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

Relatório de Estágio

Intervenção de Enfermagem Promotora do Autocuidado na Pessoa com Cancro da Cabeça e Pescoço sob Quimioradioterapia

Ana Rita Soares Lopes

Lisboa

2023

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

Relatório de Estágio

Intervenção de Enfermagem Promotora do Autocuidado na Pessoa com Cancro da Cabeça e Pescoço sob Quimioradioterapia

Ana Rita Soares Lopes

Orientador: Prof.ª Dr.ª Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Lisboa

2023

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

A jornada de aprendizagem que aqui iniciei só foi possível graças ao contributo de várias pessoas, às quais aqui manifesto o meu profundo agradecimento.

Primeiramente, à Prof.ª Eunice Sá, pelo apoio, disponibilidade e competência com que me guiou neste percurso.

À Enfermeira Susana Miguel pela motivação constante e dedicação infindável.

Ao Enfermeiro Carlos Pires por acreditar numa Enfermagem mais qualificada e competente.

À minha família e amigos, em especial à minha mãe, Ana Paula Lopes, e ao Miguel, pelo incentivo transmitido e pelo carinho com que sempre me acolheram.

Aos meus colegas de curso, particularmente à Soraia e à Filipa, que foram, sem dúvida, um pilar neste caminho por toda a disponibilidade, paciência e amizade.

À minha família C7 por ser um porto de abrigo para qualquer partilha, dúvida, angústia e conquista.

A todos os profissionais com quem me cruzei e com os quais partilhei conhecimentos, experiências e esperanças.

Por último, a todos aqueles de quem cuido diariamente e que me inspiram todos os dias a ser melhor pessoa e melhor profissional.

Abreviaturas e Siglas

CCP – Cancro da Cabeça e Pescoço

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CE – Comissão Europeia

DGS - Direção-Geral de Saúde

EONS - *European Oncology Nursing Society*

NCCN - *National Comprehensive Cancer Network*

NCI - *National Cancer Institute*

OE – Ordem dos Enfermeiros

QRT – Quimioradioterapia

QT – Quimioterapia

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RT – Radioterapia

TDAE - Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem

VPH – Vírus do Papiloma Humano

WHO - *World Health Organization*

Resumo

O presente relatório insere-se no âmbito do 13º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em Enfermagem Oncológica, e tem como finalidade espelhar o percurso realizado na Unidade Curricular Estágio com Relatório, com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e de mestre. Para o efeito, descrevo o percurso académico realizado nos diferentes campos de estágio, documentando e analisando os seus contributos para a implementação de um projeto de intervenção.

O projeto de intervenção, que se operacionalizou no meu contexto laboral, visa melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia, com enfoque na promoção do seu autocuidado. A necessidade de intervenção nesta população está amplamente identificada na evidência científica e foi também referida como essencial pela equipa de enfermagem onde me insiro.

Nesse sentido, e como ponto de partida, realizei uma revisão *scoping* para responder à seguinte questão: "Quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia, do acolhimento ao *follow-up*?". A análise da amostra de artigos selecionados permitiu mapear um conjunto de intervenções que promovem o autocuidado desta população em dois momentos principais: acolhimento e fase ativa do tratamento e no período após o tratamento/*follow-up*, sendo que o enfermeiro assume um papel central na teia complexa de cuidados que estas pessoas requerem.

Recorri também à metodologia de projeto, que funcionou como guia orientador, e escolhi a Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem de Dorothea Orem como filosofia de cuidados e conceção da prática.

Na procura da excelência que deve reger a nossa prática este projeto resultou na realização de reflexões críticas; estudo de caso; tabela com intervenções promotoras do autocuidado para esta população; *checklist* dos principais efeitos secundários da quimioradioterapia; guia orientador de boas práticas e folheto de acolhimento.

Palavras-Chave: Autocuidado; Cancro da cabeça e pescoço; Quimioradioterapia; Intervenções de enfermagem; Acolhimento; *Follow-up*.

Abstract

This report is part of the 13th Master's Degree in Nursing, Specialization Area of Medical-Surgical Nursing in Oncology Nursing. It aims to mirror the course taken in the Curricular Unit Internship with Report, with a view to developing specialist and master nurse skills. To this end, I describe the academic path taken in the different internship fields, documenting and analysing their contributions to the implementation of an intervention project.

The intervention project, which took place in my work context, aims to improve the quality of nursing care provided to people with head and neck cancer undergoing chemoradiotherapy, with a focus on promoting their self-care. The need for intervention in this population is widely identified in scientific evidence and was also referred to as essential by the nursing team I am part of in my working place.

In this sense, and as a starting point, I carried out a scoping review to answer the following question: "What are the nursing interventions that promote self-care for people with head and neck cancer under chemoradiotherapy, from welcoming to follow-up?". The analysis of the sample of selected articles allowed mapping a set of interventions that promote self-care in this population in two main moments: welcoming and active phase of treatment and in the period after treatment/follow-up, with the nurse assuming a central role in the complex web of care that these people require.

I also resorted to the project methodology, which served as guidance, and chose Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory as a philosophy of care and practice design.

In the search for the excellence that should govern our practice, this project resulted in critical reflections; case study; table with interventions that promote self-care of this population; checklist of the main secondary effects of chemoradiotherapy; guide for good practices and welcoming leaflet.

Key words: Self-care; Head and neck cancer; Chemoradiotherapy; Nursing interventions; Welcoming; Follow up.

Índice

Introdução 11

1. Enquadramento Conceptual 21

1.1. A pessoa com cancro da cabeça e pescoço 21

1.2. Atuação de Enfermagem na promoção do autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia 24

1.3. Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem de Dorothea Orem 28

2. Execução das Atividades Previstas 30

2.1. Diagnóstico de situação 30

2.2. Planeamento 32

2.3. Execução 34

2.3.1. Campo de estágio A 34

2.3.2. Campo de estágio B1 43

2.3.3. Campo de estágio B2 46

2.3.4. Campo de estágio C 48

3. Avaliação 54

3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista 54

3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica e à pessoa em situação paliativa 58

3.3. Competências do *Cancer Nursing Education Framework* da *European Oncology Nursing Society* 60

3.5. Pontos fracos e fortes 62

3.6. Considerações éticas do projeto 64

3.7. Contributos do projeto para melhoria da qualidade de cuidados 65

4. Conclusão e perspetivas futuras 69

Referências Bibliográficas 71

Apêndices

Apêndice I – Análise SWOT para a implementação do projeto

Apêndice II – Resultados da sondagem de opinião

Apêndice III – Cronograma do projeto

Apêndice IV – Descrição dos objetivos, atividades, meios e estratégias

Apêndice V – Cronograma das atividades

Apêndice VI – Campo de Estágio A - Texto descritivo do serviço e sua dinâmica funcional e organizacional

Apêndice VII– Intervenções de Enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia, do acolhimento ao *follow-up:* um protocolo de revisão *scoping*

Apêndice VIII – Tabela de intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia

Apêndice IX – Campo de Estágio A - Texto de análise sobre as intervenções do enfermeiro especialista na promoção do autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço

Apêndice X – Campo de Estágio A - Défice de autocuidado na pessoa com cancro da cabeça e pescoço - estudo de caso

Apêndice XI – Campo de Estágio A - Reflexão sobre consulta de enfermagem de otorrinolaringologia

Apêndice XII – Campo de Estágio B1 - Texto descritivo do serviço e sua dinâmica funcional e organizacional

Apêndice XIII – *Checklist* com principais efeitos secundários da quimioradioterapia e sua gestão

Apêndice XIV - Campo de Estágio B1 - Défice de autocuidado na pessoa com cancro da cabeça e pescoço – reflexão segundo ciclo de Gibbs

Apêndice XV – Campo de Estágio B2 - Texto descritivo do serviço e sua dinâmica funcional e organizacional

Apêndice XVI – Campo de Estágio B2 - Sobrecarga do cuidador do doente oncológico - reflexão segundo Ciclo de Gibbs

Apêndice XVII – Guia Orientador de Boas Práticas – Promoção do autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob tratamento

Apêndice XVIII – Campo de Estágio C- Diapositivos utilizados na apresentação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem

Apêndice XIX – Campo de Estágio C – Sessão formativa intitulada "Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações psicoemocionais da pessoa com cancro da cabeça e pescoço a cumprir quimioradioterapia"

Apêndice XX – Campo de Estágio C – Notas de campo descritivas das várias dimensões a ter em conta na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia

Apêndice XXI – Folheto de acolhimento destinado às pessoas com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia

Índice de Figuras

Figura 1 – Principais locais anatómicos do carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço 22

Figura 2 - Resultado da atividade interativa com a ferramenta *Mentimeter* 50

Introdução

Este relatório intitulado "Intervenção de Enfermagem Promotora do Autocuidado na Pessoa com Cancro da Cabeça e Pescoço sob Quimioradioterapia" insere-se no âmbito do 13º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica.

Apresenta três objetivos principais: analisar o percurso efetuado nos diferentes campos de estágio; identificar os contributos que permitiram o desenvolvimento de competências de mestre e enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica e demonstrar os resultados obtidos neste percurso na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem oncológica.

Assim, o presente trabalho irá espelhar as aprendizagens realizadas desde a escolha do tema a explorar, ao planeamento de um projeto de intervenção e sua implementação, e a obtenção de resultados.

A escolha do tema a explorar surgiu da análise de quatro vertentes principais, que importam mencionar: motivos pessoais/profissionais; necessidades expressas pelas pessoas com cancro da cabeça e pescoço (CCP) sob quimioradioterapia (QRT) de quem cuido; diagnóstico de situação do serviço onde me insiro e evidência científica disponível.

Primeiramente, a título pessoal/profissional, confesso que a área da enfermagem oncológica sempre foi uma área de eleição por a considerar desafiante e complexa. Particularmente, desde que iniciei a minha experiência profissional nesta área, tenho desenvolvido um interesse acrescido pelas pessoas com CCP, por considerar que também elas necessitam de cuidados complexos e altamente especializados.

Por outro lado, é fundamental escutar as pessoas de quem cuidamos, esclarecendo as suas questões, dúvidas e receios, de modo a identificar as suas principais necessidades. Embora no meu contexto laboral estejamos em contacto com pessoas com doenças oncológicas diversas e em diferentes fases da doença, são as que apresentam CCP, a cumprir QRT, que, de uma forma geral, mais manifestam dificuldades, principalmente no autocuidado.

A maioria dos internamentos das pessoas com CCP no serviço onde trabalho é eletivo com o intuito de dar início e/ou continuidade a tratamentos de quimioterapia

(QT) endovenosa. Concomitantemente, a maioria destas pessoas encontra-se também a realizar radioterapia (RT), daí que tenha sido escolhida especificamente a população com CCP sob QRT.

Os tratamentos de QT, por serem de maior duração e exigirem a monitorização de parâmetros como diurese e balanço hídrico, não são possíveis de ser agendados em hospital de dia. Ainda assim, os internamentos são de curta duração, variando entre 24h a 48h, o que limita o tempo de contacto direto com esta população e, por esse motivo, exige uma abordagem estruturada e sistematizada para avaliar as necessidades de autocuidado e posteriormente planear intervenções centradas na pessoa com CCP e sua família.

Estas pessoas têm, na maioria das vezes, uma consulta médica prévia ao internamento, seja de início de tratamento ou de continuidade, onde são negociados os planos terapêuticos e geridas as possíveis toxicidades a eles associadas. Porém, aquilo que a equipa de enfermagem onde me insiro verifica na prática, é que as pessoas com CCP sob QRT que acolhemos não possuem os conhecimentos, as estratégias e as ferramentas necessárias para assegurar o seu autocuidado durante o tratamento. De facto, muitos são os que desconhecem que tratamento vão realizar e de que maneira este poderá afetar as suas vidas e a das suas famílias/pessoas de referência, o que compromete o autocuidado nas mais diversas áreas.

Para exemplificar esta realidade apresento aqui algumas das questões que já me foram colocadas por esta população durante a minha prática profissional: "Sr.ª Enfermeira, mas isto é que é a quimioterapia? É uma coisa pela veia?" (Sr. A., sic); "Acha que posso continuar a ir de férias para o Algarve, enfermeira?" (Sr. V., sic); "Tenho de usar a máscara da radioterapia o dia todo?" (Sr. J., sic); "O que é que me vai acontecer? Acha que posso trabalhar?" (Sr. M., sic).

Assim, a necessidade de intervir neste fenómeno foi também validada pela equipa de enfermagem onde me incluo, o que constitui um fator importante para a implementação de um projeto. De facto, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013), refere que "as ideias de todos os membros da equipa, que vivenciam diretamente o problema, possibilitam-nos ter uma visão de maior proximidade, facilitando a identificação das suas causas reais" (p. 4).

Assim, de modo a realizar o diagnóstico da situação do serviço, desenvolvi, em primeiro lugar, uma análise SWOT (apêndice I) e, posteriormente, realizei uma sondagem de opinião (apêndice II) aos colegas com quem trabalho.

A análise SWOT permitiu-me identificar as variáveis que podem influenciar a implementação de um projeto, salientando aqui como principal ameaça a inexistência de uma atuação de enfermagem estruturada dirigida às pessoas com CCP sob QRT, que, mais uma vez, justifica a necessidade de intervenção nesta problemática.

Por seu turno, a sondagem de opinião, permitiu validar que existe também uma preocupação com esta população. Contudo, e apesar da equipa apresentar bons conhecimentos sobre as estratégias de enfermagem que promovem o autocuidado destas pessoas e existir um esforço coletivo para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, não existem recursos que permitam otimizar e estruturar a nossa atuação. Assim, a equipa refere ser imprescindível a criação de protocolos/guia de acolhimento assim como de uma *checklist* que contemple principais sinais e sintomas após o tratamento e sua gestão para facilitar o acolhimento. Nota também que seria fundamental proporcionar cuidados de *follow-up* a estas pessoas, através de consultas de enfermagem.

Por último, importa justificar a escolha do tema/projeto a desenvolver com recurso à evidência científica disponível, que permitirá não só contextualizar o problema em estudo, como definir os principais conceitos mobilizados no projeto.

O cancro é umas principais causas de morte em todo o mundo, tendo sido responsável por cerca de 10 milhões de mortes só em 2020 (*World Health Organization*, [WHO], 2023).

A carga associada ao cancro está a crescer globalmente na sequência de múltiplos fatores, nomeadamente o declínio da fertilidade, aumento da esperança média de vida, alterações económicas e mudanças de estilo de vida associadas à globalização. De facto, prevê-se que até 2040 sejam diagnosticados 27 milhões de novos casos de cancro no mundo (WHO, 2020).

Na União Europeia, também em 2020, estima-se que 2,7 milhões de pessoas tenham sido diagnosticadas com cancro, das quais 1,3 milhões acabaram por falecer. Sem uma resposta dirigida, acredita-se que os óbitos resultantes de uma doença oncológica possam aumentar 24% até 2035. Para além disso, aponta-se para um

impacto económico global associado ao cancro superior a 100 mil milhões de euros por ano (Comissão Europeia [CE], 2021).

Também em Portugal o cancro corresponde à segunda principal causa de morte, embora a incidência estimada de cancro seja uma das mais baixas da União Europeia. Fatores de risco como o tabagismo, consumo de álcool, hábitos alimentares e os baixos níveis de atividade física são também os principais fatores de mortalidade associados ao cancro em Portugal (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2023).

Perante esta tendência avassaladora, que compromete a saúde pública, urge delinear estratégias políticas orientadas para a prevenção, tratamento e cuidados oncológicos. Além do mais, a WHO (2023) alerta que entre 30 a 50% das mortes por cancro poderiam ser evitadas através da alteração dos estilos de vida, evitando fatores de risco conhecidos, e da implementação de estratégias de prevenção.

Neste sentido, a CE (2021) desenhou o Plano Europeu de Luta contra o Cancro que reflete "o compromisso político assumido no sentido de tudo fazer para combater o cancro" (p. 2). Este encontra-se estruturado em quatro ações-chave: prevenção; deteção precoce; diagnóstico e o tratamento e a qualidade de vida dos doentes e sobreviventes de cancro. Apresenta dez iniciativas emblemáticas que pretendem, de um modo geral, reduzir o consumo de tabaco, reduzir o consumo nocivo de álcool, reduzir a poluição ambiental e melhorar os conhecimentos e a literacia no domínio da saúde.

De igual modo, e seguindo as orientações emanadas pelo plano europeu, Portugal desenvolveu a Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2021 a 2030 (DGS, 2022) que visa os seguintes objetivos principais: promover a redução da incidência das neoplasias potencialmente evitáveis; melhoria da sobrevivência e da qualidade de vida dos doentes e o apoio à reinserção social e profissional de sobreviventes e o apoio aos cuidadores.

Especificamente a propósito do CCP, este é considerado o sétimo tipo mais comum de cancro no mundo (Mody et al., 2021), sendo responsável por 650 mil novos casos e 350 mil mortes em todo o mundo em cada ano (Dhull et al., 2018). O Sul da Ásia tem a taxa de incidência mais elevada deste tipo de cancro, seguida da Europa, América do Norte e Austrália (Aupérin, 2020).

Em Portugal, no ano de 2020, estes foram os números representativos do CCP: 1698 novos casos de cancro da tiroide e 89 óbitos; 1103 novos casos de cancro dos lábios e cavidade oral e 382 óbitos; 412 novos casos de cancro da hipofaringe e 174 óbitos; 529 novos casos de cancro da laringe e 329 óbitos; 280 novos casos de cancro da orofaringe e 218 óbitos; 118 novos casos de cancro da nasofaringe e 64 óbitos; 116 novos de casos de cancro das glândulas salivares e 60 óbitos (*The Global Cancer Observatory*, 2021).

O tumor maligno da laringe foi, juntamente com outros tipos de tumores, uma das principais causas de morte prematura em Portugal nos triénios 2007-2009 e 2017-2019. Assim, este tipo de tumor é incluído no grupo dos problemas de saúde de elevada magnitude em termos de carga de mortalidade e de doença e incapacidade (DGS, 2021).

O CCP engloba um conjunto heterogéneo de neoplasias que se originam nas mucosas de revestimento ou em estruturas que constituem as vias aerodigestivas superiores (Valente de Sousa et al., 2021).

Apesar de existirem múltiplas histologias, o carcinoma de células epidermóides é aquele que é diagnosticado em 90% dos casos (Mody et al., 2021; Valente de Sousa et al., 2021).

O CCP é diagnosticado numa média de idade de aproximadamente 60 anos (Mody et al., 2021) e é mais frequente em homens do que em mulheres (Aupérin, 2020).

Ultimamente, tem-se vindo a assistir a um aumento da incidência deste cancro em adultos com idade inferior a 45 anos devido ao aumento dos casos de cancro da orofaringe associados ao vírus do papiloma humano (VPH). São os genótipos de VPH 16 e 18 os responsáveis por mais de 90% dos casos de carcinoma epidermóides da orofaringe. No caso específico deste tipo de cancro, o sexo oral é o maior fator de risco (Mody et al., 2021). Porém, hábitos sexuais de risco como um número elevado de parceiros sexuais ao longo da vida e um início precoce da atividade sexual também são fatores de risco a considerar (Valente de Sousa et al., 2021).

Para além do VPH também é de salientar o vírus Epstein-Barr, que se encontra associado ao carcinoma da nasofaringe (Mody et al., 2021).

Não obstante se verifique um aumento do número de casos de CCP associado a infeções víricas, em termos globais o tabagismo permanece como o maior fator de risco para o seu aparecimento (Mody et al., 2021; McDermott & Bowles, 2019). O consumo de

tabaco continua a ser a principal causa evitável de cancro, sendo responsável por 27% de todos os cancros que são diagnosticados (CE, 2021).

Também o consumo de álcool nocivo contribui para o desenvolvimento deste cancro, duplicando o risco do seu aparecimento (McDermott & Bowles, 2019), verificando-se uma sinergia entre o consumo de tabaco e de álcool (Dhull et al., 2018; McDermott & Bowles, 2019).

Em Portugal, no ano de 2019, 17% da população com 15 ou mais anos era consumidora de produtos de tabaco (DGS, 2022). Para além do mais, também no mesmo ano, o consumo anual de álcool per capita foi de 10 litros de álcool entre adultos, o que ilustra como estes comportamentos de risco ainda se mantêm significativos para a nossa população. Em sentido oposto, a cobertura da vacinação contra o VPH foi de 95% em raparigas com idade até aos 15 anos em 2020, tendo os rapazes começado a ser elegíveis para esta vacinação em 2021 (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2023).

Mascar noz de bétele, uma pobre higiene oral, pessoas com hepatite C crónica e/ou com o vírus da imunodeficiência humana apresentam também um maior risco de ser diagnosticadas com CCP (McDermott & Bowles, 2019).

Para além dos fatores de risco atrás descritos, outros conhecidos são os baixos estratos económicos e sociais (Estêvão et al., 2016). De facto, um estudo retrospetivo descritivo sobre os aspetos epidemiológicos e demográficos das pessoas portadoras de tumores malignos da cabeça e do pescoço demonstra que são, maioritariamente, pessoas do sexo masculino, na sexta década de vida, com hábitos etílicos e tabágicos acentuados, com baixo nível educacional, profissões pouco diferenciadas e com pouco suporte familiar (Estêvão et al., 2016).

De facto, no caso dos carcinomas epidermóides, mais de 70% são evitáveis com alterações do estilo de vida (Dhull et al., 2018).

Assim, de modo a reduzir a incidência do CCP é necessário implementar medidas que visem a redução do consumo de tabaco e álcool, a melhoria da taxa de cobertura vacinal contra o VPH, a redução do risco de exposição a carcinogéneos e a educação para a saúde que promova uma dieta equilibrada com frutas e legumes (Aupérin, 2020).

Portugal está também comprometido com a mitigação desta doença oncológica e, deste modo, desenvolveu estratégias de saúde relevantes. De facto, o Plano Nacional

de Saúde 2021-2023 (DGS, 2021) foca a importância do rastreio e diagnóstico oncológico precoce, nomeadamente do cancro oral, na população em risco. Para além disso, inclui os seguintes programas importantes para esta luta: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, Programa Nacional de Vacinação e Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

O tratamento deste tipo de cancro é complexo, sendo que as modalidades terapêuticas podem ser várias e utilizadas em associação, podendo incluir cirurgia, QT, RT e imunoterapia (*National Cancer Institute* [NCI], 2021). A QT recorre à utilização de fármacos com o intuito de interromper o crescimento das células cancerígenas, seja através da indução da sua apoptose, seja através da interrupção da divisão celular. A RT utiliza radiação de alta energia de raios-x, raios gama, neutrões e protões com o intuito de provocar a morte das células cancerígenas, permitindo a redução tumoral. Por seu turno, a imunoterapia utiliza substâncias que promovem a estimulação ou supressão do sistema imunitário de forma a combater as células cancerígenas (NCI, 2021).

No caso do CCP em estadio inicial, que corresponde a aproximadamente 30 a 40% dos casos, o tratamento curativo inclui cirurgia ou RT definitiva isolada (Chow, 2020).

No caso do CCP localmente avançado, que normalmente corresponde a dois terços dos novos diagnósticos (Mesia et al., 2021), a QRT, que implica a utilização da RT e QT concomitantemente, com recurso ao citostático de cisplatina, tem sido o tratamento eletivo para a gestão desta doença (Mody et al., 2021). A verdade é que é considerada a melhor prática quando a ressecção cirúrgica não é viável ou resultaria em alterações funcionais insatisfatórias a longo prazo (Chow, 2020).

O CCP é, portanto, uma doença altamente complexa e com um profundo impacto nas pessoas e na sua qualidade de vida (Mody et al., 2021). Deste modo, é fácil perceber a razão da necessidade de uma intervenção multidisciplinar, que seja especializada neste tipo de cancro, e assim consiga delinear um plano de cuidados personalizado (Mesia et al., 2021).

No seio destas equipas encontram-se também os enfermeiros (Goyal et al., 2022), cujas intervenções se revelam de maior importância antes, durante e após os tratamentos (Miguel et al., 2019).

Deste modo, os enfermeiros que trabalham em oncologia têm a responsabilidade de apoiar as pessoas com CCP e suas famílias na trajetória saúde/doença, o que implica não só a implementação de cuidados e intervenções de enfermagem diretos que permitam a gestão da doença, como a coordenação e planeamento de todos os cuidados que a pessoa necessite (Taberna et al., 2020).

Assim, verifica-se que a comunicação entre a equipa multidisciplinar e as pessoas com CCP/família é crucial em todo o processo.

A comunicação é também considerada como fator chave promotor do acolhimento, sendo que este deve ter em conta os aspetos físico, psicossocial e espiritual da pessoa com doença oncológica (Schimiguel et al., 2015).

Deste modo, o acolhimento é também considerado um cuidado de enfermagem e traduz-se na escuta ativa, identificação e compromisso para com as necessidades do outro. Nesta perspetiva, o enfermeiro é reconhecido pela capacidade de acolher as necessidades e expetativas do outro (Costa et al., 2016).

Assim como o acolhimento, também os cuidados de *follow-up* são essenciais para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com CCP.

Os cuidados de *follow-up* têm como objetivo a vigilância da saúde, de forma a permitir a deteção precoce da recorrência do cancro e a resolução de complicações do tratamento ou outras questões de saúde emergentes (Brennan et al., 2022).

A evidência científica demonstra que os cuidados de *follow-up* não prolongam a sobrevivência, mas podem melhorar a qualidade de vida destas pessoas e famílias (Szturz et al., 2020).

Assim, o foco na doença pode ser minimizado através do incentivo do exercício do autocuidado (Machado et al., 2015).

O autocuidado é, para Orem (2001), um conceito central da sua teoria, definindo-o como a prática de atividades que as pessoas levam a cabo por si próprias ou que são realizadas por si de forma a manter a vida, a saúde e o bem-estar. Orem (2001) acrescenta ainda que o autocuidado tem um propósito e, deste modo, resulta do uso intencional de formas válidas para controlar ou regular os fatores internos e externos que possam afetar o funcionamento e/ou desenvolvimento harmonioso de uma pessoa, ou que contribuam para o seu bem-estar.

Sendo o autocuidado o conceito principal mobilizado neste projeto, a filosofia selecionada não poderia ser outra que não a Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem, pelo que importa apresentá-la sucintamente.

A TDADE funciona como teoria geral que interrelaciona outras três: Teoria do Autocuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice do Autocuidado, que descreve o motivo pelo qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que a enfermagem aconteça (Tomey & Alligood, 2004).

Pelo atrás exposto foi então desenvolvido um projeto de intervenção no meu serviço cuja finalidade é promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da promoção do autocuidado da pessoa com CCP sob QRT, do acolhimento ao *follow-up*.

De realçar que esta finalidade vai também ao encontro de um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde 2021-2023 (DGS, 2021) que se foca na saúde sustentável para todos e pretende promover a literacia em saúde.

Para isso, recorri à metodologia de projeto de Ruivo et al. (2010) que a definem como uma ponte entre a teoria e a prática que permite resolver problemas de uma situação real através da pesquisa, análise e reflexão. Foi através desta metodologia que todo o projeto foi desenhado e executado.

Para além disso, gostaria de salientar a revisão *scoping* como uma das atividades que me permitiu encontrar a evidência científica disponível mais recente sobre a temática em estudo. Assim, recorrendo à mnemónica PCC, designadamente, População, Conceito e Contexto, pretendi responder à seguinte questão de investigação: "Quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia, do acolhimento ao *follow-up*?"

A realização desta revisão permitiu-me definir os conceitos-chave e articulá-los entre si. Para além disso, da análise da amostra final de artigos resultou um conjunto de intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado das pessoas com CCP sob QRT, sendo que estas podem ser agrupadas em dois momentos principais da trajetória saúde/doença: acolhimento/fase ativa do tratamento e após o tratamento/*follow-up*.

Muitas destas intervenções focam-se, essencialmente, na prevenção e gestão dos efeitos secundários e são transversais aos períodos pré e pós tratamento.

Este projeto foi desenvolvido em duas instituições principais, uma de organização pública e outra de organização privada, cuja população alvo é, exclusivamente, as pessoas com doença oncológica. Estes hospitais foram escolhidos precisamente por serem centros oncológicos acreditados e considerados de excelência, sendo que os locais de estágio incluíram serviços de diferentes âmbitos: cirúrgico, internamento oncológico e ambulatório de RT.

Por fim, importa, sumariamente, enumerar as partes constitutivas deste relatório: enquadramento conceptual, onde pretendo apresentar, analisar e articular, de forma aprofundada, os principais conceitos-chave assim como as características da filosofia de cuidados escolhida para fundamentar este projeto; execução das atividades previstas, onde me irei debruçar sobre as diferentes etapas da metodologia de projeto, principalmente nas atividades realizadas, objetivos alcançados e metodologia utilizada nos diferentes locais de estágio; avaliação, onde nomeio e justifico os pontos fortes e fracos, nomeadamente o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre, assim como apresento os contributos do projeto para a melhoria da qualidade de cuidados; a conclusão, que sintetiza o percurso realizado, principais resultados e perspetivas futuras; as referências bibliográficas mobilizadas ao longo do relatório e, por último, os apêndices.

Este relatório foi redigido de acordo com o Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2023), que define que as referências bibliográficas devem ser realizadas de acordo com a 7ª edição da *American Psychological Association*.

1. Enquadramento Conceptual

Este capítulo pretende enquadrar os conceitos-chave assim como a filosofia e conceção da prática subjacentes a este projeto. Assim, foi realizada uma revisão crítica da literatura disponível de forma a articular e a aprofundar a informação considerada indispensável à análise da problemática em estudo.

O primeiro subcapítulo é dedicado à pessoa com CCP, que especificará o que é o CCP e quais os sintomas, diagnóstico/estadiamento, tratamento e efeitos secundários que estas pessoas podem vivenciar.

O segundo subcapítulo enfoca a atuação de enfermagem na promoção do autocuidado da pessoa com CCP que se encontra sob QRT.

O último subcapítulo apresenta e desenvolve a filosofia que alavanca todo este projeto.

1.1. A pessoa com cancro da cabeça e pescoço

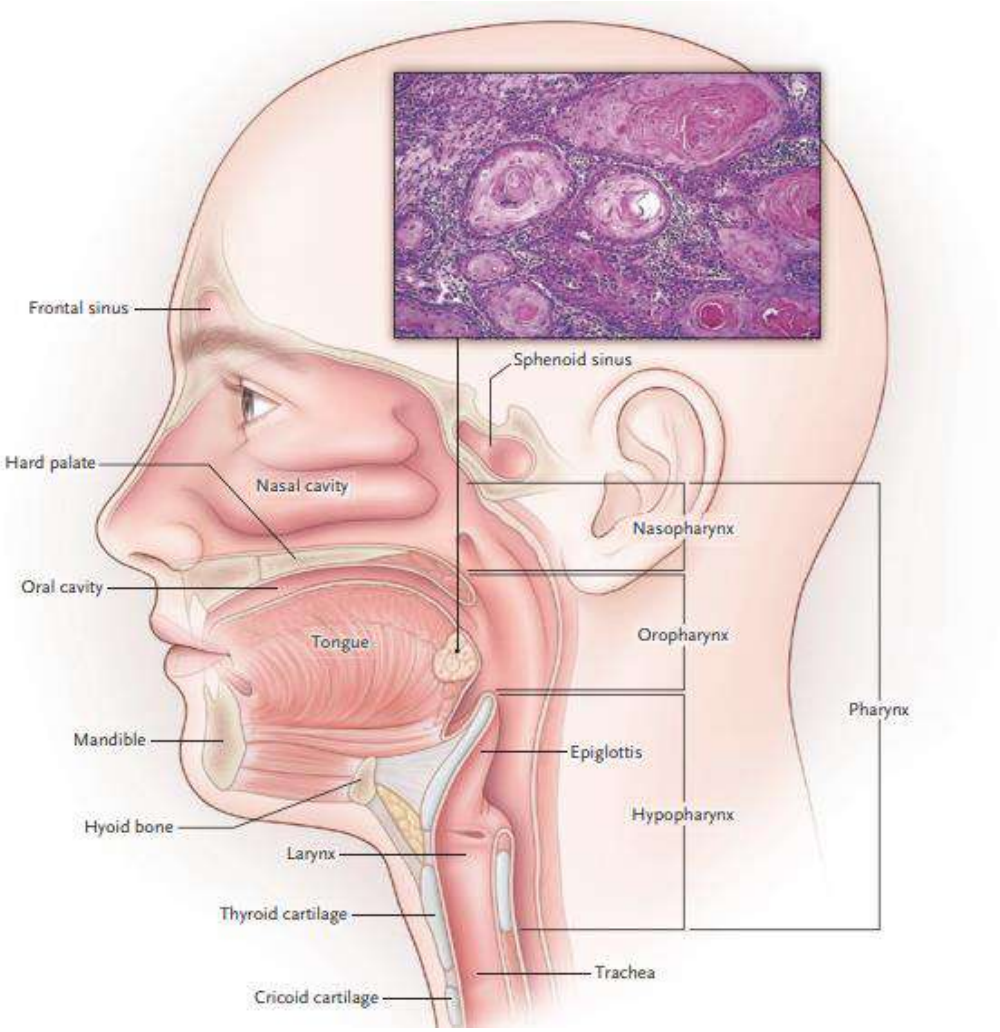
O CCP pode surgir nas seguintes estruturas: cavidade oral (lábio, língua, gengiva, pavimento da boca, glândulas salivares), faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe), laringe, nariz e seios perinasais, tiroide e paratiroides (Estêvão, et al., 2016) como se verifica na figura 1.

Quando instalado, os sintomas mais comuns associados ao CCP incluem disfagia, odinofagia, otalgia, disfonia, irregularidades ou ulceração da mucosa oral, dor orofaríngea, perda de peso ou presença de massas cervicais inexplicáveis (Mody et al., 2021).

O tratamento desde tipo de cancro é complexo e requer a atuação de uma equipa multidisciplinar (Mody et al., 2021). Assim, deve ser precedido da análise do historial médico, exame físico completo, realização dos exames complementares de diagnóstico necessários e referenciação para consultas consideradas pertinentes (otorrinolaringologia, nutrição, terapia da fala, oncosexologia, cessação tabágica, psicologia, psiquiatria, entre outros) (Mesia et al., 2021).

Os planos de tratamento dependem de inúmeros fatores, onde se incluem, o local e estadio do tumor, histologia do tumor, diagnóstico relativo ao VPH, estado geral da pessoa e comorbilidades associadas, fatores sociais e logísticos (Mody et al., 2021).

