaliação e implementação precoce de intervenções de enfermagem para dar resposta às barreiras causadoras de sofrimento psicológico. Adicionalmente, a ONS (2017) destaca a importância da aplicação adequada de ferramentas de avaliação, como o Termómetro da Angústia, para o desenvolvimento de um plano de cuidados consistente e holístico como uma das competências ONN na categoria coordenação de cuidados. A NCCN (2019) define o envolvimento de um membro da equipa multidisciplinar de oncologia para examinar os problemas selecionados pela pessoa com cancro na ferramenta de triagem quando se verifica um nível de *distress* superior a 4. Considerou-se importante que o ONN analise a lista de problemas/barreiras preenchidas pela pessoa com cancro do pulmão e reconheça as questões de interesse, independentemente do nível de *distress* identificado. Assim, o ONN poderá, precocemente, determinar os melhores recursos (psiquiatria, psicologia, serviço social, apoio religioso e/ou espiritual, aconselhamento financeiro, entre outros) para abordar as preocupações e barreiras aos cuidados da pessoa.

O meu contacto com pessoas com cancro do pulmão ao longo do estágio (tanto no primeiro contexto, como no segundo, em que me foi permitido recorrer a diários clínicos e processos de enfermagem de pessoas com cancro do pulmão seguidas na Instituição B), possibilitaram-me aplicar a matriz, identificando oportunidades de melhoria que levaram a alterações e aperfeiçoamentos. Um exemplo disso, foi a identificação de informações essenciais descritas nos processos clínicos durante as fases de suspeita, diagnóstico e estadiamento da doença, bem como os exames diagnósticos mais comumente utilizados pelos médicos da Instituição neste contexto. Através da leitura dos diários, pude verificar a sequência utilizada pelos médicos da Instituição B para a realização dos exames de estadiamento, e estabelecer um paralelismo com a evidência científica. Segundo Felizardo & Custódio (2021), há exames essenciais para um correto estadiamento do cancro do pulmão. O estadiamento clínico inicia-se com a história clínica com a avaliação dos hábitos tabágicos, avaliação das comorbilidades, *performance status* e exame objetivo da pessoa. Seguidamente, fazem-se exames imagiológicos como a TC do tórax, abdómen superior e cranioencefálica. A partir deste ponto, não existe um trajeto ideal de exames, e vai depender do primeiro estadiamento clínico (cTNM). A informação dos diários é corroborada pela literatura encontrada e possibilitou otimizar a matriz do Programa do ONN do Pulmão. Estabeleceu-se como fundamental, entre outra informação, incluir o estadiamento citológico/histológico, o estadiamento mediastínico, o estadiamento clínico, o estadiamento da anatomia patológica, segundo a 8ª edição da classificação TNM do cancro do pulmão da *Union Internationale Contre le Cancer/ International Association for the Study of Lung Cancer/ American Joint Committee on Cancer* (UICC/IASLC/AJCC) (Detterbeck, Boffa, Kim, Tanoue, 2017).

Para validar a matriz, contei com a colaboração de um grupo de especialistas peritos (dois enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na vertente oncológica, e um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, com uma vasta experiência em oncologia), tendo sido realizados pré-testes e ajustes com base na avaliação destes profissionais. A informação da matriz foi partilhada com a equipa multidisciplinar, que inclui pneumologistas, oncologistas e farmacêuticos, para validação e sugestões. O documento final foi disponibilizado na drive da instituição para acesso da equipa multidisciplinar, com edição restrita ao ONN do pulmão, mantendo-se os demais usuários com permissão apenas para visualização e comentários. A partilha ágil e segura

das informações contidas na matriz, não só permite a coordenação eficaz dos cuidados prestados, mas também contribui para a redução de erros de comunicação na assistência às pessoas com cancro de pulmão.

Apesar dos esforços, não foi possível criar um sistema automático de alerta de consultas do ONN do pulmão, sendo necessário o agendamento manual das atividades de consulta no calendário informático do ONN.

Com a concretização do primeiro objetivo específico, alcancei competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019), no Domínio da gestão dos cuidados, nomeadamente na otimização do trabalho da equipa multidisciplinar da UCPul, adequando os recursos às necessidades de cuidados através da negociação das condições favoráveis para o desenvolvimento do Programa do ONNP (por exemplo, discussão de orçamento).

Com o intuito de alcançar o segundo objetivo específico, foram delineadas as seguintes atividades: colaboração na educação apropriada e oportuna à pessoa com cancro/família/cuidador para facilitar a compreensão e o apoio na tomada de decisão informada, através de ações de educação formais ou não formais.

A intervenção do ECCO no que respeita à educação da pessoa com cancro colorretal e família/cuidador, ocorre predominantemente durante as consultas de enfermagem especializadas, previamente agendadas e definidas no Programa do ECCO ao longo do trajeto de doença.

À semelhança do observado no contexto de estágio anterior, o ECCO inicia a sua interação com a pessoa com cancro colorretal após a RMD. Deste modo, quando a opção terapêutica inicial é a terapia sistémica, o primeiro contacto do ECCO com a pessoa com cancro colorretal ocorre numa consulta presencial no dia da consulta de oncologia médica, realizada num gabinete definido para o efeito, em conformidade com as recomendações da *Planetree International* (2020). Esta consulta marca o princípio do desenvolvimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa com doença oncológica, o que permite identificar determinadas características individuais da pessoa, como o seu grau de literacia em saúde, nível de escolaridade, conhecimentos e vivências prévias sobre a doença (por exemplo, ter antecedentes oncológicos ou história familiar oncológica), influências culturais, espirituais e religiosas, a própria vontade da pessoa em desejar informação mais detalhada ou abrangente (ONS, 2017). Esta informação

possibilita ao ECCO/ONN adaptar e dirigir os ensinamentos que vai realizar à pessoa. Assim, em todas as 5 consultas pré-cirúrgicas em que participei, realizei o acolhimento da pessoa e da sua família (quando foi desejado pela pessoa), a apresentação do ECCO, a colheita de dados sobre a pessoa (tais como o nome pelo qual prefere ser tratada, naturalidade, local de residência, data de nascimento, idade, profissão, nível de escolaridade, contato telefónico, pessoa significativa e o seu contato telefónico, agregado familiar, cultura e espiritualidade, crenças religiosas, antecedentes pessoais médicos e cirúrgicos, alergias, hábitos tabágicos e alcoólicos, antecedentes oncológicos familiares, história de saúde atual), a avaliação de enfermagem (incluindo sinais e sintomas presentes, nível de dependência nas atividades de vida diárias, barreiras aos cuidados, estado emocional) por meio da entrevista de enfermagem. Em conjunto com a pessoa e a sua família, estabelecemos o plano de cuidados, tendo em consideração as suas necessidades, preferências e vontades, e integrando-as no processo de tomada de decisão terapêutica. Posteriormente, e já com o conhecimento sobre cada uma das pessoas que entrevistei, procurei realizar os ensinamentos de forma dirigida e singular, adaptando a informação dada. Os ensinamentos oferecidos informaram sobre o protocolo de tratamento, circuitos do tratamento, necessidade de análises e consulta médica prévia, possíveis efeitos secundários do tratamento e estratégias de gestão dos mesmos, sinais e sintomas de alarme que justifiquem o contacto imediato com a equipa de enfermagem e a deslocação a serviços médicos urgentes). Entreguei à pessoa e família brochuras que continham a informações semelhantes às fornecidas verbalmente, e que, por isso, complementaram os ensinamentos realizados. Entreguei, ainda, um cartão com os contactos do ECCO (telemóvel e email). Além disso, realizei a avaliação do risco de tromboembolismo venoso (TEV) utilizando a escala Khorana Score, a avaliação do risco nutricional com o uso do PG-SGA, e a avaliação do *distress* através da aplicação do Termómetro da Angústia da NCCN (2020).

A pessoa com doença oncológica em tratamento com quimioterapia tem um risco acrescido de ocorrência de TEV (no qual se inserem o tromboembolismo pulmonar, a trombose venosa profunda e a trombose associada ao cateter venoso central), pelo que a atuação precoce é essencial em pessoas de elevado risco. A avaliação do risco de TEV é uma ferramenta fundamental na identificação das pessoas com cancro que possam beneficiar de profilaxia farmacológica, suportando a decisão clínica na escolha do tratamento eficaz para a redução do risco de tromboembolismo neste grupo de pessoas

(NCCN, 2021). Esta avaliação no início do tratamento de quimioterapia e periodicamente ao longo do tratamento, através da aplicação de ferramentas preditivas, como é o caso do *Khorana Risk Score* (NCCN, 2021).

A importância da avaliação do risco nutricional e da avaliação do *distress* em pessoas com doença oncológica já foi anteriormente justificada neste trabalho.

Ao longo da entrevista, incentivei a pessoa e família a colocar dúvidas e questões, as quais esclareci. Enfatizei a disponibilidade do ECCO para acompanhamento da pessoa ao longo da trajetória de doença. Por fim, apresentei o projeto de avaliação de resultados clínicos e entreguei à pessoa o questionário inicial do ICHOM para que esta o completasse, caso estivesse interessada em colaborar. Posteriormente, acompanhei a pessoa ao Hospital de Dia Oncológico, apresentei-a à equipa, e ajudei-a a acomodar-se. Realizei os registos de enfermagem da consulta informaticamente na plataforma designada pela Instituição B. É importante mencionar que a enfermeira orientadora/ECCO me acompanhou em todas as consultas e intervenções de enfermagem.

Por outro lado, quando a opção terapêutica é cirúrgica, a consulta inicial é presencial (consulta pré-cirúrgica) e realizada no mesmo dia da consulta de anestesia, seguindo a mesma estrutura da consulta anteriormente descrita, porém, os ensinamentos oferecidos são direcionados para o tipo de cirurgia, os circuitos no pré-cirúrgico e pós-cirúrgico (admissão > cirurgia > recobro > internamento/UCI), cuidados pré-cirúrgicos (preparação intestinal, dieta nos 5 dias que precedem a cirurgia, dieta no dia da cirurgia, limpeza corporal com clorexidina, objetos a trazer para o hospital, medicação habitual) e início de ensinamentos sobre cuidados pós-cirúrgicos (principais complicações imediatas e tardias, importância da mobilização precoce, dieta, alteração do padrão intestinal, possibilidade de formação de estoma intestinal). À semelhança da consulta de pré-tratamento sistémico, são entregues brochuras à pessoa sobre a informação dada verbalmente. Previamente a cada consulta, procedi à revisão dos registos médicos, visando a contextualização das razões que levaram a pessoa a procurar a consulta, bem como outras informações pertinentes para obter uma compreensão abrangente do utente, incluindo a sua história de saúde, familiar, social, cultural, religiosa e espiritual, por forma a preparar-me devidamente para a entrevista de enfermagem.

Fazendo um paralelismo desta consulta com a consulta pré-cirúrgica da Unidade de Pulmão do 1º contexto de estágio, a estrutura e tipo de ensinamentos realizados são muito semelhantes em ambas, embora os conteúdos educacionais oferecidos à pessoa que vai ser submetida a cirurgia se diferenciem grandemente visto tratar-se de doenças oncológicas muito distintas. O papel e intervenções dos enfermeiros especialistas das duas consultas estão em linha com as competências definidas pela ONS (2017) para o ONN, na medida que se promoveu um ambiente de cuidados centrado na pessoa e na família, favorecendo a tomada de decisões éticas da pessoa com cancro; garantiu uma comunicação culturalmente sensível e apropriada ao nível de literacia em saúde da pessoa; através dos ensinamentos oferecidos capacitou-se a pessoa com cancro e família/cuidador a se defenderem e comunicarem as suas necessidades; forneceu-se apoio psicológico e facilitou-se o encaminhamento apropriado da pessoa e família/cuidador, especialmente durante períodos de elevado *stress* emocional e ansiedade; forneceu-se uma orientação antecipada e geriu-se as expectativas da pessoa e família/cuidador, ajudando-os a lidar com o diagnóstico de cancro e o seu prognóstico.

Tive a oportunidade observar e acompanhar a enfermeira orientadora nas consultas do ECCO, e posteriormente realizar, de forma independente, 5 consultas pré-cirúrgicas à pessoa com cancro colorretal, assim como o seu acompanhamento no internamento no período pós-operatório.

No período pós-operatório, e em colaboração com o ECCO, mantive o conhecimento atualizado sobre o estado clínico das pessoas que acompanhei, através da consulta do processo clínico e de uma estreita comunicação com a equipa do internamento. Juntamente com o ECCO, realizei visitas a estas pessoas no dia seguinte à cirurgia com a finalidade de avaliar o estado emocional e psicológico, dor, abdómen, feridas cirúrgicas, motilidade intestinal e reforçar ensinamentos durante o período de internamento. Ainda no internamento, foi agendada com cada pessoa acompanhada na Unidade de Cancro Colorretal uma consulta de acompanhamento por telefone realizada pelo ECCO, com o objetivo de fazer uma reavaliação do estado geral. Realizei três teleconsultas de *follow-up* cirúrgico.

Posteriormente, dei continuidade assistencial a estas pessoas, através de contactos não formais (por exemplo, contacto presencial não programado a pessoa em

sala de espera para consulta de oncologia médica que me abordou para esclarecimento de uma dúvida relacionada com o percurso de tratamento).

As experiências e aprendizagens adquiridas durante o estágio em contexto cirúrgico demonstraram-se significativas, sendo que serão integradas no desenvolvimento das consultas cirúrgicas do Programa do ONN do Pulmão numa etapa subsequente ao término do estágio.

Ao longo do estágio, colaborei com o ECCO do colorretal na coordenação dos cuidados de saúde à pessoa com cancro colorretal nas diferentes fases do seu trajeto, em estreita comunicação com os diferentes membros da equipa multidisciplinar. Neste sentido, considerei importante participar na RMD do cancro colorretal, com o objetivo de observar a atuação do ECCO dentro na equipa e neste contexto. Nas quatro reuniões que presenciei, verifiquei que a limitação observada nas RMD do 1º contexto de estágio manteve-se nas RMD do colorretal, onde se verificou uma restrição na participação efetiva do ECCO nas discussões que ocorrem durante a reunião, nas quais as necessidades e preferências da pessoa poderiam ser mais bem abordadas no processo de tomada de decisão terapêutica.

Tive, ainda, a oportunidade de assistir a duas RMD de cancro do pulmão. Esta reunião realiza-se semanalmente, às quintas-feiras, com a equipa multidisciplinar da Unidade de Cancro do Pulmão, que não integra o envolvimento de enfermagem. Durante as reuniões, constatei a diversidade de casos abordados assim como alguns dos aspetos considerados na decisão terapêutica, nomeadamente a avaliação do estado funcional da pessoa/ *performance status* (através da escala ECOG/WHO) aspetos clínicos, exames de diagnóstico, estadiamento e tratamentos. A ERQCC (2020) recomenda que enfermeiros especialistas em cancro do pulmão façam parte da equipa multidisciplinar principal, e consequentemente participem ativamente na RMD promovendo uma cultura de decisão partilhada no processo de cuidados, que inclua os desejos e necessidades da pessoa com a doença. Desta forma, surge uma oportunidade para melhorar resultados em saúde para a pessoa com doença oncológica do pulmão. Neste sentido, e como mencionado previamente, a equipa da Unidade de Cancro do Pulmão da Instituição B manifestou interesse na inclusão do ONN dentro da equipa.

Este primeiro momento de estágio na Unidade de Cancro Colorretal permitiu-me começar a desenvolver o Programa do ONN do Pulmão, a iniciar o estabelecimento de

uma rede de contatos e relações com a equipa multidisciplinar envolvida no cuidado à pessoa com cancro do pulmão, e a organizar o percurso da pessoa na trajetória de doença. O trabalho iniciado será para ser consolidado no estágio subsequente, numa lógica evolutiva de aprendizagem de competências.

No âmbito da concretização do segundo objetivo específico, acredito ter adquirido as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019), no Domínio da gestão dos cuidados, nomeadamente na gestão de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde.

2.4. Estágio na Unidade de Cancro Colorretal da Instituição B: segundo momento

À semelhança do segundo momento de estágio, o terceiro momento também se realizou na Unidade de Cancro Colorretal da Instituição B, entre 4 de setembro e 13 de outubro de 2023, e teve como objetivo geral iniciar a implementação de um programa de ONN no trajeto da pessoa com cancro do pulmão.

Para atingir este objetivo, definiram-se três objetivos específicos: (1) desenvolver a consulta de acolhimento à pessoa com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão, numa perspetiva de cuidado centrado na pessoa; (2) implementar a consulta de acolhimento do ONN do pulmão; (3) divulgação do papel do ONNP.

Com o intuito de alcançar o primeiro objetivo específico proposto, foram realizadas as seguintes atividades: revisão da documentação existente referente à consulta de enfermagem na Unidade do Cancro Colorretal; incorporação das intervenções de enfermagem à pessoa com cancro do pulmão nas fases de suspeita, diagnóstico e estadiamento, identificadas na revisão *scoping*; integração dos conhecimentos teóricos e práticos, adquiridos durante os estágios anteriores, na elaboração da consulta; e incorporação do *feedback* fornecido pelo ECCO ao longo do processo de construção da consulta.

A consulta da documentação existente sobre a consulta de enfermagem do ECCO (incluindo IT, guião da consulta, indicadores de avaliação da consulta), juntamente com a sua aplicação prática durante a interação direta com a pessoa com cancro do colorretal, proporcionou-me uma compreensão mais aprofundada da relevância da elaboração deste tipo de documentos. Sem a IT, teria sido difícil reproduzir a consulta do ECCO nas

situações em que fui responsável por conduzi-la. Além disso, a compreensão da singularidade humana, a promoção do empoderamento da pessoa com cancro/família/cuidador por meio de uma educação oportuna e dirigida, dentro de uma abordagem de cuidados centrada na pessoa (McCormack e McCance, 2006), que enfatiza a tomada de decisão informada e partilhada, permitiu-me adaptar cada consulta de acordo com as necessidades da pessoa com quem estava a interagir.

Desta forma, fez-me sentido apoiar-me na estrutura da consulta do ECCO do colorretal para organizar a Consulta de Acolhimento (Apêndice XVII), fazendo a articulação entre as etapas do processo de enfermagem, a obra “Comunicação, Entrevista e Relação de Ajuda” de Phaneuf (2005), a Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa de McCormack e McCance (2006) e o protocolo S-P-I-K-E-S (Buckman, 2005). Posteriormente, integrei-a numa IT com o objetivo de estabelecer as orientações de procedimento da Consulta de Acolhimento à pessoa com suspeita ou diagnóstico recente de doença oncológica do pulmão, assegurando a sua uniformização dentro da instituição de saúde.

A Consulta de Acolhimento é a primeira consulta realizada pelo ONN do pulmão no trajeto da pessoa com cancro do pulmão, independentemente do estadió da doença. Destina-se a todas as pessoas com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão, acompanhadas no Programa do ONN do Pulmão.

A consulta é um ato em saúde autónomo, que utiliza metodologia científica, e que permite ao enfermeiro avaliar a pessoa, formular diagnósticos de enfermagem, planear e implementar o plano de cuidados e, desta forma, dar resposta às necessidades em cuidados da pessoa doente, proceder à avaliação dos cuidados prestados e intervenções de enfermagem e, sempre que pertinente, à reformulação do plano de cuidados (Parecer do Conselho de Enfermagem nº53/2021).

A sua concretização implica, necessariamente, que o enfermeiro recorra à melhor evidência científica e se guie pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, e referenciais legais e ético-deontológicos da profissão (Parecer do Conselho de Enfermagem nº53/2021).

O ONN do pulmão tem estabelecidos contactos programados (Apêndice XVIII) com a pessoa ao longo de toda a trajetória de doença, na qual se incluem as fases de diagnóstico e estadiamento, tratamento e sobrevivência (Highlights from best practices, 2017).

A consulta do ONN do pulmão sustenta-se no modelo de prestação de cuidados centrados na pessoa com doença oncológica, que se entende pelo estabelecimento e incentivo a relações interpessoais saudáveis entre todos os intervenientes (pessoa com cancro do pulmão, família, pessoas significativas, prestadores de cuidados), apoiados na compreensão do outro, em valores de respeito e no direito individual à autodeterminação, promovendo o empowerment da pessoa (McCormack & McCance, 2006; Fillion, Cook & Veillette, 2012).

A primeira consulta do ONN do pulmão tem como grandes finalidades (1) fornecer uma orientação antecipada, educar e permitir o encaminhamento apropriado para ajudar a pessoa com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão a lidar com o diagnóstico da doença (Best Practices in Lung Cancer Navigation Summit, 2017), e (2) iniciar a construção de uma relação terapêutica de proximidade, continuidade, confiança e parceria com a pessoa e a sua família, que irá manter-se ao longo de todo o continuum de cuidados (Jeyathevan et al, 2017b; Bailey et al, 2022). Por conseguinte, definiram-se os seguintes objetivos específicos da consulta: realizar o acolhimento da pessoa com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão/família/cuidador; apresentar o ONN do pulmão e o seu papel; conhecer a pessoa com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão através da colheita de dados de enfermagem e da entrevista de enfermagem; educar sobre o processo de diagnóstico e sobre a doença; identificar as barreiras aos cuidados de saúde e necessidades da pessoa com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão; definir um plano de ação individualizado e centrado na pessoa, para minimizar as mesmas; prestar apoio emocional ajudando a aliviar o stress associado impacto da suspeita ou diagnóstico recente de cancro de pulmão na vida da pessoa; esclarecer dúvidas e receios (Implementing a timed lung cancer, 2018; McMullen, 2013); empoderar a pessoa através da integração das suas contribuições (necessidades, preferências, crenças e valores) na tomada de decisão informada (Jeyathevan et al, 2017b).

A Consulta de Acolhimento é presencial e programada, e insere-se no plano de consultas do ONN ao longo do trajeto da pessoa com cancro do pulmão. Deverá ocorrer até quatro dias após a consulta médica inicial (Implementing a timed lung cancer, 2018; McMullen, 2013).

O agendamento da consulta é feito no sistema informático pelo GO, sob a designação de ato “consulta de enfermagem unidade de cancro do pulmão”. Decorre em dias úteis num período definido, mediante a disponibilidade de horário do ONN do pulmão e, idealmente, num dia em que o utente se desloque ao hospital para realização de outros atos/compromissos de saúde (exames, consultas, tratamentos).

O GO informa telefonicamente o utente sobre a finalidade da realização da consulta e da possibilidade de se fazer acompanhar pela pessoa significativa, envolvendo-o no processo de tomada de decisão de cuidados. O consentimento do utente para a concretização da consulta ou a sua não anuência, deve ser registado e fundamentado pelo ONN do pulmão no processo clínico (Parecer do Conselho de Enfermagem nº53/2021).

A concretização da consulta pressupõe a existência de um espaço próprio para a sua realização. Desta forma, a consulta ocorre num dos gabinetes de consulta existentes no serviço de ambulatório de oncologia do hospital. O gabinete oferece um ambiente calmo, com luz natural, onde é garantida a privacidade do utente durante a consulta, e disponibilizados todos os recursos (meios informáticos, material técnico para avaliação física do utente, material educativo adaptado às necessidades do mesmo) para a sua concretização.

Durante a consulta realiza-se a entrevista de enfermagem, que se trata de uma entrevista clínica com o objetivo de obter informação, transmitir informação, proporcionar apoio e estabelecer uma parceria com a pessoa na elaboração de um plano de cuidados (Buckman, 2005). A entrevista da Consulta de Acolhimento permite comunicar com a pessoa e família, obtendo informação centrada na pessoa e nas suas preferências (Mathews, Baken, Ross, Ogilvie, & Kent, 2019), e a integração das suas contribuições na tomada de decisão partilhada, atendendo às suas necessidades (McCormack & McCance, 2006).