Figura 1 – Principais locais anatómicos do carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço



A cavidade oral inclui os lábios, mucosa bucal, língua anterior, assoalho da boca, palato duro, parte superior e inferior da gengiva e trígono retromolar. A faringe inclui a nasofaringe (atrás da cavidade nasal), orofaringe (compreendendo a área tonsilar, base da língua, palato mole e parede posterior da faringe) e hipofaringe (compreendendo os seios piriformes, superfície posterior da laringe e área pós-cricóide, e paredes inferiores posteriores e inferolaterais da faringe). A laringe inclui a laringe supraglótica, laringe glótica (cordas vocais verdadeiras e comissuras) e laringe subglótica. A cavidade nasal e os seios paranasais incluem os seios maxilar, etmoidal, esfenoidal e frontal. A inserção mostra as características histológicas típicas deste carcinoma.[1]

Fonte: Chow (2020)

A respeito do estadiamento importa acrescentar que o sistema de classificação TNM é aquele que é aceite na comunidade científica a nível global para estadiamento do

[1] Traduzido e adaptado de Chow (2020).

cancro. O T diz respeito ao local e tamanho do tumor, podendo variar de 0 a 4; o N refere-se à existência de gânglios linfáticos próximos do local originário do tumor, variando também de 0 a 4 e o M relaciona-se com a existência ou não de metástases (Brierley, Gospodarowicz, Wittekinf e União Internacional para Controlo de Cancro, 2016).

O objetivo do tratamento deverá ser sempre alcançar a maior taxa de cura, enquanto se preserva a função do órgão, minimizando a morbilidade a curto e a longo prazo (Mody et al., 2021).

Assim, as modalidades terapêuticas podem ser várias e utilizadas em associação, podendo incluir cirurgia, QT, RT e imunoterapia (NCI, 2021).

A QRT é uma modalidade terapêutica que recorre ao uso simultâneo de QT e de RT e é a modalidade standard na gestão do CCP localmente avançado (Chow, 2020).

A RT é um componente central do tratamento multimodal e tem uma variedade de indicações, nomeadamente, neoadjuvante, adjuvante e paliativa. A técnica de RT mais utilizada no tratamento deste cancro é a RT de intensidade modulada, que permite um tratamento dirigido ao tumor, evitando áreas adjacentes (Mody et al., 2021).

A RT é utilizada em aproximadamente 80% das pessoas com CCP, sendo que um número significativo delas experienciará toxicidades, principalmente se também estiverem sob agentes sistémicos (Strojan et al., 2017), o que pode conduzir, em 60% dos casos, a interrupções no tratamento (Cherifi et al., 2022). Entre essas toxicidades é de salientar a xerostomia, disfagia, alterações auditivas, necrose osteomandibular, trismus, entre outros (Strojan et al., 2017).

Para além dos já referidos, são de salientar os seguintes efeitos secundários aos diferentes tratamentos: fadiga, perda de peso, deficiências nutricionais, estenose carotídea, hipotiroidismo, formação de fístulas, neuropatia periférica, problemas sexuais, problemas cognitivos, entre outros (Sacharian, 2021).

Estas pessoas podem ainda apresentar depressão, ansiedade, baixa autoestima e uma sensação geral de qualidade de vida reduzida, estimando-se que a ansiedade e a depressão são diagnosticas entre 30 a 40% das pessoas com CCP após o tratamento (Taberna et al., 2020).

Para além dos sintomas físicos e psicoemocionais que estão associados a esta doença e que impactam não só a pessoa como a sua família, há também um impacto

considerável na esfera económica (Saroa et al., 2018). A literatura disponível sobre a temática, refere ainda que, no caso das pessoas com CCP se encontrarem empregadas antes do diagnóstico, podem vivenciar salários reduzidos, alterações nas relações familiares e instabilidade económica (Saroa et al., 2018).

1.2. Atuação de Enfermagem na promoção do autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia

A evidência científica demonstra ser fundamental facultar cuidados de suporte às pessoas com CCP sob QRT para otimizar os tratamentos, mantendo a qualidade de vida, limitando toxicidades e hospitalizações não programadas (Cherifi et al., 2022).

Uma equipa multidisciplinar em oncologia é definida como a cooperação entre diferentes profissionais especializados em oncologia, com o objetivo major de melhorar a eficiência do tratamento e cuidados às pessoas com doença oncológica (Taberna et al., 2020). Deste modo, o trabalho em equipa permite melhorar a qualidade do tratamento oncológico, através da prevenção e tratamentos dos efeitos secundários conhecidos, o que melhora a adesão das pessoas aos regimes terapêuticos (Taberna et al., 2020).

As equipas multidisciplinares em oncologia devem incluir enfermeiros peritos em oncologia (Simo et al., 2016).

Assim, o enfermeiro perito na área da oncologia tem um papel distinto em três áreas principais: gestão de caso; operacionalização de cuidados e cuidados de enfermagem (Taberna et al., 2020).

A gestão de caso corresponde a todo o esforço que é dirigido para coordenar a complexidade de cuidados que a pessoa/família necessitam, ajudando-os a navegar pelo sistema de saúde (Taberna et al., 2020).

A operacionalização de cuidados diz respeito à realização de uma avaliação completa e abrangente da pessoa/família, o que permite detetar possíveis alterações que possam comprometer a dinâmica habitual do tratamento. Neste âmbito, o enfermeiro é também responsável por fornecer informações sobre o curso do tratamento, nomeadamente, logística associada, tempo expectável, toxicidades possíveis e necessidade de referenciação a outros especialistas, esclarecendo as dúvidas e mitigando os receios que possam surgir (Taberna et al., 2020).

De facto, Saroa et al. (2018) referem que facultar informações sobre a calendarização do tratamento, recuperação e encaminhamento para a assistente social com o intuito de gerir as finanças pode ajudar a aliviar o stress das pessoas/família com CCP se forem antecipados pelo enfermeiro logo no início.

Também Miguel et al. (2019) sublinham a importância de o enfermeiro saber quais as alterações que os diversos tipos de tumor de CCP podem causar assim como os efeitos secundários associados aos diferentes tratamentos, não desvalorizando o impacto emocional, social, espiritual, económico e social que estas pessoas enfrentam.

As mesmas autoras realizaram uma revisão de literatura e síntese de evidência a propósito das respostas humanas e diagnósticos de enfermagem em pessoas com CCP. Concluíram que os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram, por esta ordem, imagem corporal alterada, conhecimento deficitário, comunicação verbal alterada, fadiga e medo. Assim, os enfermeiros devem reconhecer as respostas humanas, que refletem a maneira como as pessoas processam e gerem os seus problemas de saúde diários, para conseguirem prestar cuidados de saúde individualizados e holísticos (Miguel et al., 2019).

Por sua vez, os cuidados de enfermagem englobam: facultar apoio emocional à pessoa com CCP/família após o impacto do diagnóstico e durante o tratamento; educação para a saúde a respeito da prevenção, deteção precoce, tratamento e efeitos secundários e estratégias para melhorar o autocuidado; colaboração com outros profissionais de saúde; gestão de sondas de alimentação e gastrostomias; gestão de traqueostomias e gestão de efeitos secundários (Taberna et al., 2020).

No âmbito da educação para a saúde, Machado et al. (2015) referem que melhora a perceção e compreensão da doença por parte da pessoa e, deste modo, permite desenvolver estratégias de *coping* e aumentar a adesão ao regime terapêutico.

Há estudos que comprovam a importância da criação de um plano de cuidados, idealizado e negociado entre a pessoa/família com CCP e o enfermeiro, que inclua objetivos de autocuidado e autogestão (Koinberg et al., 2018).

De facto, as equipas de saúde que são coordenadas por um enfermeiro enfrentam o desafio de providenciar cuidados centrados na pessoa, de forma a envolvê-la na tomada de decisão e na gestão da sua doença (Koinberg et al., 2018).

Assim, os cuidados de enfermagem devem ajudar as pessoas com doença oncológica/família a identificar e mobilizar fontes de ajuda, informações e ferramentas que promovam a resolução de problemas, de modo a promover o autocuidado (Machado et al., 2015).

No fundo, os enfermeiros representam "*the anchor that will guarantee the continuity of care throughout the entire healthcare process, including the follow up*" (Taberna et al., 2020, p. 2). A atuação do enfermeiro é, portanto, contínua e vai do acolhimento ao *follow-up*.

Acolher corresponde a um compromisso ético que visa dar resposta às pessoas que procuram os serviços de saúde, assente na premissa que a pessoa/família é a protagonista no seu trajeto de saúde e doença e é também responsável pela gestão desse percurso (Schimiguel et al., 2015).

O acolhimento deve, por isso, ser centrado na pessoa que procura serviços de saúde, de forma a ampliar o acesso, a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Costa et al., 2016).

O acolhimento envolve também uma atitude de relacionamento com o outro, procurando compreender, ser empático e responder às questões que possam surgir (Machado et al., 2015).

Tendo em conta que as pessoas com CCP/família enfrentam alterações significativas e impactantes do seu dia-a-dia e futuro, a forma como são acolhidas faz toda a diferença. De facto, o acolhimento é decisivo na forma como a pessoa/família enfrenta a doença, no sentido em que facilita a adesão ao tratamento, a redução do stress e a melhoria da qualidade de vida (Machado et al., 2015).

A verdade é que, para além do impacto do diagnóstico, as pessoas com CCP enfrentam também a preocupação em saber como as suas vidas vão mudar após o tratamento (Taberna et al., 2020), o que nos remete para o conceito de *follow-up*.

Os cuidados no *follow-up* devem, mais uma vez, ser prestados por uma equipa multidisciplinar, que tem como objetivo: avaliar a resposta ao tratamento, identificar precocemente sinais de recorrência e de novos tumores primários, monitorizar e gerir complicações, otimizar a reabilitação e prestar apoio às pessoas com CCP e suas famílias (Simo et al., 2016).

A frequência destes cuidados não é consensual para todos os profissionais (Szturz et al., 2020). Todavia é recomendado que deva acontecer por um período mínimo de cinco anos, sendo que as pessoas devem ser avaliadas de dois em dois meses nos primeiros dois anos e de três em três a seis em seis meses nos anos subsequentes (Simo et al., 2016).

Existem pessoas a quem são prestados cuidados *follow-up* por um período superior a cinco anos por apresentarem elevado risco de recorrência ou porque realizaram tratamentos complexos que requerem acompanhamento (Simo et al., 2016).

Szturz et al. (2020) referem que, por um lado, os custos económicos associados à utilização desnecessária do sistema de saúde durante o período *follow-up* são consideráveis, mas, por outro, também a complexidade do CCP defende a existência de consultas frequentes para abordar todas as necessidades e questões que estas pessoas têm. Assim, defendem que os cuidados de *follow-up* deveriam ser reorganizados e estruturados de uma forma economicamente mais proveitosa, mas que aumentasse a eficácia e melhorasse a qualidade de vida.

A este respeito, consideram que seria benéfico que os cuidados de *follow-up* fossem coordenados por enfermeiros e que alguns dos exames físicos de rotina fossem substituídos por avaliações específicas do estado nutricional, da deglutição, das arcadas dentárias e do estado psicossocial (Szturz et al., 2020).

As necessidades de informação reportadas pelas pessoas com CCP no período *follow-up* são sobre o prognóstico e os efeitos secundários a longo prazo (Brennan et al., 2022), o que se traduz em pistas importantes para os profissionais de saúde implementarem no cuidado a estas pessoas. É igualmente importante abordar o medo da recorrência, que é um dos principais manifestados neste período (Brennan et al., 2022; Simo et al., 2016).

Assim a educação para a saúde desempenha um papel primordial na deteção de recorrências, na medida em que a maioria delas é diagnosticada aquando do aparecimento de novos sintomas, que devem ser fortemente valorizados mesmo que o exame clínico seja considerado normal (Simo et al., 2016).

1.3. Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem de Dorothea Orem

A Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem de Dorothea Orem foi a teoria que selecionei como filosofia de cuidados por apresentar o autocuidado como central na atuação dos enfermeiros.

Segundo esta teórica, a principal preocupação da enfermagem é a necessidade humana de agir em prol do autocuidado e da sua manutenção de forma contínua, de modo a manter a saúde, a recuperar da doença/lesão e a lidar com os seus efeitos. Assim, no caso dos adultos, os cuidados de enfermagem são imprescindíveis quando as pessoas não são capazes de cuidar de si próprias (Orem, 2001).

De modo a limitar o conceito de autocuidado, que é, pela sua natureza, expansível a qualquer atividade que a pessoa faça em seu benefício durante a sua vida, Orem (2001) definiu os requisitos do autocuidado. Estes fornecem informação sobre os tipos e sequências de ação utilizadas na regulação que a pessoa faz do seu próprio funcionamento no dia-a-dia, seja em ambientes estáveis ou em mudança, podendo ser agrupados em: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (Orem, 2001).

Os requisitos universais estão associados ao processo de vida, manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano e com o bem-estar. São comuns a todos os seres humano durante o seu ciclo de vida e relacionam-se entre si, podendo ser designados de atividades de vida diária, sendo elas: a manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e nutrientes; os cuidados associados aos processos de eliminação; o equilíbrio entre atividade e repouso; o equilíbrio entre solidão e interação social; a prevenção de riscos para a vida, funcionamento e bem-estar e a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano no seio de grupos sociais e desejo de normalidade (Orem, 2001).

Os requisitos de desenvolvimento estão associados à promoção do crescimento, maturação e desenvolvimento da pessoa no seu ciclo de vida (Orem, 2001).

Por último, os requisitos de desvio de saúde são associados às pessoas doentes ou lesionadas, a alterações da estrutura e funcionamento humano e seus efeitos, aos diagnósticos médicos e opções terapêuticas. São os seguintes: procurar a ajuda médica necessária; estar consciente dos efeitos e resultados das alterações patológicas; levar a cabo as medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação prescritas; estar consciente

dos efeitos secundários/adversos dos cuidados prescritos; aceitar as alterações do autoconceito e autoimagem e aprender a viver com os efeitos das alterações patológicas, com as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida, promovendo o desenvolvimento pessoal contínuo (Orem, 2001).

A TDACE funciona como teoria geral que interrelaciona outras três: Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

A Teoria do Autocuidado descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias (Tomey & Alligood, 2004), na medida em que Orem (2001) refere que todos os seres humanos têm motivação e potencial para o desenvolvimento das suas capacidades intelectuais e práticas para o autocuidado.

A Teoria do Défice do Autocuidado descreve o motivo pelo qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem (Tomey & Alligood, 2004). Essa ajuda pode incluir qualquer um ou todos os seguintes métodos identificados por Orem (2001): agir ou fazer por outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar.

Orem (2001) identificou também cinco áreas de atividades para a prática de enfermagem: iniciar e manter um relacionamento entre enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados; determinar se e como as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; responder às solicitações, desejos e necessidades da pessoa em relação ao contacto e assistência de enfermagem; prescrever, proporcionar e regular a ajuda necessária às pessoas/família e coordenar e integrar a enfermagem na vida diária da pessoa que dela necessita.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que a enfermagem aconteça. Assim, funciona como a teoria unificadora que congrega três sistemas básicos que espelham a relação entre a ação do alvo de cuidados e o enfermeiro: totalmente compensatório, onde o enfermeiro substitui a pessoa em todas as ações de autocuidado; parcialmente compensatório, quando o enfermeiro apenas substitui nas ações de autocuidado que a pessoa não consegue realizar sozinha e de apoio-educação, onde o enfermeiro ensina e supervisiona a pessoa, que é capaz de realizar o seu autocuidado, mas necessita de apoio (Tomey & Alligood, 2004).

2. Execução das Atividades Previstas

Este capítulo foca as diferentes etapas da metodologia de projeto que conduziram à execução das atividades previstas. Assim, serão apresentadas as atividades realizadas, objetivos alcançados e metodologia utilizada nos diferentes locais de estágio.

Conforme atrás referido, a metodologia de projeto de Ruivo et al. (2010) funcionou como fio orientador desde a conceção do projeto à sua implementação.

Esta metodologia centra-se na resolução de problemas e permite o desenvolvimento de capacidades e competências através da elaboração e concretização de projetos numa situação real. Assim, reúne as seguintes características fundamentais: é uma atividade intencional; pressupõe iniciativa e autonomia; implica autenticidade; envolve complexidade e incerteza e tem um caráter prolongado e faseado. Está organizada em torno das seguintes fases: elaboração do diagnóstico da situação; planificação das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo et al., 2010).

2.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação corresponde à primeira etapa da metodologia de projeto e pretende estudar a realidade sobre a qual se pretende atuar através da avaliação da qualidade e pertinência do problema em estudo. Especificamente no âmbito da saúde, é importante ter em consideração as necessidades da população com a qual se pretende trabalhar, através da promoção da sua capacidade, autonomia e motivação. Deste modo, é fundamental trabalhar em equipa (Ruivo et al., 2010).

Para o efeito, podem utilizar-se diferentes instrumentos de diagnóstico que pressupõem sempre a observação do contexto e das pessoas e permitem a colheita e análise da informação (Ruivo et al., 2010).

Assim, e conforme anteriormente descrito, realizei o diagnóstico de situação no serviço onde trabalho através da análise SWOT (apêndice I) e de uma sondagem de opinião (apêndice II).

A análise SWOT, cujo acrónimo significa *Strengths*, *Weaknesses*, *Opportunities* e *Threats*, corresponde a uma ferramenta que permite analisar os fatores que podem

influenciar o desenvolvimento e implementação de um projeto. Assim, dos diversos fatores identificados, destaco como principal força o facto da equipa de enfermagem onde me insiro ser dinâmica, qualificada e motivada; como principal ameaça a inexistência de uma atuação de enfermagem estruturada dirigida às pessoas com CCP sob QRT; como principal oportunidade a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados; e como principal ameaça o fraco suporte social e familiar que esta população pode apresentar.

Ainda a este respeito e dado que o diagnóstico de situação é dinâmico, correspondendo a um processo contínuo que tem em conta as alterações da realidade (Ruivo et al., 2010), gostaria de acrescentar que a integração de cerca de 14 novos elementos no serviço onde me insiro no período após ter realizado a análise SWOT inicial pode também ser considerada tanto como uma ameaça como uma oportunidade.

A sondagem de opinião foi realizada através do *Google Forms*, após ter obtido autorização por parte do meu Enfermeiro Gestor, tendo sido enviada para a equipa de enfermagem onde me insiro, na altura, a 28 de maio de 2022, constituída por 39 elementos, através do e-mail institucional. Obtive 21 respostas, o que significa que 54% dos elementos da equipa responderam.

De forma sumária, a equipa considera existir um bom nível de conhecimento relativamente às intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com CCP sob QRT e refere que existe acolhimento a esta população, mas não *follow-up* após o internamento. Não obstante, os enfermeiros reconhecem que nem sempre conseguem utilizar o conhecimento que detêm por não existirem recursos que permitam otimizar o pouco tempo de contacto com as pessoas e, assim, dar resposta a todas as necessidades que a pessoa/família possa apresentar.

A equipa enumera a inexistência de protocolos/guia de acolhimento assim como de uma *checklist* que contemple principais sinais e sintomas após o tratamento e sua gestão como obstáculos ao acolhimento. Como estratégias para realizar *follow-up* identificam a necessidade de uma consulta de enfermagem de acompanhamento (presencial ou telefónica), a adoção e desenvolvimento de estratégias de educação para a saúde e a formação dos profissionais de saúde. 81% dos inquiridos refere existir espaço para melhorar no que diz respeito ao acolhimento e ao *follow-up*.

Para além do mais, foram tidas em conta as questões, necessidades e medos manifestados pelas pessoas com CCP sob QRT de quem cuido no meu contexto laboral, decorrentes da experiência e prática clínica *in loco*.

2.2. Planeamento

O planeamento integra as atividades, meios e estratégias fundamentais para o desenvolvimento do projeto (Ruivo et al., 2010).

Assim, em primeiro lugar, foi delineado um percurso por diferentes locais de estágio considerados pertinentes para o estudo da problemática escolhida. Foram então selecionados dois hospitais, um público e outro privado, cuja população-alvo são pessoas com doença oncológica.

No Hospital A, a instituição pública, foram selecionados três contextos, que considerei fundamentais para conhecer as vivências da pessoa com CCP ao longo da sua trajetória de saúde/doença.

O campo de estágio A corresponde a um serviço de internamento cirúrgico para pessoas com CCP, que me permitiria, não só, ter contacto com uma multiplicidade de diagnósticos e intervenções cirúrgicas, como, reconhecer as necessidades de autocuidado destas pessoas, que enfrentam alterações funcionais e estéticas significativas.

O campo de estágio B1 é um serviço de RT, que possibilitaria o contacto direto com um dos tratamentos mais utilizados no tratamento do CCP. Para além disso, possibilitaria também identificar as toxicidades associadas e a necessidade da intervenção de enfermagem na sua gestão com o intuito de promover o autocuidado.

O campo de estágio C corresponde ao meu local de trabalho e trata-se de um serviço de internamento de medicina oncológica. Neste contexto é possível acompanhar as pessoas com doença oncológica em diferentes fases: estadiamento e diagnóstico, tratamentos e intercorrências a eles associadas, progressão de doença e fim de vida. Foi para este campo de estágio que o projeto de intervenção foi pensado e, posteriormente, implementado.

No Hospital B, a instituição privada, foi selecionado como campo de estágio o único serviço de internamento existente, também ele cirúrgico, que designarei como

campo de estágio B2, por ter partilhado o mesmo período de estágio com o campo de estágio B1 atrás identificado, intercalando os dias de permanência em cada um.

É importante referir que no Hospital B não são acompanhadas pessoas com CCP. Apesar disso, seria um local pertinente para estudar como se realiza o acolhimento e *follow-up* das pessoas com doença oncológica.

Para o efeito, conversei com os Enfermeiros Gestores de cada local onde pretendia estagiar, de forma a apresentar o problema em estudo e, assim, perceber em conjunto, se se trataria dos locais ideais para proceder às aprendizagens necessárias à implementação do projeto. Após isso, foi então definido um cronograma para o projeto (apêndice III).

Posteriormente, e após confirmação da possibilidade de estagiar nos locais atrás referidos, foram delineados os diferentes objetivos gerais em sintonia com cada local de estágio, seguidos dos objetivos específicos, atividades, meios e estratégias (apêndice IV).

A formulação dos objetivos gerais pretende expressar os resultados que se pretendem alcançar. Assim, devem ser definidos de acordo com os conhecimentos e capacidades a adquirir; ser claros; de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis e mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração (Ruivo et al., 2010).

Assim, defini dois objetivos gerais:

- Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de mestre e enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito da promoção do autocuidado da pessoa com CCP sob QRT do acolhimento ao *follow-up*;
- Objetivo Geral 2: Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da promoção do autocuidado da pessoa com CCP sob QRT do acolhimento ao *follow-up*.

É importante sublinhar que o objetivo geral 1 foi transversal aos campos de estágio A, B1 e B2. Por seu turno, o objetivo geral 2 foi definido para o campo de estágio C, que é o local da implementação do projeto.

Os objetivos específicos devem englobar a definição do comportamento esperado, a especificação das condições de realização e dos critérios de êxito de forma a serem indicadores dos conhecimentos e aptidões alcançadas (Ruivo et al., 2010).

No fundo, "a planificação de um projecto resulta assim, sempre num compromisso entre os objectivos e os recursos" (Ruivo et al., 2010, p. 19).

Após a definição dos objetivos gerais e específicos, importa escolher as atividades, meios e estratégias que se coadunam com os referidos objetivos e, assim, permitem alcançar os resultados esperados. Para o efeito, deve ser formulado um cronograma que defina as datas de início e de fim planeadas para as diferentes atividades (Ruivo et al., 2010).

Assim sendo, realizei um cronograma em formato de tabela (apêndice V), que apresenta os horizontes temporais para todas as atividades previstas para cada local de estágio. O estágio correspondeu a um período de 18 semanas, compreendidas entre setembro de 2022 e fevereiro de 2023.

Os objetivos específicos, atividades, meios e estratégias formulados para cada local de estágio serão explorados no subcapítulo seguinte.

2.3. Execução

A fase da execução corresponde a uma fase transformadora, que permite colocar em prática tudo o que foi anteriormente planeado. É uma fase trabalhosa, mas que alavanca grandes resultados em termos de aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências (Ruivo et al., 2010).

Nesta fase, é habitual que possam existir alguns contratempos, que devem ser estudados com o sentido de serem colocadas em prática medidas que permitam a resolução de problemas e, com isso, não comprometer nenhum dos objetivos definidos (Ruivo et al., 2010).

Os subcapítulos seguintes irão espelhar o caminho percorrido em cada local de estágio, apresentando então os objetivos, atividades, meios e estratégias definidos. Paralelamente, irei apresentar e analisar os resultados obtidos à luz da evidência científica disponível, articulando com a filosofia de Dorothea Orem.

2.3.1. Campo de estágio A

Conforme já referido, este local de estágio corresponde a um serviço de internamento cirúrgico. Este serviço dispõe de 39 camas para internamento (sendo que

2 quartos são de isolamento), distribuídas pelas seguintes especialidades: cirurgia cabeça e pescoço, endocrinologia e otorrinolaringologia.

O estágio neste local decorreu de 26 de setembro a 4 de novembro. Foi selecionado como ponto de partida, pois apesar de não ser destinado a pessoas com CCP sob QRT, é um serviço no qual as pessoas com CCP iniciam ou dão continuidade aos seus tratamentos, quando incluem intervenção cirúrgica.

Assim, para este contexto, foram definidos 4 objetivos específicos.

O primeiro objetivo específico foi **integrar de modo progressivo e gradual a equipa multidisciplinar do serviço.** Para o efeito, foram definidas 2 atividades principais.

A primeira atividade preconizava a apresentação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem. Esta apresentação do projeto, que já tinha sido realizada anteriormente à enfermeira gestora do serviço e à enfermeira orientadora clínica, foi realizada de forma informal juntos dos restantes colegas com quem me cruzei. Apesar do indicador de avaliação desta atividade definir a apresentação do projeto a pelo menos 40% da equipa de enfermagem, considero que não seria exequível, pelo facto de ser uma equipa numerosa e, assim, não ter tido a possibilidade de contactar diretamente com muitos dos elementos, bem com não traria benefícios para os objetivos traçados.

A segunda atividade delineada pretendia a descrição da equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional. Para isso, foi selecionado como indicador de avaliação a elaboração de um texto descritivo com essa informação, que redigi (apêndice VI).

Estas atividades permitiram, por um lado, conhecer melhor a equipa, de forma a conseguir trocar ideias, experiências e aprendizagens sobretudo com os profissionais mais envolvidos no projeto e, por outro, conhecer a dinâmica do serviço, o que me facilitou a execução das restantes atividades planeadas.

De fato, a evidência científica demonstra que a integração do estudante de enfermagem no seio da equipa multidisciplinar potencia o seu desenvolvimento profissional, na medida em que o prepara para atuar em diferentes cenários, que permitem a identificação das necessidades reais e complexas dos serviços, pessoas e famílias (Rosa et al., 2023)

Para além do mais, compreendi que é um serviço que aposta na promoção do autocuidado das pessoas aí internadas, nomeadamente através da educação para a saúde, nos cuidados com a mobilização pós-cirurgia, cuidados com o pedículo, limpeza e manutenção das ostomias respiratórias, cuidados com higiene oral e comunicação.

O segundo objetivo específico pretendia **identificar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com CCP sob QRT desde o acolhimento ao *follow-up*.**

Para atingir este objetivo específico, propus-me às seguintes atividades: realização de revisão *scoping* alusiva à temática e elaboração de tabela com intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado da pessoa com CCP sob QRT identificadas na evidência científica e de acordo com os requisitos de autocuidado definidos por Orem.

Assim, em primeiro lugar, elaborei o protocolo e relatório da revisão *scoping* (apêndice VII) com o objetivo de responder à seguinte questão de investigação: "Quais as intervenções de Enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia, do acolhimento ao *follow-up*?".

Recorreu-se ao método definido pelo *Joanna Briggs Institute* através da definição de população, conceito e contexto (PCC). A pesquisa foi realizada no período de maio a julho de 2022, nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, tendo como enfoque as mesmas palavras-chave definidas para o projeto: autocuidado; cancro da cabeça e pescoço; quimioradioterapia; intervenções de enfermagem; acolhimento; e *follow-up*.

Foi realizado um fluxograma com o percurso de estratégia de pesquisa. A amostra final de artigos obtida foi de 12, sendo que os principais achados de cada um destes artigos foram organizados em tabelas, o que, posteriormente, permitiu construir a tabela de apresentação dos dados da *revisão scoping*.

A análise da amostra final de artigos permitiu-me mapear os resultados e assim agrupar as intervenções de enfermagem em dois momentos perentórios: acolhimento/fase ativa dos tratamentos e após o tratamento/*follow-up*.

Durante o acolhimento/fase ativa dos tratamentos as pessoas valorizam que a equipa multidisciplinar os ajudem a construir autoconfiança para se manterem motivados, através de uma relação de proximidade e de parceria (Peeters et al., 2018).

Também Braat et al. (2022) corroboram esta ideia, referindo que o apoio e a promoção do autocuidado deve ser personalizado ao individuo/situação de doença, sendo fundamental desenvolver uma relação de parceria para a tomada de decisão partilhada.

É de salientar, porém, que muitos deles preferem ser orientados pelos profissionais de saúde por se encontrarem exaustos e, assim, sentirem dificuldades em envolver-se na tomada de decisão partilhada (Peeters et al., 2018).

Também Orem (1985) nos alerta para o facto da enfermagem poder ser uma forma de ajuda e assistência para aqueles que dela necessitem legitimamente.

Os achados permitiram-me concluir que é também fundamental que a comunicação seja centrada na pessoa, uma vez que ajuda as pessoas a gerir o stress associado à doença e respetivos tratamentos. Isto pode influenciar positivamente os resultados de saúde, como a adesão ao regime terapêutico, a utilização dos serviços de saúde, a satisfação da pessoa e o controlo sintomático (Leeuw et al., 2014).

A utilização de tecnologia/telemedicina/aplicações para telemóvel foi outra área de interesse que emergiu. Por um lado, os programas com ferramentas de rastreio, monitorização e educação para a saúde poderão melhorar as competências no autocuidado (Braat et al., 2022) e, por outro, poderão facilitar a comunicação entre a pessoa com doença oncológica e a equipa multidisciplinar, o que permite o seu empoderamento e consciencialização na gestão da sua jornada oncológica (Buzzacchino et al., 2015). Estando nós na era digital, o recurso à tecnologia aplicada à saúde é uma questão emergente e também polémica, no sentido em que, embora se reconheçam vantagens, como por exemplo as atrás enunciadas, existem ainda problemas relacionados com a proteção e confidencialidade dos dados de saúde de cada um.

Na fase após os tratamentos/*follow-up*, as pessoas esperam receber dos profissionais de saúde informação a propósito das consequências da doença e dos tratamentos e reforço positivo e encorajamento para a conquista de medos através de uma relação de proximidade (Peeters et al., 2018).

Neste período, as consultas de enfermagem de *follow-up* são importantes para reduzir as visitas aos serviços de emergência e de admissões clínicas não planeadas (Terzo et al., 2017); para gerir os sintomas que possam existir (Leeuw et al., 2014); para avaliar as necessidades das pessoas/famílias (Peeters et al., 2018) e para permitir uma

conversa aberta sobre diferentes domínios da vida quotidiana que a pessoa considere pertinentes e/ou problemáticos (Braat et al., 2022).

Como tal, a gestão de efeitos secundários surge como uma área central na educação para a saúde no sentido de implementar estratégias que ajudem as pessoas com CCP nas mais diferentes áreas, nomeadamente: doença cardiovascular, ansiedade, depressão, trauma e *distress*, alterações cognitivas, fadiga, gestão da dor, alterações sexuais, alterações do padrão de sono, emprego e regresso ao trabalho (*National Comprehensive Cancer Network* [NCCN], 2022).

Assim, muitas destas intervenções são transversais aos períodos pré e pós-tratamento. Por exemplo, a avaliação do estado psicológico/emocional, ansiedade e/ou stress decorrentes desta trajetória é fundamental acontecer ao longo do tempo para planear intervenções adequadas.

No fundo, estas intervenções têm como objetivo munir as pessoas com as ferramentas necessárias para conseguirem gerir a sua doença da melhor forma possível e com os melhores resultados para a sua saúde. Tal como Orem (1985) defende *"nurses and patients act together to allocate the roles of each in the production of patients´s self-care and in the regulation of patients´self-care capabilities"* (p. 38).

Apesar da dificuldade sentida na sua execução, considero que esta atividade foi basilar na procura da evidência científica mais recente disponível sobre a problemática, alertando-me para aquelas que são as necessidades destas pessoas/famílias e o modo como as posso gerir.

Depois, através dos resultados obtidos na revisão *scoping* e daquilo que tive oportunidade de observar na prática clínica, iniciei a construção de uma tabela com as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com CCP de acordo com os requisitos de autocuidado definidos por Orem (apêndice VIII).

Esta tabela pretende ser uma ferramenta de trabalho contínua e foi sendo preenchida com os achados que tive oportunidade de observar noutros locais de estágio, só tendo sido concluída no campo de estágio B1. Para a sua conclusão, para corroborar os achados observados na prática, recorri igualmente a evidência científica.

O terceiro objetivo específico foi **analisar a intervenção do enfermeiro especialista na promoção do autocuidado da pessoa com CCP do acolhimento ao *follow-up***. Deste modo, elaborei um texto de análise dos achados que observei na

prestação de cuidados à pessoa com CCP (apêndice IX), através da observação da intervenção do enfermeiro especialista, da consulta de registos de enfermagem e de protocolos, guias e/ou normas no âmbito desta temática.

De fato, durante o estágio, foi possível observar e acompanhar com maior detalhe as intervenções levadas a cabo pelas enfermeiras especialistas em enfermagem médico-cirúrgica do serviço. Estas intervenções incluíam: prestação de cuidados diretos às pessoas internadas e respetivas famílias; auditoria dos materiais que constituem o carro de emergência e os kits disponíveis no serviço e respetiva validade; formação em serviço, entre pares, na orientação de alunos e na integração de novos colegas; coordenação de cuidados e responsáveis de turno; participação na tomada de decisão partilhada entre a equipa multidisciplinar e a pessoa alvo de cuidados; entre outros.

Para além disso, é de salientar também que as enfermeiras especialistas tinham um projeto de melhoria no serviço em curso que surgiu da análise dos diagnósticos de enfermagem que potenciavam o autocuidado das pessoas aí internadas. Assim, decidiram realizar a avaliação da competência da pessoa para realizar a sua higiene oral; para otimizar a sua comunicação e no cuidado da sua ostomia respiratória, através de escalas que elaboraram com recurso à pesquisa bibliográfica e à sua experiência na área.

Esta atividade específica permitiu-me compreender de forma concreta algumas das competências que são esperadas de um enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, particularmente no que diz respeito à comunicação centrada na pessoa, à tomada de decisão partilhada e à educação para a saúde, áreas fundamentais na promoção do autocuidado, tal como também está sublinhado na revisão *scoping*. Permitiu-me também anotar quais as intervenções de enfermagem levadas a cabo no período do acolhimento, no período pré-cirúrgico e no período pós-cirúrgico, o que foi fundamental para depois estruturar o guia de boas práticas a ser implementado no último local de estágio.

Verifiquei que a comunicação era centrada na pessoa, que, na maioria das vezes, tinha a sua voz comprometida, temporária ou definitivamente. O serviço em questão tem à disposição das pessoas aí internadas inúmeras estratégias aumentativas e/ou alternativas de comunicação como: gestos e mímica, escrita (com papel e caneta, num quadro mágico ou num dispositivo móvel), tabela de letras e aplicações para telemóvel

com sintetizador de voz. Para além do mais, a equipa de enfermagem tem um elevado conhecimento e competências específicas na comunicação não verbal, principalmente na leitura de gestos e na mímica labial.

A este respeito, Orem (1985) define como o primeiro pré-requisito para a prestação de cuidados de enfermagem o contacto e a comunicação entre as pessoas que podem deles beneficiar e as pessoas dispostas as prestá-los.

Verifiquei ainda que os cuidados realizados são centrados na pessoa, uma vez que a pessoa é incentivada a ser parceira de cuidados para fazer frente às alterações que possam ter surgido da intervenção cirúrgica a que foi submetida. A pessoa/família pode assim contar com o suporte, orientação e ensino dos diferentes profissionais que constituem a equipa multidisciplinar deste serviço, que funciona com um objetivo comum bem definido – garantir um acompanhamento com qualidade e segurança às pessoas de quem cuidam de forma a que consigam cuidar de si próprias.

Assim, no momento do acolhimento existe logo uma preocupação imediata na promoção do autocuidado e planeamento do futuro pós-cirurgia, através de uma colheita de dados fiel e completa e do esclarecimento de dúvidas a propósito do que esperar no período pós-cirúrgico e como o gerir.

No período pré-cirúrgico o enfoque no autocuidado está associado aos procedimentos necessários para a preparação para a cirurgia (colocação de meias de descanso, período de jejum, tricotomia, entre outros), ao esclarecimento de dúvidas e à gestão de ansiedade/stress que possa existir. Já no período pós-cirúrgico, as intervenções que promovem o autocuidado resumem-se, essencialmente, à gestão dos dispositivos que a pessoa possa apresentar, e com os quais terá de conviver temporária ou definitivamente, e à reabilitação/recuperação pós-cirurgia.

Por fim, o quarto e último objetivo específico referia **colaborar na prestação de cuidados de enfermagem às pessoas com CCP**, através da colaboração na prestação de cuidados de enfermagem a, pelo menos, 5 pessoas.

A verdade é que tive oportunidade de prestar cuidados a mais pessoas com CCP do que o inicialmente previsto, tendo realizado um estudo de caso a propósito de uma das pessoas de quem cuidei (apêndice X).

A prestação de cuidados diretos a estas pessoas foi, para mim, muito impactante. Não fazia ideia da resiliência necessária para enfrentar cirurgias

mutiladoras e que, implicam, muitas vezes, a alteração do modo de alimentação, respiração e comunicação. Esta constatação permitiu-me desenvolver competências relacionais, assim como desenvolver conhecimentos sobre a gestão de ostomias respiratórias e estratégias comunicacionais.

A realização do estudo de caso partiu da recolha de dados através de entrevista informal, observação direta e consulta do processo clínico, o que me permitiu caracterizar os requisitos de autocuidado conforme definidos por Orem (2001) que se encontram comprometidos no caso do Sr. V. Posteriormente, do rol de requisitos de autocuidado comprometidos, identifiquei um problema prioritário, neste caso, o aparecimento de uma fístula salivar, que atrasou o processo de cicatrização e início do treino de deglutição e, consequentemente, prolongou o internamento do Sr. V. Assim, delineei um plano de cuidados adequado com vista à sua resolução.

O principal contributo deste estudo de caso foi permitir-me refletir sobre o impacto que uma cirurgia radical tem no autocuidado, qualidade de vida da pessoa e perspetivas de futuro, o que me permite planear antecipadamente intervenções de enfermagem que façam face aos problemas que possam surgir.

Foi também elucidativo ter correlacionado os diferentes fatores de risco com a trajetória de saúde/doença do Sr. V., nomeadamente o aparecimento de sintomas, estadiamento, diagnóstico e plano de tratamento.

Para além do atrás referido, tive ainda a oportunidade de assistir a duas consultas externas de enfermagem em íntima ligação com este contexto de estágio: consulta externa de cirurgia de cabeça e pescoço e consulta externa de otorrinolaringologia. Estas consultas permitiram-me conhecer, principalmente, o acompanhamento ambulatório realizado às pessoas no período pós-cirúrgico.

Assim, redigi uma reflexão crítica (apêndice XI), de acordo com o método de reflexão sobre a ação de Johns (2004), sobre as intervenção do enfermeiro observadas, no turno que tive oportunidade de estar na consulta externa de enfermagem de otorrinolaringologia.

Trata-se de uma atividade que não estava preconizada de início, mas que considerei relevante por ter presenciado uma situação que despoletou aprendizagens significativas. A verdade é que me permitiu desenvolver conhecimentos sobre a reabilitação da voz pós laringectomia total, nomeadamente através dos métodos de voz

esofágica, laringe eletrónica e voz traqueoesofágica, através da colocação de prótese fonatória.

Assistir a esta consulta permitiu-me ficar alerta para um conjunto de intervenções que devo levar a cabo para a manutenção das ostomias respiratórias, com as quais lido diariamente no meu contexto profissional, em pessoas que nem sempre conseguem manter-se autónomas. Outro contributo importante foi o tomar conhecimento do material, nomeadamente diversas cânulas, filtros, fitas de fixação e pensos traqueais, o que me permitirá selecionar os dispositivos mais adequados a cada pessoa e respetiva situação de saúde.

A observação do desempenho do enfermeiro especialista na consulta externa de enfermagem de cirurgia de cabeça e pescoço permitiu-me conhecer o tipo de acompanhamento realizado na evolução das feridas cirúrgicas, nomeadamente, no que diz respeito à remoção do material de sutura e realização de pensos cirúrgicos. Para além disso, fiquei a conhecer os exercícios recomendados para fomentar a mímica facial e manter e fortalecer a musculatura cervical e dos ombros, que são estruturas afetadas neste tipo de cirurgias.

Par além das consultas externas de enfermagem, tive a oportunidade de passar um turno no bloco operatório, tendo assistido a duas cirurgias: hemiglossectomia e traqueotomia. Foi a primeira vez que estive num bloco operatório, pelo que foi fascinante observar toda a dinâmica, principalmente a atuação de enfermagem. Foi também um momento de aprendizagem, principalmente no que diz respeito às estruturas anatómicas que são implicadas nestas duas cirurgias.

Durante o decorrer do estágio, por sugestão da minha enfermeira orientadora, inscrevi-me no curso online de 20 horas intitulado “Cancro cabeça e pescoço: como tratamos?” da *Onco School* da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. O referido curso abordou 3 temáticas principais: epidemiologia e estadiamento; como gerir complicações (quimioterapia e cirúrgicas) e radioterapia, conteúdos que se revelaram de extrema relevância para o projeto em questão. Considero que a partilha de experiências, dúvidas e novas ideias com diferentes peritos na área foi significativa e potenciou o meu crescimento profissional.

Resumidamente, este local de estágio, conforme já previa, permitiu-me conhecer as vivências das pessoas com CCP que são submetidas a tratamento cirúrgico, em

diferentes fases da sua doença. Isto significa que tive oportunidade de compreender aquilo que as pessoas com CCP sob QRT de quem cuido no meu serviço, já ultrapassaram ou que ainda irão enfrentar.

Porém, superou as expetativas por mim criadas, ao conseguir compreender com profundidade as necessidades de autocuidado decorrentes das alterações estéticas e funcionais que a maioria das cirurgias acarreta.

2.3.2. Campo de estágio B1

O campo de estágio B1 corresponde a um serviço ambulatório de RT. Neste serviço, a equipa de enfermagem está divida entre a sala de braquiterapia, sala de tratamentos, consulta de oncosexologia e sala de acolhimento. Importa dizer que passei a maior parte do tempo de estágio na sala de tratamentos, espaço que alberga a consulta de enfermagem de primeira vez para as pessoas que iniciaram tratamento de RT recentemente, ou de acompanhamento das pessoas para vigilância e gestão dos efeitos secundários.

Este estágio decorreu entre 7 de novembro e 16 de dezembro, período que foi dividido com o local de estágio B2, que explorarei de seguida.

Neste contexto, muitas das pessoas com CCP com quem me cruzei, encontravam-se a cumprir, para além de RT, tratamento de QT, sendo, portanto, a população-alvo deste projeto.

Foram, então, traçados 3 objetivos específicos.

O primeiro objetivo específico é idêntico ao definido para o campo de estágio anterior: **integrar de modo progressivo e gradual a equipa multidisciplinar do serviço.** Para o alcançar, apresentei o projeto de intervenção, de forma informal, a mais de metade da equipa de enfermagem e elaborei um texto descritivo da dinâmica funcional e organizacional do serviço (apêndice XII). Mais uma vez, estas atividades revelaram-se importantes para perceber a dinâmica de um serviço ambulatório, que é um tipo de serviço com o qual não tinha qualquer experiência.

Identificar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com CCP sob QRT do acolhimento ao *follow-up* foi o segundo objetivo específico traçado para este contexto. As atividades a que me propus para alcançar este objetivo foram as seguintes: validação da tabela com intervenções identificadas na

evidência científica por três peritos da área e criação de *checklist* com principais efeitos secundários da QRT e sua gestão.

Primeiramente, e conforme a cima descrito, completei a tabela iniciada no período de estágio anterior com base na evidência científica e de acordo com os requisitos de autocuidado de Orem. Porém, não conseguir na altura validar a referida tabela, que teria sido um contributo de extrema importância neste período. De fato, receber as sugestões de peritos certamente enriquecerá o conteúdo da tabela, pelo que ainda é um objetivo a alcançar.

Posteriormente, completei a *checklist* com os principais efeitos secundários de QRT e sua gestão (apêndice XIII), que se revelou um documento importante para o último local de estágio. Para a sua construção foi relevante ter tido contacto com diferentes pessoas com CCP a cumprir QRT em diferentes fases do seu tratamento de RT durante as consultas de enfermagem ou na sala de acolhimento e, assim, constatar as toxicidades mais habituais e como evitá-las e/ou geri-las.

O último objetivo específico era **analisar a intervenção do enfermeiro especialista na promoção do autocuidado da pessoa com CCP sob QRT do acolhimento ao *follow-up*.** As atividades a que me propus para atingir este objetivo foram: observação da prestação de cuidados à pessoa com CCP com recurso à tabela de resultados obtidos da revisão *scoping*; consulta de registos de enfermagem; e consulta de protocolos, guias e/ou normas no âmbito desta temática.

Estas atividades traduziram-se na execução de uma reflexão segundo o ciclo reflexivo de *Gibbs* (1998) de um aspeto significativo que observei (apêndice XIV). A sua realização, para além de me ter possibilitado desenvolver a minha capacidade crítica, funcionou também como uma ponte entre a teoria/evidência científica que tinha vindo a explorar e a prática quotidiana de uma pessoa com CCP que se encontrava a cumprir QRT.

Esta reflexão, que relata um período de vulnerabilidade do Sr. C., fez-me refletir, especificamente, sobre duas áreas: os aspetos psicossociais/emocionais que uma pessoa com CCP sob QRT enfrenta e o tempo que estas pessoas despendem nos hospitais e o impacto que isso tem no seu autocuidado.

De facto, conforme também descrito nos achados da revisão *scoping*, é importante para as pessoas sentirem que os profissionais de saúde são empáticos com

a trajetória de saúde/doença que estão a atravessar. Como tal, temos o dever de ajudar a lidar com a ansiedade e *stress* que possam estar a sentir através do humor, reforço positivo e encorajamento para a conquista de medos (Peeters et al., 2018).

De ressalvar que, através da pesquisa bibliográfica necessária à justificação dos aspetos sobre os quais refleti, surgiu um termo novo – t*ime toxicity*, definida como o tempo utilizado na coordenação entre tratamentos, visitas a uma unidade de saúde (incluindo as viagens e o tempo de espera), na procura de atendimento urgente/emergente, na gestão dos efeitos secundários, nas hospitalizações, exames de acompanhamento e reabilitação (Gupta, Eisenhauer & Booth, 2022).

Apesar de desconhecer o termo, o tempo, é, sem dúvida, uma toxicidade que já tinha observado ser uma grande fonte de stress para muitas pessoas e famílias com doença oncológica. Nunca tinha refletido em como, por exemplo, todos os contratempos e exigências de tempo para consultas, tratamentos e dificuldade com transportes têm efetivamente um impacto negativo na pessoa e sua família. Como tal, considero que é também uma toxicidade importante de ser gerida pela equipa de enfermagem, através, por exemplo, da transmissão de qual é o enquadramento temporal realístico para cada consulta e tratamento e da otimização do agendamento de qualquer compromisso de saúde junto do secretariado para que se acomode à vida de cada um.

Apesar de não ter sido uma atividade inicialmente idealizada, tive oportunidade de dirigir, sempre na companhia e com supervisão da minha enfermeira orientadora, consultas de primeira vez e de seguimento de pessoas com CCP e suas famílias. Acabou por ser uma atividade major para sistematizar os meus conhecimentos sobre os diferentes receios, necessidades e dificuldades sentidas ao começar um novo tratamento e os efeitos secundários experienciados por estas pessoas e famílias.

Ter tido tempo e oportunidade para conversar com as famílias foi também esclarecedor no sentido de perceber as suas dificuldades e o tipo de informação e suporte que necessitam. Pois, tal como Orem (1985) defende, a prestação de cuidados de enfermagem é reforçada por relações interpessoais eficazes entre os enfermeiros, os seus utentes e as pessoas com relações significativas com eles.

Sem dúvida que este campo de estágio me fez perceber a importância da educação para a saúde na promoção do autocuidado, o que nos remete para o sistema

de apoio-educação defendido por Dorothea Orem (2001), que preconiza que a pessoa seja capaz de realizar o seu autocuidado, mas necessita de apoio, incentivo e supervisão por parte do enfermeiro.

Quando o autocuidado está comprometido, como, por exemplo, no caso de radiodermites graves, o tratamento é realizado na referida consulta de enfermagem, o que também nos remete para o sistema parcialmente compensatório de Orem (2001), quando o enfermeiro apenas substitui nas ações de autocuidado que a pessoa não consegue realizar sozinha (Tomey & Alligood, 2004).

Machado et al. (2015) corroboram a importância da educação para a saúde, ao sublinharem que melhora a perceção e compreensão da doença por parte da pessoa e, deste modo, permite desenvolver estratégias de *coping* e aumentar a adesão ao regime terapêutico. De igual modo, Koinberg et al. (2018), relatam que um plano de cuidados deve sempre incluir objetivos de autocuidado e autogestão.

2.3.3. Campo de estágio B2

Este campo de estágio, denominado de B2 por ter partilhado o mesmo período de estágio que o campo anterior, corresponde a um serviço de internamento cirúrgico oncológico. Como já referido, neste serviço não existia a população-alvo do meu projeto, mas acabou por ser de elevada importância para observar o tipo de acolhimento, acompanhamento e *follow-up* realizado às pessoas com doença oncológica, na medida em que também tive oportunidade de conhecer as consultas externas e hospital de dia do hospital B.

À semelhança do que aconteceu nos anteriores locais de estágio, o primeiro objetivo específico foi **integrar de modo progressivo e gradual a equipa multidisciplinar do serviço.** Para tal, apresentei o projeto de intervenção de forma informal a alguns colegas do serviço e elaborei um texto descritivo do serviço e sua dinâmica funcional e organizacional (apêndice XV).

O segundo e último objetivo específico definido para este estágio foi **analisar a intervenção do enfermeiro especialista na promoção do autocuidado da pessoa com doença oncológica do acolhimento ao *follow-up*.** Assim, defini as seguintes atividades para o atingir: observação da prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica; consulta de registos de enfermagem; consulta de protocolos, guias e/ou

normas no âmbito desta temática e início da realização de guia de boas práticas no acolhimento às pessoas com CCP sob QRT.

As atividades referidas foram imprescindíveis para realizar uma reflexão segundo o ciclo de Gibbs (1998) sobre um aspeto significativo que observei (apêndice XVI), neste caso, sobre a sobrecarga do cuidador do doente oncológico.

A este respeito tive oportunidade de cuidar de uma pessoa com doença oncológica que tinha sido submetida a uma traqueotomia de urgência. No caso das pessoas com CCP, esta acaba por ser, em alguns casos específicos, uma intervenção comum e necessária. Assim, foi uma oportunidade para capacitar o Sr. J. a cuidar da sua traqueotomia em relação a cuidados de higiene, manipulação, avaliação das características das secreções brônquicas e sinais e sintomas sugestivos de dispneia e/ou outras complicações, em que fosse necessário solicitar ajuda. Para além do mais, foi também assegurado que a sua esposa, a D.ª A, o conseguisse fazer também. Foram, então, desmistificados receios e esclarecidas dúvidas a propósito da comparticipação de material de ostomias.

Ainda a propósito deste local de estágio, importa acrescentar que a oportunidade de conhecer as consultas externas e o hospital de dia, permitiu-me recolher informação pertinente sobre o acompanhamento realizado às pessoas com doença oncológica pela equipa de enfermagem.

Efetivamente, foi relevante conhecer como faziam o acolhimento à pessoa com doença oncológica em diferentes contextos: consultas externas, hospital de dia e internamento. Em todos eles, os profissionais de saúde apresentam-se como um recurso ao qual recorrer sempre que necessário, demonstrando empatia e disponibilidade, apresentando também o espaço físico do serviço e a suas valências. Posteriormente, é realizada uma avaliação inicial através de colheita de dados pessoais, antecedentes de saúde pessoais e familiares, história e necessidades de saúde. Este acolhimento é acompanhado pela entrega de material informativo escrito em formato de folheto, principalmente nas consultas externas e no hospital de dia. Os referidos folhetos reportam-se aos principais efeitos secundários que a pessoa pode experienciar com o tratamento a realizar, enumerando estratégias para a sua mitigação e recursos aos quais pode recorrer em caso de necessidade.

O acolhimento, embora não definido com este termo, é também importante para Orem (1985), que refere que a teoria do autocuidado também orienta os enfermeiros a fazerem observações críticas no seu primeiro contacto com os seus utentes e/famílias de forma a encontrar evidências da existência ou não de um sistema de autocuidado e, assim determinar, quais as reais necessidades de enfermagem.

Gostaria também de destacar o *follow-up* pós cirúrgico que neste serviço se realiza, através de consulta de enfermagem telefónica, e que permite o esclarecimento de dúvidas, a garantia da adesão ao regime terapêutico e a identificação de sinais e sintomas preocupantes o que, muitas das vezes, evita intercorrências infeciosas e/ou o agravamento de sinais e sintomas experienciados.

Tal como referido no questionário de opinião realizado no serviço onde pertenço, uma consulta de enfermagem de *follow-up* telefónico realizada antes e após os ciclos de QT, seria uma ferramenta muito útil para averiguar possíveis toxicidades, sugerir estratégias de autocuidado, esclarecer dúvidas e garantir que a pessoa com CCP reúne as condições necessárias para realizar mais um tratamento. Apesar de não ser um objetivo deste projeto de intervenção, considero uma mais-valia para tentar implementar futuramente.

Para além disso, colhi contributos importantes, principalmente no que diz respeito ao acolhimento e informação considerada pertinente pelas pessoas com doença oncológica, para realizar o guia de boas práticas no acolhimento às pessoas com CCP sob QRT, que virá a ser um documento importante a aplicar no campo de estágio C (apêndice XVII).

2.3.4. Campo de estágio C

O Campo de estágio C corresponde então ao local onde exerço funções e, deste modo, foi o local onde todas as aprendizagens e contributos alcançados até então culminaram na implementação do projeto de intervenção idealizado. Este estágio decorreu de dia 2 de janeiro a dia 10 de fevereiro.

Ao contrário dos locais de estágio anteriores, aqui foram definidos objetivos específicos que respondessem ao objetivo geral 2: promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da promoção do autocuidado da pessoa com CCP sob QRT do acolhimento ao *follow-up*.

Assim, o primeiro objetivo específico definido foi **envolver a Equipa de Enfermagem para a importância da promoção do autocuidado da pessoa com CCP do acolhimento ao *follow-up*.**

As atividades delineadas para atingir o objetivo supracitado foram: exposição do projeto de intervenção no serviço e realização de sessão formativa intitulada "Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações psicoemocionais da pessoa com CCP a cumprir QRT".

No que diz respeito à exposição do projeto de intervenção no serviço foi realizada uma sessão informativa no dia 26 de janeiro, onde tive oportunidade de apresentar, recorrendo ao método expositivo, o projeto de intervenção a mais de 40% dos elementos constitutivos da equipa de enfermagem (apêndice XVIII). Este momento de partilha foi importante para perceber, mais uma vez, a pertinência da implementação do projeto, mas principalmente para tentar motivar toda a equipa a envolver-se na sua concretização. Esta atividade mostrou que a equipa se encontrava interessada por considerar a temática da promoção do autocuidado da pessoa com CCP de extrema utilidade nos cuidados diários que prestamos.

Para além de ter exposto o projeto de intervenção à equipa de enfermagem, apresentei o projeto à equipa médica responsável pela área de cabeça e pescoço. No momento do estágio, fora das horas estipuladas para o efeito, encontrava-me a cumprir funções na gestão de cuidados e, por esse motivo, reunia com a equipa médica responsável por esta área diariamente para realizar a ponte entre a equipa de enfermagem e a equipa médica. Foi uma coincidência feliz que me permitiu desenvolver mais conhecimentos sobre a área de cabeça e pescoço, esclarecendo dúvidas que iam surgindo, o que me permitiu aperfeiçoar o guia de boas práticas iniciado no local de estágio anterior.

A sessão formativa direcionada à equipa de enfermagem decorreu no dia 2 de fevereiro e surgiu de uma necessidade identificada numa das questões colocadas na sondagem de opinião realizada anteriormente (apêndice II). De facto, numa das questões, solicitei que o inquirido selecionasse 3 tópicos de uma lista de 10 que considerasse importante explorar em contexto de formação no serviço em relação à pessoa com CCP a cumprir QRT. A verdade é que 61,9% dos inquiridos selecionou como

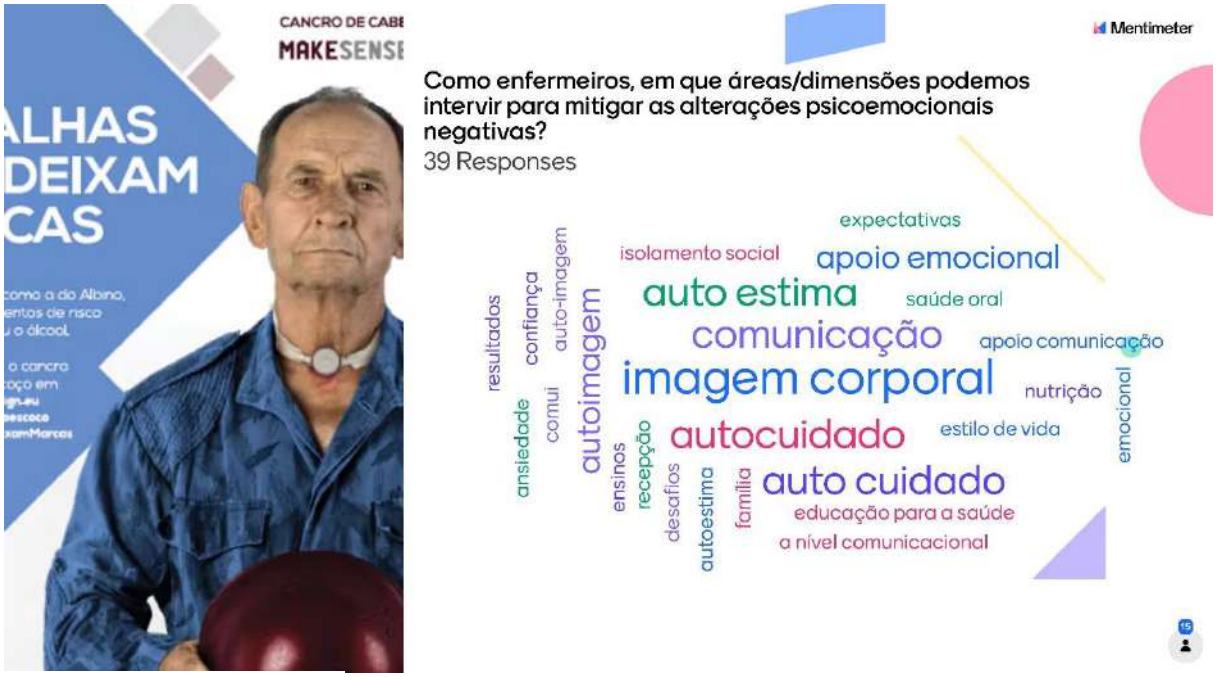
tópico de interesse "Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações psicoemocionais".

Sendo uma necessidade de formação da equipa de enfermagem, e dado que está explicito na evidência científica que a pessoa com CCP está sujeita a alterações psicoemocionais significativas (Saroa et al., 2018; Taberna et al., 2020), considerei importante realizar a sessão formativa com o intuito de, mais uma vez, envolver a equipa de enfermagem na promoção do autocuidado das pessoas com CCP sob QRT.

Assim, em primeiro lugar, elaborei o plano da sessão formativa, que apresentei com a devida antecedência à Professora Orientadora, à Enfermeira Orientadora e ao Enfermeiro Gestor. Após obter o aval de todos, foi definida uma data para a apresentação. Optei por apresentar um artigo científico sobre a temática de interesse e recorri ao método expositivo e interativo com recurso à ferramenta *Mentimeter*. No final da referida sessão, apliquei um questionário de avaliação da formação, tendo elaborado um relatório dos resultados obtidos. O apêndice XIX engloba todos os documentos realizados antes e após a sessão formativa.

A respeito desta sessão importar enaltecer a última atividade (ver figura 2), onde com recurso à ferramenta *Mentimeter* foi solicitado que os formandos respondessem à questão "Como enfermeiro, em que áreas/dimensões podemos intervir para mitigar as alterações psicoemocionais negativas?".

Figura 2 - Resultado da atividade interativa com a ferramenta *Mentimeter*



Fonte: *Mentimeter*

Como é possível observar na figura supra, foram obtidas 39 respostas, sendo que a palavra autocuidado é aquela com maior visibilidade, por ter sido a mais mencionada. Este pequeno exercício foi o suficiente para, mais uma vez, ilustrar a importância da promoção do autocuidado junto desta população, sendo que a equipa de enfermagem onde me insiro a reconhece e valoriza.

Para além da palavra autocuidado, muitas outras áreas foram mencionadas como passíveis de intervenção de enfermagem, a destacar: autoimagem, comunicação, autoestima e apoio emocional. Estes resultados vão também ao encontro daquilo que a literatura evidencia como sendo áreas que muitas vezes estão comprometidas nestas pessoas e que, por esse motivo, requerem intervenção por parte dos profissionais de saúde que as acompanham (Schimiguel et al., 2015; Miguel et al., 2019; Taberna et al., 2020). Tal como Orem (1985) defende os enfermeiros também têm como objetivo proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal.

O segundo objetivo específico delineado foi: **prestar cuidados de enfermagem que promovam o autocuidado às pessoas com CCP a cumprir QRT neste campo de estágio**.

Para o efeito, defini como atividade a prestação de cuidados de enfermagem às pessoas a cumprir QRT, com enfoque nas seguintes dimensões: acolhimento; avaliação dos efeitos secundários que surgiram de acordo com escalas de avaliação sobre efeitos de QRT; e planeamento de alta/*follow-up*.

Desta forma, prestei cuidados a 10 pessoas com CCP que iriam iniciar/dar continuidade a tratamentos de QRT no serviço, produzindo notas de campo descritivas das várias dimensões a ter em conta na prestação de cuidados de enfermagem a esta população (apêndice XX).

O acolhimento realizado às pessoas com CCP sob QRT que estavam, pela primeira vez no serviço, difere naturalmente do acolhimento realizado às pessoas que já conhecem a dinâmica e organização daquele contexto. Assim, às pessoas que contactavam pela primeira vez com aquela realidade, apresentei-me como sua enfermeira assim com a outros elementos da equipa multidisciplinar; apresentei o serviço e as suas valências e iniciei a colheita de dados de acordo com os parâmetros descriminados na avaliação inicial da plataforma informática de registo de enfermagem.

Posteriormente, averiguei os seus conhecimento sobre a sua doença, tratamento que iam realizar e efeitos secundários expetáveis, mitigando receios e esclarecendo dúvidas.

Às pessoas que se encontravam a dar continuidade aos tratamentos planeados validei e atualizei as informações da avaliação inicial e identifiquei quais os efeitos secundários experienciados no período interciclo e estratégias de autocuidado utilizadas.

As notas de campo foram fulcrais para conseguir transpor tudo aquilo que já tinha explorado teoricamente para um contexto clínico e prático. Permitiram-me compreender com mais detalhe as vivências desta população, o que foi novamente um contributo valioso para o guia de boas práticas em desenvolvimento.

Com base nas notas de campo produzidas, que resultaram de uma entrevista não estruturada às pessoas de quem cuidei e da observação direta, preenchi a *checklist* realizada a propósito dos efeitos secundários para cada uma das pessoas de quem cuidei.

O preenchimento destas *checklists* demonstraram quais foram, para aquela amostra de pessoas, os efeitos secundários mais comuns, o que é fundamental para conseguir definir quais as intervenções de enfermagem primordiais.

Efetivamente, também Orem (1985) nos diz que a arte da enfermagem resulta na determinação das razões pelas quais as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem.

O último objetivo específico pretendia **implementar o plano de enfermagem no acolhimento às pessoas com CCP sob QRT.**

Para o atingir defini as seguintes atividades: aplicação da *checklist* com principais efeitos secundários da QRT e sua gestão; validação do guia de boas práticas pela equipa de enfermagem; implementação do guia de boas práticas no acolhimento às pessoas com CCP sob QRT; realização de folheto de acolhimento destinado às pessoas com CCP sob QRT; e envio formal dos documentos elaborados à Direção de Enfermagem para sua homologação.

Deste rol de atividades a que me propus, existem algumas ainda em curso de forma a garantir a continuidade deste projeto no serviço.

Na verdade, acabei por aplicar de imediato a *checklist* com os principais efeitos secundários da QRT e sua gestão nos cuidados que prestei às 10 pessoas atrás mencionadas. Apliquei-a ainda em contexto de estágio, de forma a verificar a sua

utilidade posterior no serviço por todos os elementos da equipa, conseguindo aperfeiçoar itens em falta ou incompletos.

O guia de boas práticas (apêndice XVII) foi concluído fora do tempo estipulado para este campo de estágio, mas já foi enviado ao Enfermeiro Gestor e chefes de equipa da equipa de enfermagem onde me insiro para apurar as suas opiniões e sugestões de melhoria para que, posteriormente, seja divulgado por toda a equipa.

Para além disso, realizei um folheto de acolhimento destinado às pessoas com CCP sob QRT (apêndice XXI), para lhes ser entregue no seu primeiro contacto com o serviço/equipa de enfermagem.

A realização de um folheto surgiu como uma estratégia que visa providenciar cuidados de suporte que sabemos serem fundamentais para limitar toxicidades (Cherifi et al., 2022). Assim, é uma ferramenta de educação para a saúde, dado que esta pode contribuir para melhorar a compreensão da pessoa sobre a doença (Machado et al., 2015) e, neste caso concreto, sobre os principais efeitos secundários que a pessoa com CCP/família poderá experienciar e estratégias para a sua gestão. A verdade é que fornecer informação de forma antecipada sobre o tratamento e efeitos secundários conhecidos pode, por um lado, aliviar o stress da pessoa/família (Saroa et al., 2018) e, por outro, melhorar a adesão ao regime terapêutico (Taberna et al., 2020).

Foi preconizado que o momento da sua entrega fosse no primeiro contacto com o serviço/equipa de enfermagem por ser o momento de acolhimento, que deve ser pautado pela escuta ativa de modo a permitir a identificação e compromisso para com as necessidades do outro (Costa et al., 2016), o que por seu turno poderá potenciar o autocuidado desta população.

O objetivo final será enviar todos os documentos elaborados após validados pelo Enfermeiro Gestor e equipa de Enfermagem à Direção Clínica com o objetivo da sua homologação e utilização formal no serviço onde me insiro.

3. Avaliação

A etapa da avaliação de um projeto diz respeito à penúltima etapa da metodologia de projeto, aquela que antecede a divulgação dos resultados obtidos, e que pretende ser contínua de modo a melhorar a coerência, eficiência e eficácia do projeto implementado (Ruivo et al., 2010).

Esta avaliação pretende-se dinâmica e rigorosa de movo a comparar os objetivos inicialmente definidos e aqueles atingidos (Ruivo et al., 2010).

De facto, a avaliação do presente projeto foi realizada de modo contínuo, no decorrer dos diferentes locais de estágio, em conjunto com a Professora Orientadora e com os Enfermeiros Orientadores do estágio. Os momentos de avaliação foram determinantes para verificar a pertinência de algumas das atividades inicialmente delineadas e, assim, ajustar os diferentes objetivos à realidade de cada local de estágio.

Assim sendo, neste capítulo, pretendo analisar quais os contributos do desenvolvimento do presente projeto de intervenção no desenvolvimento das seguintes competências: comuns do enfermeiro especialista; específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica e à pessoa em situação paliativa; do *Cancer Nursing Education Framework da European Oncology Nursing Society* e de mestre.

Além disso, irei refletir sobre os pontos fortes e fracos do projeto assim como as considerações éticas tidas em conta.

Por último, analisarei quais os contributos do projeto para a melhoria da qualidade de cuidados.