A informação transmitida à pessoa durante a entrevista afeta adversa e seriamente a visão da mesma sobre o seu futuro, e como tal, é considerada uma má notícia (Buckman, 2005). Desta forma, o ONN do pulmão deverá promover um ambiente terapêutico e de apoio, emocionalmente favorável, com disponibilidade de tempo para que a pessoa considere objetivamente todas as opções, permitindo-lhe explorar o processo de tomada de decisão (Bailey, Rappleyea, Oderwald & Garcia, 2022). O ONN do

pulmão deverá, ainda, abordar a ansiedade da pessoa e ajudá-la a explorar os seus medos, recorrendo a estratégias de comunicação, nomeadamente ao protocolo S-P-I-K-E-S (Highlights from best practices, 2017).

Foi criado um guião de consulta, incluído na IT, que contém muitas das intervenções do ONN do pulmão na fase de suspeita e diagnóstico da doença identificadas na revisão scoping realizada na fase de projeto. O guião compreende dois passos e integra as fases do protocolo S-P-I-K-E-S de Buckman (2005), o qual será brevemente descrito a seguir:

(1) Preparação da entrevista e acolhimento da pessoa com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão e família/cuidador

SPIKES: *Setting Up* (inclui a preparação da entrevista, o acolhimento e apresentação do ONN do pulmão)

(2) Entrevista, colheita de dados e avaliação de enfermagem da pessoa com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão e família/cuidador

PIKES: *Perception* (permite conhecer a perceção emocional e cognitiva da pessoa/família/cuidador sobre a sua situação clínica)

SPIKES: *Invitation* (compreende convidar a pessoa/família/cuidador para o diálogo, permitindo identificar as suas necessidades e a possível existência de barreiras aos cuidados – barreiras logísticas, financeiras, transporte, barreiras psicossociais como a ansiedade e/ou medo (Jeyathevan, Lemonde & Brathwaite, 2017b, Gerber, Gillam & Hamann, 2013) – e a exploração, em conjunto com a pessoa, de estratégias para minimizar ou eliminar as barreiras identificadas (Jeyathevan, et al, 2017b))

SPIKES: *Knowledge* (consiste na educação para a saúde sobre a doença, processo de diagnóstico e estadiamento (Jeyathevan, et al, 2017b), sobre identificação e gestão de sintomas tais como a dispneia, dor e fadiga (Tod, Redman, McDonnell,

Borthwick & White (2015), e na transmissão de informações via verbal e escrita, através da entrega de uma brochura (Jeyathevan, Lemonde & Brathwaite, 2017a, Jeyathevan, et al, 2017b, Best Practices in Lung Cancer Navigation Summit, 2017))

SPIKE_E: *Emotions* (implica responder empaticamente à reação demonstrada pela pessoa e a validação das suas emoções, e ainda apoiar a pessoa e a sua família, aumentando o sentimento de confiança de ambos (Jeyathevan, et al, 2017b))

SPIKE_S: *Strategy and summary* (trata de resumir os aspetos mais relevantes da informação transmitida ao longo da entrevista e planeamento futuro)

Durante o processo de elaboração da Consulta de Acolhimento, foi realizada a incorporação das observações e sugestões fornecidas pelo ECCO do colorretal.

Definiu-se que após o término da consulta, o ONN do pulmão deve estabelecer o plano de cuidados individualizado da pessoa, registar as intervenções de enfermagem realizadas e escrever a nota de enfermagem (com informação colhida durante a consulta, não constante na colheita de dados de enfermagem, e que considere pertinente) em plataforma informática de registos clínicos parametrizados utilizada na instituição e, por último, completar a matriz de atividade do ONN do pulmão com a informação obtida durante a consulta.

Por forma a medir a qualidade dos cuidados prestados pelo ONN do pulmão na Consulta de Acolhimento, fixou-se um indicador de enfermagem que possibilita colher informações quantitativas e assim monitorizar a utilização da consulta nos últimos 12 meses. Este indicador de avaliação confere a taxa de utilização da Consulta de Acolhimento recorrendo a informação contida na matriz criada para o Programa do ONN do pulmão e aos registos de enfermagem da consulta em plataforma informática. A fórmula de cálculo do indicador está descrita na IT da Consulta de Acolhimento, no ponto 4.5.

No seguimento do estabelecimento do indicador da consulta, considerou-se importante acrescentar outros indicadores que avaliem o desempenho do ONN do pulmão e identifiquem possíveis necessidades de melhoria nos processos de cuidados e na gestão dos cuidados no Programa do ONN do pulmão. Assim, produzi um conjunto de

indicadores para avaliação da qualidade do Programa (Apêndice XIX), recorrendo ao documento Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2007). Foram desenvolvidos 5 indicadores de estrutura (horas de cuidados do ONN do pulmão prestados por dia, percentagem de pessoas em processo de medição de resultados clínicos e de qualidade relativos ao cancro do pulmão, taxa de utilização da consulta de acolhimento do ONN do pulmão, taxa de utilização da consulta pré-cirúrgica do ONN do pulmão, taxa de utilização da consulta pré-tratamento sistémico do ONN do pulmão), 3 indicadores de processo (taxa de efetividade diagnóstica do risco de complicações major cirúrgicas, taxa de efetividade diagnóstica do risco de complicações major da terapia sistémica, razão de tempo entre o diagnóstico e o tratamento) e um indicador de resultado (satisfação com a prestação de cuidados de enfermagem do ONN do pulmão, através da aplicação de dois questionários de satisfação – o PSN-L e o PSN-I – que não se encontram validados para a língua portuguesa; existe a validação em inglês e espanhol, podendo representar uma limitação na utilização destas ferramentas). A possibilidade de criação de diferentes indicadores de resultados é muito vasta, pelo que há oportunidade para a expansão futura de outros indicadores.

Os indicadores de resultados desenvolvidos farão parte de um sistema de monitorização e avaliação para acompanhar o desempenho do Programa do ONN do pulmão, que permitirá identificar áreas de melhoria, medir resultados alcançados e validar a eficácia do Programa. Desta forma, cumpre-se a etapa 9 do processo de criação de um Programa de ONN.

No âmbito da concretização do primeiro objetivo específico, acredito ter adquirido as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019), no Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, uma vez que atuei como dinamizadora e gestora na incorporação de novo conhecimento e evidência na prática de cuidados, por meio da criação da consulta de acolhimento à pessoa com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão, visando ganhos em saúde para esta população.

O segundo objetivo específico foi a implementação da consulta de acolhimento do ONN do pulmão à pessoa com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão. Para responder a este objetivo realizou-se uma consulta de enfermagem de acolhimento, a primeira consulta do Programa do ONNP.

Os processos e documentos do programa do ONNP iniciados nos contextos de estágio anteriores, foram consolidados neste último estágio, permitindo-me iniciar a implementação do programa do ONNP, na fase de suspeita/diagnóstico/estadiamento, com a realização da primeira consulta de acolhimento. Nesta consulta, esteve presente uma pessoa com cancro do pulmão em fase de estadiamento, assim como a sua família. Ao utilizar a colheita de dados de enfermagem e a matriz de atividade do ONNP, consegui identificar as barreiras aos cuidados da pessoa (através da aplicação do Termómetro da Angústia), integrando depois as respostas na discussão das preocupações da pessoa que entrevistei) e reconhecendo, em conjunto com a pessoa, estratégias para superá-las. Este primeiro contacto com a pessoa, possibilitou o início da criação de uma relação terapêutica, que se prevê de proximidade com o decorrer do processo de cuidados. A educação para a saúde realizada na consulta foi, segundo o utente entrevistado, muito útil para “aliviar a sua ansiedade”. Foi clarificada informação sobre o processo de diagnóstico de cancro do pulmão discutida inicialmente em consulta médica com o utente.

Na consulta foram, também, preenchidos pelo utente os questionários “baseline” da primeira consulta, cujas respostas foram posteriormente introduzidas em Google Forms para que seja possível tratar resultados e estatísticas. Estes dados são relevantes para a monitorização dos cuidados prestados, centrados na pessoa, e que permitirão uma melhoria futura dos mesmos.

Posteriormente à consulta, preenchi a matriz de atividade do ONNP, o que me permitiu partilhar com toda a equipa multidisciplinar da UCPul, de forma imediata e segura, toda a informação colhida na entrevista de enfermagem. Muita da informação colhida permite integrar as necessidades da pessoa no plano de tratamento e de cuidados, que se preza por holístico, individualizado e centrado naquela pessoa.

A finalização do segundo objetivo específico, permitiu-me adquirir as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019), no Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, através da aplicação da consulta de acolhimento, uma vez que assegurei a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

O terceiro objetivo específico foi alcançado pela atividade divulgação do papel do ONN do pulmão na equipa da UCPul, que também respondeu à décima etapa da criação

de um programa de ONN. A promoção e divulgação do Programa do ONNP foi realizada por meio de reuniões informais individuais com cada elemento da EMD. Todos os profissionais com quem me reuni revelaram entusiasmo na criação deste papel para o acompanhamento da pessoa com cancro pulmão, à semelhança do papel do ECCO da mama e do ECCO do colorretal, já bem conhecidos da equipa. Este conhecimento prévio, fez com que a equipa valorizasse muito a função e intervenção destes enfermeiros junto da população oncológica. De futuro, e uma vez concluída a implementação total do Programa, está planeado incluir no *website* da instituição informação sobre o papel do ONNP na UCPul, para consciencialização e divulgação junto da população e de outros profissionais da instituição (Malone, et al, 2014).

3. Avaliação

A identificação dos pontos fortes e fracos identificados no projeto de implementação do Programa do ONN no trajeto da pessoa com cancro do pulmão fez-se por meio de uma análise SWOT.

Nesta análise foram estabelecidas “forças” ou pontos fortes como o apoio e motivação da chefia de enfermagem e da equipa multidisciplinar da UCPul para a implementação do projeto, a existência da UCPul constituída por uma equipa multidisciplinar especializada, a experiência profissional da enfermeira dinamizadora e autora do projeto na área oncológica, e o particular entusiasmo da autora na criação de um Programa de ONN do pulmão pioneiro em Portugal, que também despertou o interesse de um dos maiores grupos privados de saúde nacionais, estando à data prevista a replicação do mesmo Programa em outras unidades do grupo.

As “fraquezas” ou pontos fracos identificados foram a limitação temporal do estágio e a extensão da construção do programa, que implica que o trabalho seja para continuar dentro da instituição onde foi iniciado, com a necessidade de ampliação das consultas do ONNP e consequentemente da coordenação dos cuidados prestados à pessoa com cancro do pulmão, e da criação e estabelecimento de trajetos e algoritmos de decisão terapêutica conhecidos da EMD.

A análise compreendeu, também, o reconhecimento de “oportunidades” para desenvolver o projeto, nomeadamente a ausência de profissional de referência e elo entre a pessoa com cancro do pulmão/família/cuidador e os membros da equipa multidisciplinar no trajeto de doença, a inexistência de coordenação e monitorização dos cuidados centrados na pessoa com cancro do pulmão, e a ausência de trajetos definidos. O conhecimento da equipa multidisciplinar sobre papel do ONN, à semelhança do desempenhado pelo ECCO noutras duas unidades oncológicas da instituição, revelou-se igualmente uma oportunidade para a implementação do programa de navegação desenvolvido no projeto.

Também de identificaram “ameaças” ao projeto, tais como a segmentação da estrutura organizacional (dispersão espacial da equipa multidisciplinar), o tempo de formação especializada do ONN do cancro do pulmão, o prolongamento do tempo de

estágio por motivos de complicações de uma gravidez não planeada, e a desistência de um dos campos de estágio que obrigaram à redefinição de objetivos e atividades.

A implementação do projeto possibilitou iniciar uma prestação de cuidados holística e centrada na pessoa com cancro do pulmão no acompanhamento dos seus cuidados ao longo do trajeto de doença, numa abordagem colaborativa e integrada de uma equipa multidisciplinar coordenada por um enfermeiro especialista em oncologia, mais especificamente no cancro do pulmão. A intervenção do ONN proporcionou uma coordenação e monitorização dos cuidados à pessoa com cancro do pulmão, e assegurou a uniformização de práticas e procedimentos através da criação de trajetos que apresentados à EMD, com a grande finalidade de melhorar a prática de cuidados e consequentemente a experiência da pessoa com cancro do pulmão. Foram identificados alguns indicadores dos benefícios do programa, como a mitigação de barreiras aos cuidados identificadas durante a consulta de acolhimento do ONN à pessoa com cancro do pulmão; a sensação de confiança na EMD proporcionada pela satisfação das necessidades, foi mencionada pelos utentes em conversas informais. No que se refere à EMD, observa-se que a presença do ONN como elemento coordenador de referência, com um vasto conhecimento holístico sobre o paciente, resulta em numa maior coordenação e comunicação mais eficaz entre todos os profissionais envolvidos.

4. Conclusões e Perspetivas Futuras

O projeto de estágio permitiu sistematizar e organizar uma estratégia de resolução do problema da inexistência de uma coordenação dos cuidados das pessoas com cancro do pulmão na instituição de saúde. Sendo que este problema não está isolado, pois a ausência de uma organização e estruturação dos trajetos das pessoas ao longo da trajetória de doença, manifesta-se na presença de barreiras aos cuidados de saúde encontradas pelas pessoas com cancro do pulmão (por exemplo na comunicação). A solução passou pela realização de um projeto para a implementação de um programa de ONN do pulmão, no qual o enfermeiro (ONN) assume o papel de coordenador dos processos de saúde (dentro e para fora da instituição) da pessoa com cancro do pulmão ao longo do trajeto de doença, colocando-a na centralidade da ação, melhorando a prática de cuidados e consequentemente a experiência da pessoa com cancro do pulmão. Para desenvolver este trabalho realizou-se um estágio, que permitiu desenvolver atividades que, além de capacitarem a autora de competências de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestre, auxiliaram na construção do programa de navegação que foi implementado na unidade de pulmão do serviço da autora. Neste processo, foi importante a procura de evidência sobre o papel, intervenções e competências do ONN, assim como de ferramentas essenciais para a construção do programa, mas também para fundamentar a prática de cuidados da autora enquanto ONN.

Particularmente, sinto que este trabalho se revelou um desafio pois a criação de um programa de ONN de raiz é complexa e extensa, sendo fácil perder-se o norte para a sua concretização. Acredito que é um projeto que poderá ser replicado não só no contexto dos cuidados à pessoa com cancro do pulmão, mas também servir de exemplo para a criação de outros programas de navegação de enfermagem na área oncológica, e desta forma contribuindo para a uma maior excelência na prestação de cuidados, mas também uma valorização para a Enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Baileys, K., McMullen, L., Lubejko, B., Christensen, D., Haylock, P., Rose, T., ... Srdanovic, D. (2018). Nurse navigator core competences: an update to reflect the evolution of the role. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(3), 272-281.
- Cantril, C., Haylock, P. (2013). Patient navigation in the oncology care setting. *Seminars in Oncology Nursing*, 29(2), 76-90.
- Direção-Geral da Saúde (2015). Modelo de funcionamento das teleconsultas. Norma nº 010/2015 de 15/06/2015.
- Fillion, L., Cook, S., Veillette, AM., Aubin, M., Serres, M., Rainville, F., ... Doll, R. (2012). Professional navigation framework: elaboration and validation in a canadian context. *Oncology Nursing Forum*, 39(1), E58-E69.
- Franklin, E., Burke, S., Dean, M. Johnston, D., Nevidjon, B., Booth, L. (2022). Oncology navigation standards of professional practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 26(3), E1-E12.
- Gentry, S. (2023). Oncology Patient Navigation Overview. *Journal of Radiology Nursing*, 42, 275-278.
- Godinho, N. (2023). *Guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: normas APA*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Gordils-Perez, J., Schneider, S. M., Gabel, M., Trotter, K. J. (2017). Oncology Nurse Navigation: development and implementation of a program at a comprehensive cancer center. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(5), 581-588.
- Guastello S, Jay K. (2019). Improving the patient experience through a comprehensive performance framework to evaluate excellence in person centred-care. *BMJ Open Quality*, 8(e000737), 1-7.
DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000737>
- Hagglund, M., Bolin, P., Koch S. (2015). Living with lung cancer – patients' experiences as input to ehealth service design. *Studies in Health Technology and Informatics*, 216, 391-395.
DOI: <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-564-7-391>
- Hunnibell, L. (2014). Improving Lung Cancer Care through Nurse Navigation. *Lung Cancer Manage*, 3(3), 229-231.

- Jean-Pierre, P., Fiscella, K., Winters, P. C., Post, D., Wells, K. J., McKoy, J.M., ... Kilbourn, K. (2012). Psychometric development and reliability analysis of a patient satisfaction with interpersonal relationship with navigator measure: a multi-site patient navigation research program study. *Psycho-Oncology*, 21, 986-992.
- Jeyathevan, G., Lemonde, M., Brathwaite, A. (2017). The role of oncology nurse navigators in enhancing patient empowerment within the diagnostic phase for adult patients with lung cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 27(2), 164-177.
- Kosmidis, P., Lagogianni, C., Kosmidis, T. (2021). P54.01 Analysis of the support needs of lung cancer patients. *Journal of Thoracic Oncology*, 16(10). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2021.08.558>
- Malone, P., Bruno, L., Hayden, B., Carlson, J. (2014). Development and Evaluation of an Oncology Nurse Navigation Program: from formation to fruition. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*, 5(5), 19-24.
- McCormack, B., McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
- McCormack, B., McCance, T. V. (2010). Person-centred nursing: theory and practice. Oxford: Wiley-Blackwell.
- McMullen, L. (2013). Oncology nurse navigators and the continuum of cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 29(2), 105-117.
- McMullen, L., Banman, T., DeGroot, J. M., Scott, S., Srdanovic, D., Mackey, H. (2016). Providing Novice Navigators with a GPS for Role Development: oncology nurse navigator competency project. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(1), 33-38.
- McMurray, A., Cooper, H. (2017). The nurse navigator: an evolving model of care. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research*, 24(2), 205-212.
- Nichols, B.N., Ciupek, A., Rigney, M., King J. (2023). MA07.03 Analyzing and understanding the unmet needs of lung cancer patients and their loved ones. *Journal of Thoracic Oncology*, 18(11). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2023.09.158>
- Oncology Nursing Society (ONS) (2017). 2017 Oncology Nurse Navigator Core Competencies, 1-11. Acedido em 01/06/2022. Disponível em:

[https://www.ons.org/sites/default/files/2017-05/2017 Oncology Nurse Navigator Competencies.pdf](https://www.ons.org/sites/default/files/2017-05/2017_Oncology_Nurse_Navigator_Competencies.pdf)

- Oncology Nursing Society (ONS) (2018). Role of the oncology nurse navigator throughout the cancer trajectory. *Oncology Nursing Forum*, 45(3), 283.
- ONS, AOSW, NASW (2010). Oncology Nursing Society, the Association of Oncology Social Work, and the National Association of Social Workers Joint Position on the Role of Oncology Nursing and Oncology Social Work in Patient Navigation. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), 251-252.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. In: Diário da República, 2ª série, nº 135 de 16 de julho de 2018. Regulamento nº 429/2018.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In: Diário da República, 2ª série, nº 26 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento nº 140/2019.
- Ordem dos Enfermeiros Centro (2021). Consultas de enfermagem à distância - telenfermagem: guia de recomendações. Acedido em 27/10/2022.
Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21380/guia-telenfermagem_final.pdf
- Pautasso, F., Zelmanowicz, A., Flores, C., Caregnato, R. (2018). Role of the nurse navigator: integrative review. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 39, 1-20.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Decreto-Lei nº65/2018. *Diário da República* 1ª série, 157 (agosto): 4147-82.
- Pt-Global. Plataforma PG-SGA. Acedido em 10/10/2022. Disponível em: <https://pt-global.org/pt-global/?lang=pt>
- Rohsig, V., Silva, P., Teixeira, R., Lorenzini, E., Maestri, R., Saraiva, T., Souza, A. (2019). Nurse navigation program: outcomes from a breast cancer centre in brazil. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(1), E25-E31.

- Rosario, M., McKinney M., Alcott S. (2016). Lung Screening Programs and the Effectiveness of the Lung Screening Navigator. *Journal of Radiology Nursing*, 35(2), 138-141.
- Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249.
- Ver Hoeve, E. S., Simon, M. A., Danner, S. M., Washington, A. J., Coples, S. D., Percac-Lima, S., ... Hamann, H. A. (2022). Implementing Patient Navigation Programs: considerations and lessons learned from the alliance to advance patient-centered cancer care. *Cancer*, 128, 2806-2816.
- Villalón, D., Aguarón, A., Cruickshank, T., O'Sullivan, M., Forsblom, M., Magee, L., Pateli-Bell, K., Szmytke, E., Baird, A.-M. (2023). MA07.04 Barriers to lung cancer care in Europe. *Journal of Thoracic Oncology*, 18(11). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2023.09.159>
- World Health Organization (WHO). The Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer (2020). Lung Source: Globocan 2020. Acedido em 31/05/2022. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/15-Lung-fact-sheet.pdf>
- World Health Organization (WHO). The Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer (2021). Portugal Source: Globocan 2020. Acedido em 31/05/2022. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-factsheets.pdf>

**Apêndice I – Equipe multidisciplinar da unidade de pulmão da
instituição A**

Apêndice II – Diagrama das unidades multidisciplinares de patologia

**Apêndice III – Grelha de recolha de dados sobre o espaço físico da
unidade de pulmão da instituição A**

Apêndice IV – Guião da entrevista

Apêndice V – Grelha de avaliação da entrevista

**Apêndice VI – Instrução de trabalho avaliação do risco nutricional do
doente cirúrgico**

Apêndice VII – Plano de ação de formação

Apêndice VIII – Slides da ação de formação

Apêndice IX – Ficha de avaliação da ação de formação

**Apêndice X – Instrução de trabalho teleconsulta de follow-up para
pessoas submetidas a cirurgia torácica para tratamento de cancro do
pulmão**

**Apêndice XI – Equipa multidisciplinar da unidade de cancro do pulmão
da instituição B**

Apêndice XII – Quadro sobre os recursos existentes na instituição B

**Apêndice XIII – Algoritmo de trajeto da pessoa adulta com suspeita de
cancro do pulmão**

Apêndice XIV – Diagramas do trajeto da pessoa com cancro do pulmão

Apêndice XV – Indicadores de resultados PROMs

Apêndice XVI – Matriz de atividade do ONNP

Apêndice XVII – Instrução de trabalho consulta de acolhimento

Apêndice XVIII – Consultas/contactos do ONNP

Apêndice XIX – Indicadores de resultados do ONNP

UNIDADE DE PULMÃO DA INSTITUIÇÃO A

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR PRINCIPAL

Os profissionais destas áreas constituem a equipa multidisciplinar que planeia, cuida e trata todas as pessoas com cancro do pulmão.

Pneumologia

Anatomia Patológica

Imagiologia

Medicina Nuclear

Cirurgia Torácica

Radioterapia Oncológica

Oncologia Médica

Enfermagem

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR ALARGADA

Os profissionais destas áreas trabalham em colaboração com a equipa multidisciplinar principal na prestação de cuidados holísticos à pessoa com cancro do pulmão ao longo do trajeto de doença.

Anestesia

Cuidados Intensivos

Radiologia de Intervenção

Farmácia Oncológica

Fisioterapia de Reabilitação

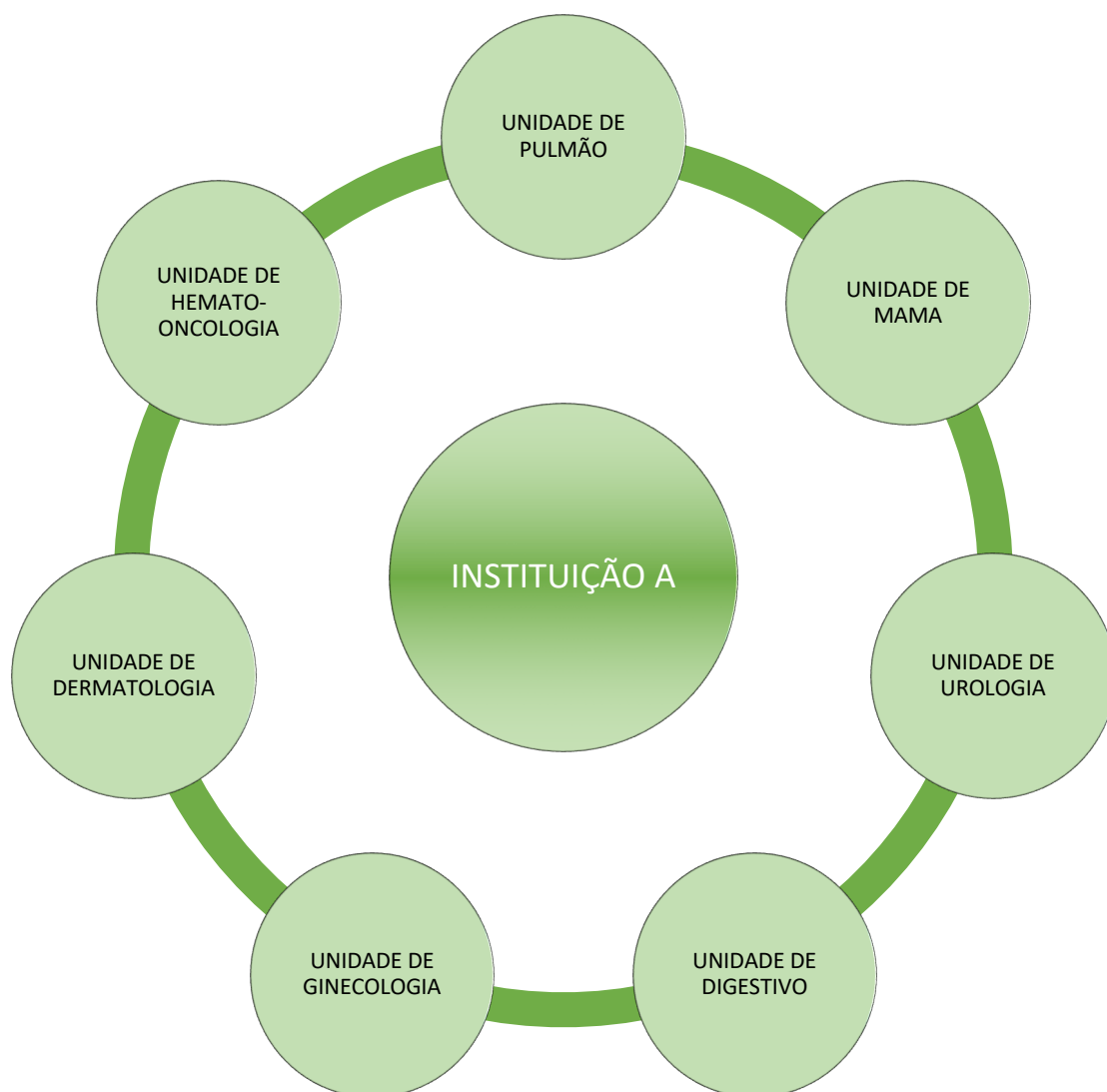
Cuidados Paliativos

Ensaio Clínicos

**Parceiros de outras
especialidades:
Especialistas da Dor**

Apêndice II – Diagrama das unidades multidisciplinares de patologia

DIAGRAMA DAS UNIDADES MULTIDISCIPLINARES DE PATOLOGIA (UMP)



**Apêndice III – Grelha de recolha de dados sobre o espaço físico da
unidade de pulmão da instituição A**

GRELHA DE RECOLHA DE DADOS SOBRE O ESPAÇO FÍSICO¹ DA UNIDADE DE PULMÃO DA INSTITUIÇÃO A

CARATERÍSTICAS DO ESPAÇO FÍSICO	SIM	NÃO
Presença de elementos ambientais que minimizam as barreiras físicas e promovem a comunicação e relação empática.		
Sala/balcão de enfermagem aberta(o).		X
Posicionamento/altura intencional dos monitores de computador e das cadeiras, por forma a maximizar a comunicação face a face.	X	
Armazém de material descentralizado, de modo a minimizar a desorganização, mas mantendo o fácil acesso ao material necessário.	X	
Eliminação/redução de poluição sonora (por ex. alarmes sonoros, bipes).		X
Presença de elementos ambientais que acomodam, confortavelmente, a presença de familiares e amigos.		
Áreas designadas para a refeição com os familiares.	X	
Áreas de <i>lounge</i> designadas para familiares/amigos, com cadeiras confortáveis e entretenimento (por ex. televisão, revistas, jornais).	X	
Cadeiras suficientes para acomodar todos os acompanhantes durante a consulta.	X	
Espaço lúdico para crianças.		X
Presença de elementos ambientais que apoiam o acesso à informação.		
Biblioteca com literatura em saúde e que seja de acesso a todos.	X	
Acesso da pessoa doente/família a uma biblioteca médica.	X	
Pontos de informação localizados em áreas de espera, para acesso de todos a informação em saúde tanto escrita (folhetos) como digital (computador/monitor com acesso a sites com informações confiáveis sobre saúde).		X
Adoção de medidas que garantem a deslocação/navegação fácil e clara das pessoas doentes e visitantes para o(s) destino(s) pretendido(s).		
Sinalização em linguagem de fácil leitura e que reflita os idiomas primários das populações atendidas.	X	
Incorporação de códigos de cores e símbolos na sinalização.		X
Detalhes arquitetónicos e obras de arte que auxiliam na definição de pontos de localização de destino.		X
Colaboradores com a função específica de apoio aos clientes na deslocação até ao destino pretendido.	X	
Provisionamento de mapas (em formato papel ou digital portátil) aos clientes, que tenham sido previamente testados pelos mesmos.		X
Envolvimento dos clientes no desenvolvimento ou melhoria do esquema de navegação.		X
Presença de elementos ambientais que preservem a dignidade e a privacidade dos indivíduos.		
Passagens discretas para transporte de pessoas doentes.		X
Salas de consulta/observação individuais.	X	
Normas/políticas de atuação que minimizem casos em que a pessoa com doença é atendida no corredor ou sala de espera.	X	
Presença de espaços exteriores.		
Existência de pátios paisagísticos, terraços, pátios, átrios ou jardins no telhado.	X	

¹ Grelha baseada no Person-Centered Care Certification Program Manual da Planetree International 2020. Disponível em: <https://planetree.org/wp-content/uploads/2020/09/Person-Centered-Care-Certification-Manual.pdf>

Medidas para incorporar elementos da natureza na estrutura ambiente.		
Todas as salas de consulta têm vista para o exterior.		X
Existência de claraboias ou jardins interiores.	X	
Existência de plantas interiores, aquários, fontes ou fontes de água.	X	
Existência de obras de arte que figurem a natureza.	X	
Pátios e átrios internos que trazem a natureza para o interior do edifício.	X	

Indicadores de avaliação:

1. Dentro do ambiente físico, as barreiras físicas foram minimizadas para promover a comunicação e interações compassivas (já existentes ou planejadas).
2. Os espaços estão atualmente disponíveis (ou estão previstos) para acomodar confortavelmente a presença de familiares e amigos.
3. Existem elementos dentro do ambiente construído que suportam o acesso dos indivíduos à informação (já em vigor ou em planejamento).
4. Medidas foram tomadas (ou estão planejadas) para facilitar o acesso conveniente ao(s) edifício(s).
5. Medidas foram tomadas (ou estão planejadas) para garantir que os indivíduos possam navegar facilmente para seus destinos pretendidos.
6. No ambiente físico, medidas foram tomadas (ou estão planejadas) para preservar a dignidade e a modéstia dos indivíduos.
7. Espaços ao ar livre estão disponíveis, acessíveis e conhecidos.
8. Elementos da natureza, incluindo a luz natural, foram incorporados (ou planejados) ao ambiente construído.

Apêndice IV – Guião da entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA¹

1. CRIAR ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS QUE PROMOVAM O ENVOLVIMENTO

Estruturas organizacionais e físicas que rompem as barreiras, literais e figurativas, entre profissionais de saúde, a pessoa com cancro e familiares.

A. Existência de uma pessoa (ou grupo/equipa) responsável por guiar a implementação de atividades, dentro da Unidade de Pulmão, que promova(m) os cuidados centrados na pessoa.

A.1. Existe uma pessoa responsável por garantir a prestação de cuidados centrados na pessoa?

A.2. Em caso afirmativo, quem é essa pessoa e qual a sua posição dentro da Unidade?

B. O espaço físico inclui elementos que apoiam o envolvimento da pessoa com cancro/família/cuidador nos seus cuidados (por exemplo, minimizar barreiras físicas que promovam a comunicação e interação).

B.1. De que forma os espaços da instituição, e mais especificamente da Unidade de Pulmão, apoiam o envolvimento da pessoa com cancro/família/cuidador?

Pode, por favor, dar exemplos específicos de elementos espaciais que apoiem os seguintes:

- Comunicação e interação
- Acomodação para família e amigos
- Acesso a informação que apoie a tomada de decisão informada
- Acessibilidade ao ambiente de cuidados
- Capacidade dos indivíduos de se deslocar para os destinos pretendidos
- A disponibilidade e acesso a espaços exteriores
- Incorporação de elementos da natureza (incluindo luz natural) dentro do edifício.

¹ Estrutura da entrevista e questões baseadas no *Person-Centered Care Certification Program Manual* da Planetree International 2020. Disponível em: <https://planetree.org/wp-content/uploads/2020/09/Person-Centered-Care-Certification-Manual.pdf>

2. CONETAR VALORES, ESTRATÉGIAS E AÇÕES

Esforços para criar a coesão de comportamentos, tarefas e o seu racional de ação, considerando os valores e missão.

C. A chefia interage regularmente com os colaboradores de todas as categorias profissionais e em todos os níveis, para impulsionar a melhoria na organização.

C.1. Quais as práticas adotadas pela chefia da Unidade de Pulmão para avaliar regularmente as perspectivas dos colaboradores do serviço?

A descrição deve abordar:

- Frequência
- Forma (por exemplo reunião de serviço, horário laboral, abordagem não programada da chefia durante o turno)
- Esforços para garantir que todos os colaboradores são envolvidos (enfermeiros, auxiliares de ação médica, gestores de processo, secretariado)
- Quem de entre a liderança participa?
- Há acesso não presencial nas reuniões a colaboradores que não se encontrem escalados de horário (por exemplo por via videoconferência)? Se sim, como?

C.2. Consegue enumerar 3 ideias de mudança específicas identificadas nos últimos 24 meses por meio dessas práticas de liderança, e que já tenham sido implementadas (ou abordadas de alguma forma)?

D. Todos os colaboradores (incluindo auxiliares de ação médica, gestores de processo, pessoal administrativo) participam em experiências que os ajudam a perceber o conceito de cuidados centrados na pessoa, assim como a compreender a perspectiva da pessoa com cancro/família/cuidador e de outros colegas.

Estas experiências são proporcionadas de forma contínua para reforçar e revitalizar o envolvimento da equipa em comportamentos e práticas de cuidados centrados na pessoa.

D.1. Nos últimos 24 meses, que experiências específicas foram proporcionadas aos colaboradores por forma a reforçar o conceito, práticas e comportamentos de cuidados centrados na pessoa e a incentivar a consideração das perspectivas da pessoa com cancro/família/cuidador assim como a de outros colegas?

Para cada oportunidade identificada, pode, por favor, partilhar:

- O(s) objetivo(s) principal(ais)

-
- O formato, com ênfase nos elementos do formato de entrega que promoveram a interação, participação e aprendizagem experiencial
 - O público a que se destinou (por exemplo em ações de formação para a equipa com destaque nos cuidados centrados na pessoa)
 - Detalhes sobre a frequência (com que frequência foi oferecida? quantos colaboradores tiveram acesso ao conteúdo?)

D.2. Que medidas foram implementadas para avaliar essas experiências (indicadores de resultado)?

D.3. Quais as fontes de evidência ou feedback utilizados para garantir que o alcance dos resultados pretendidos? (exemplos incluem avaliações do programa, pré e pós-testes para medir as mudanças na compreensão dos conceitos pelos participantes, etc.)

D.4. Qual a percentagem de colaboradores a participar em, no mínimo, uma das experiências acima descritas?

3. IMPLEMENTAR PRÁTICAS QUE PROMOVEM A PARCERIA

Métodos, processos e comportamentos adotados pela equipa para cultivar a confiança, construir relações recíprocas e melhorar a comunicação entre a pessoa com cancro/família/cuidador e os profissionais de saúde.

E. Existem sistemas para apoiar o envolvimento ativo da pessoa com cancro e família na comunicação entre todos os colaboradores envolvidos na prestação de cuidados. Isso inclui comunicação nas passagens de turno, comunicação interdepartamental e interdisciplinar, comunicação entre diferentes níveis de função e locais de prestação de cuidados.

E.1. Quais as práticas adotadas para incluir a pessoa com cancro/família/cuidador no maior número possível de conversas sobre os seus cuidados ao longo da sua trajetória de doença?

E.2. Como a pessoa com cancro/família/cuidador é incentivada a participar ativamente da conversa (em vez de apenas ouvi-la)?

E.3. Existe alguma norma de serviço, procedimento, circuito documentado ou lista de verificação para evidenciar os sistemas em vigor para facilitar o envolvimento da pessoa com cancro/família/cuidador na comunicação, quando são transmitidas informações sobre eles entre a equipa de cuidados da Unidade?

E.4. Há evidência da formação da equipe para realizar a(s) prática(s) documentada(s)? Qual?

E.5. Pode mostrar exemplos de materiais de leitura acessível fornecidos à pessoa com cancro/família/cuidador para comunicar oportunidades para o seu envolvimento no(s) processo(s) documentado(s)?

E.6. Existem processos específicos de comunicação da equipe em que a pessoa com cancro/família/cuidador é excluída da troca de informações (ou tem acesso apenas a partes da comunicação)? Se sim, porque foram colocados esses limites no seu envolvimento?

E.7. Que sistemas de avaliação da qualidade foram implementados para validar a implementação da(s) prática(s)? (por exemplo, questionários à pessoa com cancro/família/cuidador sobre a sua experiência de cuidados na Unidade)

F. São implementadas práticas para avaliar o estilo de aprendizagem preferido pela pessoa com cancro/família/cuidador, tendo em consideração a sua cultura e a sua capacidade de compreender os conceitos e os requisitos de cuidados associados à gestão do seu processo de saúde.

Essas avaliações são usadas para educar (incluindo recomendações/instruções de alta) a pessoa com cancro/família/cuidador por forma a acomodar as suas preferências de aprendizagem, literacia em saúde e cultura.

F.1. Como se realiza a avaliação da capacidade da pessoa com cancro/família/cuidador em compreender as informações (transmitidas verbalmente ou por escrito) sobre a sua saúde e cuidados prestados?

Essa avaliação tem em consideração o nível de literacia em saúde e o estilo de aprendizagem preferido pela mesma?

G. São implementadas práticas para avaliar e abordar os determinantes sociais da saúde da pessoa com cancro, incluindo aqueles relacionados ao acesso aos cuidados, barreiras ao autocuidado e adoção de comportamentos saudáveis.

G.1. Quais as práticas em vigor na Unidade de Pulmão para avaliar os pontos fortes e as barreiras da pessoa com cancro/família/cuidador no que diz respeito ao acesso aos cuidados, ao autocuidado e à adoção de comportamentos saudáveis (por exemplo um instrumento de avaliação)?

H. Estão implementados processos para identificar e estabelecer parcerias com a pessoa com cancro/família/cuidador durante toda a trajetória de cuidados, por forma garantir a sua participação nas atividades de cuidado e a sua capacitação para a gestão das suas necessidades em saúde fora do contexto hospitalar atual.

Essas atividades de cuidado incluem cuidados físicos, educação da pessoa com cancro/família/cuidador e coordenação de cuidados.

A abordagem é adaptada ao plano de cuidados, à preferência da pessoa, e às capacidades do cuidador/familiar.

H.1. Quais as práticas em vigor para envolver os cuidadores ou familiares da pessoa com cancro em atividades de cuidados e de acordo com as preferências individuais?

Esta descrição deve abordar:

- Como os cuidadores/familiares são identificados
- Como os cuidadores/familiares são orientados para o seu papel
- Se existe algum folheto informativo/brochura que comunique ao cuidador/familiar a oportunidade de participação e envolvimento nos cuidados à pessoa
- Exemplos específicos de como os cuidadores/familiares são incentivados a participar nas atividades de cuidado

H.2. É realizada e documentada a educação ao cuidador/familiar para identificar as alterações no estado de saúde da pessoa que sejam pertinentes e alvo de maior atenção?

I. A Unidade de Pulmão trabalha em articulação com profissionais de saúde na comunidade, em todo o continuum de doença, com a finalidade de melhorar a coordenação dos cuidados, a comunicação e o intercâmbio de informação sobre a pessoa com cancro, durante as transições de estado de saúde e cuidado.

I.1. É realizada a elaboração de uma carta de alta/transição (clínica e de enfermagem, se aplicável) para o próximo nível de cuidado? Há a responsabilidade pelo envio e confirmação da receção dessa informação?

I.2. Existem enfermeiros navegadores que façam a articulação com a comunidade? Como (em caso de resposta afirmativa)?

I.3. Quais os indicadores de resultados utilizados para a avaliação da articulação/colaboração com a comunidade (por exemplo, resultados de questionários à pessoa com cancro/família/cuidador sobre a confiança no processo de transição do hospital para a comunidade)?

4. SABER O QUE IMPORTA

Empenho em oferecer um atendimento individualizado e global à pessoa com cancro. O atendimento é personalizado de acordo com as necessidades, preferências e valores individuais, e baseado na determinação de metas em parceria com a pessoa com cancro/família/cuidador.

J. Promovem-se atitudes de cuidado e comunicação compassiva.

J.1. Existe evidência de formação dos colaboradores da Unidade para promover atitudes de cuidado e comunicação compassiva (por exemplo normas ou outros documentos com diretrizes comportamentais para resposta a reclamações ou preocupações dos clientes)?

K. Os objetivos dos tratamentos são documentados, atualizados, e partilhados com toda a equipa prestadora de cuidados da Unidade. As pessoas com cancro/família/cuidador são envolvidas no planeamento dos cuidados (incluindo no planeamento antecipado de cuidados) através da informação que recebem sobre os cuidados e as opções que têm disponíveis, e do seu envolvimento no processo de tomada de decisão partilhada. O plano de cuidados está alinhado com as necessidades e escolhas das pessoas. É realizado o registo desta informação.

K.1. Como incorporam as preferências e objetivos pessoais da pessoa com cancro/família/cuidador no plano de cuidados?

K.2. É realizado o registo das preferências e desejos da pessoa com cancro/família/cuidador? Se resposta afirmativa, onde?

K.3. Como é que a equipa multidisciplinar da Unidade trabalha por forma a garantir que o plano de cuidados está alinhado com os objetivos e preferências pessoais das pessoas? Como é realizada a sua monitorização?

L. As preferências da pessoa com cancro são honradas, na medida do possível, e documentadas. São exemplos:

- As atividades de vida diária como alimentação, higiene, sono
- Agendamento e acesso aos serviços de saúde
- Crenças culturais e espirituais
- Uso/interesse em outras modalidades de cura, incluindo aquelas consideradas complementares às modalidades ocidentais ou tradicionais
- O seu ambiente pessoal

L.1. O agendamento e o acesso aos serviços da Unidade são maximizados e flexíveis? De que forma?

L.2. Existe a oportunidade para as pessoas fazerem escolhas ou manterem o controle sobre o seu ambiente físico?

Pode, por favor, dar um exemplo de como a equipa acomodou as preferências pessoais, relacionadas com o ambiente, de uma das pessoas atendidas na Unidade?

L.3. Como a equipa da Unidade de Pulmão identifica as crenças espirituais e culturais das pessoas que atende? Que processos existem para integrar as crenças espirituais e culturais das pessoas nos seus cuidados e tratamento?

L.4. Consegue dar-me algum exemplo de alterações específicas feitas para individualizar o plano de cuidados e a experiência de cuidados por forma a alinhá-los com as crenças espirituais e culturais de uma ou mais pessoas atendidas pela equipa?

M. Existe um mecanismo de apoio à equipa da Unidade de Pulmão, com ênfase em:

- Apoio emocional e de luto
- Promoção da saúde
- Participação em decisões relevantes para a sua área de trabalho/papel

M.1. Existe algum serviço de apoio emocional e de luto para a equipa? Em caso afirmativo, qual?

M.2. São proporcionadas atividades de promoção para a saúde e apoio aos colaboradores? Em caso afirmativo, pode dar um exemplo?

M.3. Existe incentivo à participação dos colaboradores em decisões que afetem a sua área de trabalho ou funções? Como?

5. RECORRER À EVIDÊNCIA PARA IMPULSIONAR A MELHORIA

Capacidade organizacional para criar mudanças mensuráveis.

N. Dados de desempenho sobre indicadores da Unidade relacionados com a eficiência e excelência de cuidados são disponibilizados ao público para apoiar os consumidores a fazer escolhas informadas.

N.1. Quais são os meios utilizados para divulgar publicamente sobre os dados de desempenho relacionados com a excelência de serviço (eficiência, qualidade de cuidados)?

**O. Existem mecanismos para que as pessoas com cancro/família/cuidador compartilhem as suas experiências, feedback e perspetivas (nas suas próprias palavras).
Há evidências de que esses dados qualitativos são usados para identificar, informar e avaliar os esforços de melhoria na Unidade.**

O.1. Como se realiza a recolha regular de informações qualitativas de pessoas com cancro/família/cuidador no que concerne às suas experiências com a Unidade de Pulmão? A descrição deve abordar:

- Abordagem adotada para capturar essas vozes
- Frequência
- Esforços específicos empreendidos para garantir um amplo leque de pessoas com doença/família

O.2. Como se realiza a partilha desses dados dentro da organização?

Apêndice V – Grelha de avaliação da entrevista

	CUMPRE	NÃO CUMPRE
1. CRIAR ESTRUTURAS ORGANIZACIONAIS QUE PROMOVAM O ENVOLVIMENTO		
Critério A.		
A.1.		x
A.2.		x
Critério B.		
B.1.	x	
2. CONETAR VALORES, ESTRATÉGIAS E AÇÕES		
Critério C.		
C.1.	x	
C.2.	x	
Critério D.		
D.1.	x	
D.2.		x
D.3.		x
D.4.		x
3. IMPLEMENTAR PRÁTICAS QUE PROMOVEM A PARCERIA		
Critério E.		
E.1.	x	
E.2.	x	
E.3.		x
E.4.		x
E.5.		x
E.6.		x
E.7.		x
Critério F.		
F.1.	x	
Critério G.		
G.1.		x
Critério H.		
H.1.	x	
H.2.	x	
Critério I.		
I.1.		x
I.2.		x
I.3.		x
4. SABER O QUE IMPORTA		
Critério J.		
J.1.		x
Critério K.		
K.1.	x	
K.2.	x	
K.3.		x
Critério L.		
L.1.	x	
L.2.	x	
L.3.		x
L.4.		x
Critério M.		
M.1.		x
M.2.	x	
M.3.	x	
5. RECORRER À EVIDÊNCIA PARA IMPULSIONAR A MELHORIA		
Critério N.		
N.1.	x	
Critério O.		
O.1.		x
O.2.		x

**Apêndice VI – Instrução de trabalho avaliação do risco nutricional do
doente cirúrgico**

1. OBJETIVO

Esta instrução de trabalho estabelece a avaliação de risco nutricional no doente cirúrgico em contexto de consulta de enfermagem (pré-cirúrgica e pós-cirúrgica), numa abordagem multimodal e integrativa dos cuidados e em linha com as últimas recomendações do protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) em cirurgia do pulmão (2019) e da ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) (2021).

2. ÂMBITO

A presente norma de serviço destina-se ao enfermeiro prestador de cuidados do doente cirúrgico adulto em contexto de consulta de enfermagem na Unidade de Pulmão da instituição A.