3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

O regulamento n.º 140/2019 respeitante às competências comuns do enfermeiro especialista enuncia que a atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe

> para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento (p. 4744).

Assim, o referido regulamento define as competências comuns como aquelas que são

> partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Desta forma, o regulamento apresenta 4 domínios de competências comuns ao enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (artigo 4º do regulamento n.º 140/2019).

A propósito do domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**, considero que ao longo do presente projeto tive oportunidade de desenvolver as competências afetas a este domínio, nomeadamente na tomada de decisão em parceria com o cliente, sempre baseada no conhecimento e experiência. De fato, em parceria com os Enfermeiros Orientadores nos diferentes campos de estágio, foi possível participar na tomada de decisão em equipa no que diz respeito à priorização dos cuidados das pessoas de quem cuidámos. Foi também possível incluir e empoderar as pessoas com doença oncológica e suas famílias nas escolhas sobre a sua saúde. Considero que o campo de estágio A, onde era evidente que se trabalhava em equipa multidisciplinar, e o campo de estágio B1, onde, na maioria das vezes, as pessoas a cumprir RT vinham acompanhadas por uma pessoa de referência, foram os locais onde mais consegui desenvolver esta competência.

Para além do mais, em todas a interações que tive com as pessoas com doença oncológica e suas famílias, assegurei o respeito pelos seus direitos no acesso à informação, confidencialidade, privacidade e autodeterminação, respeitando valores, costumes e crenças espirituais.

No que diz respeito ao domínio da **melhoria contínua da qualidade**, foi possível, ao longo deste percurso, mobilizar conhecimentos e habilidades com o objetivo de melhorar continuamente a qualidade. A verdade é que todo o investimento teórico, onde destaco a realização da revisão *scoping*, que permitiu encontrar a evidência científica disponível sobre a problemática em estudo, assim como todos os

contributos retirados da prática clínica de todos os locais de estágio, permitiram-me identificar oportunidades de melhoria, e assim, ir desenvolvendo o presente projeto de intervenção.

A própria construção de um projeto de intervenção, que foi algo inédito para mim, trouxe-me contributos major sobre como estruturar e levar a cabo uma ideia, contando, para o efeito, com a metodologia de projeto. Considero que conseguir identificar um problema/necessidade de enfermagem e encontrar estratégias viáveis à sua resolução são contributos essenciais para a continuidade da minha vida profissional e que conduzirão à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem que presto.

Com a estruturação da abordagem de enfermagem no acompanhamento da pessoa com CCP sob QRT e suas famílias, efetivada através dos documentos de apoio desenvolvidos, que podem ser utilizados de forma sistemática na abordagem a esta população-alvo (*checklist* de efeitos secundários à QRT e sua gestão, guia de boas práticas e folheto de acolhimento) é possível melhorar a qualidade das nossas intervenções e, acima de tudo, otimizar o pouco tempo disponível.

Não menos importante, foi o desenvolvimento da competência que pressupõe a garantia de um ambiente terapêutico seguro, com destaque para a segurança na administração de quimioterapia endovenosa, no sentido em que foi feito um investimento na exploração dos diferentes efeitos secundários dos diferentes citostáticos utilizados no tratamento do CCP.

Considero, portanto, que este domínio de competências foi mais desenvolvido no campo de estágio C.

Em relação ao **domínio da gestão de cuidados** foi também uma área de competências que consegui desenvolver graças à confiança crescente que fui sentindo com o aprofundamento do conhecimento teórico, com a experiência *in loco*, com o contacto direto com as pessoas com CCP/suas famílias e com a sabedoria partilhada pelas Enfermeiras Orientadoras.

Assim, em todos os locais de estágio, consegui reconhecer os papéis interdependentes de todos os membros da equipa multidisciplinar, de modo a potenciar um ambiente positivo e favorável à prática.

Quer no campo de estágio A, quer no campo de estágio B2, tive oportunidade de acompanhar as Enfermeiras Orientadoras na coordenação da equipa de prestação de

cuidados, onde foi possível compreender com profundidade a capacidade de liderança e motivação de profissionais com diferentes personalidades e necessidades para a otimização dos cuidados.

Principalmente no campo de estágio C, considero ter conseguido motivar a equipa de enfermagem onde me insiro para a mudança e para a prática baseada na evidência científica no que diz respeito à promoção do autocuidado da pessoa com CCP sob QRT.

O domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** foi aquele que mais desenvolvi, pois, sem dúvida, que toda esta jornada me moldou como pessoa e com profissional.

A verdade é que o facto deste percurso ser desafiante, no que diz respeito à gestão do tempo, compromisso e dedicação,–permitiu-me aprofundar o conhecimento sobre mim própria, a minha assertividade, confiança e disciplina.

A abordagem a diferentes pessoas com doença oncológica e suas famílias, em contextos distintos e com histórias de vida tão particulares, permitiu-me gerir diferentes sentimentos e emoções e analisar a sua influência no estabelecimento de uma relação terapêutica.

As diferentes reflexões que redigi em diferentes locais de estágio, partiram sempre de momentos significativos para mim, e permitiram-me reconhecer os meus recursos e limites pessoais e profissionais.

Também o facto de ser estudante, após já ter alguns anos de experiência profissional, foi fascinante, pois suscitou momentos de introspeção, de revisão da minha atuação e das minhas práticas.

Como profissional, fui, mais uma vez, confrontada com a necessidade da aprendizagem ao longo da vida profissional e de uma prática clínica baseada na evidência científica. Neste âmbito, gostaria de realçar, mais uma vez, a realização da revisão *scoping*, que me trouxe inúmeros contributos no que diz respeito à incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados. Ter recorrido à teoria desenvolvida por Orem foi também essencial para compreender a necessidade de Enfermagem e a suas implicações na prática clínica.

Também gostaria de destacar a sessão formativa realizada à equipa de enfermagem onde me insiro, que por ter sido uma necessidade formativa por ela

identificada, contribuiu igualmente para a melhoria dos nossos cuidados, ao ter permitido um momento de reflexão, partilha de experiências e do conhecimento científico. O facto de ter apresentado um artigo de revisão de literatura foi também interessante no sentido em que consegui explicar qual a estrutura habitual destes artigos e como interpretá-los ao mesmo tempo que divulgava resultados provenientes da evidência científica.

Por último, o próprio desenvolvimento do projeto de intervenção, contribui para conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica avançada.

3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica e à pessoa em situação paliativa

No que diz respeito às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (regulamento n.º 429/2018) irei debruçar-me sobre as competências que desenvolvi nas áreas de enfermagem à pessoa em situação paliativa e à pessoa em situação crónica, por ter sido com essa população que interagi.

No decorrer do período de estágio, tive oportunidade de cuidar de diferentes pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal. Porém, irei aqui destacar a situação ocorrida no campo de estágio B2, e que deu origem a uma reflexão (apêndice XVI), onde tive oportunidade de conhecer o Sr. J. e a sua esposa, a D.ª A e, em parceria, identificar necessidades para a promoção do autocuidado de forma a garantir uma alta clínica segura. Nesta situação concreta, foi possível elaborar um diagnóstico necessidades de cuidados do Sr J., utilizando estratégias para a sua capacitação, bem como da D.ª A. Foi possível desenhar um plano de intervenção, que priorizava a resposta às necessidades identificadas como prioritárias por eles, de forma a envolvê-los e sempre numa perspetiva interdisciplinar. Assim, consegui apoiar ambos, embora, naquele momento, considero que também poderia ter valorizado mais precocemente o risco de sobrecarga que a D.ª A corria e que, por esse motivo, beneficiaria de encaminhamento para serviços de apoio.

No que diz respeito ao estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa, gostaria de utilizar como exemplo o evento significativo que observei no campo de estágio B1, também ele objeto de reflexão posterior

(apêndice XIV). Considero que nesta situação específica, foi devido à empatia e confiança demonstradas no estabelecimento de uma relação que se pretendia terapêutica, que, no pouco tempo disponível de contacto com o Sr. C., se conseguiu realizar uma avaliação inicial e o levantamento de um conjunto necessidades que se encontravam por satisfazer, tendo sido encaminhado para o serviço que conseguia dar uma resposta mais diferenciada.

Apesar de ter tido oportunidade de cuidar de pessoas em situação paliativa, a verdade é que tive mais contacto com a pessoa em situação crónica, sendo esse o motivo pelo qual consegui desenvolver mais competências nesta área.

Neste âmbito, gostaria de me reportar ao estudo de caso que realizei a propósito do Sr. V (apêndice X) no campo de estágio A, que tinha sido submetido a uma laringectomia total, o que teve um impacto funcional e estético significativo. Através do estabelecimento de uma relação terapêutica adequada foi possível recolher a informação necessária para avaliar o impacto da doença na sua qualidade de vida e, assim, estabelecer um plano de intervenção adequado e em parceria com o Sr. V. para dar resposta às suas necessidades mais prementes.

Foi também no campo de estágio A que consegui desenvolver, com maior profundidade, competências específicas em técnicas de comunicação, com enfoque na comunicação não verbal (mímica labial, gestos, sinais, escrita, aplicações geradoras de voz), tendo conhecido diferentes estratégias aumentativas e alternativas da comunicação.

Ainda neste local de estágio, consegui desenvolver competências na área do controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, nomeadamente na educação para a saúde das pessoas com ostomias respiratórias, que antes de qualquer manipulação devem realizar uma correta higienização das mãos.

Em todos os locais de estágio foi possível reconhecer a gestão da doença como um fator de stress, fomentando estratégias de autogestão e a adesão da pessoa/família ao regime terapêutico, recorrendo, por exemplo, à educação para a saúde.

3.3. Competências do *Cancer Nursing Education Framework* da *European Oncology Nursing Society*

O *Cancer Nursing Education Framework da European Oncology Nursing Society* ([EONS], 2022) foi desenvolvido com o propósito de funcionar como guia orientador do conhecimento e competências necessários que um enfermeiro, membro de uma equipa multidisciplinar, deve ter para cuidar de pessoas com doença oncológica. Deste modo, este é também um documento base do curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em Enfermagem Oncológica.

Considero que todo o caminho realizado me permitiu desenvolver competências de todos os 8 módulos apresentados no referido documento, mas com maior destaque para o 3 "tratamento do cancro, segurança do cliente e ocupacional", 4 "apoiar pessoas que vivem com cancro, antes, durante e após a doença oncológica", 6 "comunicação no tratamento do cancro", 7 "liderança e gestão em enfermagem oncológica" e 8 "utilização de pesquisa e evidência no cuidado do cancro".

No módulo 3, realço as seguintes competências alcançadas: "proporcionar um ambiente de apoio no qual as pessoas afetadas pelo cancro sejam encorajadas a fazer perguntas e a partilhar as suas preocupações sobre a doença e tratamento" (p. 24); "educar as pessoas com cancro e os seus familiares/cuidadores para monitorizar e reportar sinais de toxicidade aguda, crónica e tardia dos tratamentos do cancro" (p. 24) e "proporcionar às pessoas com cancro educação sobre o seu tratamento e aconselhamento sobre autogestão" (p. 25).

No módulo 4, considero ter desenvolvido principalmente as seguintes competências: "demonstrar compreensão de estratégias para a promoção da autonomia de pessoas vulneráveis nas decisões sobre cuidados" (p. 30) e "prestar cuidados de apoio e implementar intervenções baseadas em evidência para abordar os efeitos agudos e de longo prazo do tratamento do cancro que são consistentes com as necessidades, preferências e fases da vida da pessoa com cancro" (p. 31).

No módulo 6, distingo a seguinte competência "selecionar e adotar, a partir de uma série de capacidades de comunicação e outras, uma abordagem de comunicação apropriada, para avaliar efetivamente as necessidades de informação, educação e

cuidados de apoio das pessoas com cancro durante toda a continuidade de cuidados que necessitam" (p. 40).

No módulo 7, saliento o desenvolvimento da competência "prática de acordo com os princípios legais, éticos e profissionais, a fim de fornecer cuidados oncológicos seguros, eficazes, oportunos e com boa relação custo-benefício às pessoas com cancro" (p. 45).

Por último, no módulo 8, destaco a seguinte competência "demonstra capacidade para desenvolver e implementar intervenções baseadas na evidência" (p. 49).

3.4. Competências de mestre

Segundo o artigo 15º do decreto-lei 107/2008, o grau de mestre é conferido àqueles que obedecem a 5 requisitos.

Assim, é necessário possuir conhecimento e capacidade de compreensão que permita desenvolver e aprofundar os conhecimentos obtidos no 1º ciclo e que constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais (artigo 15º do regulamento n.º 107/2008). Julgo que o desenvolvimento e implementação de um projeto de intervenção, com base num problema de enfermagem identificado na prática, permitiu o aprofundamento de conhecimentos e a melhoria de práticas clínicas.

É também necessário saber aplicar os meus conhecimentos, capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares (artigo 15º do regulamento n.º 107/2008), que foram valências desenvolvidas, não só na construção do projeto de intervenção, como em todos os locais de estágio, que foram um terreno fértil no contacto com diferentes pessoas com doença oncológica, diferentes profissionais e diferentes dinâmicas.

Preconiza-se ainda que o mestre tenha capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta (artigo 15º do regulamento n.º 107/2008). Considero que a pesquisa bibliográfica e os contributos decorrentes do período de estágio me permitiram integrar conhecimentos com vista à resolução dos problemas complexos identificados na pessoa com CCP sob QRT.

Além do mais, o mestre deve ser capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios (artigo 15º do regulamento n.º 107/2008), o que considero ter conseguido fazer, não só na redação deste relatório, como junto dos meus pares, dando como exemplo a sessão formativa realizada.

Por último, o mestre deve demonstrar competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida (artigo 15º do regulamento n.º 107/2008), o que considero ter sido, indubitavelmente, a competência que mais desenvolvi. A nível profissional, conseguiu desenvolver uma consciência muito clara sobre a importância da aprendizagem ao longo da vida, da formação contínua e da procura pela excelência da prática da enfermagem, sempre baseada na evidência científica.

3.5. Pontos fracos e fortes

Durante a implementação de um projeto de intervenção, é crucial ir avaliando com regularidade os pontos fracos e fortes no sentido de otimizar os recursos e permitir o alcance dos objetivos pré-definidos.

Numa fase inicial, analisei, recorrendo à ferramenta SWOT (apêndice I), quais foram as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. Importa, agora já numa fase mais avançada de implementação do projeto, voltar a analisar estes fatores determinantes para o sucesso do projeto.

Assim, identifiquei como forças o facto da equipa de enfermagem a que pertenço ser dinâmica, qualificada e com diferentes competências na área da enfermagem oncológica, assim como a sua motivação e preocupação genuína com a melhoria das práticas de enfermagem. Estas forças mantiveram-se ao longo do projeto, sendo que a equipa de enfermagem participou nas sessões informativa e formativa realizadas, demonstrando interesse na concretização do projeto. Pude contar com os meus colegas para a partilha de dúvidas, experiências e conhecimentos, tendo obtido *inputs* valiosos para a construção dos documentos de apoio.

Gostaria de acrescentar como força o contacto direto com a pessoa com doença oncológica em diferentes fases da sua trajetória de saúde-doença e em diferentes contextos de saúde, que me trouxe um nível profundo de conhecimentos sobre as suas vivências e principais necessidades.

Como fraquezas nomeei a minha pouca experiência na implementação de projetos de intervenção, que considero ter sido superada ao longo desta caminhada. Nomeei ainda a inexistência de uma atuação de enfermagem estruturada dirigida às pessoas com CCP sob QRT do acolhimento ao *follow-up*, que considero ter sido parcialmente colmatada. De facto, os documentos de apoio realizados permitem um acolhimento mais eficaz a esta população-alvo, permitindo ainda o desenvolvimento de estratégias de autocuidado para garantir um período *follow-up* mais seguro. Porém, por uma questão de gestão do tempo disponível para a realização e implementação deste projeto, não me foquei tanto neste último período, que foi também uma lacuna identificada pela equipa de enfermagem e que, sem dúvida, carece de maior investimento e estruturação. Espero, futuramente, conseguir abraçar este desafio.

Devo também enunciar o facto de não ter validado ainda a tabela de intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na pessoa com CCP sob QRT como um ponto fraco deste projeto, mas que pretendo concretizar no futuro.

Reconheci como oportunidades a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e os ganhos em saúde no que diz respeito ao autocuidado das pessoas com CCP, que considero terem sido alcançados.

Por último, identifiquei como ameaças a resistência à mudança, os poucos recursos humanos e económicos e a elevada burocratização. Infelizmente, estes fatores são comuns no panorama da saúde em Portugal, pelo que considero que existe já uma certa resiliência contra estes fatores, que acabaram por não ter um impacto significativo na implementação deste projeto.

Admiti ainda como ameaças o fraco suporte social e familiar que muitas das pessoas com CCP apresentam e os internamentos de curta duração (variável de 24h a 48h). Estas mantêm-se ameaças reais no contexto onde exerço funções, mas acredito que a existência dos documentos de apoio, nomeadamente, do guia de boas práticas e do folheto informativo, poderá mitigá-las.

Por último, gostaria de acrescentar que a integração de cerca de 14 novos colegas no período de estágio no campo C, que inicialmente identifiquei como possível ameaça ou oportunidade, acabou por ser uma oportunidade, na medida em que os novos colegas manifestaram motivação e interesse no projeto a desenvolver, colocando questões e dando sugestões de melhoria.

3.6. Considerações éticas do projeto

A profissão de enfermagem é regulada ética e deontologicamente por dois documentos basilares, aos quais recorri no desenvolvimento e implementação do presente projeto: o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) vigente no decreto-lei n.º 161/96 e o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) consagrado na Lei n.º 156/2015.

Em primeiro lugar, todo o trabalho que realizei, incluindo este mesmo relatório, foi desenvolvido de forma a respeitar a integridade académica e científica, agindo com honestidade intelectual (Nunes, 2020).

Tive também em consideração aqueles que são os seis princípios éticos que devem guiar uma investigação, designadamente: beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2020, conforme citado por *International Council of Nurses*, 2003).

A relação profissional que estabeleci com todas as pessoas com quem me cruzei foi pautada pelos valores universais consagrados no artigo 99.º do CDE (2015), a destacar a competência e o aperfeiçoamento profissional, um dos objetivos principais desta trajetória. A verdade é que todo este projeto foi também a concretização de um dos deveres deontológicos gerais do enfermeiro consagrado no artigo 100.ª do CDE que define o dever de "assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de acções de qualificação profissional" (p. 8079, lei n.º 156/2015). Também no REPE, no ponto 6 do artigo 9.º, vem assinalado que "os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem" (decreto-lei n.º 161/96, p. 2961), o que mais uma vez, nos remete para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, também um dos objetivos deste projeto.

No que diz respeito às interações que estabeleci com as pessoas com doença oncológica em todos os contextos de estágio, assumi sempre uma postura de respeito e cuidado, abstendo-me de qualquer discriminação ou juízo de valor, guiando-me pelo princípio da beneficência (Nunes, 2020, conforme citado por *International Council of Nurses*, 2003). De facto, tentei sempre estabelecer uma relação de ajuda e de confiança,

respeitando, não só o princípio da fidelidade (Nunes, 2020, conforme citado por *International Council of Nurses*, 2003), como o ponto 1. do artigo 8.º do REPE "no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos" (decreto-lei n.º 161/96, p. 2961).

Assegurei também a cumprimento do dever de informação e do dever do sigilo, consagrados nos artigos 105.º e 106.º, respetivamente, do CDE (2015). Assim, informei oralmente as pessoas do objetivo académico do trabalho que me encontrava a realizar, solicitando o seu consentimento livre e informado para qualquer intervenção que levei a cabo. Para além do mais, toda a informação recolhida foi tratada de forma confidencial, não tendo sido revelados nenhuns detalhes que possam identificar as pessoas e instituições envolvidas neste projeto, cumprindo assim os princípios éticos da veracidade e confidencialidade (Nunes, 2020, conforme citado por *International Council of Nurses*, 2003).

Considero ainda que todas as atividades que desenvolvi foram com o objetivo último de promover a excelência do exercício conforme designado no artigo 109.º do CDE, salientando o dever de "analisar regulamente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas quem mereçam mudança de atitude" e o de "procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa" (p. 8080, lei n.º 156/2015).

Por último, também trabalhei no sentido de responder aos meus deveres para com as outras profissões (artigo 112.º do CDE), na medida em que sempre me tentei integrar nas diferentes equipas de saúde e dinâmicas organizacionais pelas quais passei, trabalhando em articulação com a restante equipa multidisciplinar.

3.7. Contributos do projeto para melhoria da qualidade de cuidados

A melhoria da qualidade dos cuidados é um objetivo major da enfermagem quer em contexto internacional, como nacional. Em Portugal, a OE, definiu em 2001, os padrões de qualidade inerentes aos cuidados de enfermagem em geral. Assim, apresentou seis enunciados descritivos relativos à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem (OE, 2001).

> Particularmente, o exercício da Enfermagem Oncológica deve assegurar uma prática profissional eficaz no diagnóstico e tratamento, garantindo a transição segura de cuidados à pessoa com doença oncológica, família e/ou cuidadores nos diferentes contextos de atuação, e ao longo do ciclo vital, valorizando a investigação como contributo para a melhoria contínua dos cuidados (regulamento n.º 766/2021, p. 130).

Assim, através das atividades desenvolvidas ao longo do período de estágio, foi possível a obtenção de ganhos em saúde nas pessoas alvo de cuidados no serviço que integro, particularmente no que diz respeito: ao aumento da acessibilidade a cuidados diferenciados; ao aumento da adesão ao regime terapêutico e ao aumento da efetividade na prevenção de complicações associadas às abordagens terapêuticas (regulamento n.º 766/2021).

O aumento da acessibilidade a cuidados diferenciados concretizou-se na medida em que fui desenvolvendo competências mais específicas, que me tornaram capaz de responder a questões cada vez mais complexas como é o caso das múltiplas necessidades que a pessoas com CCP sob QRT apresentam e, assim, contribuir para o leque de competências já existente na equipa onde me insiro.

Esta trajetória permitiu, assim, o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista na área de enfermagem médico cirúrgica e como enfermeira oncologista de acordo com que é definido pela EONS. Considero, portanto, que me encontro ao nível de perito, que corresponde ao último nível dos 5 sucessivos de proficiência definidos por Benner (2001) no diz respeito ao desenvolvimento de uma competência de enfermagem. Neste nível, o enfermeiro tem já uma compreensão profunda do panorama geral, não recorrendo apenas a princípios analíticos (Benner, 2001).

Para além do mais, a minha intervenção como enfermeira foi, por vezes, solicitada pelos pares nalgumas situações de cuidados mais complexos a pessoas com CCP, particularmente na gestão de mucosites, radiodermites e nos cuidados traqueais às pessoas com ostomias respiratórias. Considero que a partilha de dificuldades e de juízos profissionais tornam a equipa mais capacitada e alerta.

A realização da sessão formativa aos pares permitiu também que as pessoas a quem prestamos cuidados usufruam de enfermeiros com maior consciência da necessidade de uma prática baseada na evidência.

Neste sentido, também o guia orientador de boas práticas desenvolvido permitiu a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, pois tal como reconhece a OE (2001) "a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constituiu uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros" (p. 12).

O aumento da adesão ao regime terapêutico foi possível com o acolhimento realizado, partindo de uma relação terapêutica, de uma comunicação eficaz e de um trabalho em parceria. Informar as pessoas com seriedade e rigor sobre os tratamentos que vão realizar, sua duração, efeitos secundários expetáveis e recursos de apoio disponíveis ajudou a promover a adesão ao regime terapêutico.

Assim, o respeito pelas capacidades e valores das pessoas/famílias com quem lidei, estabelecendo parceria no planeamento dos cuidados, são também elementos importantes na satisfação do cliente.

A prevenção de complicações associadas às abordagens terapêuticas, neste caso concreto as toxicidades expetáveis durante o tratamento com QRT, foi possível através da educação para a saúde. Para tal, contribuiram sobretudo a *checklist* de principais efeitos secundários e sua gestão e o folheto de acolhimento, que funcionam não só como um guia para o enfermeiro, mas também como uma ferramenta de autocuidado para a pessoa com CCP e sua família. De facto, alertar as pessoas sobre aquilo que são os principais efeitos secundários expetáveis, capacitando-as para reconhecer esses sinais, agir para os minimizar e solicitar ajuda quando já não o conseguirem fazer, permite motivá-las, tornando-as mais confiantes nos tratamentos que estão a realizar.

Estes factos remetem-nos também para o padrão da promoção da saúde, que reitera que "o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde" (OE, 2001, p. 14); e para o da prevenção de complicações, que refere que "o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes" (OE, 2001, p. 15).

Em suma, e conforme tem vindo a ser descrito no presente relatório, considero que a implementação do projeto melhorou a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, principalmente, no que diz respeito à promoção do autocuidado da pessoa

com CCP sob QRT. A promoção do autocuidado é, portanto, um objetivo desta profissão e tal como a OE (2001) refere no enunciado relativo ao bem-estar e ao autocuidado dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, "o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente" (p.16). Tal enunciado vai ao encontro daquilo que é preconizado na Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem.

4. Conclusão e perspetivas futuras

Conforme definido pela OE, "os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue" (2001, p. 11). Na mesma linha de pensamento, também Orem (1985, conforme citado por Orem, 1956) refere que os cuidados de enfermagem são uma arte que permite "fazer" pela pessoa que não é capaz, ajudando-a "fazer por si" e/ou ajudando-a a aprender a "fazer por si".

Foi com estas premissas em mente que o projeto de intervenção foi desenhado e implementado. Centrado no projeto de saúde das pessoas com CCP sob QRT, considero que este projeto permitiu capacitá-las, ao promover o seu autocuidado.

Ao reconhecer a complexidade da doença oncológica de cabeça e pescoço, quer a nível do diagnóstico, estadiamento e tratamentos, estes últimos altamente mutilantes, e ao identificar as inúmeras necessidades e dificuldades que uma pessoa com CCP sob QRT encontra durante a sua trajetória de saúde-doença, o projeto reuniu as intervenções de enfermagem que respondem a muitas dessas preocupações, permitindo assim a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e ganhos para a saúde desta população específica.

Considero também que o presente relatório respondeu aos objetivos inicialmente definidos, nomeadamente a descrição e análise aprofundada de todo o caminho realizado desde a identificação do problema à implementação do projeto e o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e de mestre.

O percurso realizado nos diferentes locais de estágio permitiu-me encontrar na prática clínica aquilo que vinha descrito da literatura à qual recorri, mas não só. A experiência, intuição e saberes das pessoas com quem me cruzei, desde as pessoas com doença oncológica aos diferentes profissionais de saúde, muniram-me de conhecimentos empíricos muito valiosos. Desenvolvi, assim, competências de prática avançada, particularmente, na identificação de um problema de saúde que requer intervenção, investigação, capacidade de raciocínio, juízo clínico e reflexão. Para além do mais, considero ter descoberto mais sobre mim própria.

Acrescento também que a TDAE de Dorothea Orem foi imprescindível neste projeto por permitir realçar as potencialidades dos cuidados de enfermagem.

Apesar deste documento encerrar uma estimulante etapa académica, a nível profissional, inicia-se um novo desafio no sentido da continuidade do projeto, da divulgação dos resultados obtidos e do aperfeiçoamento das minhas competências profissionais.

No que diz respeito à continuidade do projeto, pretendo, primeiramente, aperfeiçoar os documentos realizados com as sugestões e contributos dos meus colegas para, posteriormente, realizar sessões formativas sobre a sua utilização de maneira a garantir a homogeneidade da sua aplicação. Conforme atrás referido, enviarei igualmente os referidos documentos à Direção Clínica de Enfermagem para a sua homologação.

Gostaria ainda de desenvolver a temática que considerei como ponto fraco deste projeto, a questão dos cuidados *folow-up*, que são, sem dúvida, uma necessidade de intervenção não só reconhecida pela população-alvo deste projeto como pela equipa de enfermagem onde me insiro. Idealizava conseguir desenvolver uma consulta de enfermagem telefónica que fizesse o acompanhamento da pessoa com CCP a cumprir QRT e da sua família no período interciclo, no sentido de identificar mais precocemente e mitigar as principais toxicidades sentidas. Acredito que a *check-list* realizada poderá ser uma ferramenta interessante neste âmbito.

Assim, futuramente, e quando tiver mais dados para analisar o impacto do projeto de intervenção na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, pretendo partilhar os resultados obtidos, inicialmente, com a equipa de enfermagem onde me insiro, e, se possível, com outros pares a nível nacional em congressos e/ou encontros de enfermagem.

Toda esta jornada consciencializou-me da importância da aprendizagem contínua e aperfeiçoamento de competências de enfermagem no sentido de uma prática clínica baseada na evidência científica e que contribua para a excelência do exercício de enfermagem. Nesse sentido, pretendo continuar a frequentar e a participar em ações formativas, cursos, congressos, entre outros, que me permitam continuar a evoluir profissionalmente.

Gostaria de concluir salientando a exigência deste desafio, mas também, as incontáveis mais-valias que me permitiram evoluir como pessoa e como profissional.

Referências Bibliográficas

Aupérin, A. (2020). Epidemiology of head and neck cancers: an update. *Current opinion in oncology*, 32(3), 178–186. https://doi.org/10.1097/CCO.0000000000000629

Benner, P. (2001). De *Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.

Braat, C., Verduijn, G. M., van der Stege, H. A., Offerman, M. P. J., Peeters, M. A. C., van Staa, A., & Oldenmenger, W. H. (2022). Evaluation of a Nurse-led Aftercare Intervention for Patients With Head and Neck Cancer Treated With Radiotherapy and Cisplatin or Cetuximab. *Cancer nursing*, 45(2), E436–E446. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000983

Brennan, K., Hall, S., Yoo, J., Rohland, S., Theurer, J., & Peng, P. (2022). Routine follow-up care for head and neck cancer after curative treatment: A 3-year experience of measuring patients' self-reported needs, preferences, quality of life and attitudes towards follow-up. *European journal of cancer care*, 31(3), e13581. https://doi.org/10.1111/ecc.13581

Brierley, J. D., Gospodarowicz, M. K. & Wittekind, C. (2016). *TNM Classification of Malignant Tumours* (8a edição). Wiley-Blackwell.

Buzzacchino, S., Lanzola, G., Bossi, P., Licitra, L., & Quaglini, S. (2015). A mobile application supporting outpatient treatment and follow-up. *Studies in health technology and informatics*, 210, 788–792.

Cherifi, F., Villemin, M., Bisiaux, F., Johnson, A., Solem Laviec, H., & Rambeau, A. (2022). Impact of Early Supportive Care Assessment on treatment decision in head and neck cancer before concomitant chemoradiotherapy. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *30*(8), 6545–6553. https://doi.org/10.1007/s00520-022-07078-3

Chow L. Q. M. (2020). Head and Neck Cancer. *The New England journal of medicine*, 382(1), 60–72. https://doi.org/10.1056/NEJMra1715715

Comissão Europeia (2021). *Plano Europeu de Luta contra o Cancro*.

Costa, P. C. P., Garcia, A. P. R. F., & Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e Cuidado de Enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-7. https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014

de Leeuw, J., Prins, J. B., Uitterhoeve, R., Merkx, M. A., Marres, H. A., & van Achterberg, T. (2014). Nurse-patient communication in follow-up consultations after head and neck cancer treatment. *Cancer nursing*, 37(2), E1–E9. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318288d3f3

Decreto-Lei n.º 161/1996 (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*. Série I-A (Nº 205 de 1996-09-04), 2959-2962.

Decreto-Lei n.º 107/2008 (2008). Altera os Decretos-Leis n.os 74/2006, de 24 de Março, 316/76, de 29 de Abril, 42/2005, de 22 de Fevereiro, e 67/2005, de 15 de Março. *Diário da República*. Série I (Nº 121 de 2008-06-25), 3835-3853.

Dhull, A. K., Atri, R., Dhankhar, R., Chauhan, A. K., & Kaushal, V. (2018). Major Risk Factors in Head and Neck Cancer: A Retrospective Analysis of 12-Year Experiences. *World journal of oncology*, 9(3), 80–84. https://doi.org/10.14740/wjon1104w

Direção-Geral da Saúde (2022). *Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro, 2021-2030*. Autor.

Direção-Geral de Saúde (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Autor.

EONS European Oncology Nursing Society (2022). *The EONS cancer nursing education framework*. EONS. https://cancernurse.eu/wp-content/uploads/2022/12/Framework_version2_FINAL_Dec052022.pdf

Estêvão, R., Santos, T., Ferreira, A., Machado, A., Fernandes, J., & Monteiro, E. (2016). Características Epidemiológicas e Demográficas dos Doentes Portadores de Tumores da Cabeça e Pescoço no Norte de Portugal: Impacto na Sobrevivência. *Acta medica portuguesa*, 29(10), 597–604. https://doi.org/10.20344/amp.7003

Gibbs, G. (1998). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford Brookes University.

Godinho, N. (2023). *Manual para elaboração de trabalhos académicos e referenciação*. Centro de Documentação e Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Goyal, N., Day, A., Epstein, J., Goodman, J., Graboyes, E., Jalisi, S., Kiess, A. P., Ku, J. A., Miller, M. C., Panwar, A., Patel, V. A., Sacco, A., Sandulache, V., Williams, A. M., Deschler, D., Farwell, D. G., Nathan, C. A., Fakhry, C., & Agrawal, N. (2022). Head and neck cancer survivorship consensus statement from the American Head and Neck Society. *Laryngoscope investigative otolaryngology*, *7*(1), 70–92. https://doi.org/10.1002/lio2.702

Gupta, A., Eisenhauer, E. A., & Booth, C. M. (2022). The Time Toxicity of Cancer Treatment. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 40(15), 1611–1615. https://doi.org/10.1200/JCO.21.02810

Johns, C. (2004). *Becoming a reflective practitioner* (2ª edição). Blackwell Publishing Ltd.