3. RACIONAL

A otimização do estado nutricional no período pré-operatório é um dos determinantes para melhoria dos resultados cirúrgicos (Matthwes, Wootton & Davis, 2021).

A evidência demonstra existir uma correlação entre a malnutrição e/ou perda ponderal pré-operatória e uma maior taxa de infeções, pior cicatrização da ferida cirúrgica e aumento da duração dos internamentos (Martínez-Ortega, Piñar-Gutiérrez & Serrano-Aguayo, 2022).

Com uma percentagem relevante (entre 40% a 50%) de doentes cirúrgicos com grau de malnutrição (Martínez-Ortega et al 2022), a intervenção nutricional apresenta-se como um desafio multidisciplinar (Weimann, Braga & Carli, 2021). Torna-se, assim, um aspeto fundamental a integrar nos cuidados pré-cirúrgicos pelos benefícios demonstrados na redução de complicações pós-operatórias (Weimann et al, 2021) e promoção da recuperação precoce (Batchelor, Rasburn & Abdelnour-Berchtold, 2019).

Neste sentido, foram desenvolvidos guias de prática clínica para o doente cirúrgico, como o protocolo ERAS e as diretrizes da ESPEN. Nas mais recentes orientações destes programas, recomenda-se fortemente a avaliação do estado nutricional antes e após grandes cirurgias (Weimann et al, 2021).

A avaliação do risco nutricional faz-se com recurso a ferramentas de avaliação nutricional como a Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA®), instrumento validado e amplamente utilizado em doentes oncológicos e em doentes cirúrgicos (Pt-Global, 2022).

No âmbito da presente norma, justifica-se a adoção da PG-SGA® para a avaliação nutricional pela predominância da população oncológica atendida na Unidade de Pulmão em contexto cirúrgico.

4. FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL NO DOENTE CIRÚRGICO

A PG-SGA® define um padrão para a avaliação nutricional e consiste na avaliação interdisciplinar do doente em oncologia.

A PG-SGA® é composta por quatro componentes:

- Originada pelo doente (peso, ingestão alimentar, sintomas, e atividades e capacidade funcional);
- Da responsabilidade do profissional de saúde (diagnóstico, idade, stress metabólico e exame físico);
- Avaliação global (classificação categórica);
- Pontuação numérica total e as recomendações de triagem nutricional.

Embora a classificação categórica e a pontuação numérica estejam relacionadas, elas constituem sistemas de triagem independentes.

PG-SGA®

Originada pelo doente, também designada por PG-SGA Short Form® Quatro campos de informação preenchidos, preferencialmente, pelo doente e de forma independente.

Peso: informação abordada em contínuo – alteração em 6 meses (crónica), 1 mês (intermédia), e das duas últimas semanas (aguda).

As restantes partes da PG-SGA® devem ser preenchidas pelo profissional de saúde (médico, enfermeiro ou nutricionista).

Da responsabilidade do profissional de saúde **Diagnóstico:** do conhecimento do profissional que executa a avaliação.

Stress metabólico: pode incluir sépsis, neutropenia febril, febre de origem tumoral, modificador de resposta biológica de terapia (ex.: interferon), ou uso de corticosteroides.

Exame físico: perda de gordura subcutânea, perda de massa muscular, e edema ou ascite. A execução do exame físico não é obrigatória, mas é importante.

Avaliação global A avaliação global é subjetiva e pretende refletir uma apreciação qualitativa dos quatro campos de informação fornecida pelo doente e os resultados do exame físico. Trata-se de uma classificação categórica (estádio A – bem nutrido, estágio B – moderadamente desnutrido OU em risco de desnutrição, e estágio C – gravemente desnutrido).

Pontuação numérica total e as recomendações de triagem nutricional A pontuação baseia-se em todos os dados introduzidos, desde o peso até ao exame físico. A pontuação é usada para determinar a intervenção nutricional individualizada incluindo o aconselhamento ao doente e família, o controlo de sintomas (incluindo intervenções farmacológicas) e a seleção da intervenção nutricional apropriada (através de alimentos, suplementos nutricionais, nutrição entérica ou parentérica).

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os doentes atendidos na unidade de pulmão da instituição A, em contexto de consulta de enfermagem pré-cirúrgica e pós-cirúrgica.

6. APLICAÇÃO E PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO DE RISCO NUTRICIONAL

A avaliação do risco nutricional no doente cirúrgico é, primeiramente, realizada pelo enfermeiro através do preenchimento da PG-SGA[®], na consulta de enfermagem pré-cirúrgica. Durante a consulta, o enfermeiro deverá:

- ensinar o doente e família (se aplicável) sobre a importância da avaliação do risco nutricional;
- explicar ao doente como se preenche a PG-SGA Short Form[®] e entregá-la para que este a preencha enquanto aguarda pela consulta médica;
- recolher a PG-SGA Short Form[®] preenchida e completar as restantes partes da PG-SGA[®], com exceção do exame físico (Folha de Trabalho 4) e Folha de Trabalho 5;
- registar a pontuação total da PG-SGA[®] em notas de enfermagem na plataforma informática parametrizada;
- caso a pontuação total da PG-SGA[®] seja **2 ou 3**, o enfermeiro deverá realizar aconselhamento ao doente e família sobre alimentação adequada, e comunicar à equipa multidisciplinar para que, se pertinente, seja feita intervenção farmacológica e/ou realização de análises;
- caso a pontuação total da PG-SGA[®] seja ≥ 4 , o enfermeiro deverá referenciar o doente (via email preferencialmente) ao nutricionista para que haja intervenção nutricional, e comunicar à restante equipa multidisciplinar.

A PG-SGA[®] deve ser novamente aplicada sempre que existir alteração no estado geral do doente durante o internamento após a cirurgia, e feito o registo de enfermagem na plataforma informática parametrizada. Caso esta situação não se verifique, a reavaliação deverá acontecer na consulta de enfermagem pós-cirúrgica. Um resultado de **2 ou 3** será sempre discutido com a equipa multidisciplinar. Um resultado ≥ 4 será sempre encaminhado para a nutricionista e comunicado à equipa multidisciplinar.

7. REFERÊNCIAS

- Batchelor, T., Rasburn, N., Abdelnour-Berchtold, E., Brunelli, A., Cerfolio, R., Gonzalez, M., ... Naidu, B. (2019). Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the enhanced recovery after surgery (ERAS[®]) society and the european society of thoracic surgeons (ESTS). *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 55(2019), 91-115.
- Martinez-Ortega, A., Pinar-Gutiérrez, A., Serrano-Aguayo, P., González-Navarro, I., Remón-Ruiz, P., Pereira-Cunill, J., García-Luna, P. (2022). Perioperative nutritional support: a review of current literature. *Nutrients*. 14(1601), 1-18.
- Matthews, L., Wootton, S., Davies, S., Levett, D. (2021). Screening, assessment and management of perioperative malnutrition: a survey of UK practice. *Perioperative Medicine*. 10(30), 1-8.

-
- Pt-Global (2022). Disponível em <https://pt-global.org/pt-global/>. Acedido em 17/10/2022.
 - Weimann, A., Braga, M., Carli, F., Higashiguchi, T., Hubner, M., Klek, S., ... Singer, P. (2021). ESPEN practical guideline: clinical nutrition in surgery. Clinical Nutrition. 40(2021), 4745-4761.

Apêndice VII – Plano de ação de formação

PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Avaliação de Risco Nutricional no Doente Cirúrgico				
LOCAL: Unidade de pulmão da instituição A				
DATA: 28/10/2022		HORÁRIO: 10h-10h45		
OBJETIVOS:				
Geral - Apresentar a instrução de trabalho Avaliação de Risco Nutricional no Doente Cirúrgico.				
Específicos – (1) Compreender como integrar a avaliação de risco nutricional do doente da unidade de pulmão em contexto de consultas de enfermagem pré e pós-cirúrgicas; (2) Compreender como aplicar a escala PG-SGA.				
ETAPAS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIA/METODOLOGIA	PRELETOR/FORMADOR	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	Objetivo e âmbito da instrução de trabalho	Método expositivo (computador portátil, retroprojektor)	Cláudia Bernardo	5 min.
DESENVOLVIMENTO	Racional da instrução de trabalho Apresentação e explicação da escala PG-SGA Aplicação e periodicidade da escala PG-SGA Intervenções de enfermagem na consulta	Método expositivo (computador portátil, retroprojektor)	Cláudia Bernardo	15 min.
CONCLUSÃO	Sumário da informação dada Exemplo prático Esclarecimento de dúvidas	Método expositivo (computador portátil, retroprojektor) 20 cópias da ferramenta de avaliação PG-SGA	Cláudia Bernardo	15 min.
AVALIAÇÃO	Entrega de uma ficha de avaliação da ação	Aplicação de uma ficha de avaliação da ação de formação	Cláudia Bernardo	10 min.

Apêndice VIII – Slides da ação de formação



AVALIAÇÃO DE RISCO NUTRICIONAL NO DOENTE CIRÚRGICO

Outubro 2022

Unidade de Pulmão
Aluna Cláudia Bernardo
Orientação: Enfermeira orientadora

AGENDA

01

Objetivos

02

**Apresentação da norma de serviço:
Avaliação de Risco Nutricional no Doente Cirúrgico**

03

**Ferramenta de avaliação:
PG-SGA**

04

Aplicação e Periodicidade

05

Exemplo prático



01

OBJETIVOS



OBJETIVOS

Geral:

- ➡ Apresentar a norma de serviço *Avaliação de Risco Nutricional no Doente Cirúrgico*.

Específicos:

- ➡ Compreender como integrar a avaliação de risco nutricional do doente da Unidade de Pulmão em contexto de consultas de enfermagem pré e pós-cirúrgicas.
- ➡ Compreender como aplicar a escala PG-SGA.

02

APRESENTAÇÃO DA NORMA DE SERVIÇO



NORMA DE SERVIÇO AVALIAÇÃO DE RISCO NUTRICIONAL NO DOENTE CIRÚRGICO

OBJETIVO

Estabelecer a avaliação de risco nutricional no doente cirúrgico em contexto de consulta de enfermagem (pré-cirúrgica e pós-cirúrgica).

ÂMBITO

Destina-se ao enfermeiro prestador de cuidados do doente cirúrgico adulto em contexto de consulta de enfermagem na Unidade de Pulmão da instituição A.

Unidade de Cuidado de Pulmão			
NORMA DE SERVIÇO			
AVALIAÇÃO DE RISCO NUTRICIONAL NO DOENTE CIRÚRGICO			Código NO: Data: Pag. /
Elaborada por: Cláudia Bernardo Aluna da Especialidade em EMC pela ESEL em: 27/10/2022	Verificada por: X em:	Aprovada por: X em:	Revisão em: X

OBJECTIVO
Esta norma de serviço estabelece a avaliação do risco nutricional no doente cirúrgico em contexto de consulta de enfermagem (pré-cirúrgica e pós-cirúrgica), numa abordagem multimodal e integrativa dos cuidados e em linha com as últimas recomendações do protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) em cirurgia do pulmão (2019) e da ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) (2021).

ÂMBITO
A presente norma de serviço destina-se ao enfermeiro prestador de cuidados do doente cirúrgico adulto em contexto de consulta de enfermagem na Unidade de Pulmão da instituição A.

RACIONAL
A otimização do estado nutricional no período pré-operatório é um dos determinantes para melhoria dos resultados cirúrgicos (Matthwes, Wootton & Davis, 2021).
A evidência demonstra existir uma correlação entre a malnutrição e/ou perda ponderal pré-operatória e uma maior taxa de infeções, pior cicatrização da ferida cirúrgica e aumento da duração dos internamentos (Martinez-Ortega, Piñar-Gutiérrez & Serrano-Aguayo, 2022).
Com uma percentagem relevante (entre 40% a 50%) de doentes cirúrgicos com grau de malnutrição (Martinez-Ortega et al 2022), a intervenção nutricional apresenta-se como um desafio multidisciplinar (Weimann, Braga & Carli, 2021).
Torna-se, assim, um aspeto fundamental a integrar nos cuidados pré-cirúrgicos pelos benefícios demonstrados na redução de complicações pós-operatórias

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

NORMA DE SERVIÇO AVALIAÇÃO DE RISCO NUTRICIONAL NO DOENTE CIRÚRGICO

RACIONAL

A otimização do estado nutricional no pré-operatório é um dos determinantes para melhoria dos resultados cirúrgicos.

Matthews, Wootton & Davis, 2021

Malnutrição e/ou perda ponderal pré-operatória ↔

- Maior taxa de infeções
- Pior cicatrização ferida cirúrgica
- Aumento da duração dos internamentos

Martínez-Ortega, Piñar-Gutiérrez & Serrano-Aguayo, 2022

40% a 50% doentes cirúrgicos com grau de malnutrição.

Martínez-Ortega et al, 2022

Integrar a intervenção nutricional nos cuidados pré-cirúrgicos.

ERAS,2019; ESPEN, 2021

Unidade de Cúrculo de Pulmão			
NORMA DE SERVIÇO			
AVALIAÇÃO DE RISCO NUTRICIONAL NO DOENTE CIRÚRGICO			Código NO. Data: Pag. /
Elaborada por: Cláudia Bernardo Aluna da Especialidade em EMC pela ESEL em: 27/10/2022	Verificada por: X em:	Aprovada por: X em:	Revisão em: X

OBJECTIVO
Esta norma de serviço estabelece a avaliação do risco nutricional no doente cirúrgico em contexto de consulta de enfermagem (pré-cirúrgica e pós-cirúrgica), numa abordagem multimodal e integrativa dos cuidados e em linha com as últimas recomendações do protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) em cirurgia do pulmão (2019) e da ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) (2021).

ÂMBITO
A presente norma de serviço destina-se ao enfermeiro prestador de cuidados do doente cirúrgico adulto em contexto de consulta de enfermagem na Unidade de Pulmão de []

RACIONAL
A otimização do estado nutricional no período pré-operatório é um dos determinantes para melhoria dos resultados cirúrgicos (Matthews, Wootton & Davis, 2021).
A evidência demonstra existir uma correlação entre a malnutrição e/ou perda ponderal pré-operatória e uma maior taxa de infeções, pior cicatrização da ferida cirúrgica e aumento da duração dos internamentos (Martínez-Ortega, Piñar-Gutiérrez & Serrano-Aguayo, 2022).
Com uma percentagem relevante (entre 40% a 50%) de doentes cirúrgicos com grau de malnutrição (Martínez-Ortega et al 2022), a intervenção nutricional apresenta-se como um desafio multidisciplinar (Weimann, Braga & Carli, 2021).
Torna-se, assim, um aspeto fundamental a integrar nos cuidados pré-cirúrgicos pelos benefícios demonstrados na redução de complicações pós-operatórias

03

FERRAMENTA DE
AVALIAÇÃO: PG-SGA



SCORED PATIENT-GENERATED SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT (PG-SGA)

PG-SGA Short Form

Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment [Avaliação Global Subjetiva – Preenchida Pelo Doente] PG-SGA

História: As caixas 1-4 foram feitas para serem preenchidas pelo doente.
(As caixas 1-4 constituem a versão PG-SGA Short Form)

1. Peso:

Resumo do meu peso atual e recente:

Atualmente peso cerca de _____ kg

A minha altura é _____ cm

Há 1 mês pesava cerca de _____ kg

Há 6 meses pesava cerca de _____ kg

Durante as duas últimas semanas o meu peso:

☐ diminuiu ⁽¹⁾ ☐ ficou igual ⁽⁰⁾ ☐ aumentou ⁽⁰⁾

Caixa 1 ☐

Indicar somatório (Ver folha de trabalho 1)

3. Sintomas: Durante as duas últimas semanas, tenho tido problemas que me impediram de comer o suficiente (assinalar todos os aplicáveis):

☐ não tive problemas em comer ⁽⁰⁾ ☐ vômitos ⁽³⁾

☐ não tive apetite, não me apeteceu comer ⁽³⁾ ☐ diarreia ⁽³⁾

☐ náuseas (enjoo) ⁽¹⁾ ☐ boca seca ⁽¹⁾

☐ obstipação (prisão de ventre) ⁽¹⁾ ☐ os cheiros incomodam-me ⁽¹⁾

☐ feridas na boca ⁽²⁾ ☐ sinto-me cheio de depressa ⁽¹⁾

☐ alimentos têm agora um sabor estranho ou não têm sabor ⁽¹⁾ ☐ cansaço (fadiga) ⁽¹⁾

☐ dificuldades em engolir ⁽²⁾

☐ dor; onde? ⁽³⁾ _____

☐ outros*: ⁽¹⁾ _____

*ex. depressão, problemas dentários ou financeiros, etc.

Caixa 3 ☐

Indicar somatório

O restante questionário será preenchido pelo seu nutricionista, médico ou enfermeiro. Obrigado.

Identificação do doente:

2. Ingestão alimentar: No último mês, comparando com o habitual, eu classificaria a minha alimentação como:

☐ igual ⁽⁰⁾

☐ mais que o habitual ⁽⁰⁾

☐ menos que o habitual ⁽¹⁾

Eu agora como:

☐ comida normal mas em menor quantidade ⁽¹⁾

☐ poucos alimentos sólidos ⁽²⁾

☐ apenas alimentos líquidos ⁽³⁾

☐ apenas suplementos nutricionais ⁽³⁾

☐ muito pouca quantidade de qualquer alimento ⁽⁴⁾

☐ apenas alimentação por sonda ou pela veia ⁽⁰⁾

Caixa 2 ☐

Indicar valor mais alto

4. Atividades e capacidade funcional:

Relativamente ao mês passado, eu classificaria a minha atividade como:

☐ normal sem limitações e sou capaz de fazer a minha vida diária ⁽⁰⁾

☐ não estou normal, mas sou capaz de fazer grande parte das minhas atividades diárias habituais ⁽¹⁾

☐ não me sinto capaz de realizar a maioria das minhas atividades e fico na cama ou sentado menos de metade do dia ⁽²⁾

☐ sou capaz de realizar poucas atividades e passo a maior parte do dia na cama ou sentado ⁽³⁾

☐ passo a maior parte do tempo na cama ⁽³⁾

Caixa 4 ☐

Indicar valor mais alto

Somatório das caixas 1 a 4

A

Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) Avaliação Global Subjetiva – Preenchida Pelo Doente

Somatório das caixas 1 a 4 (Ver página 1) ☐ A

Folha de Trabalho 1 - Pontuação da perda de peso

Para determinar a pontuação usar o valor do peso de há 1 mês, se disponível. Usar o valor de há 6 meses apenas quando não existe o de há 1 mês. Usar os pontos abaixo para pontuar a variação de peso e adicionar 1 ponto extra se o doente tiver perdido peso durante as duas últimas semanas. Registrar a pontuação total na caixa 1 da PG-SGA.

Perda de peso em 1 mês	Pontos	Perda de peso em 6 meses	P anterior - P atual x 100
≥ 10%	3	≥ 20%	P anterior
5 - 9,9%	3	10 - 19,9%	
3 - 4,9%	2	6 - 9,9%	
2 - 2,9%	1	2 - 5,9%	
0 - 1,9%	0	0 - 1,9%	

Pontuação da Folha de Trabalho 1 ☐

Folha de Trabalho 3 - Necessidades metabólicas

A pontuação para o stress metabólico é determinada por um número de variáveis que estão associadas ao aumento das necessidades proteicas e calóricas. Nota: A pontuação desta folha de trabalho resulta de um somatório dos pontos relativos à febre ou à duração da febre (o valor mais elevado destas duas variáveis) e relativos aos corticosteróides, de forma a que um doente que tem de febre 38,8°C (3 pontos) há menos de 72 horas (1 ponto) e está em tratamento com 10mg de prednisona (2 pontos) totalizaria 5 pontos.

	SEM STRESS (0 pts)	BAIXO STRESS (1 pt)	STRESS MODERADO (2 pts)	STRESS ELEVADO (3 pts)
Febre	Sem febre	>37,2 e <38,3°C	≥38,3 e <38,8°C	≥38,8°C
Duração da febre	Sem febre	<72 horas	72 horas	>72 horas
Corticosteróides	Sem corticoterapia	Dose baixa (<10mg equival. prednisona/dia)	Dose moderada (10-30mg equival. prednisona/dia)	Dose elevada (>30mg equival. prednisona/dia)

Pontuação da Folha de Trabalho 3 ☐

Folha de Trabalho 5 - Categorias de avaliação global da PG-SGA

A avaliação global e subjetiva é precedida pelo preenchimento quantitativo das Caixas 1-4 e da Folha de Trabalho 4 (Exame Físico). Assinale em cada item e, conforme os resultados obtidos, seleccione o Estádio (A, B ou C).

	ESTÁDIO A Bem nutrido	ESTÁDIO B Moderadamente desnutrido OU em risco de desnutrição	ESTÁDIO C Gravemente desnutrido
Peso	Sem perda de peso OU aumento recente de peso (sem edema)	≤5% perda de peso em 1 mês (ou <10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva	>5% perda de peso em 1 mês (ou >10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva
Ingestão alimentar	Sem défice OU melhoria recente significativa	Diminuição clara da ingestão	Diminuição grave da ingestão
Síntomas com impacto nutricional	Nenhuns OU melhoria recente permitindo ingestão adequada	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)
Capacidade funcional	Sem défice OU melhoria recente significativa	Défice funcional moderado OU deterioração recente significativa	Défice funcional grave OU deterioração recente significativa
Exame físico	Sem défice OU deficiente crónico mas com melhoria clínica recente	Evidência de depleção ligeira ou moderada de massa muscular e/ou tónus muscular à palpação e/ou gordura subcutânea	Sinais claros de desnutrição (ex. depleção grave de massa muscular, gordura e possível edema)

Folha de Trabalho 2 - Patologias e a sua relação com as necessidades nutricionais

Todos os diagnósticos relevantes (especificar)

Estadimento da doença primária (assinalar se conhecido ou apropriado) I II III IV V

A pontuação é calculada adicionando um ponto por cada uma das seguintes condições clínicas que o doente apresente:

☐ Cancro ☐ SIDA ☐ Casheia Cardíaca ou Pulmonar ☐ Úlcera de decúbito, ferida aberta ou fistula

☐ Existência de traumatismo ☐ Idade superior a 65 anos ☐ Insuficiência Renal Crónica

Pontuação da Folha de Trabalho 2 ☐

Folha de Trabalho 4 - Exame físico

O exame físico inclui uma avaliação subjetiva de 3 aspetos da composição corporal: músculo, gordura e fluidos. Uma vez que é subjetivo, cada item deste exame é cotado pelo grau de défice. Embora subjetivo, o impacto do défice muscular é superior ao da gordura. Definição das categorias: 0 = sem défice, 1+ = défice ligeiro, 2+ = défice moderado, 3+ = défice grave. A pontuação do défice destes três aspetos não é somatória mas é usada para determinar clinicamente o grau global de défice (ou de edema).

	Sem défice	Défice ligeiro	Défice moderado	Défice grave
Estado do compartimento muscular:				
Região temporal (músculos temporais)	0	1+	2+	3+
Claviculas (peitorais e deltóides)	0	1+	2+	3+
Ombros (deltóides)	0	1+	2+	3+
Músculos intercostais	0	1+	2+	3+
Omoplata (latissimus dorsi, trapézio, deltóide)	0	1+	2+	3+
Coxa (quadríceps)	0	1+	2+	3+
Gêmeos (gastrocnemius)	0	1+	2+	3+
Classificação do estado muscular global	0	1+	2+	3+
Reservas de gordura:				
Gordura periorbitária	0	1+	2+	3+
Pregos	0	1+	2+	3+
Gordura adjacente às costelas inferiores	0	1+	2+	3+
Classificação do défice global de gordura	0	1+	2+	3+
Estado de fluidos:				
Edema do tornozelo	0	1+	2+	3+
Edema do sacro	0	1+	2+	3+
Ascite	0	1+	2+	3+
Classificação do estado de fluidos global	0	1+	2+	3+

O impacto do défice muscular prevalece sobre o da gordura e o edema.

A pontuação do exame físico é determinada pela classificação subjetiva global do défice corporal.

Sem défice = 0 pontos
Défice ligeiro = 1 ponto
Défice moderado = 2 pontos
Défice grave = 3 pontos

Pontuação da Folha de Trabalho 4 ☐

Exame físico

AValiação Global

Ver Folha de Trabalho 5

PONTUAÇÃO TOTAL DA PG-SGA

(Pontuação numérica total de A + B + C + D)

Ver Recomendações de triagem nutricional

Recomendações de triagem nutricional

Determinar a intervenção nutricional individualizada incluindo o aconselhamento ao doente e família, o controlo de sintomas (incluindo intervenções farmacológicas) e a seleção da intervenção nutricional apropriada (através de alimentos, suplementos nutricionais, nutrição entérica ou parentérica).

A 1ª linha de intervenção nutricional corresponde a um controlo ótimo de sintomas.

TRIAGEM DE ACORDO COM A PONTUAÇÃO TOTAL DA PG-SGA:

0-1 Não é necessária intervenção nutricional de momento. Reavaliar regularmente e por rotina durante o tratamento;

2-3 Aconselhamento ao doente e família por um nutricionista, enfermeiro ou outros clínicos, com intervenção farmacológica, tal como indicado na caixa 3 (Sintomas) e por resultados laboratoriais, conforme apropriado;

4-8 Requer intervenção nutricional por nutricionista em conjunto com o enfermeiro ou médico conforme indicado na caixa 3 (Sintomas);

≥9 Indica uma necessidade crítica para um melhor controlo dos sintomas e/ou intervenção nutricional.

04

APLICAÇÃO E
PERIODICIDADE



PG-SGA: APLICAÇÃO E PERIODICIDADE

A quem se destina a avaliação de risco nutricional?

A todos os doentes cirúrgicos da Unidade de Pulmão

Quem a aplica?

Os enfermeiros da Unidade de Pulmão

Quando se aplica?

Nas consultas de enfermagem
pré-cirúrgica e pós-cirúrgica



DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM

Ensino ao doente e familiar sobre a importância da avaliação de risco nutricional

Entregar e explicar a doente como se preenche a PG-SGA Short Form

Recolher a PG-SGA Short Form preenchida e completar as restantes partes da PG-SGA (com exceção das folhas de trabalho 4 e 5)

Registar a pontuação total da PG-SGA em notas de enfermagem na plataforma de registo informático parametrizada



Folha de Trabalho 4 - Exame físico
O exame físico inclui uma avaliação subjetiva de 3 aspetos da composição corporal: músculo, gordura e fluidos. Uma vez que é subjetivo, cada item deste exame é cotado pelo grau de défice. Embora subjetivo, o impacto do défice muscular é superior ao da gordura. Definição das categorias: 0 = sem défice, 1 = défice ligeiro, 2 = défice moderado, 3 = défice grave. A pontuação do défice destes três aspetos não é somatória mas é usada para determinar clinicamente o grau global de défice (ou de edema).

Folha de Trabalho 5 - Categorias de avaliação global da PG-SGA
A Avaliação Global é subjetiva e pretende refletir uma apreciação qualitativa das Caixas 1-4 e da Folha de Trabalho 4 (Exame Físico). Assinale em cada item e, conforme os resultados obtidos, selecione o Estádio (A, B ou C).

	☐ ESTÁDIO A Sem nutrido	☐ ESTÁDIO B Moderadamente desnutrido OU em risco de desnutrição	☐ ESTÁDIO C Gravemente desnutrido
Peso	Sem perda de peso OU aumento recente de peso (sem edema)	≤5% perda de peso em 1 mês (ou ≤10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva	>5% perda de peso em 1 mês (ou >10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva
Ingestão alimentar	Sem défice OU melhoria recente significativa	Diminuição clara da ingestão	Diminuição grave da ingestão
Sintomas com impacto nutricional	Nenhuns OU melhoria recente significativa permitindo ingestão adequada	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)
Capacidade funcional	Sem défice OU melhoria recente significativa	Défice funcional moderado OU deterioração recente	Défice funcional grave OU deterioração recente significativa
Exame físico	Sem défice OU défice crónico mas com melhoria clínica recente	Evidência de depleção ligeira ou moderada de massa muscular e/ou tónus muscular à palpação e/ou gordura subcutânea	Sinais claros de desnutrição (ex. depleção grave de massa muscular, gordura e possível edema)

PONTUAÇÃO TOTAL DA PG-SGA
(Pontuação numérica total de A + B + C + D)
Ver Recomendações de triagem nutricional

PONTUAÇÃO TOTAL DA PG-SGA: PRÓXIMO PASSO

PG-SGA Total
0 ou 1

- Não é necessária intervenção nutricional
- Reavaliar na próxima consulta

PG-SGA Total
2 ou 3

- Ensino ao doente e família sobre alimentação adequada
- Comunicar à equipa multidisciplinar (se pertinente, pode ser feita intervenção farmacológica e/ou realização de análises)

PG-SGA Total
 ≥ 4

- Referenciar o doente (via email) ao nutricionista para intervenção nutricional
- Comunicar à equipa multidisciplinar



05

EXEMPLO PRÁTICO



PG-SGA: EXEMPLO PRÁTICO

Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment [Avaliação Global Subjetiva – Preenchida Pelo Doente] PG-SGA

História: As caixas 1-4 foram feitas para serem preenchidas pelo doente.
[As caixas 1-4 constituem a versão PG-SGA Short Form]

Folha de Trabalho 1 - Pontuação da perda de peso

Para determinar a pontuação usar o valor do peso de há 1 mês, se disponível. Usar o valor de há 6 meses apenas quando não existe o de há 1 mês. Usar os pontos abaixo para pontuar a variação de peso e adicionar 1 ponto extra se o doente tiver perdido peso durante as duas últimas semanas. Registrar a pontuação total na caixa 1 da PG-SGA.

Perda de peso em 1 mês	Pontos	Perda de peso em 6 meses	P anterior - P atual x 100 P anterior
≥ 10%	4	≥ 20%	
5 - 9,9%	3	10 - 19,9%	
3 - 4,9%	2	6 - 9,9%	
2 - 2,9%	1	2 - 5,9%	
0 - 1,9%	0	0 - 1,9%	

Pontuação da Folha de Trabalho 1

1. Peso:

Resumo do meu peso atual e recente:

Atualmente peso cerca de 68 kg

A minha altura é 163 cm

$$(72-68)/72 \times 100 = 5,55$$

Há 1 mês pesava cerca de 72 kg

Há 6 meses pesava cerca de 75 kg

Durante as duas últimas semanas o meu peso:

☒ diminuiu (1) ☐ ficou igual (0) ☐ aumentou (0)

3+1=

Caixa 1

Indicar somatório (Ver folha de trabalho 1)

Identificação do doente:

2. Ingestão alimentar: No último mês, comparando com o habitual, eu classificaria a minha alimentação como:

☐ igual (0)

☐ mais que o habitual (0)

☒ menos que o habitual (1)

Eu agora como:

☐ comida normal mas em menor quantidade (1)

☐ poucos alimentos sólidos (2)

☐ apenas alimentos líquidos (3)

☐ apenas suplementos nutricionais (3)

☒ muito pouca quantidade de qualquer alimento (4)

☐ apenas alimentação por sonda ou pela veia (0)

Caixa 2

Indicar valor mais alto

3. Sintomas: Durante as duas últimas semanas, tenho tido problemas que me impediram de comer o suficiente (assinalar todos os aplicáveis):

☐ não tive problemas em comer (0)

☒ não tive apetite, não me apetecia comer (3)

☐ náuseas (enjoo) (1)

☐ obstipação (prisão de ventre) (1)

☐ feridas na boca (2)

☐ alimentos têm agora um sabor estranho ou não têm sabor (1)

☐ dificuldades em engolir (2)

☐ dor, onde? (3) _____

☐ outros*: (1) _____

*ex. depressão, problemas dentários ou financeiros, etc.

☐ vômitos (3)

☐ diarreia (3)

☐ boca seca (1)

☐ os cheiros incomodam-me (1)

☐ sinto-me cheio de depressa (1)

☒ cansaço (fadiga) (1)

Caixa 3

Indicar somatório

4. Atividades e capacidade funcional:

Relativamente ao mês passado, eu classificaria a minha atividade como:

☒ normal sem limitações e sou capaz de fazer a minha vida diária (0)

☐ não estou normal, mas sou capaz de fazer grande parte das minhas atividades diárias habituais (1)

☐ não me sinto capaz de realizar a maioria das minhas atividades e fico na cama ou sentado menos de metade do dia (2)

☐ sou capaz de realizar poucas atividades e passo a maior parte do dia na cama ou sentado (3)

☐ passo a maior parte do tempo na cama (3)

Caixa 4

Indicar valor mais alto

O restante questionário será preenchido pelo seu nutricionista, médico ou enfermeiro. Obrigado.

Somatório das caixas 1 a 4

A

PG-SGA: EXEMPLO PRÁTICO (cont.)

Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) Avaliação Global Subjetiva – Preenchida Pelo Doente

Somatório das caixas 1 a 4 (Ver página 1) **12** A

Folha de Trabalho 1 - Pontuação da perda de peso Para determinar a pontuação usar o valor do peso de há 1 mês, se disponível. Usar o valor de há 6 meses apenas quando não existe o de há 1 mês. Usar os pontos abaixo para pontuar a variação de peso e adicionar 1 ponto extra se o doente tiver perdido peso durante as duas últimas semanas. Registrar a pontuação total na caixa 1 da PG-SGA. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Perda de peso em 1 mês</th> <th>Pontos</th> <th>Perda de peso em 6 meses</th> <th>P anterior - P atual / P anterior x 100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ 10%</td> <td>4</td> <td>≥ 20%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 - 9,9%</td> <td>3</td> <td>10 - 19,9%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 - 4,9%</td> <td>2</td> <td>6 - 9,9%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 - 2,9%</td> <td>1</td> <td>2 - 5,9%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0 - 1,9%</td> <td>0</td> <td>0 - 1,9%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Pontuação da Folha de Trabalho 1 4	Perda de peso em 1 mês	Pontos	Perda de peso em 6 meses	P anterior - P atual / P anterior x 100	≥ 10%	4	≥ 20%		5 - 9,9%	3	10 - 19,9%		3 - 4,9%	2	6 - 9,9%		2 - 2,9%	1	2 - 5,9%		0 - 1,9%	0	0 - 1,9%		Folha de Trabalho 2 – Patologias e a sua relação com as necessidades nutricionais Todos os diagnósticos relevantes (especificar) _____ Estadiamento da doença primária (assinale se conhecido ou apropriado) I II III IV Outro _____ A pontuação é calculada adicionando um ponto por cada uma das seguintes condições clínicas que o doente apresente: ☒ Câncer ☐ SIDA ☐ Caquexia Cardíaca ou Pulmonar ☐ Úlcera de decúbito, ferida aberta ou fistula ☐ Existência de traumatismo ☒ Idade superior a 65 anos ☐ Insuficiência Renal Crónica Pontuação da Folha de Trabalho 2 2 B																																																																							
Perda de peso em 1 mês	Pontos	Perda de peso em 6 meses	P anterior - P atual / P anterior x 100																																																																																													
≥ 10%	4	≥ 20%																																																																																														
5 - 9,9%	3	10 - 19,9%																																																																																														
3 - 4,9%	2	6 - 9,9%																																																																																														
2 - 2,9%	1	2 - 5,9%																																																																																														
0 - 1,9%	0	0 - 1,9%																																																																																														
Folha de Trabalho 3 - Necessidades metabólicas A pontuação para o stress metabólico é determinada por um número de variáveis que estão associadas ao aumento das necessidades proteicas e calóricas. Nota: A pontuação desta folha de trabalho resulta de um somatório dos pontos relativos à febre ou à duração da febre (o valor mais elevado destas duas variáveis) e relativos aos corticosteróides, de forma a que um doente que tem de febre 38,8°C (3 pontos) há menos de 72 horas (1 ponto) e está em tratamento com 10mg de prednisona (2 pontos) totalizaria 5 pontos. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SEM STRESS (0 pts)</th> <th>BAIXO STRESS (1 pt)</th> <th>STRESS MODERADO (2 pts)</th> <th>STRESS ELEVADO (3 pts)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Febre</td> <td>Sem febre</td> <td>>37,2 e <38,3°C</td> <td>≥38,3 e <38,8°C</td> <td>≥38,8°C</td> </tr> <tr> <td>Duração da febre</td> <td>Sem febre</td> <td><72 horas</td> <td>72 horas</td> <td>>72 horas</td> </tr> <tr> <td>Corticosteróides</td> <td>Sem corticoterapia</td> <td>Dose baixa (<10mg equival. prednisona/dia)</td> <td>Dose moderada (≥10 a <30mg equival. prednisona/dia)</td> <td>Dose elevada (≥30mg equival. prednisona/dia)</td> </tr> </tbody> </table> Pontuação da Folha de Trabalho 3 0 C		SEM STRESS (0 pts)	BAIXO STRESS (1 pt)	STRESS MODERADO (2 pts)	STRESS ELEVADO (3 pts)	Febre	Sem febre	>37,2 e <38,3°C	≥38,3 e <38,8°C	≥38,8°C	Duração da febre	Sem febre	<72 horas	72 horas	>72 horas	Corticosteróides	Sem corticoterapia	Dose baixa (<10mg equival. prednisona/dia)	Dose moderada (≥10 a <30mg equival. prednisona/dia)	Dose elevada (≥30mg equival. prednisona/dia)	Folha de Trabalho 4 - Exame físico O exame físico inclui uma avaliação subjetiva de 3 aspetos da composição corporal: músculo, gordura e fluidos. Uma vez que é subjetivo, cada item deste exame é cotado pelo grau de défice. Embora subjetivo, o impacto do défice muscular é superior ao da gordura. Definição das categorias: 0 = sem défice, 1+ = défice ligeiro, 2+ = défice moderado, 3+ = défice grave. A pontuação do défice destes três aspetos não é somatória mas é usada para determinar clinicamente o grau global de défice (ou de edema). <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sem défice</th> <th>Défice ligeiro</th> <th>Défice mod.</th> <th>Défice grave</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estado do compartimento muscular:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Região temporal (músculos temporais)</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> <tr> <td>Clavículas (pectoriais e deltóides)</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> <tr> <td>Ombros (deltóides)</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> <tr> <td>Músculos interosseos</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> <tr> <td>Omoplata (latissimus dorsi, trapézio, deltóide)</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> <tr> <td>Coxa (quadríceps)</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> <tr> <td>Gêmeos (gastrocnemius)</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> <tr> <td>Classificação do estado muscular global</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> <tr> <td>Reservas de gordura:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gordura periorbitária</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> <tr> <td>Prega tricipital</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> <tr> <td>Gordura adjacente às costelas inferiores</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> <tr> <td>Classificação do défice global de gordura</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> </tbody> </table> Pontuação da Folha de Trabalho 4 0 D		Sem défice	Défice ligeiro	Défice mod.	Défice grave	Estado do compartimento muscular:					Região temporal (músculos temporais)	0	1+	2+	3+	Clavículas (pectoriais e deltóides)	0	1+	2+	3+	Ombros (deltóides)	0	1+	2+	3+	Músculos interosseos	0	1+	2+	3+	Omoplata (latissimus dorsi, trapézio, deltóide)	0	1+	2+	3+	Coxa (quadríceps)	0	1+	2+	3+	Gêmeos (gastrocnemius)	0	1+	2+	3+	Classificação do estado muscular global	0	1+	2+	3+	Reservas de gordura:					Gordura periorbitária	0	1+	2+	3+	Prega tricipital	0	1+	2+	3+	Gordura adjacente às costelas inferiores	0	1+	2+	3+	Classificação do défice global de gordura	0	1+	2+	3+
	SEM STRESS (0 pts)	BAIXO STRESS (1 pt)	STRESS MODERADO (2 pts)	STRESS ELEVADO (3 pts)																																																																																												
Febre	Sem febre	>37,2 e <38,3°C	≥38,3 e <38,8°C	≥38,8°C																																																																																												
Duração da febre	Sem febre	<72 horas	72 horas	>72 horas																																																																																												
Corticosteróides	Sem corticoterapia	Dose baixa (<10mg equival. prednisona/dia)	Dose moderada (≥10 a <30mg equival. prednisona/dia)	Dose elevada (≥30mg equival. prednisona/dia)																																																																																												
	Sem défice	Défice ligeiro	Défice mod.	Défice grave																																																																																												
Estado do compartimento muscular:																																																																																																
Região temporal (músculos temporais)	0	1+	2+	3+																																																																																												
Clavículas (pectoriais e deltóides)	0	1+	2+	3+																																																																																												
Ombros (deltóides)	0	1+	2+	3+																																																																																												
Músculos interosseos	0	1+	2+	3+																																																																																												
Omoplata (latissimus dorsi, trapézio, deltóide)	0	1+	2+	3+																																																																																												
Coxa (quadríceps)	0	1+	2+	3+																																																																																												
Gêmeos (gastrocnemius)	0	1+	2+	3+																																																																																												
Classificação do estado muscular global	0	1+	2+	3+																																																																																												
Reservas de gordura:																																																																																																
Gordura periorbitária	0	1+	2+	3+																																																																																												
Prega tricipital	0	1+	2+	3+																																																																																												
Gordura adjacente às costelas inferiores	0	1+	2+	3+																																																																																												
Classificação do défice global de gordura	0	1+	2+	3+																																																																																												
Folha de Trabalho 5 - Categorias de avaliação global da PG-SGA A Avaliação Global é subjetiva e pretende refletir uma apreciação qualitativa das Caixas 1-4 e da Folha de Trabalho 4 (Exame Físico). Assinale em cada item e, conforme os resultados obtidos, selecione o Estádio (A, B ou C). <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ESTÁDIO A Bem nutrido</th> <th>ESTÁDIO B Moderadamente desnutrido OU em risco de desnutrição</th> <th>ESTÁDIO C Gravemente desnutrido</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Peso</td> <td>Sem perda de peso OU aumento recente de peso (sem edema)</td> <td>≤5% perda de peso em 1 mês (ou ≤10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva</td> <td>>5% perda de peso em 1 mês (ou >10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva</td> </tr> <tr> <td>Ingestão alimentar</td> <td>Sem défice OU melhoria recente significativa</td> <td>Diminuição clara da ingestão</td> <td>Diminuição grave da ingestão</td> </tr> <tr> <td>Sintomas com impacto nutricional</td> <td>Nenhuns OU melhoria recente significativa permitindo ingestão adequada</td> <td>Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)</td> <td>Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)</td> </tr> <tr> <td>Capacidade funcional</td> <td>Sem défice OU melhoria recente significativa</td> <td>Défice funcional moderado OU deterioração recente</td> <td>Défice funcional grave OU deterioração recente significativa</td> </tr> <tr> <td>Exame físico</td> <td>Sem défice OU défice crónico mas com melhoria clínica recente</td> <td>Evidência de depleção ligeira ou moderada de massa muscular e/ou tónus muscular à palpação e/ou gordura subcutânea</td> <td>Sinais claros de desnutrição (ex. depleção grave de massa muscular, gordura e possível edema)</td> </tr> </tbody> </table> AValiação Global Estádio A, B ou C ☐ Ver Folha de Trabalho 5 PONTUAÇÃO TOTAL DA PG-SGA (Pontuação numérica total de A + B + C + D) 14 Ver Recomendações de triagem nutricional Recomendações de triagem nutricional: A pontuação total da PG-SGA é usada para determinar a intervenção nutricional individualizada incluindo o aconselhamento ao doente e família, o controlo de sintomas (incluindo intervenções farmacológicas) e a seleção da intervenção nutricional apropriada (através de alimentos, suplementos nutricionais, nutrição entérica ou parentérica). A 1ª linha de intervenção nutricional corresponde a um controlo ótimo de sintomas. TRIAGEM DE ACORDO COM A PONTUAÇÃO TOTAL DA PG-SGA: 0 – 1 Não é necessário intervenção nutricional de momento. Reavaliar regularmente e por rotina durante o tratamento; 2 – 3 Aconselhamento ao doente e família por um nutricionista, enfermeiro ou outros clínicos, com intervenção farmacológica, tal como indicado na caixa 3 (Sintomas) e por resultados laboratoriais, conforme apropriado; 4 – 8 Requer intervenção nutricional por nutricionista em conjunto com o enfermeiro ou médico conforme indicado na caixa 3 (Sintomas); ≥ 9 Indica uma necessidade crítica para um melhor controlo dos sintomas e/ou intervenção nutricional.			ESTÁDIO A Bem nutrido	ESTÁDIO B Moderadamente desnutrido OU em risco de desnutrição	ESTÁDIO C Gravemente desnutrido	Peso	Sem perda de peso OU aumento recente de peso (sem edema)	≤5% perda de peso em 1 mês (ou ≤10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva	>5% perda de peso em 1 mês (ou >10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva	Ingestão alimentar	Sem défice OU melhoria recente significativa	Diminuição clara da ingestão	Diminuição grave da ingestão	Sintomas com impacto nutricional	Nenhuns OU melhoria recente significativa permitindo ingestão adequada	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)	Capacidade funcional	Sem défice OU melhoria recente significativa	Défice funcional moderado OU deterioração recente	Défice funcional grave OU deterioração recente significativa	Exame físico	Sem défice OU défice crónico mas com melhoria clínica recente	Evidência de depleção ligeira ou moderada de massa muscular e/ou tónus muscular à palpação e/ou gordura subcutânea	Sinais claros de desnutrição (ex. depleção grave de massa muscular, gordura e possível edema)																																																																							
	ESTÁDIO A Bem nutrido	ESTÁDIO B Moderadamente desnutrido OU em risco de desnutrição	ESTÁDIO C Gravemente desnutrido																																																																																													
Peso	Sem perda de peso OU aumento recente de peso (sem edema)	≤5% perda de peso em 1 mês (ou ≤10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva	>5% perda de peso em 1 mês (ou >10% em 6 meses) OU perda de peso progressiva																																																																																													
Ingestão alimentar	Sem défice OU melhoria recente significativa	Diminuição clara da ingestão	Diminuição grave da ingestão																																																																																													
Sintomas com impacto nutricional	Nenhuns OU melhoria recente significativa permitindo ingestão adequada	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)	Presença de sintomas com impacto nutricional (caixa 3)																																																																																													
Capacidade funcional	Sem défice OU melhoria recente significativa	Défice funcional moderado OU deterioração recente	Défice funcional grave OU deterioração recente significativa																																																																																													
Exame físico	Sem défice OU défice crónico mas com melhoria clínica recente	Evidência de depleção ligeira ou moderada de massa muscular e/ou tónus muscular à palpação e/ou gordura subcutânea	Sinais claros de desnutrição (ex. depleção grave de massa muscular, gordura e possível edema)																																																																																													

QUESTÕES



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batchelor, T., Rasburn, N., Abdelnour-Berchtold, E., Brunelli, A., Cerfolio, R., Gonzalez, M., ... Naidu, B. (2019). Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the enhanced recovery after surgery (ERAS) society and the european society of thoracic surgeons (ESTS). *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 55(2019), 91-115.
- Martinez-Ortega, A., Pinar-Gutiérrez, A., Serrano-Aguayo, P., González-Navarro, I., Remón-Ruíz, P., Pereira-Cunill, J., García-Luna, P. (2022). Perioperative nutritional support: a review of current literature. *Nutrients*. 14(1601), 1-18.
- Matthews, L., Wootton, S., Davies, S., Levett, D. (2021). Screening, assessment and management of perioperative malnutrition: a survey of UK practice. *Perioperative Medicine*. 10(30), 1-8.
- PG-SGA/Pt-Global (2022). Disponível em <https://pt-global.org/pt-global/>. Acedido em 17/10/2022.
- Weimann, A., Braga, M., Carli, F., Higashiguchi, T., Hubner, M., Klek, S., ... Singer, P. (2021). ESPEN practical guideline: clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition*. 40(2021), 4745-4761.



brigada!