Koinberg, I., Olofsson, E. H., Carlström, E. & Olsson, L. (2018). Impact of a person-centered intervention for patients with head and neck cancer: a qualitative exploration. *BMC Nursing,* 17 (48), 1-9. https://doi.org/10.1186/s12912-018-0319-6

Lei n.º 156/2015 (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República*. Série I (N.º 181 de 2015-09-16), 8059 – 8105. ELI: https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html

Machado, G. C., Ouro, E. T. R. do, & Santana, F. P. G. de. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA. *Revista Brasileira De Saúde Funcional*, 3(2), 33-45. https://doi.org/10.25194/rebrasf.v3i2.696

McDermott, J. D., & Bowles, D. W. (2019). Epidemiology of Head and Neck Squamous Cell Carcinomas: Impact on Staging and Prevention Strategies. *Current treatment options in oncology*, 20(5), 43. https://doi.org/10.1007/s11864-019-0650-5

Mesia, R., Iglesias, L., Lambea, J., Martínez-Trufero, J., Soria, A., Taberna, M., Trigo, J., Chaves, M., García-Castaño, A., & Cruz, J. (2021). SEOM clinical guidelines for the treatment of head and neck cancer (2020). *Clinical & translational oncology: official*

publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico, 23(5), 913–921. https://doi.org/10.1007/s12094-020-02533-1

Miguel, S., Zamarioli, C. M., de Carvalho, E. C., & Caldeira, S. (2019). The human responses and nursing diagnoses of head and neck cancer patients: literature review and synthesis of evidence. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 19-29. https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5274

Mody, M. D., Rocco, J. W., Yam, S. S., Haddad, R. I., & Saba, N. (2021). Head and neck cancer. *Lancet*, 398(10318), 2289-2299. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01550-6

National Cancer Institute (2022, abril 28). *Head and Neck Cancers.* https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/head-neck-fact-sheet#how-are-head-and-neck-cancers-treated

National Comprehensive Cancer Network (2022). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Survivorship*. NCCN.

Nunes, Lucília (2020). *Aspetos Éticos na investigação de Enfermagem.* IPS, ESS, Departamento de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* Autor.

Orem, D. (1985). *Nursing Concepts of Practice* (3ª edição). McGraw-Hill, Inc.

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6ª edição). Mosby, Inc.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2023, abril 22). *Perfil sobre cancro por país. Portugal.* https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/40186a6b-pt.pdf?expires=1683106618&id=id&accname=guest&checksum=E112BD503062AC57F39A93F4827440B1

Peeters, M. A. C., Braat, C., Been-Dahmen, J. M. J., Verduijn, G. M., Oldenmenger, W. H., & van Staa, A. (2018). Support Needs of People With Head and Neck Cancer Regarding the

Disease and Its Treatment. *Oncology nursing forum*, 45(5), 587–596. https://doi.org/10.1188/18.ONF.587-596

Regulamento N.º 429/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. Série II (N.º 135 de 2018-07-16). 19359-19370.

Regulamento N. º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. Série II (Nº 26 de 2019-02-06). 4744-4750.

Regulamento N.º 766/ 2021 (2021). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Oncológica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. Série II (Nº 26 de 2019-02-06). 130-143.

Rosa J. V. M., Lopes M. M. B., Pamplona M. C. de C. A., Polaro S. H. I., Beckes V. M. S., Sousal F. R., Silva I. F. S. da, Nova P. V. R. V., Candido A. de A., & Martinez L. de P. V. (2023). Integração ensino-serviço e seus impactos na qualidade da formação profissional da Enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(5), e12991. https://doi.org/10.25248/reas.e12991.2023~

Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. 15, 1-37.

Sacharian, K. (2021). Nursing Considerations for Head and Neck Cancer Survivorship. *Oncology Nursing Society Voice*. 32-33.

Saroa, O., Molzahn, A. E., Northcott, H. C., Schmidt, K., Ghosh, S., & Olson, K. (2018). A Survey of Information Needs and Preferences of Patients With Head and Neck Cancer. *Oncology nursing forum*, 45(6), 761–774. https://doi.org/10.1188/18.ONF.761-774

Schimiguel, J., Cenciarelli, E. A., & Nunes, L. C. (2015). O acolhimento de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. *Saúde em Revista*. 15 (39), 347-57.

Simo, R., Homer, J., Clarke, P., Mackenzie, K., Paleri, V., Pracy, P., & Roland, N. (2016). Follow-up after treatment for head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of laryngology and otology*, 130(S2), S208–S211. https://doi.org/10.1017/S0022215116000645

Strojan, P., Hutcheson, K. A., Eisbruch, A., Beitler, J. J., Langendijk, J. A., Lee, A. W. M., Corry, J., Mendenhall, W. M., Smee, R., Rinaldo, A., & Ferlito, A. (2017). Treatment of late sequelae after radiotherapy for head and neck cancer. *Cancer treatment reviews*, 59, 79–92. https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2017.07.003

Szturz, P., Van Laer, C., Simon, C., Van Gestel, D., Bourhis, J., & Vermorken, J. B. (2020). Follow-Up of Head and Neck Cancer Survivors: Tipping the Balance of Intensity. Frontiers in oncology, 10, 688. https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00688

Taberna, M., Gil Moncayo, F., Jané-Salas, E., Antonio, M., Arribas, L., Vilajosana, E., Peralvez Torres, E., & Mesía, R. (2020). The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Frontiers in oncology*, *10*, 85. https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00085

Terzo, L., Fleming, M., Yechoor, A., Camporeale, J., Troxler, M., Roth, E., Tan, X., Pignone, M., Marks, L., & Chera, B. S. (2017). Reducing Unplanned Admissions: Focusing on Hospital Admissions and Emergency Department Visits for Patients With Head and Neck Cancer During Radiation Therapy. *Clinical journal of oncology nursing*, 21(3), 363–369. https://doi.org/10.1188/17.CJON.363-369

The Global Cancer Observatory (2021). *Facts Sheets Portugal*. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª edição). Lusociência.

Valente de Sousa, P., Rodrigues, J., Alexandre Rodrigues, C., Carvalho, M., Monteiro, E., & Lara Santos, L. (2021). O perfil HPV dos doentes portadores de tumores da orofaringe numa instituição oncológica em Portugal entre 2018 e 2019 – estudo retrospetivo descritivo. *Revista Portuguesa De Cirurgia*, (50), 23-31. https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/853

World Health Organization (2020). *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention*. Autor.

World Health Organization (2023, abril 20). *Cancer. Key Facts*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer

APÊNDICES

APÊNDICE I - Análise SWOT para a implementação do projeto

Análise SWOT

S
Strengths

- Equipa de enfermagem dinâmica, qualificada e com um conjunto de vastas e diferentes competências na área da Enfermagem Oncológica;
- Motivação e preocupação genuína da equipa com a melhoria das práticas de enfermagem.

W
Weaknesses

- Pouca experiência na implementação de projetos de intervenção;
- Inexistência de uma atuação de enfermagem estruturada dirigida às pessoas com CPP sob QRT do acolhimento ao *folow-up*;
- Subregisto das intervenções de enfermagem realizadas neste âmbito.

T
Threats

- Resistência à mudança;
- Poucos recursos humanos e económicos;
- Elevada burocratização;
- Fraco suporte social e familiar que as pessoas com CCP possam apresentar;
- Internamentos de curta duração (24h a 48h).

O
Opportunities

- Melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
- Ganhos em saúde no que diz respeito ao autocuidado das pessoas com CPP.

APÊNDICE II - Resultados da sondagem de opinião

SONDAGEM DE OPINIÃO

Cara Equipa,

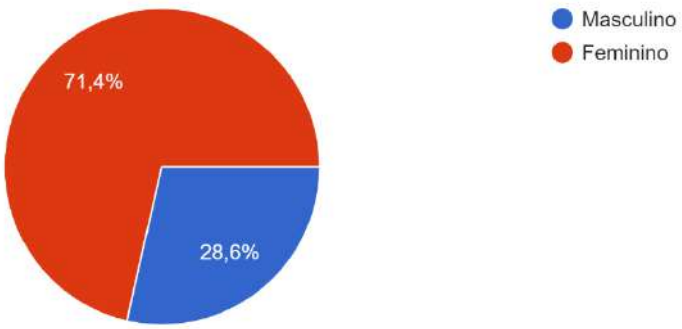
Como a maioria de vocês já sabe, encontro-me a realizar o curso de mestrado/especialidade Médico-Cirúrgica, na vertente Enfermagem Oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O desenvolvimento de um projeto de intervenção que permita a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados é uma parte integrante do curso e é, nesse sentido, que venho apelar à vossa colaboração.

Assim, na temática da **promoção do autocuidado à pessoa com cancro de cabeça e pescoço sob quimioradioterapia** gostaria de acolher a vossa opinião sobre a pertinência e áreas de maior preocupação no nosso serviço.

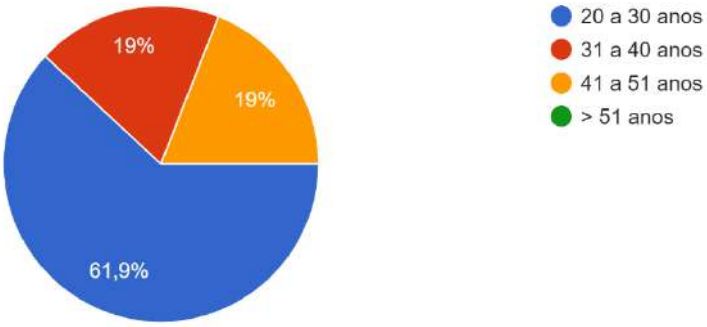
É uma sondagem de opinião anónima e confidencial. Tomarei apenas uns breves minutos do vosso tempo. Se tiverem alguma dúvida ou questão no seu preenchimento, por favor, é só dizer.

Um bem-haja a todos!

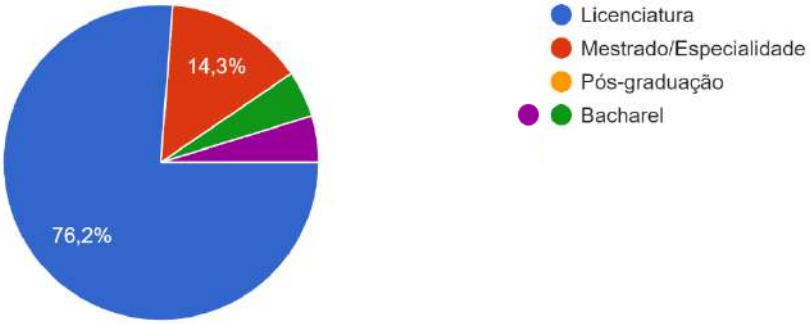
Sexo:



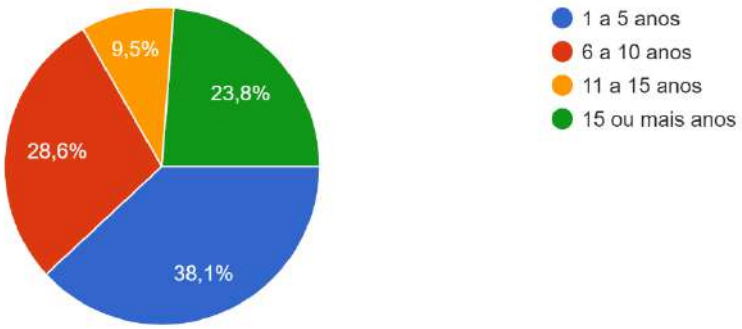
Idade:



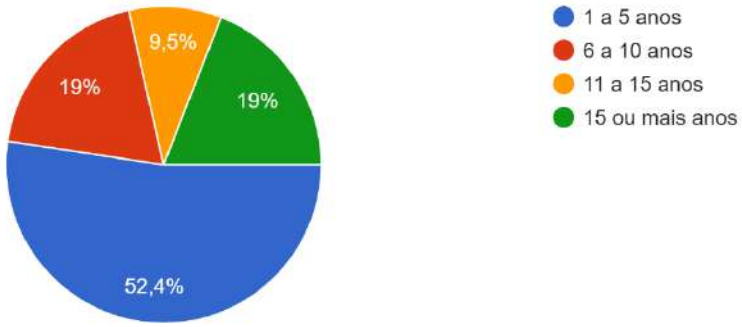
Habilitações Académicas:



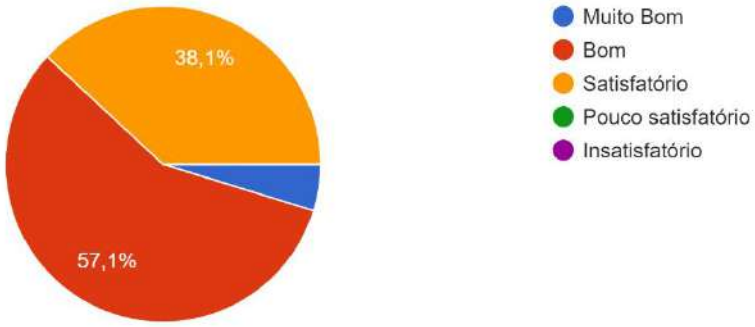
Há quanto tempo é enfermeiro?



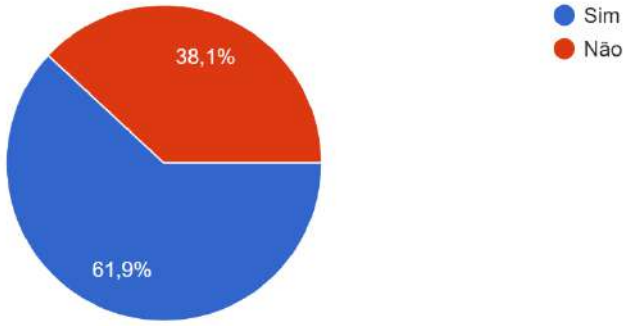
Há quanto tempo é enfermeiro neste serviço?



Como classifica o seu conhecimento no que diz respeito às intervenções de Enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com CCP sob quimioradioterapia?



Considera existir acolhimento às pessoas com CCP que são admitidas para internamento para iniciar ou dar continuidade aos tratamentos?



Enumere um ou dois motivos porque tem esta opinião.

_____

_____

Análise de Conteúdo segundo Laurence Bardin[1] **RESPOSTA NÃO (8 pessoas)**		
CATEGORIA: Motivos associados à instituição/equipa de saúde		
SUBCATEGORIA	**UNIDADE DE ANÁLISE**	**FREQUÊNCIA**
Falta de acompanhamento	*"não há seguimento dos doentes sob quimioterapia…"* (E[2]1)	1
Inexistência de protocolos e/ou *checklists*	*"o facto de não existir um protocolo…cada enfermeiro ensine o que, para si, seria mais importante o doente saber, ao invés de ensinar o que mais faz sentido à realidade do doente…"* (E8) *"a criação de protocolos para determinadas situações facilitaria a atuação da equipa de enfermagem…"* (E20)	2
Educação para a saúde deficitária	*"existem doentes para início de tratamento que vêm mal informados da consulta…"* (E14) *"…as necessidades destes doentes, em particular, as necessidades formativas NÃO são do interesse da instituição."* (E19) *"Escassa informação."* (E21)	3
Falta de recursos	*"…também por falta de tempo para avaliar essa realidade aprofundadamente…"* (E8) *"…falta de tempo influencia a oportunidade de realização e validação dos ensinos."* (E12) *"…falta de tempo por parte do enfermeiro…"* (E14) "e*xiste falta de tempo…"* (E19)	4
Lacunas no trabalho multidisciplinar	*"existe falta de (…) trabalho multidisciplinar para garantir o acompanhamento"* (E19)	1
CATEGORIA: Motivos associados à Pessoa com CCP		
SUBCATEGORIA	**UNIDADE DE ANÁLISE**	**FREQUÊNCIA**
Iliteracia em saúde	*"…a iliteracia em saúde nestes doentes é geralmente muito elevada, o que dificulta bastante todo este processo."* (E10)	1
Comunicação comprometida	*"a comunicação com este tipo de doentes muitas vezes está alterada"* (E10)	1

[1] Adaptado de Laurence, B. (1977). *Análise de Conteúdo.* Edições 70.

[2] E = Enfermeiro.

Análise de Conteúdo segundo Laurence Bardin[3] RESPOSTA SIM (13 pessoas)		
CATEGORIA: Motivos associados à equipa de saúde		
SUBCATEGORIA	**UNIDADE DE ANÁLISE**	**FREQUÊNCIA**
Acolhimento ao serviço	*"apresentação do serviço, fornecimento de contactos de referência…"* (E2) *"é feito o acolhimento e ensinos relativamente (…) aos contactos e apoios disponíveis…"* (E4)	2
Educação para a Saúde	*"…ensinos sobre plano terapêutico instituído ao doente e família."* (E2) *"é feito o acolhimento e ensinos relativamente aos efeitos expectáveis…"* (E4) *"ensinos realizados."* (E7) *"é sempre feita uma abordagem acerca dos efeitos secundários e principais complicações do tratamento…"* (E8) *"…são feitos ensinos no decorrer do tratamento, fomentando estratégias, para que o utente consiga lidar com os sinais, sintomas e efeitos secundários que advém do tratamento."* (E9) *"…promovemos estratégias que minimizem o impacto das alterações na imagem e na comunicação."* (E13) *"…realização de ensinos, transmissão de conhecimentos e esclarecimentos de dúvidas e questões de forma consistente"* (E15) *"são realizados todos os ensinos respetivos a QRT e nos segundos os mesmos ensinos são validados e reforçados."* (E16) *"empoderamento com informação e ensinos de promoção e prevenção dos cuidados associados à quimioterapia e radioterapia."* (E17)	9
Realização de avaliação inicial	*"realizada avaliação inicial com recolha e atualização de dados pessoais."* (E5)	1
Estabelecimento de relação terapêutica	*"…conseguimos estabelecer uma relação de confiança com os nossos utentes desde o início"* (E4) "e*stabelecimento de uma relação terapêutica…*" (E13)	2

[3] Adaptado de Laurence, B. (1977). *Análise de Conteúdo.* Edições 70.

Reunião com Equipa médica	*"…há reunião com a equipa médica, caso exista alguma intercorrência ou o performance status do utente exija avaliação, há nova avaliação."* (E11)	1
Equipa de Enfermagem especializada e disponível	*"a existência de uma Equipa de Enfermagem formada e ciente da complexidade da doença e respetivo tratamento…"* (E15) *"há preocupação em saber a adaptação desde a cirurgia até à admissão e durante o processo de tratamento."* (E18)	2

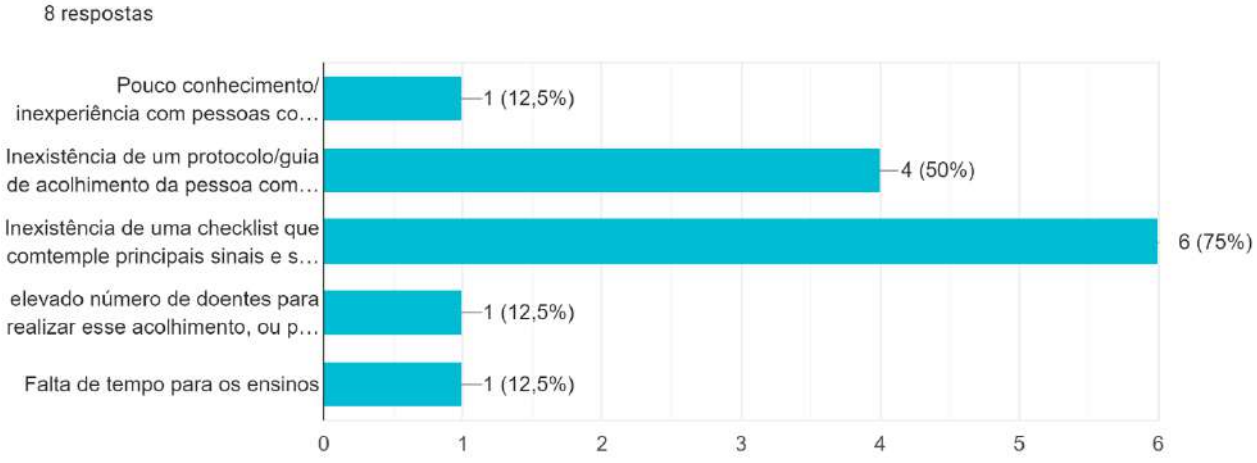
Caso a sua resposta tenha sido NÃO, considere, dos seguintes itens, aqueles que podem ser considerados obstáculos ao acolhimento da pessoa com CCP?

Pouco conhecimento/inexperiência com pessoas com CCP a cumprir quimioradioterapia

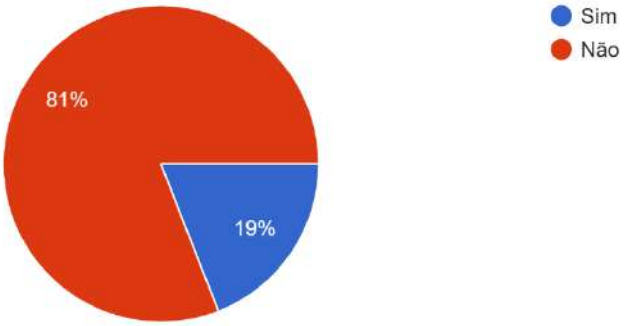
Inexistência de um protocolo/guia de acolhimento da pessoa com CCP para o enfermeiro

Inexistência de uma *checklist* que contemple principais sinais e sintomas após o tratamento e sua gestão

Outros_____



Considera que a equipa de enfermagem consegue realizar *follow-up* às pessoas com CCP entre os ciclos de tratamentos?



O que sugere que se faça?

Análise de Conteúdo segundo Laurence Bardin[4] **RESPOSTA NÃO (17 pessoas)**		
CATEGORIA: Estratégias de *Follow-up* sugeridas		
SUBCATEGORIA	**UNIDADE DE ANÁLISE**	**FREQUÊNCIA**
Consulta de Enfermagem presencial	*"haver uma consulta única para dar seguimento..."* (E1) *"uma consulta de enfermagem a par com a consulta médica..."* (E6) *"consulta de enfermagem entre tratamentos."* (E14) *"criação de uma equipa de seguimento..."* (E21)	3
Consulta de Enfermagem telefónica	*"agendar consulta telefónica obrigatória..."* (E2) *"criar uma consulta telefónica."* (E3) *"contactar o doente pelo menos uma vez no interciclo."* (E5) *"...ou mesmo uma consulta telefónica nas 24h a 48h após a alta do tratamento no internamento."* (E6) *"chamada telefónica."* (E7) *"...controlo semanal do estado do doente por chamada telefónica."* (E8) *"ao final da semana, ligar e ter um questionário de avaliação..."* (E11)	7
Educação para a Saúde	*"penso que se forem bem reforçados os ensinos iniciais no que respeita a sinais de alarme e motivos*	4

[4] Adaptado de Laurence, B. (1977). *Análise de Conteúdo.* Edições 70.

	de recorrer ao SANP ou de contactarem o nosso serviço, será suficiente…" (E4) *"também deveria de existir folhetos com os ensinos descritos, uma vez que muitos destes doentes tem alterações na comunicação…"* (E9) *"…o acompanhamento passa pela disponibilidade em resolver questões colocadas pelos doentes durante o internamento. "(*E18) *"…programa de educação sério para esta tipologia de doentes…"* (E19)	
Criação de linha de Enfermagem de atendimento direta	*"poderia haver uma linha de apoio direta para este tipo de utentes, que incluía a mobilização de enfermeiros para estarem um período do dia disponíveis…"* (E9)	1
Adoção de protocolo e/ou *checklist*	*"adoção de um protocolo com checklist para facilitar o seguimento do utente a nível institucional".* (E12) *"…sendo necessário desenhar um protocolo de educação e acompanhamento…"* (E19)	2
Promoção da articulação da equipa multidisciplinar e sistemas de informação	"m*elhorar articulação entre equipas interdisciplinares e sistemas de informação."* (E17) *"envolver equipa multidisciplinar…"* (E19)	2

Considerando as pessoas com CCP a cumprir quimioradioterapia, selecione, dos seguintes tópicos, 3 que considere pertinentes para explorar em contexto de formação no serviço:

Registos de Enfermagem no SClínico – acolhimento em internamento do doente a cumprir quimioradioterapia

Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações psicoemocionais

Cuidados de Enfermagem na alimentação/hidratação

Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações dermatológicas

Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações hematológicas

Cuidados de Enfermagem na gestão dos sintomas gastrointestinais

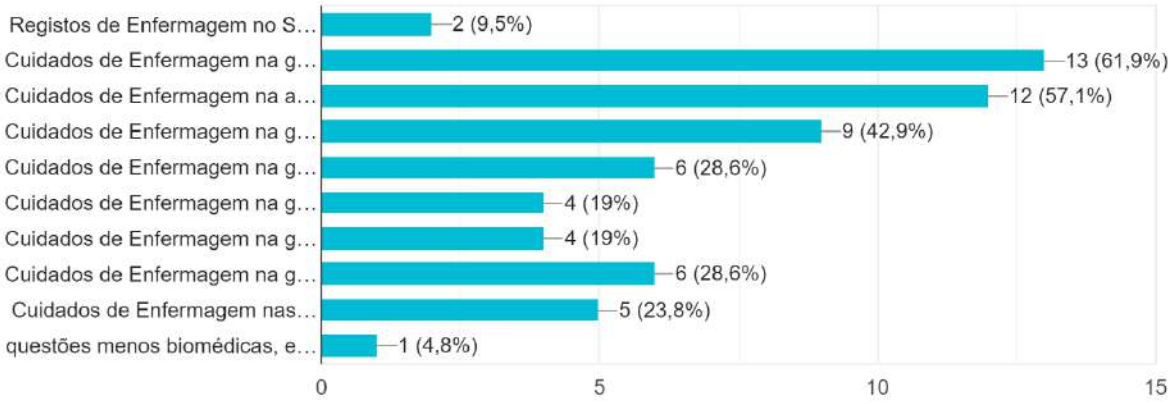
Cuidados de Enfermagem na gestão dos sintomas neurológicos

Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações reprodutivas e sexuais

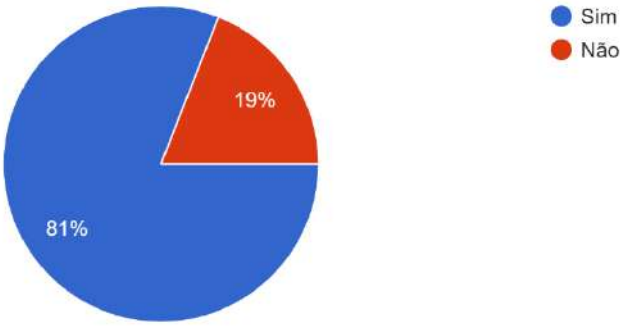
Cuidados de Enfermagem nas Traqueostomias

Outros

_____



Considera que a Equipa de Enfermagem tem espaço para melhorar no que diz respeito ao acolhimento e *follow-up* destas pessoas?



O que sugere que se faça nesse âmbito?

Análise de Conteúdo segundo Laurence Bardin[5] **RESPOSTA SIM (17 pessoas)**		
CATEGORIA: Estratégias para melhorar o acolhimento e *follow-up* sugeridas		
SUBCATEGORIA	**UNIDADE DE ANÁLISE**	**FREQUÊNCIA**
Educação para a Saúde	*"que os ensinos sejam feitos e validados junto do familiar/cuidador. Ensinos que vão desde regime terapêutico instituído, até aos agendamentos, impedindo falhas no tratamento…"* (E2) *"maior questionamento aquando do acolhimento folheto do doente com CCP…"* (E7) *"panfleto de acolhimento …"* (E16)	3
Consulta de Enfermagem	*"criar uma consulta telefónica…"* (E3) *"monitorização do estado do doente do interciclo."* (E5) *"…follow up telefónico entre ciclos."* (E7) *"…a realização de consultas telefónicas de Enfermagem de follow up no interciclo dos tratamentos."* (E15) *"consulta de follow up"* (E17)	5
Formação dos profissionais de saúde	*"…investir na formação sobre a importância de reforçar ensinos e de preparar a alta."* (E4) *"formação…"* (E6) *"formação acerca de vários temas que não são tão abordados…"* (E8) *"formação."* (E12) *"através da realização de ações formativas…"* (E15) *"formação em serviço…"* (E20) *"ações de formação."* (E21)	7
Criação de Protocolos/Guias de Atuação	*"…criação de um protocolo de atuação no acolhimento e seguimento."* (E6) *"…criação de um guia de apoio a pessoa com CCP, onde contenha conteúdos sobre o tratamento, estratégias que minimizem os efeitos secundários e dicas para que consigam lidar com a doença…"* (E13) *"…criação de um guia para o doente."* (E14) *"…elaboração de protocolos."* (E20)	4

[5] Adaptado de Laurence, B. (1977). *Análise de Conteúdo.* Edições 70.

Criação de questionário para despiste de dúvidas/problemas	*"…criar um questionário que seria entregue no 1 ciclo e que devolvido no 2° para sabermos quais foram as dúvidas que existiram no interciclo/ problemas principais"* (E13)	1
Envolvimento da equipa multidisciplinar	*"envolvimento de TODA a equipa de enfermagem que tem de se sentir motivada para isso (…) envolvimento da equipa MULTIDISCIPLINAR é essencial…"* (E10) *"…articulação entre equipas interdisciplinares…"* (E17)	2
Gestão/Otimização de Recursos	*"diminuição de rácios…"* (E14) *"…melhoria sistemas de informação." (*E17)	2
Promoção de relação de contacto próximo com pessoa/família	*"haver mais contacto com o doente e família, principalmente nos primeiros 2 meses após término da QRT."* (E18)	1

Análise de Conteúdo segundo Laurence Bardin[6] **RESPOSTA NÃO (4 pessoas)**		
CATEGORIA: Estratégias para melhorar o acolhimento e *follow-up* sugeridas		
SUBCATEGORIA	**UNIDADE DE ANÁLISE**	**FREQUÊNCIA**
Gestão/Otimização de Recursos	*"tem de haver elementos estipulados para fazer esse seguimento."* (E1) *"…a gestão e mobilização de recursos humanos no serviço (…) rácios existentes (que atenção, são muito bons comparativamente a outros serviços/hospitais) vs decisões clínicas vs recursos e necessidades existentes no serviço"* (E9) *"sejam atribuídos a profissionais tempo, espaço e recursos para turnos específicos fazer esse acompanhamento."* (E11) *"necessário tempo..."* (E19)	4
Formação dos profissionais de saúde	*"…novas estratégias e ter cada vez mais conhecimentos para que possamos fazer muito, com os recursos "findáveis" que temos, através de formações quer em grupo ou a nível pessoal…"* (E9)	1
Consulta de Enfermagem	*"…por exemplo consulta de enfermagem"* (E19)	1

Obrigada por ter respondido!

[6] Adaptado de Laurence, B. (1977). *Análise de Conteúdo.* Edições 70.

APÊNDICE III – Cronograma do projeto

ANO 2022/2023																				
Meses	**Setembro**	**Outubro**				**Novembro**					**Dezembro**				**Janeiro**					**Fevereiro**
Semanas de estágio / **Campos de Estágio**	26 a 30	3 a 7	10 a 14	17 a 21	24 a 28	31/10 a 4	7 a 11	14 a 18	21 a 25	28 a 2/12	5 a 9	12 a 16	19 a 23	26 a 30	2 a 6	9 a 13	16 a 20	23 a 27	30 a 3/2	6 a 10
Campo de Estágio A, Hospital A													**Férias de Natal**							
Campo de Estágio B1, Hospital A																				
Campo de Estágio B2, Hospital B																				
Campo de Estágio C, Hospital A																				

APÊNDICE IV – Descrição dos objetivos, atividades, meios e estratégias

Campo de Estágio: A, Hospital A **Período de Estágio:** 26 de setembro a 4 de novembro			
Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de mestre e enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito da promoção do autocuidado da pessoa com CCP sob QRT do acolhimento ao *follow-up*.			
Competências Envolvidas: RCCEE[1] (2019): A1.1.; B3.1.; C1.1.; C2.1.; D1.1.; E D2.2.; RCEEEMC[2] (2018): Situação Paliativa – 2.1. e 2.4.; Situação Crónica – 1.1. e 2.1.; EONS (222): módulos 1, 4, 6 e 8; Decreto-Lei N.º 107/2008: a) i; a) ii; b); e d).			
Objetivos Específicos	**Atividades**	**Recursos**	**Indicadores de Avaliação**
1.1. Integrar de modo progressivo e gradual a equipa multidisciplinar do serviço.	**a)** Apresentação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem. **b)** Descrição da equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional.	**Humanos:** Enf.ª Chefe do serviço; Enf.ª Orientadora de estágio; Equipa multidisciplinar do serviço. **Materiais:** computador; projetor de imagem; normas, guias, protocolos existentes no serviço; intranet.	**a)** Apresenta projeto de intervenção a, pelo menos, 40% da equipa de enfermagem. **b)** Elabora texto descritivo do serviço e sua dinâmica funcional e organizacional.
1.2. Identificar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com CCP sob QRT desde	**c)** Realização de revisão *scoping* alusiva à temática. **d)** Elaboração de tabela com intervenções de enfermagem identificadas na evidência científica de acordo com os	**Humanos:** Enf.ª Chefe do serviço; Enf.ª Orientadora de estágio; Equipa de enfermagem; Pessoas com CCP/família. **Materiais:** computador; bases de dados, livros ou outras	**c)** Elabora relatório da revisão *scoping* alusiva a temática. **d)** Dá início à construção de uma tabela com intervenções identificadas na evidência científica de acordo com os requisitos de autocuidado definidos por Orem.

[1] Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
[2] Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

o acolhimento ao *follow-up.*	requisitos de autocuidado definidos por Orem.	plataformas para pesquisa bibliográfica; *guidelines* disponíveis.	
1.3. Analisar a intervenção do enfermeiro especialista na promoção do autocuidado da pessoa com CCP do acolhimento ao *follow-up.*	**e)** Observação da intervenção do enfermeiro especialista na promoção do autocuidado da pessoa com CCP do acolhimento ao *follow-up,* com recurso à tabela de resultados obtidos da revisão *scoping.* **f)** Consulta de registos de enfermagem. **g)** Consulta de protocolos, guias e/ou normas no âmbito desta temática.	**Humanos:** Enf.ª Chefe do serviço; Enf.ª Orientadora de estágio; Equipa de Enfermagem; Pessoas com CCP/família. **Materiais:** computador; bases de dados, livros ou outras plataformas para pesquisa bibliográfica; *guidelines* disponíveis; registos de enfermagem; protocolos, guias e/ou normas; intranet.	**e), f), g)** Elabora texto de análise dos achados que observou na prestação de cuidados à pessoa com CCP.
1.4. Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem às pessoas com CCP.	**h)** Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem a, pelo menos, 5 pessoas com CCP.	**Humanos:** Enf.ª Chefe do serviço; Enf.ª Orientadora de estágio; Equipa de enfermagem; Pessoas com CCP/família. **Materiais:** computador; bases de dados, livros ou outras plataformas para pesquisa bibliográfica; registos de enfermagem.	**h)** Realiza um estudo de caso a propósito de uma das pessoas de quem cuidou.

Campo de Estágio: B1, Hospital A **Período de Estágio:** de 7 de novembro a 16 de dezembro			
Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de mestre e enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito da promoção do autocuidado da pessoa com CCP sob QRT do acolhimento ao *follow-up*.			
Competências Envolvidas: RCCEE[3](2019): A1.1.; B3.1.; C1.1.; C2.1.; D1.1.; e D2.2.; RCEEEMC[4](2018): Situação Paliativa – 2.1. e 2.4.; Situação Crónica – 1.1. e 2.1.; EONS (2022): módulos 1, 4, 6 e 8; Decreto-Lei N.º 107/2008: a) i; a) ii; b); e d).			
Objetivos Específicos	**Atividades**	**Recursos**	**Indicadores de Avaliação**
1.1. Integrar de modo progressivo e gradual a equipa multidisciplinar do serviço.	**a)** Apresentação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem. **b)** Descrição da equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional.	**Humanos:** Enf.ª Chefe do serviço; Enf.ª Orientadora de estágio; Equipa multidisciplinar do serviço. **Materiais:** computador; projetor de imagem; normas, guias, protocolos existentes no serviço; intranet.	**a)** Apresenta projeto de intervenção a, pelo menos, 40% da equipa de enfermagem. **b)** Elabora texto descritivo do serviço e sua dinâmica funcional e organizacional.
1.2. Identificar as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com CCP sob QRT do	**c)** Validação da tabela com intervenções identificadas na evidência científica por três peritos da área.	**Humanos:** Enf.ª Chefe do serviço; Enf.ª Orientadora de estágio; Equipa de enfermagem; Três enfermeiros peritos para validação (ainda a definir); Pessoas com CCP/família.	**c)** Conclui a tabela com intervenções identificadas na evidência científica. **c)** Valida a tabela com intervenções identificadas na evidência científica. **d)** Cria *checklist* com principais efeitos secundários da QRT e sua gestão.

[3] Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
[4] Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

acolhimento ao *follow-up.*	**d)** Criação de *checklist* com principais efeitos secundários da QRT e sua gestão.	**Materiais:** computador; bases de dados, livros ou outras plataformas para pesquisa bibliográfica; *guidelines* disponíveis.	
1.3. Analisar a intervenção do enfermeiro especialista na promoção do autocuidado da pessoa com CCP sob QRT do acolhimento ao *follow-up.*	**e)** Observação da prestação de cuidados à pessoa com CCP sob QRT com recurso à tabela de resultados obtidos da revisão *scoping.* **f)** Consulta de registos de enfermagem. **g)** Consulta de protocolos, guias e/ou normas no âmbito desta temática.	**Humanos:** Enf.ª Chefe do serviço; Enf.ª Orientadora de estágio; Equipa de enfermagem; Pessoas com CCP/família. **Materiais:** computador; bases de dados, livros ou outras plataformas para pesquisa bibliográfica; *guidelines* disponíveis; registos de enfermagem; protocolos, guias e/ou normas; intranet.	**e) f) g)** Realiza reflexão segundo ciclo reflexivo de Gibbs de um aspeto significativo que observou.

Campo de Estágio: B2, Hospital B **Período de Estágio:** de 7 de novembro a 16 de dezembro			
Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de mestre e enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito da promoção do autocuidado da pessoa com CCP sob QRT do acolhimento ao *follow-up*.			
Competências Envolvidas: RCCEE[5](2019): A1.1.; B3.1.; C1.1.; C2.1.; D1.1.; e D2.2.; RCEEEMC[6](2018): Situação Paliativa – 2.1. e 2.4.; Situação Crónica – 1.1. e 2.1.; EONS (2022): módulos 1, 4, 6 e 8; Decreto-Lei N.º 107/2008: a) i; a) ii; b) e d).			
Objetivos Específicos	**Atividades**	**Recursos**	**Indicadores de Avaliação**
1.1. Integrar de modo progressivo e gradual a equipa multidisciplinar do serviço.	**a)** Apresentação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem. **b)** Descrição da equipa multidisciplinar do contexto e a sua dinâmica funcional e organizacional.	**Humanos:** Enf.ª Chefe do serviço; Enf.ª Orientadora de estágio; Equipa multidisciplinar do serviço. **Materiais:** computador; normas, guias, protocolos existentes no serviço.	**a)** Apresenta projeto de intervenção a, pelo menos, 40% da equipa de enfermagem. **b)** Elabora texto descritivo do serviço e sua dinâmica funcional e organizacional.
1.2. Analisar a intervenção do enfermeiro especialista na promoção do autocuidado da pessoa com doença oncológica do acolhimento ao *follow-up.*	**c)** Observação da prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica. **d)** Consulta de registos de enfermagem.	**Humanos:** Enf.ª Chefe do serviço; Enf.ª Orientadora de estágio; Equipa multidisciplinar do serviço. Pessoas com doença oncológica.	**c) d) e)** Realiza reflexão segundo ciclo de Gibbs de um aspeto significativo que observou. **f)** Realiza guia de boas práticas no acolhimento para as pessoas com CCP sob QRT.

[5] Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
[6] Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

	e) Consulta de protocolos, guias e/ou normas no âmbito desta temática. **f)** Realização de guia de boas práticas no acolhimento às pessoas com CCP sob QRT.	**Materiais:** computador; bases de dados, livros ou outras plataformas para pesquisa bibliográfica; *guidelines* disponíveis; registos de enfermagem; protocolos, guias e/ou normas.	

Campo de Estágio: C, Hospital A **Período de Estágio:** de 2 de janeiro a 10 de fevereiro			
Objetivo Geral 2: Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da promoção do autocuidado da pessoa com CCP sob QRT do acolhimento ao *follow-up*.			
Competências Envolvidas: RCCEE[7](2019): A1.1.; A1.2.; A2.2.; B1.1.; B2.2.; B3.1.; C1.1.; C2.1.; D1.1.; D2.1.; D2.2.; e D2.3. RCEEEMC[8] (2018): Situação Paliativa – 1.2.; 1.3.; 1.4.; 2.1.; 2.3. e 2.4.; Situação Crónica – 1.1.; 1.2.; 1.4. e 2.1.; EONS (2022): módulos 2, 3, 4, 5, 6 e 8; Decreto-Lei N.º 107/2008: a) i; a) ii; a) iii; b); c); d); e) e f).			
Objetivos Específicos	**Atividades**	**Recursos**	**Indicadores de Avaliação**
2.1. Envolver a equipa de enfermagem para a importância da promoção do autocuidado da pessoa com CCP do acolhimento ao *follow-up.*	**a)** Exposição do projeto de intervenção no serviço.	**Humanos:** Enf. Chefe do serviço; Enf.ª Orientadora de estágio; Equipa Multidisciplinar do serviço. **Materiais:** computador; projetor de imagem.	**a)** Expõe projeto de intervenção a, pelo menos, 40% da equipa de enfermagem. **a)** Elabora ata de reunião relativa à exposição do projeto à equipa médica responsável pela área de Cabeça e Pescoço no momento do estágio.
	b) Realização de sessão formativa intitulada "Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações psicoemocionais da pessoa com CCP a cumprir QRT". **c)** Aplicação do questionário de avaliação da formação.	**Humanos:** Enf. Chefe do serviço; Enf.ª Orientadora de estágio; Equipa de Enfermagem do serviço. **Materiais:** computador; projetor de imagem; bases de dados, livros ou outras plataformas para	**b)** Elabora o plano da sessão formativa. **b)** Desenvolve a sessão formativa. **b)** Apresenta a sessão formativa a, pelo menos, 40% da equipa de enfermagem. **c) d)** Aplica questionário de avaliação da formação e elabora relatório dos resultados obtidos.

[7] Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
[8] Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

	d) Análise dos resultados do questionário de avaliação da formação aplicado.	pesquisa bibliográfica; *guidelines* disponíveis.	
2.2. Prestar cuidados de enfermagem que promovam o autocuidado às pessoas com CCP a cumprir QRT neste campo de estágio.	**e)** Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com CCP a cumprir QRT, com enfoque nas seguintes dimensões: - Acolhimento; - Avaliação dos efeitos secundários que surgiram de acordo com escalas de avaliação sobre efeitos de QRT; - Planeamento da alta/*follow-up.*	**Humanos:** Enf. Chefe do serviço; Enf.ª Orientadora de estágio; Equipa de enfermagem; Pessoas com CCP sob QRT. **Materiais:** computador; bases de dados, livros ou outras plataformas para pesquisa bibliográfica; sistema informático para registos de enfermagem.	**e)** Presta cuidados a, pelo menos, 10 pessoas com CCP que irão iniciar/dar continuidade a tratamentos de QRT no serviço. **e)** Produz notas de campo descritivas das várias dimensões que tem em consideração na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com CCP sob QRT. **e)** Preenche a *checklist* a propósito dos efeitos secundários.
2.3. Implementar plano de enfermagem no acolhimento às pessoas com CCP sob QRT.	**f)** Aplicação da *checklist* com principais efeitos secundários da QRT e sua gestão. **g)** Validação do guia de boas práticas pela equipa de enfermagem. **h)** Implementação do guia de boas práticas no acolhimento às pessoas com CCP sob QRT.	**Humanos:** Enf. Chefe do serviço; Enf.ª Orientadora de estágio; Equipa de Enfermagem; Pessoas com CCP sob QRT. **Materiais:** computador; bases de dados, livros ou outras plataformas para pesquisa bibliográfica; sistema informático para registos de enfermagem; intranet.	**f)** Aplica *checklist* com principais efeitos secundários da QRT e sua gestão. **g)** Apresenta relatório dos resultados de opiniões a propósito da validação do guia de boas práticas. **h)** Implementa o guia de boas práticas no acolhimento às pessoas com CCP sob QRT a 10 pessoas. **h)** Realiza folheto de acolhimento destinado às pessoas com CCP sob QRT.

	i) Realização de folheto de acolhimento destinado às pessoas com CCP sob QRT. **j)** Utilização do procedimento de formalização pela Direção de Enfermagem dos documentos elaborados.		**j)** Envia o procedimento de formalização à Direção de Enfermagem dos documentos elaborados.

APÊNDICE V – Cronograma das atividades

Ano	2022													2023					
Meses	Set	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro					Fev
Semanas	26	3	10	17	24	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6
	30	7	14	21	28	11	18	25	2/12	9	16	23	30	6	13	20	27	3/2	10
Atividades																			
Apresentação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem.												**Férias de Natal**							
Descrição da equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional.																			
Realização de revisão *scoping* alusiva à temática.																			
Elaboração de tabela com intervenções de enfermagem identificadas na evidência científica de acordo com os requisitos de autocuidado definidos por Dorothea Orem.																			
Observação da intervenção do enfermeiro especialista na promoção do autocuidado da pessoa com CCP do acolhimento ao *follow-up*, com recurso à tabela de resultados obtidos da revisão *scoping*.																			
Observação da prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica.																			
Consulta de registos de enfermagem.																			
Consulta de protocolos, guias e/ou normas no âmbito desta temática.																			
Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem a, pelo menos, 5 pessoas com CCP.																			

Validação da tabela com intervenções identificadas na evidência científica por três peritos da área.																		
Criação de *checklist* com principais efeitos secundários da QRT e sua gestão.																		
Realização de guia de boas práticas no acolhimento às pessoas com CCP sob QRT.																		
Realização de sessão formativa intitulada "Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações psicoemocionais da pessoa com CCP a cumprir QRT".																		
Aplicação do questionário de avaliação da formação.																		
Análise dos resultados do questionário de avaliação da formação aplicado.																		
Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com CCP a cumprir QRT.																		
Aplicação da *checklist* com principais efeitos secundários da QRT e sua gestão.																		
Validação do guia de boas práticas pela equipa de enfermagem.																		
Implementação do guia de boas práticas no acolhimento às pessoas com CCP sob QRT.																		
Realização de folheto de acolhimento destinado às pessoas com CCP sob QRT.																		
Utilização do procedimento de formalização pela Direção de Enfermagem dos documentos elaborados.																		
Elaboração do relatório final de estágio.																		

Férias de Natal

Legenda:

Campo de Estágio A, Hospital A

Campo de Estágio B1, Hospital A

Campo de Estágio B2, Hospital B

Campo de Estágio C, Hospital A

APÊNDICE VI – Campo de Estágio A - Texto descritivo do serviço e sua dinâmica funcional e organizacional

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

opção Enfermagem Oncológica

Ano Letivo 2022-2023

Estágio com Relatório

Campo de Estágio A

Texto descritivo do serviço e sua dinâmica funcional e organizacional

Ana Rita Soares Lopes, 3228

Professora Orientadora:

Prof.ª Dr.ª Eunice Maria Casimiro Sá

Enfermeira Orientadora:

[redacted]

Lisboa

outubro 2022

O presente texto surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório integrada no segundo semestre do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica.

Refere-se à primeira atividade que estipulei no quadro de objetivos a que me proponho atingir no primeiro campo de estágio, que doravante denominarei como "Campo de Estágio A". Assim, tem como objetivo principal descrever o Campo de Estágio A no que concerne à sua dinâmica funcional e organizacional. Para isso, irei descrever o espaço físico (instalações, equipamentos), a organização do serviço, com enfoque principal nos cuidados de Enfermagem, e na dinâmica da equipa multiprofissional.

O Campo de Estágio A é um serviço de internamento cirúrgico das seguintes especialidades: cirurgia cabeça e pescoço (CCP), endocrinologia (END) e otorrinolaringologia (ORL). Desta forma, destina-se a pessoas com tumores da cavidade oral (lábio, língua, gengiva, pavimento da boca, glândulas salivares), faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe), laringe, nariz e seios perinasais, na tiróide e nas paratiróides, pessoas com metástases ganglionares de tumores conhecidos e/ou ocultos, tumores cutâneos que se localizem na cabeça e pescoço, entre outros.

A verdade é que muitos dos referidos tumores são malignos, porém, neste serviço, há também admissões para excisão de lesões benignas, tratamento de estenoses traqueais, entre outras, cuja localização anatómica exija cirurgia de umas das três especialidades acima referidas.

Dispõe de 39 camas para internamento e de 2 quartos de isolamento, distribuídas pelas três especialidades. Das 39 camas disponíveis, o serviço contempla enfermarias e uma unidade de recuperação com capacidade para 6 camas, que se destina ao recobro de doentes pós-cirúrgicos e/ou com/ou em risco de instabilidade hemodinâmica.

No espaço físico, é possível observar que as camas da ala da esquerda se destinam mais frequentemente ao internamento de pessoas da área de ORL (da cama 1 à cama 18), ao passo que as da ala da direita se destinam a pessoas da área de CCP e END (da cama 19 à 39).

O serviço apresenta um longo corredor, sendo que num dos seus lados se observam as diferentes enfermarias, umas com 4 camas e outras com 2 camas. Todas

as enfermarias dispõem de casa de banho partilhada, em alguns casos, entre duas enfermarias. As casas de banho estão equipadas com chuveiro com assento, sanita, lavatório e secador de cabelo.

Do outro lado do corredor, existem diferentes salas, destinadas ao secretariado do serviço, sala de trabalho de enfermagem, sala dos médicos, gabinete de medicina interna, sala de pausa, copa do serviço, refeitório/sala de estar para os doentes internados, salas para armazenamento de material e salas de sujos.

De salientar que é na sala de trabalho de enfermagem, que a equipa de Enfermagem se reúne para a passagem de turno, preparação de medicação e realização de registos de enfermagem.

Na sala de tratamentos é onde se realizam os tratamentos às diferentes feridas cirúrgicas, ostomias respiratórias, sondas nasogástricas, acessos venosos periféricos e/ou centrais ou a quaisquer outros dispositivos que as pessoas possam apresentar.

É também nesta sala que são realizados e validados muitos dos ensinos para a saúde na gestão dos referidos dispositivos para potenciar o autocuidado, com enfoque nos cuidados com a mobilização pós-cirurgia, cuidados com o pedículo, limpeza e manutenção das ostomias respiratórias, cuidados com higiene oral e comunicação.

A sala é composta por quatro unidades: três delas estão separadas por cortinas para assegurar a privacidade e encontram-se equipadas com material de penso e para remoção de suturas/agrafos e uma cadeira que permite ajustar altura e reclinação. A quarta unidade, que inclui um espelho e um lavatório, é utilizada principalmente para potenciar o autocuidado às ostomias respiratórias.

Esta sala também funciona como sala de formação para os profissionais do serviço, sempre que necessário.

A equipa de enfermagem é constituída por 47 elementos que são parte integrante de uma equipa multidisciplinar, que funciona em prol das pessoas alvo de cuidados. É chefiada por uma Enfermeira Chefe, que gere 6 equipas de enfermagem, encabeçadas por um enfermeiro chefe de equipa. Das seis equipas de enfermagem, uma delas é constituída apenas por enfermeiros especialistas.

São os chefes de equipa que, durante os turnos da manhã em dias não úteis, nas tardes e nas noites, desempenham funções de responsáveis de turno, onde, para além

de ficarem responsáveis pelos pessoas que têm atribuídas, supervisionam e gerem qualquer necessidade que as pessoas/profissionais de saúde/serviço possam apresentar na área de enfermagem.

Durante as manhãs dos dias úteis, existem dois enfermeiros de referência, que, de forma rotativa, assumem funções de coordenação. Um deles na área da CCP/END e outro em ORL. Funcionam como ponte entre a equipa de enfermagem e a restante equipa multidisciplinar, acompanhando e integrando a visita médica.

Têm também um papel ativo na gestão/preparação das altas clínicas, articulando com a família/prestador de cuidados, verificando, em conjunto com a assistente social, as necessidades para a alta. Inclui ainda a marcação de consultas de enfermagem subsequentes necessárias, entrega de medicação de ambulatório e material necessário ao autocuidado, entrega de documentos de alta e registo da carta de alta de enfermagem na plataforma utilizada. A par da gestão de altas, são eles que realizam a avaliação inicial e o acolhimento das pessoas para internamento. Desta forma, são também eles que gerem as vagas no serviço, de maneira a assegurar uma unidade para cada pessoa que tenha uma cirurgia programada.

Para além disso, dão apoio e esclarecem os enfermeiros que assim o solicitem e coordenam os cuidados de Enfermagem, delineando um plano de trabalho respeitador das dotações seguras.

Para iniciar funções na coordenação, está estipulada uma fase de integração, onde durante 2 a 3 turnos, um enfermeiro que já desempenhe funções de coordenação integra os colegas. É de realçar que só são integrados nestas funções os enfermeiros que já desempenhem funções na unidade de recuperação e sejam responsáveis de turno.

Importa ainda acrescentar que, na equipa de enfermagem, existem 3 enfermeiras responsáveis pela formação em serviço e diferentes grupos de trabalho. Assim, existe um plano de formação delineado no serviço, construído com base nas necessidade de formação identificadas na equipa, que aposta na formação entre pares.

No seio da equipa de enfermagem, há pessoas com diferentes níveis de competência, especialização, experiência e perícia. Especificamente, existem 3 especialistas na área Médico-Cirúrgica e 1 na área da Reabilitação.

As enfermeiras especialistas em Médico-Cirúrgica, após identificarem focos de atenção de enfermagem que necessitavam de melhoria no serviço, iniciaram a avaliação da competência das pessoas internadas para a comunicação, realização da sua higiene oral e no autocuidado à ostomia respiratória.

Para o efeito, recorrem a três escalas distintas que permitem a sintetização e estruturação da referida avaliação, de modo a serem delineadas as intervenções necessárias e adaptadas a cada pessoa. O preenchimento das escalas é realizado em formato papel e o registo destas atividades de avaliação é realizado na plataforma de registos de enfermagem. Depois, trimestralmente, é realizado um relatório de atividades que sumaria as pessoas avaliadas, a sua evolução e os resultados alcançados com as intervenções implementadas.

Para além disso, supervisionam a revisão, reposição e validade dos elementos constitutivos do carro de urgência e de todos os materiais que constam nos kits existentes no serviço. Importa dizer que muitos dos kits são também da sua autoria: kit de cateter venoso central, kit de traqueotomia de urgência, kit de hemorragia, kit de linha arterial, entre outros.

A enfermeira especialista em reabilitação trabalha, essencialmente, durante as manhãs, focando-se na reabilitação da parte respiratória e motora, articulando o seu trabalho com os fisioterapeutas. Também regista as avaliações realizadas na plataforma de registos de Enfermagem, elaborando relatório de atividades trimestralmente.

A equipa de enfermagem está também habituada a supervisionar/orientar estudantes de enfermagem de diferentes ciclos, licenciatura e mestrado/especialidade, provenientes de diferentes escolas.

Para além de uma forte cultura no âmbito da orientação de estudantes, têm estruturado um plano de integração faseado para enfermeiros recém-admitidos, possível de ser consultado no manual de integração criado pela equipa de Enfermagem.

Para além dos enfermeiros, a equipa multidisciplinar inclui: 13 médicos de CCP, 9 médicos de ORL, 5 médicos de END, 3 médicos internistas, 1 psiquiatra (que dá apoio ao serviço), 1 dietista, 1 assistente social, 1 psicóloga, 4 administrativos e 13 assistentes operacionais.

No período da manhã nos dias úteis, existem sempre um médico de ORL e outro de CCP no serviço, sendo que o médico de ORL é substituído de dois em dois meses e o de CCP pode variar diariamente. No restante tempo - tardes, noites e manhãs de dias não-úteis - existe um clínico do serviço que fica de urgência para qualquer situação que se revele necessária.

De um modo geral, existe visita médica de ORL todas as terças-feiras e de CCP todas as quintas-feiras, onde estão presentes os enfermeiros de coordenação, assistente social, dietista, farmacêutica e médico internista.

Os assistentes operacionais, outro grupo profissional basilar, são responsáveis pelas atividades delegadas pelos enfermeiros, como, por exemplo, assistência/substituição nos cuidados de higiene, alimentação e transferência/posicionamentos; limpeza/organização das unidades; reposição de material nas diferentes unidades, carros de medicação, salas de trabalho; entre outros. Estão divididos em cinco equipas, cada uma delas encabeçada por um chefe de equipa, à semelhança das equipas de Enfermagem. Existe sempre um assistente operacional afeto à sala de tratamentos para a sua limpeza e reposição.

Sempre que se revele necessário, existe também articulação com a Equipa da Dor, Equipa das Feridas, Equipa Intrahospitalar de Cuidados de Saúde Paliativos, entre outras. Existe também uma forte ligação com as consultas externas de ORL e de CCP, locais de passagem obrigatória no período de integração dos enfermeiros recém-admitidos no serviço.

Importa ressalvar que também se fomenta o trabalho de equipa com outros elementos fundamentais para a manutenção e gestão do serviço, nomeadamente com a equipa de limpeza e com as copeiras.

Existe, pela natureza do serviço e pela complexidade que muitas cirurgias representam, uma ligação com serviços externos: o Bloco Operatório (que inclui também a Unidade de Cirurgia de Ambulatório), os serviços cirúrgicos de outros pisos, principalmente para gestão de vagas em Enfermarias de Recuperação, e a Unidade de Cuidados Intensivos.

Finda a descrição organizacional e funcional do serviço, importa, por fim, demonstrar o circuito do doente em duas situações particulares: com internamento programado (figura 1) e com internamento não programado (figura 2).

Figura 1 – *Fluxograma do circuito programado do doente no Campo de Estágio A, Hospital A*

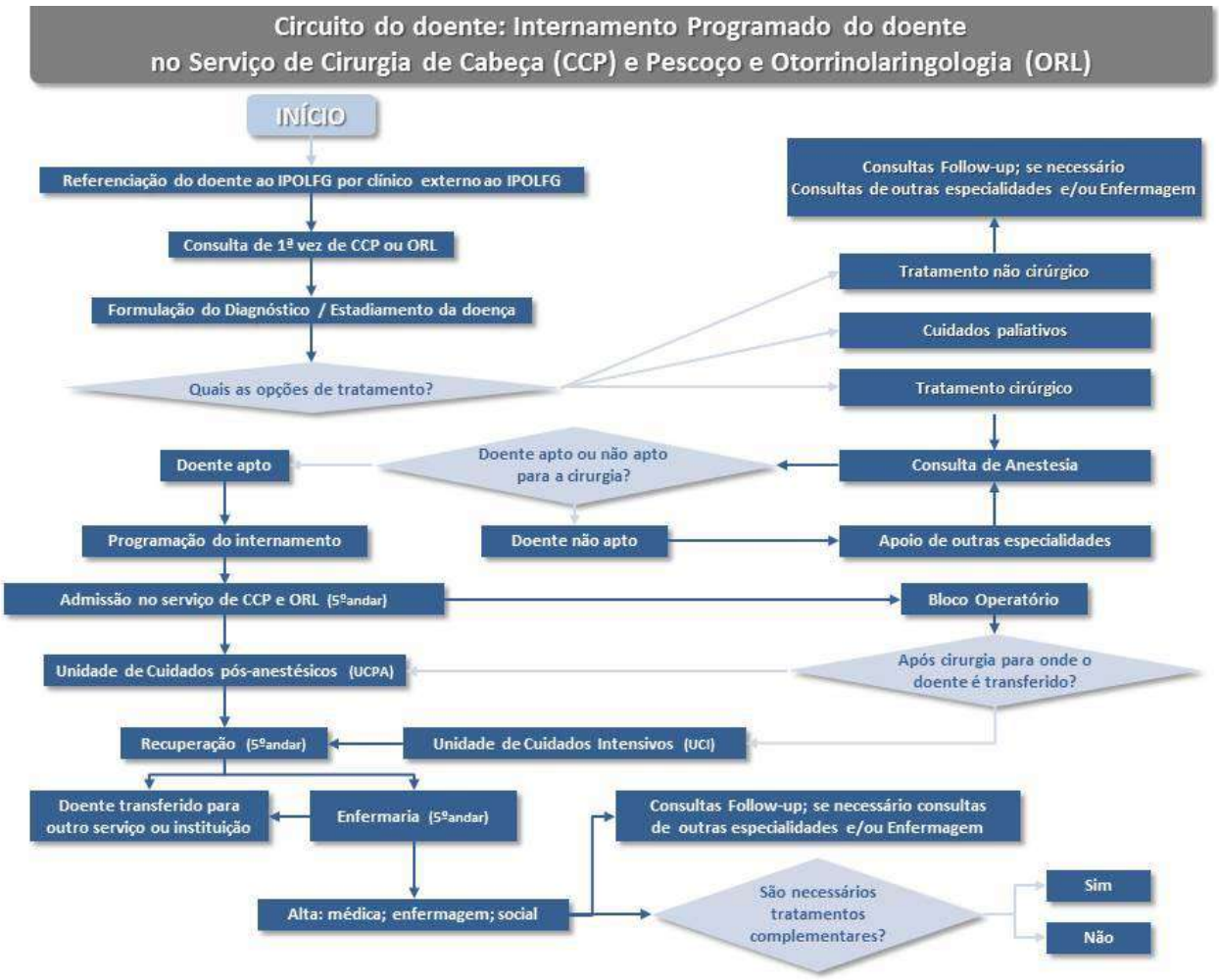
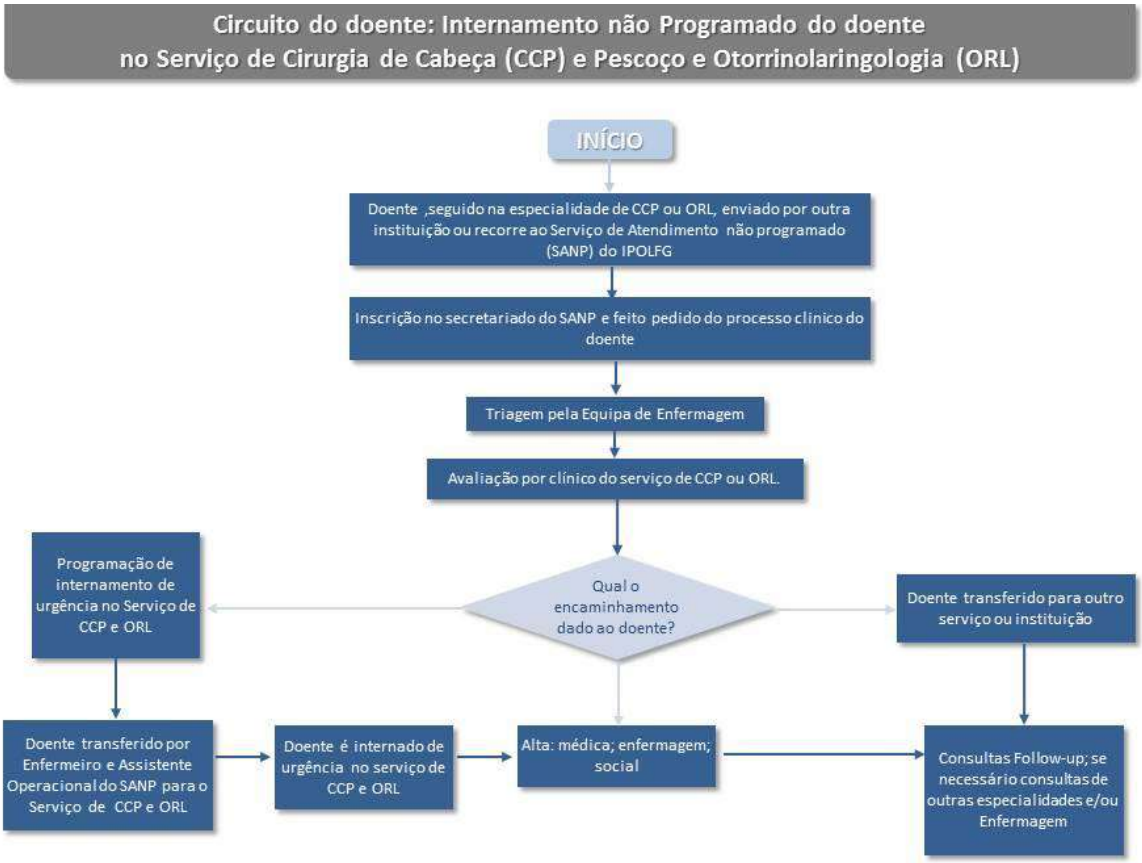


Figura 2 - *Fluxograma do circuito não programado do doente no Campo de Estágio A, Hospital A*



APÊNDICE VII – Intervenções de Enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia, do acolhimento ao *follow-up*: um protocolo de revisão *scoping*

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Médico-Cirúrgica opção

Enfermagem Oncológica

Ano Letivo 2022-2023

Estágio com Relatório

Intervenções de Enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia, do acolhimento ao *follow-up*: um protocolo de revisão *scoping*

Professora Orientadora:

Prof.ª Dr.ª Eunice Maria Casimiro Sá

Enfermeira Orientadora:

[redacted]

Lisboa

outubro 2022

Intervenções de Enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia, do acolhimento ao *follow-up*: um protocolo de revisão *scoping*

Nursing interventions that promote the self-care of the person with head and neck cancer under chemoradiotherapy, from welcoming to follow-up: a scoping review protocol

Ana Rita Soares Lopes[1]
[1]Enfermeira num Serviço de Oncologia

RESUMO

Introdução: As pessoas com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia necessitam do acompanhamento de uma equipa multidisciplinar de forma a gerir a sua trajetória na doença oncológica. Os enfermeiros são fundamentais na promoção do autocuidado destas pessoas, do acolhimento ao *follow-up*.

Objetivo: Mapear a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia, do acolhimento ao *follow-up*.

Estratégia de Pesquisa: A pesquisa foi realizada no período de maio a julho de 2022, nas bases de dados CINAHL e MEDLINE. Recorreu-se ao método definido pelo *Joanna Briggs Institute* através da definição de população, conceito e contexto.

Extração e apresentação de dados: Os dados estão apresentados em forma de tabela, de forma a facilitar a sua análise e posterior discussão. Para os extrair, foi construída uma tabela adaptada do modelo para extração de dados disponibilizado pelo *Joanna Briggs Institute* no *Manual for Evidence Synthesis.*

Conclusão: Este protocolo de revisão *scoping* permitiu agrupar um conjunto de intervenções que podem ser levadas a cabo pelos enfermeiros em dois períodos distintos: acolhimento e fase ativa de tratamento e após o tratamento/*follow-up.* Estas intervenções focam-se, essencialmente, na prevenção e gestão dos efeitos secundários que, no caso desta doença oncológica, podem ser múltiplos e com um impacto significativo na qualidade de vida destas pessoas.

Palavras-Chave: autocuidado; cancro da cabeça e pescoço; quimioradioterapia; intervenções de Enfermagem; acolhimento*; follow-up*.

ABSTRACT

Background: People with head and neck cancer under chemoradiotherapy need the follow-up of a multidisciplinary team in order to manage their trajectory in cancer. Nurses are fundamental in promoting the self-care of these people, from welcoming to follow-up.

Objective: Mapping the available evidence on nursing interventions that promote the self-care of the person with head and neck cancer under chemoradiotherapy, from welcoming to follow-up.

Research Strategy: The survey was conducted from May to July 2022, in the CINAHL and MEDLINE databases. The method defined by the Joanna Briggs Institute was used through the definition of population, concept and context.

Data extraction and presentation: The data is presented in table form, in order to facilitate its analysis and further discussion. To extract them, an adaptation from the model for data extraction made available by Joanna Briggs Institute in the Manual for Evidence Synthesis was constructed.

Conclusion: This scoping review protocol allowed us to group a set of interventions that can be carried out by nurses in two different periods: reception and active phase of treatment and after treatment/follow-up. These interventions essentially focus on the prevention and management of side effects, which, in the case of this oncological disease, can be multiple and have a significant impact on the quality of life of these people.

Keywords: self-care; head and neck cancer; chemoradiotherapy; nursing interventions; welcoming; follow-up.

OBJETIVO/QUESTÃO DE PESQUISA

A presente revisão *scoping* apresenta como objetivo mapear a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia, do acolhimento ao *follow-up*. Desta forma, surgiu a seguinte questão de investigação:

"Quais as intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia, do acolhimento ao *follow-up*?"

INTRODUÇÃO

O cancro da cabeça e pescoço (CCP) tem origem nas mucosas de revestimento ou nas estruturas de suporte das vias aerodigestivas superiores: da cavidade oral (lábio, língua, gengiva, pavimento da boca, glândulas salivares), faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe), laringe, nariz e seios perinasais, na tiróide e nas paratiróides (Estêvão et al., 2016).

A nível mundial, o CCP é considerado o sétimo tipo mais comum de cancro, constituindo 5% de todos os casos de cancro (Dhull et al., 2018). O sul da Ásia apresenta a taxa de incidência de CCP mais elevada, seguida da Europa, América do Norte e Austrália (Aupérin, 2020).