Apêndice IX – Ficha de avaliação da ação de formação

FICHA DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

AÇÃO DE FORMAÇÃO: Avaliação de Risco Nutricional no Doente Cirúrgico

FORMADOR: Cláudia Bernardo

DATA: 28/10/2022

Uma vez concluída esta ação de formação, importa refletir sobre as aprendizagens e a dinâmica estabelecida. A sua opinião é muito importante para a avaliação da mesma, contribuindo para a melhoria da eficácia/eficiência de futuras ações de formação. Solicita-se, assim, o preenchimento de cada um dos parâmetros a seguir enunciados.

Avalie cada item, colocando uma cruz na coluna que melhor traduz a sua opinião.

Não se aplica	Nada satisfatório	Pouco satisfatório	Satisfatório	Bastante satisfatório	Extremamente satisfatório
0	1	2	3	4	5

	0	1	2	3	4	5
Objetivos						
Clareza na definição dos objetivos						
Grau de realização dos objetivos propostos						
Expetativas em relação à ação de formação						
Desenvolvimento/Utilidade						
Utilidade do(s) tema(s) tratado(s) para o desempenho das suas funções						
Nível de conhecimentos adquiridos para a melhoria do seu desempenho profissional						
Alterações que esta ação de formação pode provocar/estimular no seu local de trabalho						
Desenvolvimento/Realização da ação de formação						
Duração da formação						
Componente prática da ação de formação						
Materiais pedagógicos/Metodologias						
Utilização dos meios audiovisuais						
Qualidade da documentação distribuída						
Quantidade da documentação distribuída						
Metodologias da exposição						
Desempenho do formador						
Domínio do(s) tema(s) tratado(s)						
Conteúdos transmitidos						
Capacidade de comunicação demonstrada						
Dinâmica do formador						
Os conteúdos transmitidos são úteis para a prática						

Sugestões/Observações:

Nome (facultativo): _____

Obrigada!

**Apêndice X – Instrução de trabalho teleconsulta de follow-up para
pessoas submetidas a cirurgia torácica para tratamento de cancro do
pulmão**

1. OBJETIVO

Esta instrução de trabalho uniformiza os procedimentos para a realização da teleconsulta de enfermagem de *follow-up* cirúrgico.

2. ÂMBITO

A presente instrução de trabalho destina-se ao enfermeiro prestador de cuidados do doente cirúrgico adulto em contexto de teleconsulta programada de *follow-up*, com a finalidade de avaliar a sua situação clínica após a alta hospitalar e proceder ao planeamento da prestação de cuidados de saúde.

A sua elaboração norteou-se pelo Guia de Recomendações sobre as Consultas de enfermagem à distância da Ordem dos Enfermeiros Centro (2021) e na Norma nº 010/2015 de 15/06/2015 da Direção-Geral da Saúde sobre o Modelo de funcionamento das teleconsultas.

3. RACIONAL

O Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022 define a telessaúde como a utilização das tecnologias da informação e comunicação (TIC) para apoiar a saúde à distância, nas vertentes da prestação de cuidados, da organização dos serviços e da formação de profissionais de saúde e cidadãos. E, desta forma, contribuir “para ultrapassar as barreiras geográficas e temporais no acesso à saúde, promovendo uma maior coordenação, integração e continuidade dos cuidados de saúde” (Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022, p.26).

Estabelece-se que o conceito de telessaúde abrange a telemedicina (ato estritamente médico) e a telenfermagem, sendo esta a prestação de cuidados de enfermagem, remotamente, por enfermeiros que utilizam as TIC na interação com o cidadão à distância, com os objetivos de prevenir, avaliar, diagnosticar e intervir (Pimentel, Neves & Loureiro, 2022).

A teleconsulta insere-se na prestação de cuidados, tratando-se de uma consulta na qual o profissional de saúde, à distância e com recurso às TIC, avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros Centro, 2021).

A Ordem dos Enfermeiros Centro (2021), recomenda princípios fundamentais na prática da teleconsulta:

- a teleconsulta deve respeitar a relação profissional de saúde-doente, mantendo a confiança mútua, a independência de opinião do profissional, a autonomia do doente e a confidencialidade;
- o enfermeiro deve compreender que, devido à natureza da metodologia utilizada, pode encontrar limitações e desafios à interação que não encontra normalmente na prestação de cuidados presenciais, pelo que deve atuar para mitigar essas limitações;
- a consulta telefónica não deve substituir avaliações presenciais consideradas essenciais pelo enfermeiro e doente.

Numa perspetiva de aumentar a comodidade do doente cirúrgico, evitando deslocações excessivas à Unidade de Pulmão no período pós-cirúrgico, desenvolveu-se a teleconsulta de enfermagem de *follow-up*, garantindo-se um atendimento de enfermagem seguro, eficiente e de qualidade na monitorização e avaliação do doente.

4. TELECONSULTA DE ENFERMAGEM DE *FOLLOW-UP* CIRÚRGICO

A teleconsulta de enfermagem de *follow-up* cirúrgico deverá ser realizada 24h a 72h após a alta hospitalar, pelo que é realizado o seu pré-agendamento na plataforma informática parametrizada assim que é tomado conhecimento da alta clínica do doente.

FASE 1: Preparação para a consulta

1. Consentimento informado

Na consulta de enfermagem pré-cirúrgica (presencial), o enfermeiro deve informar o doente do objetivo e do modo de funcionamento da teleconsulta de *follow-up* cirúrgico, realizada à distância e obter o seu consentimento informado, de acordo com a legislação em vigor assim como com a Norma nº 15/2013 de 03/10/2013 da Direção Geral de Saúde, atualizada a 04/11/2015. Deve, depois, proceder ao registo deste processo de informação em notas de enfermagem no processo clínico do doente.

Posteriormente, já no contexto da consulta de *follow-up* telefónico, o enfermeiro deve referir o modo como se vai processar a mesma antes do seu início.

2. Local

A teleconsulta deve realizar-se em condições de qualidade e segurança sobreponíveis a uma consulta presencial e só ser concretizada se o enfermeiro possuir um conhecimento claro e fundamentado da situação clínica do doente.

Devem estar disponíveis todas as TIC, como telemóvel/telefone fixo e computador com acesso ao processo clínico do doente e internet.

FASE 2: Durante a consulta

1. Guião da consulta

O enfermeiro que realiza a consulta deve inicialmente apresentar-se e depois guiar-se pela seguinte ordem de perguntas/assuntos:

- Como se tem sentido desde o regresso a casa?
- Como foi o regresso a casa?
- A dor está controlada?
- Que medicação está a fazer para manter a dor controlada?
- Teve necessidade de fazer algum SOS? (em caso afirmativo, quando fez a última toma?)
- Como tem dormido?
- O trânsito intestinal está restabelecido e dentro do padrão normal? Quando evacuou pela última vez?
- Tem apresentado tosse? E expetoração?
- Tem realizado caminhadas?
- Já iniciou a fisioterapia respiratória (se indicação médica)?
- Tem utilizado o espirómetro?

- Como estão os pensos? (avaliação quanto à aparência) Teve necessidade de os trocar? (na eventualidade de necessidade de refazer o penso, solicitar ao doente para tirar uma fotografia e enviá-la por email à equipa de enfermagem da Unidade de Pulmão)
- Fazer ensinios se forem verificadas lacunas de conhecimento (por exemplo, sobre o cuidar a ferida cirúrgica, a consciencialização da respiração diafragmática e torácica, a adoção de posições que aliviem o desconforto respiratório, contenção da ferida cirúrgica para tossir, entre outros).
- Esclarecer eventuais dúvidas do doente.
- Relembrar sinais de alerta (dificuldade respiratória, dor não controlada, febre ou sinais inflamatórios da ferida cirúrgica).
- Confirmar com o doente o conhecimento dos contatos da Unidade de Pulmão e dos horários de atendimento.
- Reforçar a informação sobre a marcação de exames pré-consultas (análises ao sangue e raio-x de tórax) e consultas pós-cirúrgicas (enfermagem e médica).
- Reforçar a disponibilidade da equipa da Unidade de Pulmão.

O enfermeiro que realiza a consulta deve adaptar a mesma ao nível de literacia em saúde do doente, adotando uma linguagem clara e acessível, assim como ter em consideração as preferências do doente para discutir determinados assuntos.

2. Processo de decisão partilhada

O processo de decisão partilhada entre o enfermeiro e o doente é definido como um processo em que ambos os sujeitos partilham informações e preferências de tratamento e concordam com um plano terapêutico (Ordem dos Enfermeiros Centro, 2021).

Sugere-se, que ao longo da teleconsulta, o enfermeiro utilize a abordagem SHARE da Agência para a Investigação e Qualidade dos Cuidados de Saúde (AHRQ, 2014), constituída por 5 etapas:

- (1) Seek; procurar a participação do doente;
- (2) Help; ajudar o doente a explorar e comparar as opções de tratamento;
- (3) Assess; avaliar os valores e preferências do doente;
- (4) Reach; tomar uma decisão com o doente;
- (5) Evaluate; avaliar a decisão do doente.

FASE 3: Após a consulta

1. Envio de informação pertinente via email

Caso o enfermeiro e o doente considerem pertinente, pode proceder-se ao envio por email de uma síntese escrita do plano terapêutico individualizado, bem como de panfletos existentes sobre os focos de atenção abordados, na medida em que a informação oral transmitida durante a consulta facilmente é esquecida ou mal-interpretada.

2. Registos informáticos

Após a consulta, o enfermeiro deverá proceder aos registos de enfermagem inerentes à mesma no processo clínico do doente, com recurso à plataforma de registo informático parametrizada. Nestes deverão constar os seguintes elementos parametrizados:

- a identificação do enfermeiro que realizou a consulta;
- a identificação da data e hora do início e encerramento definitivo da teleconsulta;
- a identificação da especialidade/motivo da teleconsulta (consulta de enfermagem de *follow-up* pós-cirúrgico);
- observação/dados clínicos relevantes;
- identificação do dia pós-operatório;
- decisão clínica/terapêutica.

Caso o enfermeiro considere acrescentar alguma informação significativa que não esteja parametrizada na plataforma informática de registos, deverá fazê-lo em diário clínico.

5. SIGLAS

TIC – tecnologias da informação e comunicação

6. REFERÊNCIAS

- AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (2014). The SHARE approach - essential steps of shared decision making: quick reference guide.

Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/education/curriculum-tools/shareddecisionmaking/tools/tool-1/share-tool1.pdf>. Acedido em 27/10/2022.

- Direção-Geral da Saúde (2015). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Para Atos/Intervenções de Saúde. Norma nº 015/2013 de 03/10/2013, atualizada a 04/11/2015.
- Direção-Geral da Saúde (2015). Modelo de funcionamento das teleconsultas. Norma nº 010/2015 de 15/06/2015.
- Ordem dos Enfermeiros Centro (2021). Consultas de enfermagem à distância – telenfermagem: guia de recomendações. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21380/guia-telenfermagem_final.pdf

Acedido em 27/10/2022.

- Pimentel, G., Neves, J., Loureiro, A., Ventura, F., Vieira, A., Morais, A., ... Ferreira, R. (2022). Consultas de enfermagem à distância em Portugal: recomendações de peritos. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1),125-138.

- Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde (PENTS) 2019-2022. Disponível em:

https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS_portugu%C3%AAs.pdf. Acedido em 27/10/2022.

7. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os doentes atendidos na unidade de pulmão da instituição A, em contexto de consulta de enfermagem pré-cirúrgica e pós-cirúrgica.

8. APLICAÇÃO E PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO DE RISCO NUTRICIONAL

A avaliação do risco nutricional no doente cirúrgico é, primeiramente, realizada pelo enfermeiro através do preenchimento da PG-SGA[®], na consulta de enfermagem pré-cirúrgica. Durante a consulta, o enfermeiro deverá:

- ensinar o doente e família (se aplicável) sobre a importância da avaliação do risco nutricional;
- explicar ao doente como se preenche a PG-SGA Short Form[®] e entregá-la para que este a preencha enquanto aguarda pela consulta médica;
- recolher a PG-SGA Short Form[®] preenchida e completar as restantes partes da PG-SGA[®], com exceção do exame físico (Folha de Trabalho 4) e Folha de Trabalho 5;
- registar a pontuação total da PG-SGA[®] em notas de enfermagem na plataforma informática parametrizada;
- caso a pontuação total da PG-SGA[®] seja **2 ou 3**, o enfermeiro deverá realizar aconselhamento ao doente e família sobre alimentação adequada, e comunicar à equipa multidisciplinar para que, se pertinente, seja feita intervenção farmacológica e/ou realização de análises;
- caso a pontuação total da PG-SGA[®] seja ≥ 4 , o enfermeiro deverá referenciar o doente (via email preferencialmente) ao nutricionista para que haja intervenção nutricional, e comunicar à restante equipa multidisciplinar.

A PG-SGA[®] deve ser novamente aplicada sempre que existir alteração no estado geral do doente durante o internamento após a cirurgia, e feito o registo de enfermagem na plataforma informática parametrizada. Caso esta situação não se verifique, a reavaliação deverá acontecer na consulta de enfermagem pós-cirúrgica. Um resultado de **2 ou 3** será sempre discutido com a equipa multidisciplinar. Um resultado ≥ 4 será sempre encaminhado para a nutricionista e comunicado à equipa multidisciplinar.

9. REFERÊNCIAS

- Batchelor, T., Rasburn, N., Abdelnour-Berchtold, E., Brunelli, A., Cerfolio, R., Gonzalez, M., ... Naidu, B. (2019). Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the enhanced recovery after surgery (ERAS[®]) society and the european society of thoracic surgeons (ESTS). *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 55(2019), 91-115.
- Martinez-Ortega, A., Pinar-Gutiérrez, A., Serrano-Aguayo, P., González-Navarro, I., Remón-Ruiz, P., Pereira-Cunill, J., García-Luna, P. (2022). Perioperative nutritional support: a review of current literature. *Nutrients*. 14(1601), 1-18.
- Matthews, L., Wootton, S., Davies, S., Levett, D. (2021). Screening, assessment and management of perioperative malnutrition: a survey of UK practice. *Perioperative Medicine*. 10(30), 1-8.

Teleconsulta de *follow-up* para pessoas submetidas a cirurgia torácica para tratamento de cancro do pulmão

- Pt-Global (2022). Disponível em <https://pt-global.org/pt-global/>. Acedido em 17/10/2022.
- Weimann, A., Braga, M., Carli, F., Higashiguchi, T., Hubner, M., Klek, S., ... Singer, P. (2021). ESPEN practical guideline: clinical nutrition in surgery. Clinical Nutrition. 40(2021), 4745-4761.

**Apêndice XI – Equipa multidisciplinar da unidade de cancro do pulmão
da instituição B**

PROGRAMA DO ONN DO PULMÃO: UNIDADE DE PULMÃO

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR PRINCIPAL

Os profissionais destas áreas constituem a equipa multidisciplinar que planeia, cuida e trata todas as pessoas com cancro do pulmão.

Pneumologia

Anatomia Patológica

Imagiologia

Medicina Nuclear

Cirurgia Cardiorácica

Radioterapia Oncológica

Oncologia Médica

ONN

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR ALARGADA

Os profissionais destas áreas trabalham em colaboração com a equipa multidisciplinar principal na prestação de cuidados holísticos à pessoa com cancro do pulmão ao longo do trajeto de doença.

Anestesia

Cuidados Intensivos

Radiologia de Intervenção

Farmácia Oncológica

Fisioterapia de Reabilitação

Cuidados Paliativos

Ensaio Clínicos

Gestores (oncológico e cirúrgico)

Hospital de Dia Oncológico

**Parceiros de outras
especialidades:**

Nutricionista

Psicólogo

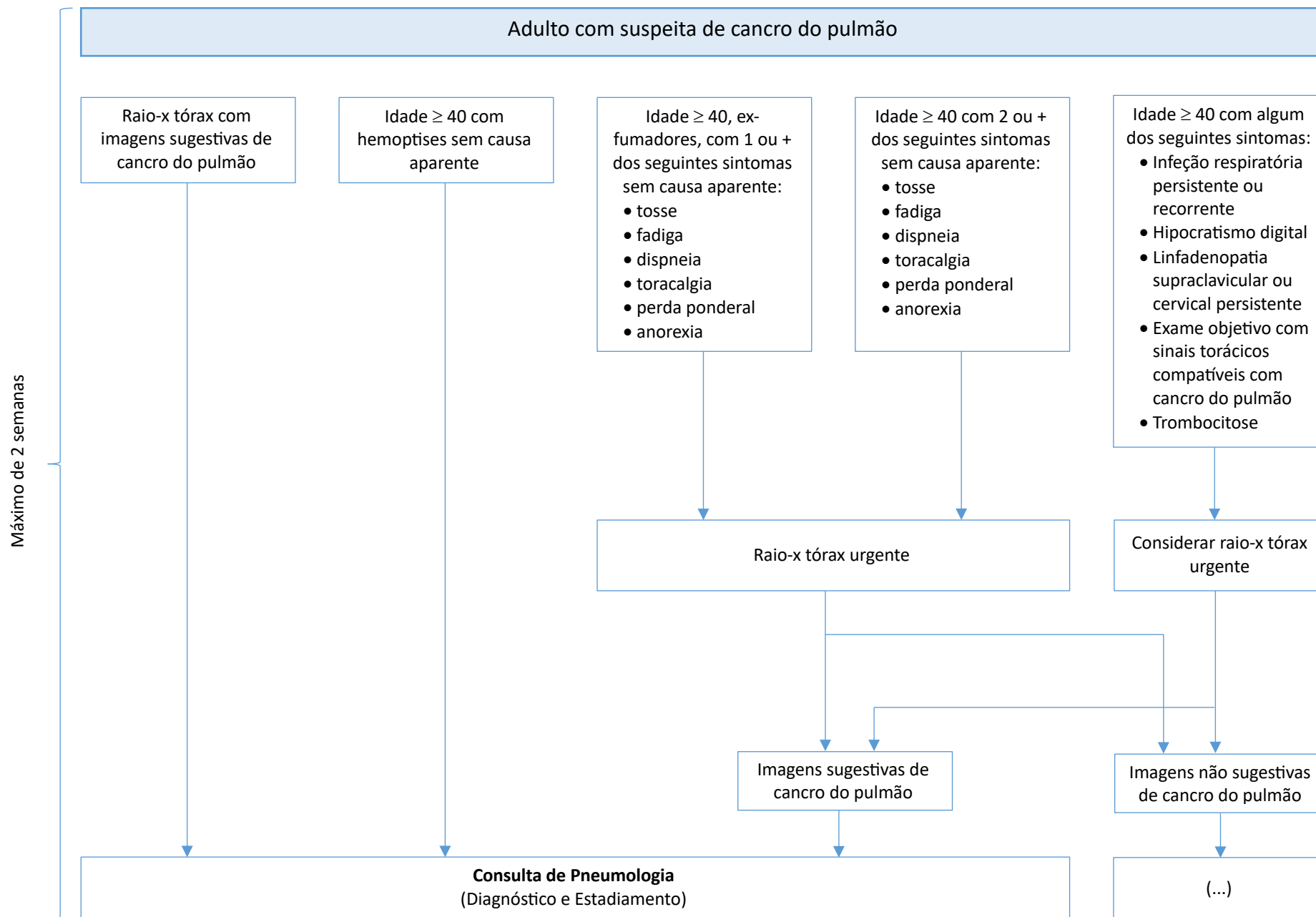
Especialistas da Dor (médico e
enfermeiro)

Serviço Social

Apêndice XII – Quadro sobre os recursos existentes na instituição B

Recursos Existentes	Percurso da Pessoa com Cancro do Pulmão	Recursos a Criar
1. Consulta do ECCO do colorretal 2. IT Avaliação inicial de Enfermagem 3. Plano de cuidados da Glintt®	Suspeita	1. Consulta do ONN do pulmão 2. Avaliação inicial > estabelecer os itens da colheita de dados a ser preenchidos na 1ª consulta do ONN do pulmão 3. Plano de cuidados de enfermagem > criar rúbricas e intervenções específicas para o ONN do pulmão (Glintt®) 4. Folheto informativo sobre o diagnóstico e a doença 5. Instrumento de identificação de barreiras aos cuidados de saúde 6. Cartão com contatos do ONN do pulmão 7. Lista de grupos de apoio, associações oncológicas
1. Base de dados com informação sobre cada pessoa com diagnóstico confirmado de cancro colorretal (consultas/atividade do ECCO)	Diagnóstico e Estadiamento	1. Base de dados em Excel com informação sobre cada pessoa com diagnóstico confirmado de cancro do pulmão (consultas/atividade do ONN)
Reunião Multidisciplinar		
1. IT Consulta de enfermagem 1ª vez em HD & Guião Consulta de enfermagem HD 2. Informação escrita sobre protocolo de tratamento e possíveis efeitos secundários 3. Guião para follow-up telefónico QT	Tratamento	1. <i>Template</i> de carta/email de articulação com os cuidados primários 1. Consulta pré-cirúrgica 2. Consulta telefónica de follow-up cirúrgico (criado no 1º estágio) 3. Lista de contatos de recursos de fisioterapia na comunidade (especialmente fora da grande Lisboa)
	Cirurgia	
	QRT	
	SACT	1. Consulta de terapêutica-alvo 2. Informação escrita sobre o protocolo de tratamento (terapêutica-alvo) e possíveis efeitos secundários 3. Guião para follow-up telefónico de terapêutica-alvo
Paliativos e Cuidados de Fim de Vida		
Sobrevivência e Vigilância		1. Consulta telefónica de follow-up

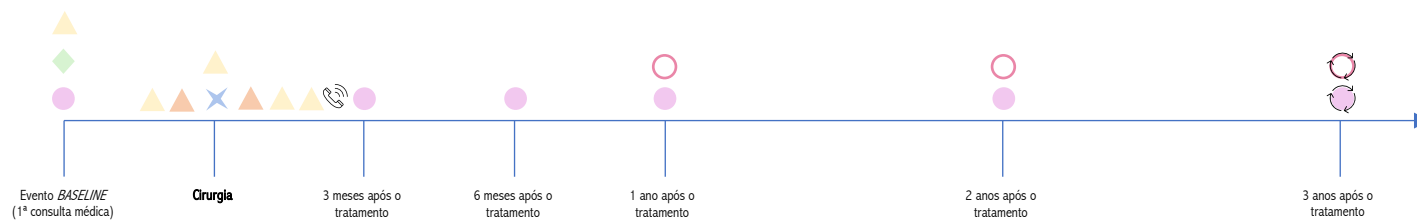
**Apêndice XIII – Algoritmo de trajeto da pessoa adulta com suspeita de
cancro do pulmão**



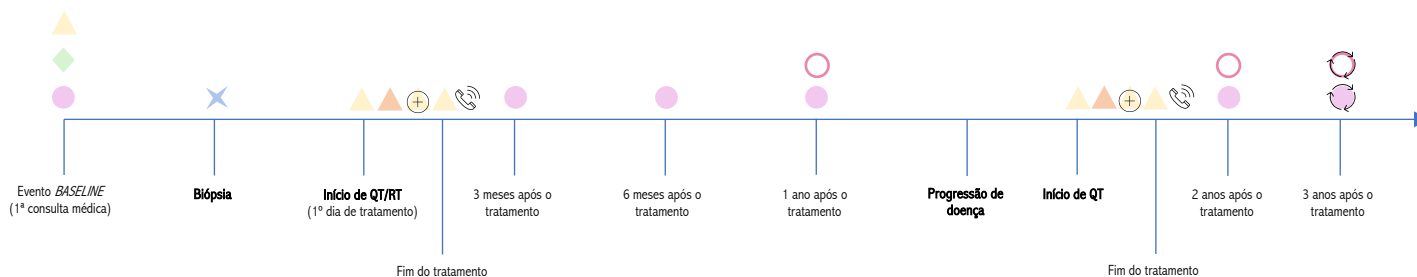
Fluxograma baseado na *guideline* NG12 (NICE, 2021)