Em Portugal, em 2020, verificaram-se 1698 novos casos de cancro da tiroide e 89 óbitos; 1103 novos casos de cancro dos lábios e cavidade oral e 382 óbitos; 412 novos casos de cancro da hipofaringe e 174 óbitos; 529 novos casos de cancro da laringe e 329 óbitos; 280 novos casos de cancro da orofaringe e 218 óbitos; 118 novos casos de cancro da nasofaringe e 64 óbitos; 116 novos de casos de cancro das glândulas salivares e 60 óbitos (*The Global Cancer Observatory*, 2021).

O CCP é diagnosticado duas vezes mais em homens, do que em mulheres e é, habitualmente, associado a pessoas com idade superior a 50 anos (*National Cancer Institute* [NCI], 2022).

Os hábitos tabágicos e etanólicos, isolados ou em associação, continuam a ser dois dos principais fatores de risco associados a este tipo de cancro (Dhull et al., 2018; Aupérin, 2020). Porém, atualmente, um dos fatores de risco mais emergente é a infeção pelo vírus do papiloma humano (McDermott & Bowles, 2019; Chow, 2020), principalmente pelo tipo 16, frequentemente em pessoas jovens (Chow, 2020).

O tratamento para o CCP depende de inúmeros fatores, como por exemplo, a idade e os antecedentes pessoais de saúde da pessoa; e tipo, localização e estadio do tumor; podendo incluir cirurgia, quimioterapia, radioterapia, imunoterapia ou uma combinação de várias modalidades terapêuticas (NCI, 2022).

Apesar de, num estadio inicial, as pessoas com CCP, poderem ser tratadas com cirurgia ou radioterapia, aquelas com doença agressiva ou localmente avançada, que correspondem a 2/3 dos novos diagnósticos, têm maior probabilidade de apresentar doença recorrente ou metastática, não sobrevivendo por mais de 5 anos (Mesia et al., 2020). Assim, quando a resseção cirúrgica é menos viável ou resultaria em alterações funcionais significativas, a quimioradioterapia é considerada a modalidade terapêutica *standard* (Chow, 2020). De facto, também Cherifi et al. (2022), referem que a gestão da doença localmente avançada inclui a realização de quimioradioterapia exclusiva ou pós-cirúrgica, apresentando altas taxas de toxicidades agudas, o que conduz a 60% das interrupções de tratamento.

Como a maioria destas pessoas são submetidas a diferentes modalidades terapêuticas, acabam por experienciar efeitos secundários aos diferentes tratamentos, onde se incluem fadiga, diminuição da acuidade auditiva, xerostomia, perda de peso, deficiências nutricionais, estenose carotídea, hipotiroidismo, formação de fístulas, osteonecrose, trismus, neuropatia periférica, problemas sexuais, problemas cognitivos, entre outros (Sacharian, 2021).

Assim, é fundamental que estas pessoas tenham o acompanhamento de uma equipa multidisciplinar durante o diagnóstico, tratamento e *follow-up* (Taberna et al., 2020).

Os enfermeiros são uma das partes integrantes dessa equipa (Goyal et al., 2022), podendo também funcionar como pessoas de referência para a pessoa e família no seio da complexidade de cuidados que necessitam. Taberna et al. (2020), referem que o enfermeiro representa *"the anchor that will guarantee the continuity of care throughout the entire healthcare process, including the follow up"* (p. 2). Do mesmo modo, Miguel et al. (2019) alertam-nos para o facto das pessoas com CCP a cumprir tratamentos necessitarem de cuidados de enfermagem especializados antes, durante e após os referidos tratamentos.

Acolher é definido por Schimiguel et al. (2015) como um compromisso que visa dar resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde, constituindo-se como fundamental nas políticas de saúde. Costa et al. (2016) reconhecem o acolhimento como um cuidado de enfermagem que deve funcionar como uma ferramenta que fomente a comunicação e relação entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados. De igual modo, Machado et al. (2015), referem que o acolhimento implica uma atitude de relacionamento com o outro, envolvendo ouvir, compreender e esclarecer o outro, o que contribuiu para a humanização, qualidade e segurança dos cuidados. Para além disso, os mesmos autores consideram que o acolhimento tem um papel fulcral na forma como a pessoa se adapta à doença oncológica, facilitando a adesão ao tratamento e a redução do stress.

Os cuidados de *follow-up* têm como objetivo a vigilância da saúde, de forma a permitir a deteção precoce da recorrência do cancro e a resolução de complicações do tratamento ou outras questões de saúde emergentes (Brennan et al., 2022). É recomendado que a frequência dos cuidados de *follow-up* seja superior nos primeiros dois anos, reduzindo-se gradualmente ao longo do tempo com término após cinco anos (Simo et al., 2016). De acordo com a evidência científica disponível, o *follow-up* de pessoas com CCP não prolonga a sua sobrevivência, mas melhora a qualidade de

vida, (Szturz et al., 2020), o que também é considerado um dos objetivos *major* dos cuidados de enfermagem.

O autocuidado assume-se como central na jornada oncológica que as pessoas com CCP experienciam, uma vez que é definido, de acordo com a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (2001), como a prática de atividades que as pessoas levam a cabo por si próprias ou que são realizadas por si de forma a manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Assim, realizou-se uma pesquisa preliminar, entre maio e julho de 2022, nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Helth Literature* (CINAHL) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), não se tendo identificado nenhuma outra *scoping review* terminada ou em curso sobre esta temática.

O objetivo do presente protocolo de revisão de *scoping* consiste em mapear a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem que promovam o autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia, do acolhimento ao *follow-up*.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Tipo de Participantes

Pessoas com cancro da cabeça e pescoço com idade superior a 19 anos.

Conceito

Intervenções de enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia.

Contexto

Acolhimento e *follow-up*.

Fontes de Informação

Esta revisão pretende englobar todo o tipo de literatura disponível.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

O método determinado pelo *Joanna Brigs Institute* (JBI) *Manual for Evidence Synthesis* (2020) organiza a estratégia de pesquisa em três etapas principais, de acordo com a questão de pesquisa, formulada com base na mnemónica **PCC, P**opulação, **C**onceito e **C**ontexto, respetivamente.

Inicialmente, realizou-se uma pesquisa livre no Google Académico, de forma a ter uma ideia geral da literatura existente e termos de linguagem natural utilizados. De seguida, e com o mesmo objetivo, realizou-se igualmente uma pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, através da plataforma EBSCOHost. Através da análise das palavras utilizadas nos títulos e resumos dos artigos encontrados, foi possível determinar a linguagem natural para responder à mnemónica PCC.

Na segunda etapa, foram determinadas as palavras-chave e termos indexados a utilizar em cada uma das bases de dados, conforme consta no quadro 1.

Para a **P**opulação, assumiram-se como termos indexados, em ambas as plataformas de pesquisa, "*Head and Neck Neoplasms*" e "*Squamous Cell Carcinoma of Head and Neck*".

Para o **C**onceito, existiram pequenas diferenças entre os termos indexados na base de dados CINAHL e MEDLINE respeitante às intervenções de enfermagem. Neste âmbito, na base de dados CINAHL, utilizaram-se os seguintes - "*Nursing Interventions*"; "*Oncologic Nursing*"; "*Nursing Role*"; e "*Advanced Nursing Practice*" – ao passo que na MEDLINE, foram estes os selecionados – "*Nursing*"; "*Oncology Nursing*"; "*Nurse's Role*"; e "*Advanced Practice Nursing*".

No âmbito do Autocuidado e da Quimioradioterapia, foi possível encontrar termos indexados semelhantes em ambas as bases de dados, designadamente, "*Self Care*", "*Self-Management*" e "*Chemoradiotherapy*".

No que diz respeito ao **C**ontexto, em ambas as bases de dados, não foi possível encontrar um termo indexado para Acolhimento. Assim, recorreu-se aos termos cuja definição era a mais aproximada, "*Patient Admission*". No que diz respeito

ao *Follow-up*, assumiram-se os seguintes termos "*Patient Discharge*" e "*After-Care*".

Assim os descritores seguiram os descritores *Mesh* na base de dados MEDLINE e CINAHL *Subject Headings* na base de dados CINAHL.

Quadro 1 – *Termos de Linguagem Natural e Termos Indexados nas bases de dados CINAHL e MEDLINE*

	Linguagem Natural (Google Académico)	**Termos Indexados**	
		CINAHL	**MEDLINE**
População	Pessoa com Cancro da cabeça e Pescoço	*Head and Neck Neoplasms*	*Head and Neck Neoplasms*
		Squamous Cell Carcinoma of Head and Neck	*Squamous Cell Carcinoma of Head and Neck*
Conceito	Intervenções de Enfermagem	*Nursing Interventions*	*Nursing*
		Oncologic Nursing	*Oncology Nursing*
		Nursing Role	*Nurse's Role*
		Advanced Nursing Practice	*Advanced Practice Nursing*
	Autocuidado	*Self Care*	*Self Care*
		Self-Management	*Self-Management*
	Quimioradioterapia	*Chemoradiotherapy*	*Chemoradiotherapy*
Contexto	Acolhimento	*Patient Admission*	*Patient Admission*
	Follow-up	*Patient Discharge*	*Patient Discharge*
		After Care	*Aftercare*

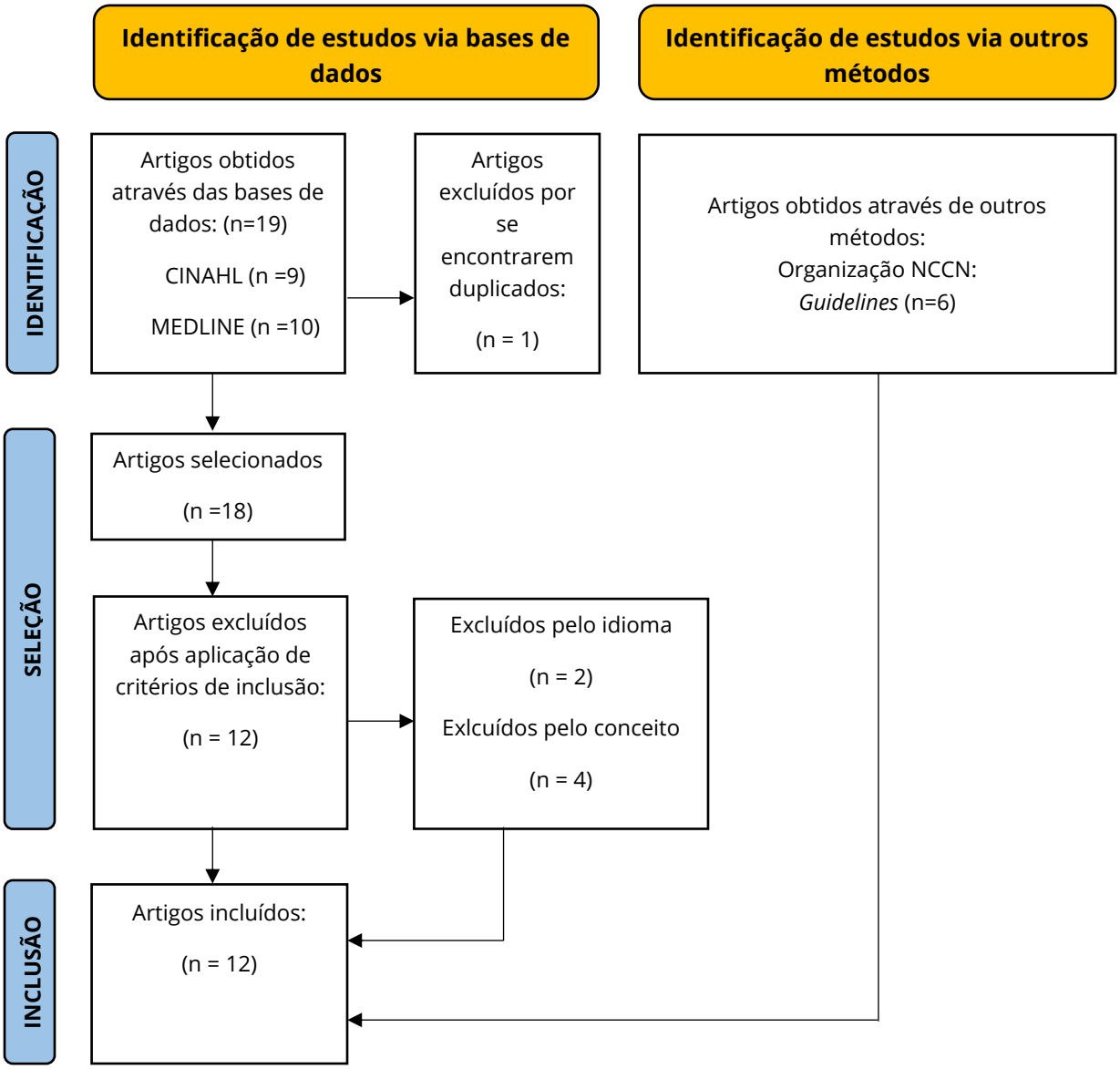
Na terceira e última etapa, procedeu-se à análise da amostra de artigos encontrados em ambas as bases de dados, totalizando 19 artigos (ver quadros 2 e 3). Da amostra dos 19 artigos, 1 deles foi excluído por se encontrar repetido em ambas as plataformas. Após a aplicação dos limitadores de pesquisa - idioma inglês e período de 2011 a 2022 - sobraram 12 artigos. Foi selecionado o idioma inglês por ser o idioma em que se produz a maioria da evidência científica. O período de 2011 a 2022 foi selecionado de forma a incluir a informação disponível mais recente.

Da amostra dos 12 artigos encontrados nas bases de dados, 6 foram excluídos após leitura dos resumos, por não responderem à questão de investigação. Foram

ainda incluídas 6 *guidelines* desenvolvidas pelo *National Cancer Institute Network* (NCCN) por serem as recomendações chave no âmbito da temática em investigação.

Assim, considera-se para análise uma amostra final de 12 artigos (ver fluxograma 1).

Fluxograma 1 – *Percurso da Estratégia de Pesquisa*[1]



[1] Adaptado de: Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ (Clinical research ed.), 372, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Tabela 2 – *Estratégia de Pesquisa na Base de Dados CINAHL (realizada a 13/07/2022)*

PCC	Termos Indexados CINAHL	Resultados/Nº de artigos	Resultados/Nº de artigos após operadores boleanos			Resultados após limitadores de pesquisa
População	*Head and Neck Neoplasms* **S1**	15 487	S1 OR S2			
	Squamous Cell Carcinoma of Head and Neck **S2**	537	**S3** 16 001	S3 AND		
Conceito	*Nursing Interventions* **S4**	9 436	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 **S11** 140 693	S11 AND	**S16** 9	Ano 2011-2022 8 artigos **TOTAL 8 ARTIGOS**
	Oncologic Nursing **S5**	16 761				
	Nursing Role **S6**	63 239				
	Advanced Nursing Practice **S7**	11 312				
	Self Care **S8**	43 968				
	Self-Management **S9**	2 151				
	Chemoradiotherapy **S10**	1 206				
Contexto	*Patient Admission* **S12**	20 759	S12 OR S13 OR S14 **S15** 56 825	S15		
	Patient Discharge **S13**	22 029				
	After Care **S14**	18 341				

Tabela 3 - *Estratégia de Pesquisa na Base de Dados MEDLINE (realizada a 13/07/2022)*

PCC	Termos Indexados CINAHL	Resultados/Nº de artigos	Resultados/Nº de artigos após operadores boleanos			Resultados após limitadores de pesquisa
População	*Head and Neck Neoplasms* **S1**	61 366	S1 OR S2			
	Squamous Cell Carcinoma of Head and Neck **S2**	9 290	**S3** 63 399	S3 AND		
Conceito	*Nursing* **S4**	51 721	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 **S11** 154 947	S11 AND	**S16** 10	Ano 2011-2022 5 artigos **TOTAL 5 ARTIGOS**
	Oncology Nursing **S5**	8 269				
	Nurse's Role **S6**	42 443				
	Advanced Practice Nursing **S7**	1 987				
	Self Care **S8**	34 359				
	Self-Management **S9**	4 566				
	Chemoradiotherapy **S10**	14 909				
Contexto	*Patient Admission* **S12**	25 999	S12 OR S13 OR S14 **S15** 69 554	S15		
	Patient Discharge **S13**	36 638				
	Aftercare **S14**	11 812				

EXTRAÇÃO DOS DADOS

Para extrair os dados resultantes da pesquisa de literatura, o quadro infra (quadro 4), que pretende organizar logicamente a informação pertinente, foi adaptada do modelo para extração de dados disponível no *JBI Manual for Evidence Synthesis* (2020).

Quadro 4 – *Tabela de extração de dados*

Autores **Ano de Publicação**	**Urquhart, Hassanali, Kanatas, Mitchell & Ong** **2011**
País de Origem	Reino Unido
Objetivo	Não aplicável – carta ao editor.
População/Amostra	Não aplicável – carta ao editor.
Metodologia/Métodos	Não aplicável – carta ao editor.
Principais achados	O acompanhamento das pessoas com cancro da cabeça e pescoço é essencial na gestão de sinais e sintomas, prevenção da recorrência de doença, apoio psicossocial e avaliação de diferentes aspetos da qualidade de vida. Nesta carta ao editor, os autores defendem a existência de uma *Nurse Led Clinic* que facilitaria uma reabilitação contínua e apoio psicológico, permitindo melhorar a eficiência num contexto clínico onde os médicos/cirurgiões e os enfermeiros especialistas em oncologia contactam em simultâneo com a pessoa/família com CCP. Esta posição surge como uma alternativa para a redução dos custos elevados e burocracias associadas aos cuidados de *follow-up.* Para além disso, o acompanhamento por enfermeiros especialistas em oncologia poderia ser uma mais valia na gestão do autocuidado das pessoas com CCP em diferentes aspetos do seu dia-a-dia, como por exemplo, alimentação através de sonda nasogástrica e/ou gastrostomia; trismus;

	realização de pensos, entre outros. Tal acompanhamento permitiria a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.
Autores **Ano de Publicação**	**Leeuw, Prins, Uitterhoeve, Merkx, Marres & van Achterberg** **2014**
País de Origem	Holanda
Objetivo	Descrever a comunicação entre o enfermeiro e a pessoa com doença oncológica em 2 consultas consecutivas de *follow-up* após tratamento para CCP com ou sem acompanhante.
População/Amostra	10 pessoas com CCP e 6 parceiros.
Metodologia/Métodos	Estudo observacional descritivo de 17 consultas gravadas em vídeo.
Principais achados	Este estudo foca a importância de uma adequada comunicação entre a pessoa com CCP/família e a equipa multidisciplinar, sublinhando que as pessoas com este diagnóstico têm um elevado risco de apresentar sintomas físicos e psicossociais que impactam negativamente a sua qualidade de vida. Assim, defendem que uma comunicação centrada na pessoa é um aspeto que confere qualidade aos cuidados prestados, assim como ajuda as pessoas a gerir o stress associado à doença e respetivos tratamentos, facilitando a adaptação psicológica. Pode influenciar positivamente resultados de saúde como adesão ao regime terapêutico, utilização dos serviços de saúde, satisfação da pessoa e controlo sintomático. Este tipo de comunicação implica compreender a perspetiva da pessoa, as suas preocupações, necessidades, sentimentos e funcionamento, através de uma conversa aberta. Tem duas funções principais: fornecer informação e responder às emoções. Para isso, é importante exibir comportamentos

	que apoiam a conversa fornecendo espaço e evitando comportamentos inibidores e/ou desencorajadores da interação. Neste estudo também está explicitado que, ao longo dos últimos tempos, se tem vindo a provar que consultas de *follow-up* de enfermagem nestas pessoas são importantes no que diz respeito à gestão de sintomas, funcionamento emocional e segurança médica. Os resultados deste estudo mostraram que os enfermeiros oncológicos têm maior facilidade em responder a questões informativas das pessoas com CCP e seus parceiros do que a abordar e explorar pistas emocionais, o que poderá ser colmatado com mais formação profissional que permita desenvolver competências comunicacionais.
Autores **Ano de Publicação**	**Buzzacchino, Lanzola, Bossi, Licitra & Quaglini** **2015**
País de Origem	Itália
Objetivo	Apresentar a aplicação para telemóvel HeNeA destinada a apoiar pessoas com CCP durante os seus tratamentos.
População/Amostra	Não mencionada no artigo.
Metodologia/Métodos	Não mencionados no artigo.
Principais achados	A utilização de uma aplicação para telemóvel poderá facilitar a comunicação entre a pessoa com doença oncológica e a equipa multidisciplinar durante a fase de tratamentos e *follow-up* de modo a facilitar o seu empoderamento e consciencialização. A aplicação apresentada reúne estratégias nos seguintes domínios: educação para a saúde, autovigilância, colaboração com a equipa multidisciplinar e comunicação com outras pessoas com doença oncológica utilizadoras da plataforma.

Autores **Ano de Publicação**	**Terzo, Fleming, Yechoor, Camporeale, Troxler, Roth, Tan, Pignone, Marks & Chera** **2017**
País de Origem	Estados Unidos da América
Objetivo	Avaliar um projeto de melhoria da qualidade que visa reduzir as visitas aos serviços de emergência e as admissões clínicas não planeadas.
População/Amostra	97 pessoas com CCP a cumprir radioterapia com intuito curativo.
Metodologia/Métodos	Estudo observacional.
Principais achados	Este estudo demonstra que com uma melhor gestão de sintomas, possível graças a consultas de enfermagem semanais às pessoas com CCP que estão sob radioterapia, foi possível reduzir os custos económicos elevados associados às visitas aos serviços de emergência e às admissões clínicas não planeadas. Com esta estratégia foi possível uma redução de 11% nas visitas aos serviços de emergência e de 16% de admissões clínicas não planeadas, o que implicou uma redução de custos em 176 848 dólares. Assim, os autores pretendem encorajar a replicação deste modelo de consultas de enfermagem de forma a melhorar os resultados para a saúde e a diminuir os custos associados.
Autores **Ano de Publicação**	**Peeters, Braat, Been-Dahmen, Verduijn, Oldenmenger & van Staa** **2018**
País de Origem	Holanda
Objetivo	Fornecer informações sobre as experiências das pessoas que lidam com as consequências do CCP no seu dia-a-dia e as suas necessidades de apoio e autocuidado.

População/Amostra	13 pessoas com CCP que foram tratadas com sucesso no Departamento de Oncologia de Radiação do *Erasmus MC Cancer Institute*, em Roterdão, na Holanda.
Metodologia/Métodos	*Focus Group* e seis entrevistas individuais.
Principais achados	O tratamento do CCP inclui, muitas vezes, uma combinação de tratamentos, que podem incluir cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Estes tratamentos podem acarretar diferentes efeitos secundários como desfiguração facial, xerostomia, comunicação comprometida, dificuldades na mastigação e deglutição e défices nutricionais. Para além dos aspetos físicos, o impacto psicológico é significativo e estas pessoas podem experienciar ansiedade, depressão, incerteza e desesperança. O período de 6 meses a 1 ano após os tratamentos é considerado crítico e de maior vulnerabilidade, por ser o período onde é esperado que as pessoas tenham um papel mais ativo e promotor do autocuidado. Os enfermeiros têm um papel chave na promoção do autocuidado por se encontrarem numa posição central na teia de cuidados que estas pessoas necessitam. De forma a integrarem a doença oncológica no seu dia-a-dia, as pessoas necessitam de apoio em diferentes valências - instrumental, psicossocial e relacional – antes, durante e após os tratamentos. Este artigo apresenta uma tabela resumo que agrupa as necessidades das pessoas nas diferentes valências e nos diferentes *timmings* de tratamento. Este estudo enfatiza a importância de uma avaliação holística das necessidades que estas pessoas apresentam de forma a ser possível planear intervenções individualizadas e adequadas. Para além disso, refere o potencial que os enfermeiros têm para implementarem intervenções do foro

	psicossocial e relacional, para além das do domínio instrumental. Para isso, os enfermeiros necessitam de ferramentas e treino para conseguirem apoiar a recuperação das pessoas com CCP.
Autores **Ano de Publicação**	**National Comprehensive Cancer Network** **2018**
País de Origem	Estados Unidos da América
Objetivo	*Guidelines for Oral Cancers*
População/Amostra	Não aplicável.
Metodologia/Métodos	Não aplicável.
Principais achados	Este documento providencia um conjunto de informação a propósito do cancro da cavidade oral, incluindo noções básicas sobre oncologia, tratamentos habituais de acordo com estadio do tumor e indicações para decidir os tratamentos mais adequados. Assim, promove o autocuidado através da educação para a saúde e o incentivo à tomada de decisões partilhadas entre a pessoa e a equipa multidisciplinar de saúde. Apresenta um conjunto de questões-exemplo para a pessoa se munir de mais conhecimentos sobre o seu estado de saúde e futuro. De salientar a referência à ferramenta *distress screening* importante para avaliar o stress que a pessoa possa sentir em qualquer fase do tratamento.
Autores **Ano de Publicação**	**National Comprehensive Cancer Network** **2019**
País de Origem	Estados Unidos da América
Objetivo	*Guidelines for Oral Nasopharyngeal Cancer*
População/Amostra	Não aplicável.
Metodologia/Métodos	Não aplicável.

Principais achados	À semelhança do documento anterior, este também agrega um conjunto de informação a propósito do cancro da nasofaringe, nomeadamente noções básicas sobre o cancro da nasofaringe, estadiamento destes tumores, tratamentos habituais de acordo com estadio do tumor e pistas para a seleção do melhor tratamento. Deste modo, promove o autocuidado através da educação para a saúde e incentivo à tomada de decisões partilhadas entre a pessoa e a equipa multidisciplinar de saúde. Conforme o anterior, também apresenta um conjunto de questões norteadoras e faz referência à ferramenta *distress screening*.
Autores **Ano de Publicação**	**National Comprehensive Cancer Network** **2020**
País de Origem	Estados Unidos da América
Objetivo	*Guidelines for Oral Oropharyngeal Cancer*
População/Amostra	Não aplicável.
Metodologia/Métodos	Não aplicável.
Principais achados	Este documento funciona como um guia de apoio às pessoas com cancro da orofaringe, reunindo um conjunto de informação sobre esta temática, em particular noções básicas sobre o cancro da orofaringe, estadiamento destes tumores, tratamentos disponíveis de acordo com as características do tumor e recomendações para a seleção do melhor tratamento. Desta forma, promove o autocuidado através da educação para a saúde e incentivo à tomada de decisões partilhadas entre a pessoa e a equipa multidisciplinar de saúde. Assim como os anteriores, também apresenta um conjunto de questões orientadoras para a decisão e ação e faz referência à ferramenta *distress screening*.

Autores **Ano de Publicação**	**National Comprehensive Cancer Network** **2020**
País de Origem	Estados Unidos da América
Objetivo	*Guidelines Survivorship Care for Cancer-Related Late and Long-Term Effects*
População/Amostra	Não aplicável.
Metodologia/Métodos	Não aplicável.
Principais achados	Este guia disponibiliza as informações major na monitorização e gestão de principais efeitos a longo prazo relacionados com o diagnóstico oncológico e o seu tratamento. Defende que a pessoa é considerada sobrevivente desde o diagnóstico oncológico até atingir o equilíbrio de vida. Assim, é necessário colocar em prática programas de sobrevivência, dado existirem cada vez mais sobreviventes a nível mundial. Aborda as seguintes temáticas: alterações hormonais, doença cardiovascular, linfedema, alterações cognitivas, alterações sexuais, fadiga, alteração do padrão do sono, gestão da dor, *distress* e saúde mental. Apresenta uma lista de recursos aos quais as pessoas podem recorrer para procurar ajuda nas mais diversas áreas.
Autores **Ano de Publicação**	**National Comprehensive Cancer Network** **2022**
País de Origem	Estados Unidos da América
Objetivo	*Clinical Practice Guidelines in Oncology – Head and Neck Cancers.*
População/Amostra	Não aplicável.
Metodologia/Métodos	Não aplicável.

Principais achados	Este guia contempla as diretrizes de prática clínica a respeito do CCP, nomeadamente: algoritmos de estadiamento e tratamento para os diferentes tipos de tumor (cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, região glótica da laringe, região supraglótica da laringe, seio etmoidal, seio maxilar, avançados, primários ocultos, das glândulas salivares e melanoma da mucosa) e princípios para avaliar e gerir o estado nutricional e da mucosa oral/dentição.
Autores **Ano de Publicação**	**National Comprehensive Cancer Network** **2022**
País de Origem	Estados Unidos da América
Objetivo	*Clinical Practice Guidelines in Oncology – Survivorship*
População/Amostra	Não aplicável.
Metodologia/Métodos	Não aplicável.
Principais achados	Este guia apresenta as diretrizes clínicas no âmbito das necessidades/alterações que os sobreviventes possam apresentar e como as gerir. Engloba os princípios gerais sobre estilo de vida saudável, atividade física, nutrição e gestão do peso, imunização e infeções. Apresenta também os principais efeitos tardios/problemas físicos e psicossociais a longo prazo, nomeadamente nas áreas da doença cardiovascular, ansiedade, depressão, trauma e *distress*, alterações cognitivas, fadiga, linfedema, gestão da dor, alterações hormonais, alterações sexuais, alterações do padrão de sono, emprego e regresso ao trabalho.
Autores **Ano de Publicação**	**Braat, Verduijin, van der Stege, Offerman, Peeters, van Staa & Oldenmenger** **2022**
País de Origem	Holanda

Objetivo	Avaliar as intervenções de enfermagem para apoiar a recuperação das pessoas com CCP no período após os tratamentos.
População/Amostra	49 participantes (27 incluídos no grupo de intervenção e 28 no grupo de controlo).
Metodologia/Métodos	Grupo de Intervenção – os participantes deste grupo foram a 2 consultas extra de enfermagem 3 e 9 meses após o fim dos tratamentos. Para o desenvolvimento da intervenção recorreram à ferramenta *Intervention Mapping*.
Principais achados	As competências para o autocuidado podem ser agrupadas em cinco domínios principais: resolução de problemas; tomada de decisão; utilização de recursos; formação de um parceria com os profissionais de saúde; e ação. O apoio e a promoção do autocuidado deve ser personalizado tendo em conta o indivíduo/ situação de doença. A intervenção de enfermagem holística liderada foi valorizada pelas pessoas com CCP. É uma prática viável para o dia a dia que, apesar de neste estudo não ter melhorado a qualidade de vida ou competências para o autocuidado, pode acrescentar valor e qualidade ao acompanhamento realizado a estas pessoas. Durante as consultas, foi utilizada a ferramenta *Self-Management Web*, que permite direcionar a consulta/intervenção para o domínio que a pessoa/família considere pertinente/problemático. Existem 14 domínios relacionados com a vida quotidiana. Os domínios mais apontados pelas pessoas no grupo de controlo foram: gerir as recomendações de tratamento, estilo de vida e gestão de sintomas e efeitos secundários. Por outro lado, aqueles que

	foram menos abordados foram as atividades diárias, sexualidade, emoções e espiritualidade. De facto, a maioria das pessoas com este diagnóstico deseja ter mais apoio para lidar com as consequências pós-tratamento. Para além dos aspetos físicos, estas pessoas têm dificuldade em muitos aspetos emocionais como o desenvolvimento da sua autoestima para conseguirem seguir em frente.

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Foram analisados 12 artigos no período temporal de 2011 a 2022, sendo que a maioria dos artigos está compreendida entre os anos 2018 a 2022.

Em relação ao país de origem, os artigos são de Reino Unido (n=1), Itália (n=1), Holanda (n=3) e Estados Unidos da América (n=7).

A propósito da metodologia/método, há 1 artigo que é uma carta ao editor, outro que não menciona a metodologia e 6 são *guidelines*. Em relação aos restantes, há 2 estudos observacionais, 1 que recorre ao *focus group* e 1 que utiliza grupo de intervenção/grupo de controlo.

Dos artigos analisados, apenas 1 tem como população pessoas com CCP a cumprir RT com intuito curativo, existindo 3 artigos que se reportam às pessoas com CCP no períodos após o tratamento/*follow-up*.

A extração dos dados permitiu organizar as intervenções de Enfermagem em dois momentos diferentes: acolhimento e fase ativa dos tratamentos oncológicos e após os mesmos, conforme demonstra o quadro 5.

Tabela 5 – *Apresentação dos dados*

Intervenções de Enfermagem promotoras do autocuidado da pessoa com CCP sob QRT
• Os enfermeiros têm um papel chave na promoção do autocuidado por se encontrarem numa posição central na teia de cuidados que as pessoas com CCP necessitam (Peeters et al., 2018).

- As competências para o autocuidado podem ser agrupadas em cinco domínios principais: resolução de problemas; tomada de decisão; utilização de recursos; formação de um parceria com os profissionais de saúde; e ação (Braat et al., 2022).
- O apoio e a promoção do autocuidado dever ser personalizado tendo em conta o indivíduo/situação de doença, sendo fundamental desenvolver uma relação de parceria para a tomada de decisão partilhada (Braat et al., 2022).

Acolhimento/fase ativa dos tratamentos

Apoio instrumental:

Durante os tratamentos, as pessoas com CCP esperam apoio da equipa multidisciplinar no sentido da monitorização do seu tratamento e recuperação. Nesta fase, muitos deles podem sentir dificuldades em envolver-se na tomada de decisão partilhada por se encontrarem exaustos (Peeters et al., 2018).

Apoio psicossocial:

As pessoas valorizam que os profissionais de saúde os ajudem a construir autoconfiança para se manterem motivados (Peeters et al., 2018).

Apoio relacional:

Nesta fase, as pessoas valorizam uma relação de proximidade e parceria com a equipa multidisciplinar. Uns preferem tomar decisões baseadas na sua própria experiência, enquanto outros preferem ser orientados pelos profissionais de saúde (Peeters et al., 2018).

Comunicação centrada na pessoa (Leeuw et al., 2014):

- Vantagens:
    - Confere qualidade aos cuidados de enfermagem;
    - Ajuda as pessoas a gerir o stress associado à doença e respetivos tratamentos;
    - Pode influenciar positivamente resultados de saúde como adesão ao regime terapêutico, utilização dos serviços de saúde, satisfação da pessoa e controlo sintomático;

- Facilita a adaptação psicológica da pessoa com doença oncológica.

- Pressupostos desta comunicação:
  - Compreender e acautelar a perspetiva da pessoa/família, as suas preocupações, necessidades, sentimentos e funcionamento;
  - Deve responder a duas funções principais: fornecer informação e responder às emoções;
  - Deve ser pautada por comportamentos que apoiam a conversa, fornecendo espaço e evitando comportamentos inibidores e/ou desencorajadores da interação.