Apêndice XIV – Diagramas do trajeto da pessoa com cancro do pulmão

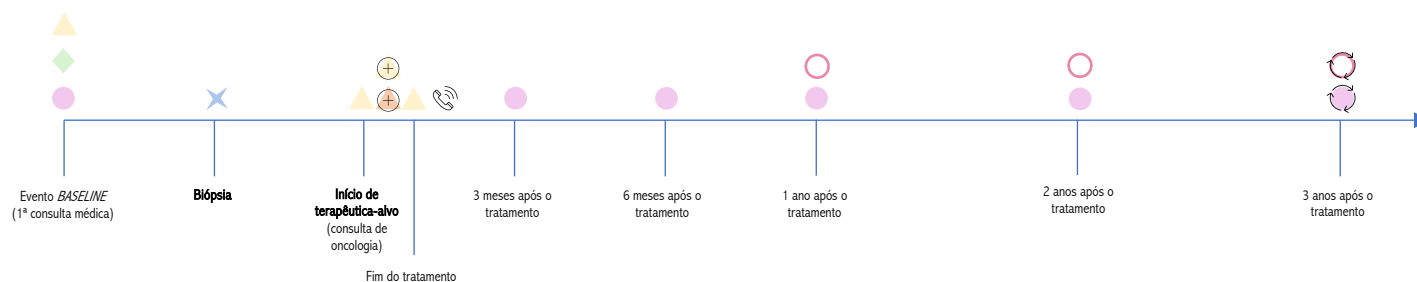
Pessoa diagnosticada com cancro do pulmão >> faz um tratamento



Pessoa diagnosticada com cancro do pulmão >> faz tratamento >> progressão de doença >> faz 2º tratamento



Pessoa diagnosticada com cancro do pulmão >> faz tratamento com terapêutica-alvo



Legenda:

- ◆ Características variáveis da pessoa com cancro do pulmão
- ✕ Variáveis patológicas
- PROMs
- Resultados em sobrevivência e controlo de doença/vigilância
- 🔄 Monitorização anual contínua por toda a vida
- ▲ Consulta presencial do ONNP
- ▲ Consulta telefónica do ONNP
- ☎ Consulta telefónica mensal do ONNP (sobrevivência e vigilância)
- ⊕ Consultas subsequentes do ONNP durante o tratamento

Apêndice XV – Indicadores de resultados PROMs

INDICADOR DE RESULTADO	AVALIAÇÃO	INFORMAÇÃO PERTINENTE	PERIODICIDADE						FONTE	
			Início do tratamento	Baseline - antes do tratamento (ou no diagnóstico, caso não prossiga para tratamento)	3 meses	6 meses	12 meses	Anualmente		
Outro	Tempo entre o diagnóstico e tratamento	Diagnóstico confirmado (patologia)	x						Matriz 1ª consulta	
		Início do 1º tratamento	x						Registos clínicos	
Complicações agudas do tratamento	Complicações major cirúrgicas	Presença ou ausência de evento de grau ≥ 3 na classificação Clavien-Dindo						x	x	Registos clínicos
	Complicações major da radioterapia	Presença ou ausência de complicação de grau ≥ 3 no PRO-CTCAE, incluir o nome do evento adverso						x	x	Registos clínicos
	Complicações major da terapia sistémica	Presença ou ausência de complicação de grau ≥ 3 no PRO-CTCAE, incluir o nome do evento adverso						x	x	Registos clínicos
	Performance Status	Escala ECOG/WHO PS						x	x	Registos clínicos
Saúde	Estado de saúde global/qualidade de vida	EORTC QLQ-30			x		x	x	x	Pessoa com cancro do pulmão
	Fadiga	EORTC QLQ-30			x		x	x	x	Pessoa com cancro do pulmão
	Atividade social	EORTC QLQ-30			x		x	x	x	Pessoa com cancro do pulmão
	Atividade física	EORTC QLQ-30			x		x	x	x	Pessoa com cancro do pulmão
	Atividade emocional	EORTC QLQ-30			x		x	x	x	Pessoa com cancro do pulmão
	Função cognitiva	EORTC QLQ-30			x		x	x	x	Pessoa com cancro do pulmão
	Dor	EORTC QLQ-30 e EORTC QLQ-LC 29			x		x	x	x	Pessoa com cancro do pulmão
	Dispneia	EORTC QLQ-LC 29			x		x	x	x	Pessoa com cancro do pulmão
	Tosse	EORTC QLQ-LC 29			x		x	x	x	Pessoa com cancro do pulmão
	Causa de morte	Causa de morte atribuída ao cancro do pulmão (certificado de óbito)						x	x	Registos administrativos
Sobrevivência	Sobrevivência global	Data da morte						x	x	Registos clínicos
	Mortalidade relacionada com o tratamento	Morte atribuída ao tratamento do cancro do pulmão no período de 30 ou 90 dias						x	x	Registos clínicos
Qualidade na morte	Local da morte	Local onde a pessoa morreu						x	x	Registos administrativos
	Duração de tempo de internamento no final de vida	Número de dias em internamento hospitalar ou cuidados intensivos nos últimos 30 dias						x	x	Registos clínicos

Legenda:

Todas as pessoas com cancro do pulmão

Pessoas com tratamento cirúrgico

Pessoas em tratamento com radioterapia

Pessoas em tratamento com terapia sistémica

Todas as pessoas em estadio final da doença

Apêndice XVI – Matriz de atividade do ONNP

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

TERMO	INFORMAÇÃO DE APOIO
ESTADO	Escolher o estado de atividade do cliente:
	Ativo > cliente em seguimento na UCPul
	Abandonou > cliente que abandonou o processo de cuidados na instituição; justificar o motivo na coluna "MOTIVO (se abandono)"
	Excluído > não se confirmou o diagnóstico de cancro de pulmão
NÍVEL DE EDUCAÇÃO	Registar o nível de escolaridade concluído (segundo os critérios da CITE (2011)):
	Nível 0 - Educação da primeira infância e pré-escolar > nunca frequentou um programa de educação, frequentou um programa de educação da primeira infância e pré-escolar ou frequentou o ensino básico (1º e 2º ciclos) mas não o concluiu
	Nível 1 - Ensino Básico (1º e 2º ciclos) > primeiros 4 anos do ensino básico
	Nível 2 - Ensino Básico (3º ciclo) > inicia-se no 5º ano de ensino e termina no após o nível 1 e dura cerca de 6 anos ???
	Nível 3 - Ensino Secundário > inicia-se no 8º ano de ensino e termina no 12º ano de ensino
	Nível 4 - Ensino Pós-secundário não superior > programas que permitem o acesso direto ao mercado de trabalho (por exemplo, ensino profissional)
	Nível 5 - Ensino Superior de curta duração > programas com pelo menos 2 anos
	Nível 6 - Licenciatura ou equivalente > programas com 3-4 ou mais anos; após a conclusão do nível 6, o estudante pode progredir a sua educação para o nível 7
	Nível 7 - Mestrado ou equivalente
	Nível 8 - Doutoramento ou equivalente
PERDA PONDERAL	Qualquer perda de peso não intencional anterior (nos 6 meses anteriores?) ao diagnóstico de cancro do pulmão > resposta sim/não ou colocar a perda de peso nos últimos 3/6 meses??
PESO INICIAL	Peso (em Kg) antes da perda ponderal
PESO ATUAL	Peso (em Kg) na data da 1ª consulta com o ONNP
CARGA TABÁGICA	Se fumador atual, calcular a carga tabágica com a fórmula UMA = (nº cigarros fumados por dia / 20) x nº anos a fumar
SCQ	Registar a pontuação do questionário SCQ (avaliação das comorbilidades); pontuação 0-45 pontos
PROMs	Aplicaram-se os questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-LC 29?
TERMÓMETRO DE ANGÚSTIA	Aplicou-se o questionário Termómetro de Angústia da NCCN?
BARREIRAS AOS CUIDADOS	Preencher com os problemas identificados pelo cliente no Termómetro de Angústia da NCCN
PS	Registar a pontuação da escala ECOG/WHO (avaliação do <i>Performance Status</i>); pontuação 0-5
DATA DX	Data da confirmação patológica (citológica e/ou histológica) do diagnóstico
BASE DO DX	Registar qual a avaliação efetuada para iniciar o processo de diagnóstico
	Avaliação clínica > inclui a história clínica, a avaliação das comorbilidades (SCQ), do <i>Performance Status</i> , o exame objetivo e os exames imagiológicos (TC tórax, abdómen superior e CE ou PET-TC)
	Avaliação histológica > avaliação de um fragmento de tecido obtido por biópsia ou com cirurgia
	Avaliação citológica > avaliação de células a partir de amostra de expetoração/secreções
cTNM	Registar o estadiamento clínico segundo a 8ª edição da classificação TNM do cancro do pulmão da UICC (Union Internationale Contre le Cancer)/ IASLC (International Association for the Study of Lung Cancer)/ AJCC (American Joint Committee on Cancer)
AP	Registar o estadiamento da anatomia patológica segundo a 8ª edição da classificação TNM do cancro do pulmão da UICC (Union Internationale Contre le Cancer)/ IASLC (International Association for the Study of Lung Cancer)/ AJCC (American Joint Committee on Cancer)
FUNÇÃO PULMONAR (preencher apenas se cirurgia)	VEF1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo) > obtido na espirometria pré-cirurgia
	VEF1 POP (volume expiratório forçado previsto no pós-operatório em um segundo) > calcular com a fórmula: VEF1 × (1 - (nº de segmentos a ser removidos x 5.26) ÷ 100)
EBUS	
EUS	
INTENÇÃO DE TRATAMENTO	Na decisão de tratamento: intuito curativo ou paliativo?
CONTACTOS ONNP	A realização dos registos informáticos de enfermagem para cada momento de contacto/consulta é mandatória
COMPLICAÇÕES MAJOR CIRÚRGICAS	Registar PRESENTE se complicação de grau ≥ 3 na escala Clavien-Dindo / Registar AUSENTE se complicação de grau < 3 na escala Clavien-Dindo >> Avaliação de complicações major cirúrgicas
AV. NUTRICIONAL	Aplicou-se o questionário PG-SGA para avaliação nutricional?
C. MUDANÇA PROTOCOLO	Consulta de mudança de protocolo realizada pelo ONNP apenas se mudança de protocolo de terapêutica sistémica
NOVO PROTOCOLO	Selecionar o novo protocolo de tratamento sistémico
COMPLICAÇÕES MAJOR DO TTO SISTÉMICO	Registar PRESENTE se complicação de grau ≥ 3 na escala PRO-CTCAE / Registar AUSENTE se complicação de grau < 3 na escala PRO-CTCAE >> Avaliação de complicações major do tratamento sistémico
AV. RISCO TEV	Após a aplicação do Khorana Risk Score, registar SIM se score ≥ 2 ou NÃO se score <2
C. PRÉ-TTO TA	Consulta de 1ª vez de terapêutica-alvo realizada pelo ONNP em conjunto com o farmacêutico do HDO, no dia da consulta de oncologia médica de início de tratamento
C. SUBSEQUENTES	Consultas mensais (durante quanto tempo se mantém a frequência mensal??) realizadas pelo ONNP nos dias das consultas médicas
PERÍODO TEMPORAL	Preencher com: Data de início (DD-MM-AAAA) > Data de fim (DD-MM-AAAA) da radioterapia
COMPLICAÇÕES MAJOR DA RT	Registar PRESENTE se complicação de grau ≥ 3 na escala PRO-CTCAE / Registar AUSENTE se complicação de grau < 3 na escala PRO-CTCAE >> Avaliação de complicações major da radioterapia
DATAS DE APLICAÇÃO EORTC QLQ-C30 & EORTC QLQ-LC29	Registar as datas de aplicação dos questionários de avaliação da qualidade de vida nos momentos estabelecidos após o início do 1º tratamento

Apêndice XVII – Instrução de trabalho consulta de acolhimento

1. OBJETIVO

Esta instrução de trabalho (IT) estabelece as orientações de procedimento da Consulta de Acolhimento à pessoa com suspeita ou diagnóstico recente de doença oncológica do pulmão, assegurando a sua uniformização.

2. ÂMBITO

A Consulta de Acolhimento é a primeira consulta realizada pelo *Oncology Nurse Navigator* do pulmão (ONNP) no trajeto da pessoa com cancro do pulmão, independentemente do estadió da doença. Destina-se a todas as pessoas com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão (CP), seguidas na Unidade de Cancro do Pulmão (UCPul).

A consulta é um ato em saúde autónomo, que utiliza metodologia científica, e que permite ao enfermeiro avaliar a pessoa, formular diagnósticos de enfermagem, planear e implementar o plano de cuidados e, desta forma, dar resposta às necessidades em cuidados da pessoa doente, proceder à avaliação dos cuidados prestados e intervenções de enfermagem e, sempre que pertinente, à reformulação do plano de cuidados (Parecer do Conselho de Enfermagem nº53/2021).

A sua concretização implica, necessariamente, que o enfermeiro recorra à melhor evidência científica e se guie pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, e referenciais legais e ético-deontológicos da profissão (Parecer do Conselho de Enfermagem nº53/2021).

O ONNP tem estabelecidos contactos programados (**Anexo 1**) com a pessoa ao longo de toda a trajetória de doença, na qual se incluem as fases de diagnóstico e estadiamento, tratamento e sobrevivência (Highlights from best practices, 2017).

3. RACIONAL

A pessoa com cancro do pulmão e a sua família experienciam várias transições, nas quais a pessoa se depara com desafios multidimensionais caracterizados por fortes sentimentos de perda, sofrimento e vulnerabilidade (Phaneuf, 2005). Neste sentido, a intervenção do ONN tem um importante impacto na trajetória da pessoa com cancro (Rohsig, Silva & Teixeira 2019), pois a sua atuação proporciona benefícios à pessoa com doença oncológica, nomeadamente através da resposta às necessidades emocionais e de cuidados de suporte da pessoa e família, capacitando-as com conhecimentos e habilidades, e incentivando-as à participação ativa nos processos de saúde (Jeyathevan, Lemonde & Brathwaite, 2017b; Cantril & Haylock, 2013).

A consulta do ONNP sustenta-se no modelo de prestação de cuidados centrados na pessoa com doença oncológica, que se entende pelo estabelecimento e incentivo a relações interpessoais saudáveis entre todos os intervenientes (pessoa com cancro do pulmão, família, pessoas significativas, prestadores de cuidados), apoiados na compreensão do outro, em valores de respeito e no direito individual à autodeterminação, promovendo o *empowerment* da pessoa (McCormack & McCance, 2006; Fillion, Cook & Veillette, 2012).

4. CONSULTA DE ACOLHIMENTO

4.1 FINALIDADE E OBJETIVOS DA CONSULTA

A primeira consulta do ONNP tem como grandes finalidades:

- fornecer uma orientação antecipada, educar e permitir o encaminhamento apropriado para ajudar a pessoa com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão a lidar com o diagnóstico da doença (Best Practices in Lung Cancer Navigation Summit, 2017);
- iniciar a construção de uma relação terapêutica de proximidade, continuidade, confiança e parceria com a pessoa e a sua família, que irá manter-se ao longo de todo o continuum de cuidados (Jeyathevan et al, 2017b; Bailey et al, 2022).

Tem como objetivos:

- Realizar o acolhimento da pessoa com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão/família/cuidador;
- Apresentar o ONNP e o seu papel;
- Conhecer a pessoa com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão através da colheita de dados de enfermagem e da entrevista de enfermagem;
- Educar sobre o processo de diagnóstico e sobre a doença;
- Identificar as barreiras aos cuidados de saúde e necessidades da pessoa com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão;
- Definir um plano de ação individualizado e centrado na pessoa, para minimizar as mesmas;
- Prestar apoio emocional ajudando a aliviar o *stress* associado impacto da suspeita ou diagnóstico recente de cancro de pulmão na vida da pessoa;
- Esclarecer dúvidas e receios (Implementing a timed lung cancer, 2018; McMullen, 2013);
- Empoderar a pessoa através da integração das suas contribuições (necessidades, preferências, crenças e valores) na tomada de decisão informada (Jeyathevan et al, 2017b).

4.2 AGENDAMENTO, LOCALIZAÇÃO E DURAÇÃO DA CONSULTA

A Consulta de Acolhimento é presencial e programada, e insere-se no plano de consultas do ONNP ao longo do trajeto da pessoa com cancro do pulmão. Deverá ocorrer até quatro dias após a consulta médica inicial (Implementing a timed lung cancer, 2018; McMullen, 2013).

O agendamento da consulta é feito em Glintt® pelo Gestor Oncológico (GO), sob a designação de ato “consulta de enfermagem”. Decorre em dias úteis no período entre as 8h30 e as 16h30, mediante a disponibilidade de horário do ONNP e, idealmente, num dia em que o utente se desloque ao hospital para realização de outros atos/compromissos de saúde (exames, consultas, tratamentos).

O GO informa telefonicamente o utente sobre a finalidade da realização da consulta e da possibilidade de se fazer acompanhar pela pessoa significativa, envolvendo-o no processo de tomada de decisão de cuidados. O consentimento do utente para a concretização da consulta ou a sua não anuência, deve ser registado e fundamentado pelo ONNP no processo clínico (Parecer do Conselho de Enfermagem nº53/2021).

A concretização da consulta pressupõe a existência de um espaço próprio para a sua realização. Desta forma, a consulta ocorre num dos gabinetes de consulta existentes no serviço de ambulatório de oncologia do hospital (gabinetes 1 a 7). O gabinete oferece um ambiente calmo, onde é garantida a privacidade do utente durante a consulta, e disponibilizados todos os recursos (meios informáticos, material técnico para avaliação física do utente, material educativo adaptado às necessidades do mesmo) para a sua concretização.

Define-se 45 minutos como tempo médio de duração da Consulta de Acolhimento.

4.3 ESTRUTURA DA CONSULTA

Estabeleceu-se a estrutura da Consulta de Acolhimento através da articulação entre as etapas do processo de enfermagem, a obra "Comunicação, Entrevista e Relação de Ajuda" de Phaneuf (2005), a Teoria do Cuidado Centrado na Pessoa de McCormack e McCance (2006) e o protocolo S-P-I-K-E-S (Buckman, 2005).

Durante a consulta realiza-se a entrevista de enfermagem, que se trata de uma entrevista clínica com o objetivo de obter informação, transmitir informação, proporcionar apoio e estabelecer uma parceria com a pessoa na elaboração de um plano de cuidados (Buckman, 2005). A entrevista da Consulta de Acolhimento permite comunicar com a pessoa e família, obtendo informação centrada na pessoa e nas suas preferências (Mathews, Baken, Ross, Ogilvie, & Kent, 2019), e a integração das suas contribuições na tomada de decisão partilhada, atendendo às suas necessidades (McCormack & McCance, 2006).

A informação transmitida à pessoa durante a entrevista afeta adversa e seriamente a visão da mesma sobre o seu futuro, e como tal, é considerada uma má notícia (Buckman, 2005). Desta forma, o ONNP deverá promover um ambiente terapêutico e de apoio, emocionalmente favorável, com disponibilidade de tempo para que a pessoa considere objetivamente todas as opções, permitindo-lhe explorar o processo de tomada de decisão (Bailey, Rappleyea, Oderwald & Garcia, 2022). O ONNP deverá, ainda, abordar a ansiedade da pessoa e ajudá-la a explorar os seus medos, recorrendo a estratégias de comunicação, nomeadamente ao protocolo S-P-I-K-E-S (Highlights from best practices, 2017).

O ONNP deve utilizar o seguinte guião de consulta:

INSTRUÇÃO DE TRABALHO
Consulta de Acolhimento do ONN do Pulmão

Pág. 1/ 9

PREPARAÇÃO DA ENTREVISTA E ACOLHIMENTO DA PESSOA COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO RECENTE DE CANCRO DO PULMÃO E FAMÍLIA/CUIDADOR

SPIKES: Setting Up
(Preparar a entrevista)

Preparação da entrevista

- Consultar o processo clínico da pessoa por forma a obter informação pertinente sobre a mesma, e preparar a entrevista, assegurando que se está na posse de toda a informação e documentação necessária¹; nomeadamente, compreender informação sobre:
 - Antecedentes pessoais de saúde e antecedentes familiares oncológicos
 - História da doença atual
 - Informação sobre a doença e a fase da trajetória (suspeita/diagnóstico e estadiamento)
 - Nível de autocuidado
 - Problemas e necessidades da pessoa
- Registrar a informação obtida na matriz de atividade do ONNP, localizada no Google Drive, pasta "ONNP", com a denominação "Atividade do ONNP", separador "Acolhimento"
- Assegurar que o gabinete onde se irá realizar a entrevista tem um ambiente calmo, onde é garantida a privacidade da pessoa durante toda a entrevista
- Confirmar a disponibilidade de todos os recursos (meios informáticos, material técnico para avaliação física do utente, material educativo) para a concretização da consulta
- Imprimir os questionários e brochura a dar à pessoa na consulta, localizados no Google Drive, pasta "ONNP" > pasta "Consulta de Acolhimento" > pasta "Questionários & Brochura"

Acolhimento e apresentação

- Acolher a pessoa (cumprimentá-la e convidá-la a sentar-se)
- Validar a vontade ou não da pessoa de querer estar acompanhada pela pessoa significativa durante a entrevista
- Apresentar-se e explicar qual o papel do ONNP
- Tratar a pessoa pelo nome pelo qual gosta de ser tratada
- Explicar a finalidade da Consulta de Acolhimento e o funcionamento da UCPul

INSTRUÇÃO DE TRABALHO
Consulta de Acolhimento do ONN do Pulmão

Pág. 2/ 9

ENTREVISTA, COLHEITA DE DADOS E AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DA PESSOA COM SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO RECENTE DE CANCRO DO PULMÃO E FAMÍLIA/CUIDADOR	
SPIKES: Perception (Perceção da pessoa/família/cuidador)	▪ Avaliar a perceção emocional e cognitiva da pessoa sobre a sua situação clínica, privilegiando a utilização de perguntas abertas: ○ “O que sabe sobre a sua doença e diagnóstico?” ○ “Qual a sua maior preocupação neste momento?” ○ “Tem dúvidas que precise que sejam esclarecidas?”²
SPIKES: Invitation (Convidar para o diálogo)	▪ Convidar a pessoa a procurar compreender o que deseja saber sobre a sua doença (informação detalhada ou apenas um esboço) ○ “Como se sente?” ○ “Quais as suas expectativas?” ○ “Que informação lhe posso fornecer ou como é que posso ajudá-lo?” ○ “Gostaria que eu lhe falasse mais sobre a doença?” ○ “Gostaria que lhe explicasse quais os exames que vai realizar?” ▪ Realizar e registar a colheita de dados de enfermagem seguindo a ordem dos itens apresentados no separador “Avaliação Inicial de Enfermagem” da Glintt®. No Anexo 2 apresentam-se os dados de preenchimento obrigatório na Consulta de Acolhimento. ▪ Avaliar o risco nutricional (entregar o questionário PG-SGA Short Form® à pessoa para que esta o preencha; após a consulta, completar as restantes partes do PG-SGA®, com exceção do exame físico (Folha de Trabalho 4) e Folha de Trabalho 5) ▪ Convidar a pessoa a preencher o questionário termómetro da angústia, por forma a identificar: ○ as necessidades da pessoa, nomeadamente em cuidados de suporte³, sintomas físicos, problemas culturais, necessidades informativas e sobre apoio aos cuidados¹, problemas psicossociais⁴, e <i>distress</i>³ ○ e as barreiras aos cuidados de saúde (logísticas, financeiras, transporte, barreiras psicossociais como a ansiedade e/ou medo)^{3,5} ▪ Utilizar perguntas de resposta aberta, que permitam desenvolver a compreensão das barreiras: ○ “De que forma esta doença influenciou a sua vida diária?” ○ “Quais são as suas maiores preocupações em relação a esta doença?” ○ “O que pretende ver resolvido em primeiro lugar?”

INSTRUÇÃO DE TRABALHO
Consulta de Acolhimento do ONN do Pulmão

Pág. 3/ 9

	▪ Explorar, em conjunto com a pessoa, estratégias para minimizar ou eliminar as barreiras identificadas³ ▪ Demonstrar empatia e atitude de escuta ativa através da exploração e da validação de emoções
SPIKES: Knowledge (Educar e transmitir informações)	Educação para a saúde ▪ Utilizar frases introdutórias que indiquem à pessoa que se vai transmitir más notícias e não utilizar palavras técnicas em excesso: ○ “Estou aqui para lhe falar um pouco sobre a doença. Vou explicar-lhe da melhor forma para que possamos organizar estratégias para os próximos passos” ▪ Educar a pessoa sobre: ○ a doença (histologia e estadio)³ ○ o processo de diagnóstico e estadiamento³ ○ o trajeto/percurso de diagnóstico ○ os exames de diagnóstico ▪ Fornecer a brochura “Cancro do Pulmão: qual o caminho para o diagnóstico?”, e complementar a sua informação, explicando à pessoa pessoalmente as informações contidas na mesma^{1,3,6} ▪ Explicar à pessoa que a educação sobre o reconhecimento e gestão de sintomas relacionados com os exames de diagnóstico, a ajudará a diminuir a ansiedade e evitará consultas médicas desnecessárias^{1,3} ▪ Ajudar a pessoa a gerir sintomas como a falta de ar, dor e fadiga, ao longo do trajeto de doença, melhorando, assim, a sua elegibilidade para tratamento⁷ ▪ Explicar à pessoa terminologias médicas dos resultados dos exames/testes, informações sobre saúde descritas na internet/folhetos, aumentando o seu conhecimento e compreensão sobre a doença^{1,3} ▪ Retransmitir e clarificar as informações dadas pelo médico, utilizando uma linguagem clara e simples, para que a pessoa compreenda o processo de cuidados³ ▪ Fornecer informação personalizada e oportuna à pessoa e sua família, assegurando a prestação de cuidados adequados e atuais, e suporte necessários para resolver quaisquer problemas que possam surgir e tomar decisões vitais sobre os seus cuidados de saúde^{1,3}
SPIKES: Emotions	• Responder empaticamente à reação demonstrada pela pessoa

INSTRUÇÃO DE TRABALHO
Consulta de Acolhimento do ONN do Pulmão

Pág. 4/ 9

(Expressar emoções e empatia)	• Permitir à pessoa absorver a informação dada • Demonstrar disponibilidade e empatia: ○ “Estou a seu lado”, “compreendo a sua dor” • Apoiar a pessoa e a sua família, aumentando o sentimento de confiança de ambos³ • Validar as emoções da pessoa e seus familiares • Utilizar a escuta ativa e empatia na compreensão das dificuldades e emoções da pessoa e seus familiares • Comunicar com honestidade, não desvalorizando o sofrimento da pessoa e dos seus familiares
SPIKES : Strategy and summary (Resumo e planeamento futuro)	• Resumir os aspetos mais relevantes da informação transmitida ao longo da entrevista • Definir o próximo passo no plano de diagnóstico (se necessário escrevê-lo num papel e dá-lo à pessoa) • Perguntar se a pessoa tem dúvidas, em caso afirmativo, esclarecê-las • Perguntar se quer ajuda para contar à família/pessoa significativa • Explicar à pessoa que a UCPul faz a medição de resultados clínicos e de qualidade de vida relativos ao cancro do pulmão, e que estes permitem melhorar a prestação de cuidados de saúde de qualidade • Posteriormente, solicitar a participação da pessoa nesta atividade, que é voluntária, através do preenchimento dos questionários ICHOM (PROMs) • Disponibilizar os contactos do ONNP (entregar o cartão de contactos com número de telemóvel e email), e explicar que o ONNP se mantém um recurso contínuo de apoio e informação para a pessoa, presencialmente e por telefone^{1,3}

REFERÊNCIAS

1. Jeyathevan, G., Lemonde, M., Brathwaite, A. (2017a). The role of oncology nurse navigators in facilitating continuity of care within the diagnostic phase for adult patients with lung cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 27(1), 74-87.
2. Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*. 2 (2), p. 138-142.
3. Jeyathevan, G., Lemonde, M., Brathwaite, A. (2017b). The role of oncology nurse navigators in enhancing patient empowerment within the diagnostic phase for adult patients with lung cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 27(2), 164-177.
4. Jaafar, F., Davison, A. G., Beaty, T., Eraut, C. D., Haque, A. S., Lamont, A., Trask, C. W. (2004). Increasing social and psychological information conveyed to general practitioners after bad news consultations by use of separate letters from the lung cancer nurse specialist. *Lung Cancer*. 46, 57—59.
5. Gerber, D. E., Gillam, A. O., Hamann, H. A. (2013). Lung cancer screening in the 'real world' and the role of nurse navigators. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*. 4(2), 21-23.
6. Best Practices in Lung Cancer Navigation Summit. (2017). Highlights from best practices in lung cancer navigation summit. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*. 8(6), 270-275.
7. Tod, A. M., Redman, J., McDonnell, A., Borthwick, D., White, J. (2015). Lung cancer treatment rates and the role of the lung cancer nurse specialist: a qualitative study. *BMJ open*. 5(e008587), 1-9.
 Doi: 10.1136/bmjopen-2015-008587

4.4 REGISTOS DE ENFERMAGEM

Após o término da consulta, o ONNP deve:

- definir o plano de cuidados individualizado da pessoa em Glintt®, e registar as intervenções de enfermagem realizadas;
- escrever a nota de enfermagem em Glintt®, no separador “Diário de Enfermagem”, com informação colhida durante a consulta, não constante na colheita de dados de enfermagem, e que considere pertinente;
- completar a matriz de atividade do ONNP, denominada “Atividade do ONNP”, com a informação obtida durante a consulta.

4.5 INDICADOR DE ENFERMAGEM

INDICADOR: Taxa de utilização da Consulta de Acolhimento do ONNP

OBJETIVO: Monitorizar a utilização da Consulta de Acolhimento do ONNP pelas pessoas com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão, nos últimos 12 meses

FONTE: Matriz de Atividade do ONNP e registos de enfermagem em Glintt®

FÓRMULA DE CÁLCULO:

Nº de pessoas com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão que tiveram

Consulta de Acolhimento com o ONNP, nos últimos 12 meses

Nº de pessoas com cancro do pulmão que fizeram 1º tratamento,

nos últimos 12 meses

5. ABREVIATURAS E REFERÊNCIAS

5.1 ABREVIATURAS

- CP – cancro do pulmão
- GO – gestor oncológico
- ICHOM – *International Consortium for Health Outcomes Measurement*
- IT – instrução de trabalho
- ONN – *oncology nurse navigator*
- ONNP – *oncology nurse navigator* do pulmão
- UCPul – unidade de cancro do pulmão

5.2 REFERÊNCIAS

- Bailey, C. E., Rappleyea, M. L., Oderwald, T., Garcia, C. L. (2022). Experiences of appointed agents with healthcare power of attorney for lung cancer patients from a nurse navigator-led advance Care planning discussion. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*. 13(11), 362-368.

- Best Practices in Lung Cancer Navigation Summit. (2017). Highlights from best practices in lung cancer navigation summit. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*. 8(6), 270-275.
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*. 2 (2), p. 138-142.
- Cantril, C., Haylock, P. (2013). Patient navigation in the oncology care setting. *Seminars in Oncology Nursing*. 29(2), 76-90.
- Fillion, L., Cook, S., Veillette, AM., Aubin, M., Serres, M., Rainville, F., ... Doll, R. (2012). Professional navigation framework: elaboration and validation in a canadian context. *Oncology Nursing Forum*. 39(1), E58-E69. (27)
- Gerber, D. E., Gillam, A. O., Hamann, H. A. (2013). Lung cancer screening in the 'real world' and the role of nurse navigators. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*. 4(2), 21-23.
- Highlights from best practices in lung cancer navigation summit (2017). *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*. 8(6), 270-275.
- Implementing a timed lung cancer diagnostic pathway (2018). NHS England, 1-12
- Jaafar, F., Davison, A. G., Beaty, T., Eraut, C. D., Haque, A. S., Lamont, A., Trask, C. W. (2004). Increasing social and psychological information conveyed to general practitioners after bad news consultations by use of separate letters from the lung cancer nurse specialist. *Lung Cancer*. 46, 57—59.
- Jeyathevan, G., Lemonde, M., Brathwaite, A. (2017a). The role of oncology nurse navigators in facilitating continuity of care within the diagnostic phase for adult patients with lung cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 27(1), 74-87.
- Jeyathevan, G., Lemonde, M., Brathwaite, A. (2017b). The role of oncology nurse navigators in enhancing patient empowerment within the diagnostic phase for adult patients with lung cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 27(2), 164-177.
- Mathews, T., Baken, D., Ross, K., Ogilvie, E., Kent, L. (2019). The experiences of patients and their family members when receiving bad news about cancer: a qualitative meta-synthesis. *Psyco-Oncology*. 28, p. 2286-2294. Doi: 10.1002/pon.5241
- McCormack, B. e McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5), 472-479.
- McMullen, L. (2013). Oncology nurse navigators and the continuum of cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*. 29(2), 105-117.
- Parecer do Conselho de Enfermagem nº53/2021 (2021). Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, 1-11.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Rohsig, V., Silva, P., Teixeira, R., Lorenzini, E., Maestri, R., Saraiva, T., Souza, A. (2019). Nurse navigation program: outcomes from a breast cancer centre in brazil. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 23(1), E25-E31.
- Tod, A. M., Redman, J., McDonnell, A., Borthwick, D., White, J. (2015). Lung cancer treatment rates and the role of the lung cancer nurse specialist: a qualitative study. *BMJ open*. 5(e008587), 1-9.
Doi: 10.1136/bmjopen-2015-008587

Apêndice XVIII – Consultas/contactos do ONNP

Consultas/Contactos do ONNP

UNIDADE DE CANCRO DO PULMÃO							
Consulta/Contacto	Rúbrica	Tipo	Tempo médio de enfermagem despendido	População	% doentes UDTI Pulmão em 2024	% doentes UDTI Pulmão em 2025	% doentes UDTI Pulmão em 2026
Consulta de Acolhimento	Consulta de Enfermagem UDTI Pulmão	Presencial, programada	45 min	Todas as pessoas com suspeita ou diagnóstico recente de cancro do pulmão	60%	80%	100%
Consulta Pré-Operatório	Consulta de Enfermagem UDTI Pulmão	Presencial, programada	45 min	Todos os doentes propostos para cirurgia torácica para tratamento de cancro do pulmão	60%	80%	100%
24-48h Pré-cirurgia	Avaliação de Enfermagem Telefónica UDTI Pulmão	Telefónica, programada	15 min	Todos os doentes propostos para cirurgia torácica para tratamento de cancro do pulmão	60%	80%	100%
Internamento	Chamada de Especialista	Presencial, programada	20 min	Todos os doentes operados por cirurgia torácica a cancro do pulmão	60%	80%	100%
Follow-up 24-48h após a alta	Avaliação de Enfermagem Telefónica UDTI Pulmão	Telefónica, programada	30 min	Todos os doentes operados por cirurgia torácica a cancro do pulmão	60%	80%	100%

1ª Consulta Pós-Operatório (3 a 4 dias pós-alta)	Consulta de Enfermagem UDTI Pulmão Atendimento para Penso	Presencial, programada	30 min	Todos os doentes operados por cirurgia torácica a cancro do pulmão	60%	80%	100%
2ª Consulta Pós-Operatório (1 semana pós-alta)	Consulta de Enfermagem UDTI Pulmão Atendimento para Penso	Presencial, programada	30 min	Todos os doentes operados por cirurgia torácica a cancro do pulmão	60%	80%	100%
Consulta Pré-tratamento sistémico	Consulta de Enfermagem UDTI Pulmão	Presencial, programada	45 min	Todos os doentes propostos para início ou mudança de tratamento sistémico de cancro do pulmão	60%	80%	100%
Follow-up 24-72h após o 1º tratamento sistémico	Avaliação de Enfermagem Telefónica UDTI Pulmão	Telefónica, programada	15 min	Todos os doentes que iniciaram/mudaram de tratamento sistémico de cancro do pulmão	60%	80%	100%
Visita em Hospital de Dia Oncológico (sempre que necessário)	Avaliação de Enfermagem UDTI Pulmão	Presencial, não programada	10 min	Doentes em tratamento sistémico de cancro do pulmão em Hospital de Dia Oncológico	60%	80%	100%
Consulta de fim de tratamento sistémico	Consulta de Enfermagem UDTI Pulmão	Presencial, programada	45 min	Todos os doentes que terminaram tratamento sistémico de cancro do pulmão	60%	80%	100%

Consulta Pré-tratamento Terapêutica-alvo	Consulta de Enfermagem UDTI Pulmão	Presencial, programada	45 min	Todos os doentes propostos para início ou mudança de tratamento de cancro do pulmão com terapêutica-alvo	60%	80%	100%
Follow-up D8 terapêutica-alvo	Avaliação de Enfermagem Telefónica UDTI Pulmão	Telefónica, programada	15 min	Todos os doentes que iniciaram/mudaram tratamento de cancro do pulmão com terapêutica-alvo	60%	80%	100%
Follow-up 2º mês D15 terapêutica-alvo	Avaliação de Enfermagem Telefónica UDTI Pulmão	Telefónica, programada	15 min	Todos os doentes que iniciaram/mudaram tratamento de cancro do pulmão com terapêutica-alvo	60%	80%	100%
Consultas subsequentes vigilância terapêutica-alvo (nos dias de consulta médica de oncologia)	Consulta de Enfermagem UDTI Pulmão	Telefónica, programada	20 min	Doentes em tratamento com terapêutica-alvo	60%	80%	100%
Outros Follow-up terapêutica-alvo (a partir do 3º mês, sempre que necessário)		Telefónico, não programado		Doentes em tratamento com terapêutica-alvo	60%	80%	100%
Follow-up 3/3 meses até aos 2 anos vigilância/sobrevivência	Avaliação de Enfermagem Telefónica UDTI Pulmão	Telefónica, programada	30 min	Todos os doentes que terminaram tratamento de cancro do pulmão e se	60%	80%	100%

				encontram em vigilância/sobrevivência			
Follow-up anual a partir dos 2 anos vigilância/sobrevivência	Avaliação de Enfermagem Telefónica UDTI Pulmão	Telefónica, programada	30 min	Todos os doentes que terminaram tratamento de cancro do pulmão e se encontram em vigilância/sobrevivência	-	-	100%
Outros contactos (sempre que necessário)	Avaliação de Enfermagem Telefónica UDTI Pulmão	Telefónico Email, não programado	30 min	Apenas para doentes seguidos na UDTI Pulmão	60%	80%	100%
Gestão de Processo		Não presencial	20 min	Doentes seguidos na UDTI Pulmão	100%	100%	100%

Apêndice XIX – Indicadores de resultados do ONNP

INDICADORES DO PROGRAMA DO ONNP

A – INDICADORES DE ESTRUTURA

A.1. Indicador: Horas de cuidados de enfermagem prestados por dia

Objetivo: Monitorizar o número de horas de cuidados de enfermagem que efetivamente foram prestados pelo ONNP em cada dia.

Fonte: Registos de enfermagem

Forma de cálculo:

Nº de horas de prestação de cuidados de enfermagem pelo ONNP (incluem-se as consultas presenciais programadas e não programadas, as consultas não presenciais programadas e não programadas), por dia

Nº horas de trabalho por dia do ONNP (exclui-se o tempo para almoço, amamentação/aleitação, formação em serviço, acompanhamento de alunos, acompanhamento/integração de colegas), por dia

A.2. Indicador: Percentagem de pessoas em processo de medição de resultados clínicos e de qualidade de vida relativos ao cancro do pulmão

Objetivo: Monitorizar os resultados em saúde do programa da UCPul, nos últimos 12 meses

Fonte: Conjunto de questionários *baseline* do consórcio internacional ICHOM

Forma de cálculo:

Nº de pessoas com suspeita ou diagnóstico confirmado de cancro do pulmão que preencheram todos questionários *baseline* do ICHOM, nos últimos 12 meses

x 100

Nº de pessoas com suspeita ou diagnóstico confirmado de cancro do pulmão seguidas pela UCPul, nos últimos 12 meses

A.3. Indicador: Taxa de utilização da consulta de 1ª vez do ONNP

Objetivo: Monitorizar a utilização da consulta de 1ª vez do ONNP pelas pessoas com suspeita de cancro do pulmão, nos últimos 12 meses

Fonte: Base de dados em Excel do ONNP e registos de enfermagem

Forma de cálculo:

Nº de pessoas com suspeita de cancro do pulmão que tiveram consulta de enfermagem de 1ª vez com o ONNP, nos últimos 12 meses

Nº de pessoas com suspeita de cancro do pulmão que tiveram consulta de médica inicial na UCPul, nos últimos 12 meses

A.4. Indicador: Taxa de utilização da consulta pré-cirúrgica do ONNP

Objetivo: Monitorizar a utilização da consulta pré-cirúrgica do ONNP pelas pessoas que vão ser submetidas a cirurgia torácica diagnóstica ou curativa a cancro do pulmão, nos últimos 12 meses

Fonte: Base de dados em Excel do ONNP e registos de enfermagem

Forma de cálculo:

Nº de pessoas com suspeita ou diagnóstico de cancro do pulmão que tiveram consulta de enfermagem pré-cirúrgica com o ONNP, nos últimos 12 meses

Nº de pessoas com suspeita ou diagnóstico de cancro do pulmão que tiveram consulta pré-operatória de cirurgia torácica na UCPul, nos últimos 12 meses

A.5. Indicador: Taxa de utilização da consulta do ONNP pré-tratamento sistémico

Objetivo: Monitorizar a utilização da consulta do ONNP pelas pessoas que vão iniciar tratamento sistémico a cancro do pulmão, nos últimos 12 meses

Fonte: Base de dados em Excel do ONNP e registos de enfermagem

Forma de cálculo:

Nº de pessoas com diagnóstico de cancro do pulmão que tiveram consulta de enfermagem com o ONNP pré-tratamento sistémico, nos últimos 12 meses

Nº de pessoas com diagnóstico de cancro do pulmão que iniciaram tratamento sistémico no Hospital de Dia Oncológico, nos últimos 12 meses

B – INDICADORES DE PROCESSO

B.1. Indicador: Taxa de efetividade diagnóstica do risco de complicações major cirúrgicas

Objetivo: Monitorizar a relação entre o número total de pessoas com cancro do pulmão que desenvolveram uma complicação major cirúrgica, com risco previamente documentado, e o universo de pessoas com cancro do pulmão que desenvolveram uma complicação major cirúrgica, trimestralmente.

Fonte: Base de dados em Excel do ONNP e registos de enfermagem

Forma de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de pessoas com cancro do pulmão que desenvolveram uma complicação major cirúrgica, com risco previamente documentado, nos últimos 3 meses}}{\text{Nº de pessoas com cancro do pulmão que desenvolveram uma complicação major cirúrgica, nos últimos 3 meses}} \times 100$$

B.2. Indicador: Taxa de efetividade diagnóstica do risco de complicações major da terapia sistémica

Objetivo: Monitorizar a relação entre o número total de pessoas com cancro do pulmão que desenvolveram uma complicação major da terapia sistémica, com risco previamente documentado, e o universo de pessoas com cancro do pulmão que desenvolveram uma complicação major da terapia sistémica, trimestralmente.

Fonte: Base de dados em Excel do ONNP e registos de enfermagem

Forma de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de pessoas com cancro do pulmão que desenvolveram uma complicação major da terapia sistémica, com risco previamente documentado, nos últimos 3 meses}}{\text{Nº de pessoas com cancro do pulmão que desenvolveram uma complicação major da terapia sistémica, nos últimos 3 meses}} \times 100$$

B.3. Indicador: Razão de tempo entre o diagnóstico e o tratamento

Objetivo: Monitorizar o tempo que decorre entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento (seja ele cirúrgico ou sistémico) das pessoas com cancro do pulmão, nos últimos 12 meses

Fonte: Base de dados em Excel do ONNP e registos de enfermagem

Forma de cálculo:

Data do diagnóstico de cancro do pulmão, confirmado por patologia

Data de início do primeiro tratamento do cancro do pulmão

C – INDICADORES DE RESULTADO

C.1. Indicador: Satisfação com a prestação de cuidados de enfermagem do ONNP

Objetivo: Monitorizar o nível de satisfação das pessoas com cancro do pulmão relativamente aos cuidados de enfermagem prestados pelo ONNP, nos últimos 12 meses

Fonte: Questionários de satisfação PSN-L e PSN-I aplicados 3 meses após o início do tratamento de cancro do pulmão

Forma de pontuação:

PSN-L

Utilizar as respostas da pessoa aos itens e uma tabela baseada em PI-IRT (abaixo) para obter uma pontuação numa métrica latente de “Satisfação com os aspetos logísticos da navegação”.

- Primeiro, pontuar as respostas dos itens individuais da seguinte maneira: não é um problema = 0, não satisfeito = 1, pouco satisfeito = 2, muito satisfeito = 3;
- Calcular a soma das respostas dos itens em todos os 26 itens;
- Usar a tabela abaixo: usar a soma da pontuação para estimar a pontuação de Satisfação latente da pessoa;
- Atribuir um erro padrão à pontuação da pessoa (coluna final) e, desta forma, “ausente” assume o valor 0 e pode-se estimar uma pontuação para todas as pessoas, independentemente do número de problemas para os quais a pessoa recebeu ajuda.

Values for Scoring Method 1

Score	Approximate Satisfaction	Approximate SD
0	-3.31	0.55
1	-3.09	0.51
2	-2.88	0.47
3	-2.7	0.44
4	-2.54	0.41
5	-2.4	0.39
6	-2.26	0.37
7	-2.14	0.35
8	-2.03	0.34
9	-1.92	0.33
10	-1.82	0.32
11	-1.73	0.31
12	-1.64	0.3
13	-1.55	0.29
14	-1.47	0.28
15	-1.39	0.28
16	-1.32	0.27
17	-1.25	0.27
18	-1.17	0.26
19	-1.11	0.26
20	-1.04	0.25
21	-0.97	0.25
22	-0.91	0.25
23	-0.85	0.24
24	-0.79	0.24
25	-0.72	0.24
26	-0.67	0.24
27	-0.61	0.23
28	-0.55	0.23
29	-0.49	0.23
30	-0.44	0.23
31	-0.38	0.23
32	-0.32	0.23
33	-0.27	0.23
34	-0.22	0.22
35	-0.16	0.22
36	-0.11	0.22

Score	Approximate Satisfaction	Approximate SD
37	-0.05	0.22
38	0	0.22
39	0.06	0.22
40	0.11	0.22
41	0.16	0.22
42	0.22	0.22
43	0.27	0.22
44	0.33	0.22
45	0.38	0.22
46	0.44	0.22
47	0.49	0.23
48	0.55	0.23
49	0.61	0.23
50	0.67	0.23
51	0.72	0.23
52	0.78	0.23
53	0.84	0.23
54	0.9	0.24
55	0.97	0.24
56	1.03	0.24
57	1.09	0.24
58	1.16	0.25
59	1.23	0.25
60	1.3	0.25
61	1.37	0.26
62	1.45	0.26
63	1.52	0.27
64	1.6	0.27
65	1.69	0.28
66	1.77	0.28
67	1.86	0.29
68	1.96	0.3
69	2.06	0.31
70	2.17	0.32
71	2.28	0.33
72	2.4	0.34
73	2.54	0.35
74	2.68	0.37
75	2.84	0.38
Score	Approximate Satisfaction	Approximate SD
76	3.02	0.39
77	3.22	0.39
78	3.43	0.37

PSN-I

- Somar as respostas de todos os 9 itens;
- Obter uma pontuação total da escala para cada pessoa que a preenche

Uma pontuação mais alta na PSN-I indica maior satisfação com o relacionamento interpessoal com o navegador da pessoa.