Utilização de Tecnologia/Telemedicina/Aplicações para telemóvel:

- A utilização de uma aplicação para telemóvel durante a fase de tratamentos e *follow-up* poderá facilitar a comunicação entre a pessoa com doença oncológica e a equipa multidisciplinar de modo a facilitar o seu empoderamento e consciencialização na gestão da sua jornada oncológica (Buzzacchino et al. ,2015).
- Os programas online com ferramentas de rastreio, monitorização e educação para a saúde com o intuito de melhorar as competências no autocuidado foram consideradas úteis pelas pessoas com CCP, no entanto, não são viáveis para todos (Braat et al., 2022).

Após os tratamentos/*follow-up*

Apoio instrumental:

Após os tratamentos, as pessoas esperam receber informação a propósito das consequências da doença e dos tratamentos, considerando as consultas de enfermagem como uma importante ferramenta para personalizar a informação e cuidados às suas necessidades específicas (Peeters et al., 2018).

Apoio psicossocial:

Nesta fase é importante para as pessoas sentirem que os profissionais de saúde compreendem a jornada pela qual eles estão a passar. Importa ajudar a lidar com a ansiedade e stress que possam estar a sentir através do humor, reforço positivo e encorajamento para a conquista de medos (Peeters et al., 2018).

Apoio relacional:

As pessoas valorizam uma relação de proximidade e parceria com a equipa multidisciplinar. Uns preferem tomar decisões baseadas na sua própria experiência, enquanto outros preferem ser orientados pelos profissionais de saúde (Peeters et al., 2018).

Consultas de Enfermagem de *Follow-Up*:

- Permitem a redução de visitas ao serviços de emergência e de admissões clínicas não planeadas (Terzo et al., 2017).
- São importantes no que diz respeito à gestão de sintomas, funcionamento emocional e segurança médica (Leeuw et al., 2014).
- Devem incluir uma avaliação holística das necessidades que estas pessoas apresentam de forma a ser possível planear intervenções individualizadas e adequadas (Peeters et al., 2018).
- A ferramenta *Self-Management Web*, que engloba 14 domínios diferentes relacionados com a vida quotidiana, permite direcionar a consulta/intervenção para o domínio que a pessoa/família considere pertinente/problemático com o intuito de iniciar uma conversa aberta (Braat et al., 2022).

Gestão de efeitos secundários

Educação para a saúde no sentido de implementar estratégias que previnam e ajudem na gestão dos efeitos secundários e a longo prazo dos tratamentos oncológicos das pessoas com CCP, nas mais diferentes áreas: doença cardiovascular, ansiedade, depressão, trauma e *distress*, alterações cognitivas, fadiga, gestão da dor, alterações hormonais, alterações sexuais, alterações do padrão de sono, emprego e regresso ao trabalho (NCCN, 2022).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise da amostra dos artigos e normas/protocolos selecionados permite concluir que existe um conjunto de intervenções que promovem o autocuidado das pessoas com CCP em dois momentos principais: acolhimento/fase ativa dos tratamentos, e no período após os tratamentos, muitas vezes considerado como período *follow-up.*

Estas intervenções focam-se, essencialmente, na prevenção e gestão dos efeitos secundários que, no caso desta doença oncológica, podem ser múltiplos e com um impacto significativo na qualidade e vida e quotidiano de cada um.

Muitas destas intervenções são transversais aos períodos pré e pós tratamento e devem ser acauteladas por uma equipa multidisciplinar.

No seio desta equipa, o enfermeiro ocupa um papel de destaque no que diz respeito à gestão de toda a complexidade de cuidados que estas pessoas necessitam, não só no acompanhamento, mas também nas consultas e articulação com outros profissionais de saúde.

O CCP envolve, na maioria dos casos, um conjunto de tratamentos, que podem incluir cirurgia, quimioterapia, imunoterapia, realizados exclusivamente ou em concomitância, dependendo do estadio do tumor. Desta forma, é expectável que no decurso da trajetória da doença oncológica, as pessoas venham a sofrer de, pelo menos, algum efeito secundário.

No fase ativa de tratamentos há uma preocupação evidente com o estado nutricional/hidratação, cuidados com a cavidade oral (dentição, língua, gengivas), informações sobre o diagnóstico, prognóstico e plano de tratamentos. Da análise realizada aos artigos, há um incentivo ao empoderamento destas pessoas, ao serem encorajadas, se assim o desejarem, à participação ativa no seu plano de cuidados e tomada de decisão partilhada. Por exemplo, nos guias para pessoas com doença oncológica da NCCM é possível encontrar um conjunto de questões-chave para colocar à equipa de saúde, que podem ser norteadoras da informação importante a ser recolhida para uma tomada de decisão informada e consciente.

Na fase após o tratamento o foco está na gestão dos efeitos secundários tardios ou de longo prazo e na retoma à normalidade. Isso inclui abordar problemas que possam surgir em múltiplos domínios do dia a dia, sejam aspetos físicos ou emocionais/psicossociais. A este respeito, é de destacar o estudo de Braat et al. (2022) que, com recurso à ferramenta *Self-Management Web*, conseguiu abordar as temáticas que as pessoas consideraram necessárias e ou importantes nas suas vidas nas consultas de Enfermagem.

Em qualquer uma das fases a avaliação do estado psicológico/emocional,

ansiedade, depressão e/ou stress decorrentes desta caminhada é fundamental para o planeamento das intervenções adequadas.

No fundo, o autocuidado pode ser promovido através de educação para a saúde, onde os enfermeiros têm uma atuação completa e especializada. A ideia será munir as pessoas das ferramentas necessárias para conseguirem gerir a sua doença da melhor forma possível e com os melhores resultados para a sua saúde. As estratégias de educação para a saúde podem ser diversas e já existe abertura em relação a novas tecnologias como telemedicina e acompanhamento através de aplicações para telemóvel.

LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A pesquisa foi apenas realizada em duas bases de dados e só foram incluídos artigos em português e em inglês, o que pode ter condicionado um resultado mais abrangente e com mais contributos importantes. Para além disso, nem todos os artigos e *guidelines* selecionadas mencionavam intervenções específicas dos enfermeiros, mas foram à mesma selecionados pelo facto das intervenções mencionadas puderem ser levadas a cabo por estes profissionais.

CONCLUSÃO

Deste protocolo de revisão *scoping* resultou um conjunto de intervenções promotoras do autocuidado da pessoas com CCP sob QRT que foram categorizadas em dois momentos principais: acolhimento/fase ativa dos tratamentos e após o tratamento/*follow-up*. Os enfermeiros têm um papel fundamental na gestão da complexidade de cuidados que uma pessoa com CCP necessita, em fase ativa de tratamento ou após o mesmo.

A educação para a saúde reveste-se de enorme importância na promoção do autocuidado de maneira a que a pessoa possa gerir a sua trajetória oncológica rumo à independência e bem-estar.

Assim, esta revisão torna-se importante para ajudar os enfermeiros a desenvolver mais competências nesta área e a garantir uma prática clínica baseada na evidência científica. Poderá ainda funcionar como ponte para investigações futuras sobre os cuidados de enfermagem a esta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Disponível em https://synthesismanual.jbi.global. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01

Aupérin, A. (2020). Epidemiology of head and neck cancers: an update. *Current opinion in oncology*, 32(3), 178–186. https://doi.org/10.1097/CCO.0000000000000629

Brennan, K., Hall, S., Yoo, J., Rohland, S., Theurer, J., & Peng, P. (2022). Routine follow-up care for head and neck cancer after curative treatment: A 3-year experience of measuring patients' self-reported needs, preferences, quality of life and attitudes towards follow-up. *European journal of cancer care*, 31(3), e13581.

Cherifi, F., Villemin, M., Bisiaux, F., Johnson, A., Solem Laviec, H., & Rambeau, A. (2022). Impact of Early Supportive Care Assessment on treatment decision in head and neck cancer before concomitant chemoradiotherapy. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *30*(8), 6545–6553. https://doi.org/10.1007/s00520-022-07078-3

Chow L. Q. M. (2020). Head and Neck Cancer. *The New England journal of medicine*, 382(1), 60–72. https://doi.org/10.1056/NEJMra1715715

Costa, P. C. P., Garcia, A. P. R. F., & Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e Cuidado de Enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-7. https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014

Dhull, A. K., Atri, R., Dhankhar, R., Chauhan, A. K., & Kaushal, V. (2018). Major Risk Factors in Head and Neck Cancer: A Retrospective Analysis of 12-Year Experiences. *World journal of oncology*, 9(3), 80–84. https://doi.org/10.14740/wjon1104w

Estêvão, R., Santos, T., Ferreira, A., Machado, A., Fernandes, J., & Monteiro, E. (2016). Características Epidemiológicas e Demográficas dos Doentes Portadores de Tumores da Cabeça e Pescoço no Norte de Portugal: Impacto na Sobrevivência. *Acta medica portuguesa*, 29(10), 597–604. https://doi.org/10.20344/amp.7003

Goyal, N., Day, A., Epstein, J., Goodman, J., Graboyes, E., Jalisi, S., Kiess, A. P., Ku, J. A., Miller, M. C., Panwar, A., Patel, V. A., Sacco, A., Sandulache, V., Williams, A. M., Deschler, D., Farwell, D. G., Nathan, C. A., Fakhry, C., & Agrawal, N. (2022). Head and neck cancer survivorship consensus statement from the American Head and Neck

Society. *Laryngoscope investigative otolaryngology*, *7*(1), 70–92. https://doi.org/10.1002/lio2.702

Machado, G. C., Ouro, E. T. R. do, & Santana, F. P. G. de. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA. *Revista Brasileira De Saúde Funcional*, 3(2), 33-45. https://doi.org/10.25194/rebrasf.v3i2.696

McDermott, J. D., & Bowles, D. W. (2019). Epidemiology of Head and Neck Squamous Cell Carcinomas: Impact on Staging and Prevention Strategies. *Current treatment options in oncology*, 20(5), 43. https://doi.org/10.1007/s11864-019-0650-5

Mesia, R., Iglesias, L., Lambea, J., Martínez-Trufero, J., Soria, A., Taberna, M., Trigo, J., Chaves, M., García-Castaño, A., & Cruz, J. (2021). SEOM clinical guidelines for the treatment of head and neck cancer (2020). *Clinical & translational oncology: official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*, 23(5), 913–921. https://doi.org/10.1007/s12094-020-02533-1

Miguel, S., Zamarioli, C. M., de Carvalho, E. C., & Caldeira, S. (2019). The human responses and nursing diagnoses of head and neck cancer patients: literature review and synthesis of evidence. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 19-29. https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5274

National Cancer Institute (2022, julho 8). *Head and Neck Cancers.* https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/head-neck-fact-sheet#how-are-head-and-neck-cancers-treated

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6ª edição). Mosby, Inc.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, *372*, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Sacharian, K. (2021). Nursing Considerations for Head and Neck Cancer Survivorship. *Oncology Nursing Society Voice*. 32-33.

Schimiguel, J., Cenciarelli, E. A., & Nunes, L. C. (2015). O acolhimento de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. *Saúde em Revista*. 15 (39), 347-57.

Simo, R., Homer, J., Clarke, P., Mackenzie, K., Paleri, V., Pracy, P., & Roland, N. (2016). Follow-up after treatment for head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of laryngology and otology*, 130(S2), S208–S211. https://doi.org/10.1017/S0022215116000645

Szturz, P., Van Laer, C., Simon, C., Van Gestel, D., Bourhis, J., & Vermorken, J. B. (2020). Follow-Up of Head and Neck Cancer Survivors: Tipping the Balance of Intensity. Frontiers in oncology, 10, 688. https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00688

Taberna, M., Gil Moncayo, F., Jané-Salas, E., Antonio, M., Arribas, L., Vilajosana, E., Peralvez Torres, E., & Mesía, R. (2020). The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Frontiers in oncology*, *10*, 85. https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00085

The Global Cancer Observatory (2021). *Facts Sheets Portugal*. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf

APÊNDICE VIII – Tabela de intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia

Intervenção de Enfermagem promotora do autocuidado na pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia de acordo com os requisitos de autocuidado de Orem
Conceitos de Orem
Autocuidado: corresponde à prática de atividades que as pessoas levam a cabo por si próprias ou que são realizadas por si de forma a manter a vida, a saúde e o bem-estar e pode ser agrupada em três requisitos principais (Orem, 2001). **Requisitos do Autocuidado:** aqueles que fornecem informação sobre os tipos e sequências de ação utilizadas na regulação que a pessoa faz do seu próprio funcionamento no dia-a-dia, seja em ambientes estáveis ou em mudança (Orem, 2001). - **Universais:** associados ao processo de vida, manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano e com o bem-estar (Orem, 2001). - **De desenvolvimento:** estão associados à promoção do crescimento, maturação e desenvolvimento da pessoa no seu ciclo de vida (Orem, 2001). - **De desvio de saúde:** associados às pessoas doentes ou lesionadas, a alterações da estrutura e funcionamento humanos e seus efeitos, aos diagnósticos médicos, opções terapêuticas e seus efeitos (Orem, 2001).
Intervenções de Enfermagem
- Os enfermeiros têm um papel chave na promoção do autocuidado por se encontrarem numa posição central na teia de cuidados que as pessoas com cancro da cabeça e pescoço (CCP) necessitam (Peeters et al., 2018) - RS. - As competências para o autocuidado podem ser agrupadas em cinco domínios principais: resolução de problemas; tomada de decisão; utilização de recursos; formação de um parceria com os profissionais de saúde; e ação (Braat et al., 2022) - RS. - O apoio e a promoção do autocuidado devem ser personalizados tendo em conta o indivíduo/situação de doença, sendo fundamental desenvolver uma relação de parceria para a tomada de decisão partilhada (Braat et al., 2022) – RS.
1. Comunicação Centrada na Pessoa: - Pressupostos desta comunicação (de Leeuw et al., 2014) - RS: • Compreender e acautelar a perspetiva da pessoa/família, as suas preocupações, necessidades, sentimentos e funcionamento; • Deve responder a duas funções principais: fornecer informação e responder às emoções;

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

- Deve ser pautada por comportamentos que apoiam a conversa, fornecendo espaço e evitando comportamentos desencorajadores da interação.

- Vantagens (de Leeuw et al., 2014) - RS:
  - Confere qualidade aos cuidados de enfermagem;
  - Ajuda as pessoas a gerir o stress associado à doença e respetivos tratamentos;
  - Pode influenciar positivamente resultados de saúde como adesão ao regime terapêutico, utilização dos serviços de saúde, satisfação da pessoa e controlo sintomático;
  - Facilita a adaptação psicológica da pessoa com doença oncológica.

2. Consultas de Enfermagem:

- Permitem a redução de visitas aos serviços de emergência e de admissões clínicas não planeadas (Terzo et al., 2017) - RS.
- São importantes no que diz respeito à gestão de sintomas, funcionamento emocional e segurança médica (de Leeuw et al., 2014) - RS.
- Devem incluir uma avaliação holística das necessidades que estas pessoas apresentam de forma a ser possível planear intervenções individualizadas e adequadas (Peeters et al., 2018) – RS.
- A ferramenta *Self-Management Web*, que engloba 14 domínios diferentes relacionados com a vida quotidiana, permite direcionar a consulta/intervenção para o domínio que a pessoa/família considere pertinente/problemático com o intuito de iniciar uma conversa aberta (Braat et al., 2022) - RS.
- São também uma ferramenta importante para as famílias/pessoas de referência da pessoa com CCP para partilha de receios e esclarecimento de dúvidas - PC.
- Permitem fomentar uma relação terapêutica de modo a criar um espaço de abertura e segurança para o diálogo e comunicação – PC.

3. Utilização de Tecnologia/Telemedicina/Aplicações para telemóvel:

- A utilização de uma aplicação para telemóvel durante a fase de tratamentos e *follow-up* poderá facilitar a comunicação entre a pessoa com doença oncológica e a equipa multidisciplinar de modo a facilitar o seu empoderamento e consciencialização na gestão da sua jornada oncológica (Buzzacchino et al., 2015) – RS.
- Os programas online com ferramentas de rastreio, monitorização e educação para a saúde com o intuito de melhorar as competências no autocuidado foram consideradas úteis pelas pessoas com CCP, no entanto, não são viáveis para todos (Braat et al., 2022) – RS.

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

4. Apoio à pessoa com CCP e sua família:		
Antes dos tratamentos (Peeters et al., 2018) - RS	**Durantes os tratamentos** (Peeters et al., 2018) - RS	**Após os tratamentos** (Peeters et al., 2018) - RS
Apoio instrumental: após o diagnóstico, as pessoas necessitam de informação detalhada sobre o pronóstico, tratamentos, possíveis efeitos secundários e de longo termo, recuperação/reabilitação.	Apoio instrumental: as pessoas com CCP esperam apoio da equipa multidisciplinar no sentido da monitorização do seu tratamento e recuperação. Nesta fase, muitos deles podem sentir dificuldades em envolver-se na tomada de decisão partilhada por se encontrarem exaustos.	Apoio instrumental: as pessoas esperam receber informação a propósito das consequências da doença e dos tratamentos, considerando as consultas de enfermagem como uma importante ferramenta para personalizar a informação e cuidados às suas necessidades específicas.
Apoio psicossocial: as pessoas valorizam que os profissionais de saúde os motivem a aderir ao seu plano de tratamento e a não desistir. Sentir que são ouvidos e que podem expressar as suas preocupações e sentimentos é importante nesta fase.	Apoio psicossocial: as pessoas valorizam que os profissionais de saúde os ajudem a construir autoconfiança para se manterem motivados.	Apoio psicossocial: é importante para as pessoas sentirem que os profissionais de saúde compreendem a jornada pela qual eles estão a passar. Importa ajudar a lidar com a ansiedade e stress que possam estar a sentir através do humor, reforço positivo e encorajamento para a conquista de medos.
	Apoio relacional: as pessoas valorizam uma relação de proximidade e parceria com a equipa multidisciplinar. Uns preferem tomar decisões baseadas na sua própria experiência, enquanto outros preferem ser orientados pelos profissionais de saúde.	Apoio relacional: as pessoas valorizam uma relação de proximidade e parceria com a equipa multidisciplinar. Uns preferem tomar decisões baseadas na sua própria experiência, enquanto outros preferem ser orientados pelos profissionais de saúde.

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

5. Gestão de principais sinais, sintomas e efeitos secundários aos tratamentos/implicações futuras e sua gestão	
Requisito universal - manutenção de uma ingestão suficiente de ar:	**Gestão de ostomias respiratórias:** • Potenciar o autocuidado na realização dos cuidados traqueais, através do ensino, demonstração, treino e orientação/apoio na ação (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017a) - PC: - Os cuidados traqueais devem ser realizados à frente de um espelho de forma a facilitar o processo - PC; - Antes da realização dos cuidados traqueais deve proceder-se à lavagem das mãos com água e sabão neutro (DGS, 2017a) - PC; - Cuidar do estoma e da pela peri-estoma, pelo menos, 2 vezes por dia e sempre que o penso protetor esteja húmido/sujo (DGS, 2017a) - PC; - O material necessário para os cuidados traqueias inclui: sabão líquido neutro e água, cloreto de sódio 0,9% (no caso de pós-operatório imediato), compressas de tecido-não-tecido, escovilhão, escovilhão para prótese fonatória (quando existe, no caso das traqueostomias), penso protetor, fita de fixação (evitar fitas de velcro no caso das traqueotomias pelo risco de exteriorização) e cânula interna de substituição (DGS, 2017a) - PC; - É importante aplicar um creme hidrossolúvel na pele peri-estoma após a sua higienização (DGS, 2017a) - PC; - A higienização das cânulas deve acontecer de manhã, à noite e sempre que a cânula esteja obstruída (DGS, 2017a) - PC; - O material de fixação da cânula externa deve trocar-se sempre que está húmido, com perda de integridade ou impregnado de secreções (DGS, 2017a) - PC; ▪ Na substituição do material de fixação nas traqueotomias (idealmente fio de nastro) só se remove o fio antigo quando o novo já está colocado para evitar exteriorização acidental - PC;

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

	▪ Um boa estratégia para ajudar as pessoas com maior dificuldade na colocação do material de fixação é colocar um clip numa das pontas da fita de fixação de forma a facilitar a sua passagem pelo orifício da cânula – PC. - Demonstrar a importância da utilização de filtros permutadores de calor e humidade que permitem aquecer, humidificar e filtrar o ar inspirado, prevenindo infeções respiratórias (DGS, 2017a) – PC. • Ensinar sobre cuidados com higiene oral, cuidados com a alimentação e estratégias comunicacionais (DGS, 2017a) - PC; • Indicar quais os apoios existentes na comunidade (DGS, 2017a) - PC; • Ensinar sobre a necessidade de recorrer aos serviços de urgência em caso de dificuldade respiratória por obstrução e/ou perdas hemáticas (DGS, 2017a) - PC.
Requisito universal - manutenção de uma ingestão suficiente de água e nutrientes:	**Gestão de Cuidados Orais:** • <u>Pós cirúrgicos:</u> estratégias de educação para a saúde - Lavagem da cavidade oral com desinfetante com cloro-hexidina 3 a 4x/dia - PC; - Aplicação de elugel® 3 a 4x/dia - PC. • <u>Quimioradioterapia:</u> estratégias de educação para a saúde para prevenir a mucosite - Promover a cessação tabágica (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa [AEOP], 2017) - PC; - Evitar o consumo de bebidas alcoólicas (AEOP, 2017) - PC; - Higiene oral meticulosa (National Comprehensive Cancer [NCCN], 2022) - RS; - Escovar os dentes duas vezes ao dia (NCCN, 2022) - RS; - Escovar os dentes 4x preferencialmente (após as refeições e antes de ir dormir) durante 90 segundos (AEOP, 2017) - PC; - Utilizar escova com cerdas macias e pasta dentífrica com flúor e com sabor suave (AEOP, 2017) - PC;

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

	- Deixar a escova de dentes arejar antes de a guardar (AEOP, 2017) - PC; - Em caso de infeção substituir a escova de dentes e tratar a infeção (AEOP, 2017) - PC; - Substituir a escova de dentes por esponja oral de uso único quando necessário (AEOP, 2017) - PC; - Utilizar fio dental diariamente (NCCN, 2022) - RS; - Em caso de uso de próteses dentárias – removê-las antes dos cuidados de higiene oral, escovar as próteses dentárias com sabonete sem perfume e mergulhar em água pelo menos 2x/dia (AEOP, 2017) - PC; - Utilizar bochechos sem álcool 3 a 6x/dia (NCCN, 2022) – RS - após escovagem dos dentes durante um minuto (com 15ml de solução de água salgada ou com cloreto de sódio 0,9%; e/ou com bicarbonato de sódio gargarejar 30 segundos e deitar fora) (AEOP, 2017) - PC; - Após realizar os bochechos não deve ingerir alimentos sólidos ou líquidos nos 30 minutos seguintes (AEOP, 2017) - PC; - Utilizar lubrificante de lábios à base de água/vaselina (AEOP, 2017) - PC; - Preferir uma dieta diversificada e hidratação oral adequada (AEOP, 2017) – PC; - Quando já existe algum grau de mucosite instalado: ▪ Evitar alimentos/bebidas quentes (Memorial Sloan Kettering Cancer Center [MSK], 2023) – PC; ▪ Evitar alimentos ácidos (laranjas, limões, limas, tomates, vinagre) (MSK, 2023) - PC; ▪ Evitar alimentos picantes (MSK, 2023) - PC; ▪ Evitar alimentos com texturas ásperas, optando, ao invés, por alimentos macios e leves (MSK, 2023) - PC; ▪ Optar por ingerir bebidas através de uma palhinha (Cancer Support Community, 2023) – PC.

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

	Xerostomia: estratégias de educação para a saúde • Aumentar a hidratação (NCCN, 2022) - RS; • Minimizar a ingestão de produtos com cafeína e álcool (NCCN, 2022) - RS; • Optar por alimentos macios e húmidos como, por exemplo, iogurte, gelatina, pudins, melancia (MSK, 2023) - PC; • Adicionar molhos ou outros líquidos aos alimentos (MSK, 2023) – PC; • Evitar alimentos secos e ricos em amido como torradas, biscoitos ou cereais secos (MSK, 2023) – PC; • Optar por néctares de fruta como de pera, pêssego, damasco ou papaia (MSK, 2023) – PC; • Evitar alimentos ácidos ou muito condimentados (NCCN, 2022) - RS; • Recorrer a estratégias que potenciem a estimulação salivar (pastilha elástica com xilitol, pastilhas de sorbitol/ácido málico, pastilhas de xilitol) (NCCN, 2022) – RS; • Recorrer a substitutivos salivares (gel com lisozima, lactoferrina, peroxidase e soluções supersaturadas de fosfato de cálcio (NCCN, 2022) - RS; • Utilizar bochechos sem álcool (bochechos com dióxido de cloro 0,1% preferencialmente) (NCCN, 2022) – RS. • Incentivar à adesão ao regime terapêutico prescrito pelo médico – PC. **Trismus:** estratégias de educação para a saúde • Lâminas da língua e alongamento suave (NCCN, 2022) - RS; • Dispositivos de abertura bocal (NCCN, 2022) - RS; • Realização de exercícios que promovem a mobilidade da boca 3x/dia (ter em atenção condição clínica/diagnóstico de cada pessoa): imitar o movimento de mascar pastilha elástica, imitar o movimento de “beijo para o ar”, sorrir, abrir e fechar uma mola colocada entre os lábios - PC.

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

	Disgeusia: estratégias de educação para a saúde • Se a comida tiver um sabor insosso ou não tiver sabor: adicionar sabores mais fortes aos alimentos (caso não tenha mucosite) recorrendo a condimentos, molhos, temperos e especiarias; marinar as carnes para um sabor mais forte; recorrer a doces sem açúcar antes ou depois de uma refeição (Cancer Support Community, 2023) – PC; • Se a comida tiver um sabor metálico e/ou amargo: escolher outras fontes de proteína se a carne vermelha tiver um sabor metálico (optar antes por peixe, frango ou feijão); utilizar utensílios de plástico; adicionar adoçantes como mel aos alimentos para compensar o sabor a amargo (Cancer Support Community, 2023) – PC; • É melhor limitar ou evitar alguns dos alimentos favoritos da pessoa com doença oncológica durante o tratamento pelo facto de existir a possibilidade de eles não terem o sabor de que elas se lembram. Isto pode fazer com que as pessoas conectem esses alimentos a pensamentos negativos no futuro (MSK, 2023) – PC. **Alterações nutricionais:** • Avaliar o estado nutricional no início e ao longo do tratamento, recorrendo, por exemplo, aos seguintes instrumentos: *Patient-generated subjective global assessment* (PG-SGA), *Malnutrition universal screening tool* (MUST), *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS 2002), *Malnutrition Screening Tool* (MST), *Nutricional Risk Index* (NRI) (Gorenc et al., 2015) – PC. • Encaminhar para nutricionista para aconselhamento e acompanhamento (Gorenc et al., 2015) – PC. • É fundamental informar as pessoas com CCP sob QRT sobre a importância de uma alimentação adequada de forma a evitar a perda de peso durante os tratamentos (Gorenc et al., 2015) - PC. - Garantir uma hidratação adequada com ingestão de 1,5/2L de líquidos por dia (privilegiar água sempre que possível) – PC;

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

	- Assegurar uma alimentação rica em calorias (frutos secos, abacate, lacticínios integrais, entre outros) e proteínas (carne branca, ovos, leguminosas, frutos secos, entre outros) (MSK, 2023) - PC; - Optar por refeições pequenas e leves várias vezes ao longo do dia (MSK, 2023) - PC; - Manter um horário para se alimentar e hidratar, colocando um lembrete, se necessário, para não saltar nenhuma refeição (Cancer Support Community, 2023) – PC; - Garantir que tem sempre snacks por perto (Cancer Support Community, 2023) – PC; - Optar por se alimentar num ambiente agradável e na companhia da família e/ou amigos, se considerar útil (MSK, 2023) - PC; - Ter em casa alimentos fáceis de comer e de preparar como iogurtes, pudins, queijos de barrar, frutas enlatadas, cereais integrais, sopas enlatadas, aveia, ovos cozidos (Cancer Support Community, 2023) – PC. • Para além da avaliação e aconselhamento nutricional, também os suplementos desempenham um papel importante na manutenção da ingestão e estado nutricional adequados (Gorenc et al., 2015) - PC. • Colocação de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG)/ sonda nasogástrica (SNG) profilática criteriosa – tanto a SNG como a PEG são eficazes na manutenção do estado nutricional e não há evidências claras que sugiram que método é preferível em pessoas com CCP, sendo que ambos apresentam vantagens e desvantagens. É, assim, importante uma avaliação individual criteriosa antes da sua colocação (Gorenc et al., 2015) - PC. • Podem ser ainda consideradas estratégias farmacológicas como a utilização de megestrol para melhorar o apetite (embora tenha pouco efeito no aumento de peso) e utilização de grelina, também com o intuito de estimular o apetite (Gorenc et al., 2015) - PC. • Incentivar à adesão ao regime terapêutico prescrito pelo médico – PC.

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

	Gestão de ostomias de alimentação (PEG): • Potenciar o autocuidado no desenvolvimento de habilidades para o cuidado das ostomia de alimentação, através do ensino, instrução, supervisionamento e apoio na ação (DGS, 2017b) - PC. • Ensinar, instruir, treinar e supervisionar na administração de alimentos e de medicamentos (DGS, 2017b) - PC. - Posicionar a pessoa portadora de ostomia com a cabeceira a 30º - 45º, devendo a pessoa manter-se nessa posição cerca de uma hora (DGS, 2017b) - PC; - Limpar a sonda ou extensão do botão instilando água, antes e após a sua utilização (DGS, 2017b) - PC; - Administrar água de acordo com a idade da pessoa, a necessidade/restrição de líquidos e o estado clínico da pessoa (DGS, 2017b) -PC; - Antes da alimentação aspirar o conteúdo gástrico do estômago – se for superior a 300ml não administrar essa refeição e aguardar mais 1/2h até a digestão estar completa; se for inferior a 300ml, introduzir o conteúdo aspirado e administrar a alimentação planeada - PC; - Administrar lentamente os alimentos e à temperatura ambiente, através de seringa de 100ml (DGS, 2017b) -PC; - Detetar sinais de distensão abdominal, náuseas e/ou dor, para avaliar a administração do conteúdo (DGS, 2017b) -PC; - Em caso de vómito, destapar o tubo de alimentação para um recipiente, de forma a proporcionar alívio, não administrando alimentação, pelo menos, nas próximas 2h – PC. - Sensibilizar a pessoa portadora de ostomias/cuidador para a necessidade da correta higienização boca, duas vezes por dia (DGS, 2017b) - PC; - Incentivar a pessoa a retomar as suas atividades de vida diárias, assim que se sentir capaz

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

	e o mais precocemente possível (DGS, 2017b) - PC; - Administrar individualmente cada medicamento (DGS, 2017b) - PC; - Administrar água pela sonda/extensão do botão antes e após a administração de medicação e entre cada medicamento distinto (DGS, 2017b) – PC. • Ensinar sobre os cuidados ao estoma: - Lavar diariamente a pele peri-estoma com água e sabão líquido neutro com movimentos circulares do centro para a periferia (DGS, 2017b) - PC; - Secar a área com compressa, ou cotonete de algodão, ou pano limpo sem exercer pressão (DGS, 2017b) - PC; - Rodar 360º a sonda/botão de acordo com protocolo definido localmente (DGS, 2017b) - PC; - Verificar se a tampa da sonda se encontra fechada (DGS, 2017b) - PC; - Fixar externamente a sonda/botão (DGS, 2017b) - PC; - Detetar alterações cutâneas (DGS, 2017b) - PC; - Monitorizar funcionalidade e estado de conservação da sonda/ botão (DGS, 2017b) – PC. • Referenciar para apoios na comunidade (DGS, 2017b) - PC; • Ensinar sobre possíveis complicações, como por exemplo, lesões peri-estoma (maceração, eritema, escoriação e úlcera), infeção da área peri-estoma, abcesso da parede abdominal/celulite, *leakage*, hemorragia digestiva, *burried bumper syndrome*, obstrução ou exteriorização da sonda (DGS, 2017b) - PC; **Gestão de SNG:** estratégias de educação para a saúde • Antes da alimentação aspirar o conteúdo gástrico do estômago – se for superior a 300ml não administrar essa refeição e aguardar mais 1/2h até a digestão estar completa; se for inferior a 300ml, introduzir o conteúdo aspirado e administrar a alimentação planeada - PC; • Durante a administração da alimentação e, pelo menos 30 minutos, após o fim da refeição adotar a posição de sentado - PC;

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

	• No final da administração da refeição, garantir a lavagem do tubo de alimentação com, pelo menos, uma seringa de água para prevenir a acumulação de resíduos/obstrução do tubo – PC; • É importante vigiar a pele do nariz com frequência, adotando os seguintes cuidados: trocar diariamente o adesivo, garantido a limpeza da pele com água e sabão antes da colocação do novo adesivo; limpar e hidratar as narinas; evitar fixar a sonda sempre na mesma zona do nariz- PC; • É importante verificar o comprimento que fica no exterior por forma a verificar se a SNG saiu do lugar- PC; • Substituir a SNG sempre que necessário – PC; • Em caso de vómito, destapar o tubo de alimentação para um recipiente, de forma a proporcionar alívio, não administrando alimentação, pelo menos, nas próximas 2h – PC.
Requisito universal - cuidados associados aos processos de eliminação:	**Obstipação:** estratégias de educação para a saúde • Aumentar a ingestão de líquidos dentro da tolerância de cada um – optar por bebidas quentes como chá de ervas e café descafeinado (Cancer Support Community, 2023) – PC; • Optar por alimentos mais ricos em fibra como fruta, legumes, pão de sementes ou integral, nozes e feijão (Cancer Support Community, 2023) – PC; • Em caso de inchaço abdominal evitar vegetais como os brócolos, couve-flor e ervilha, milho e feijão (Cancer Support Community, 2023) – PC; • Incentivar a prática de exercício físico ligeiro como caminhadas, alongamentos e ioga (Cancer Support Community, 2023) – PC; • Incentivar à adesão ao regime terapêutico prescrito pelo médico – PC. **Diarreia:** estratégias de educação para a saúde • Aumentar a ingestão de líquidos dentro da tolerância de cada um – água de coco, caldos, bebidos eletrolíticas e sumos de fruta diluídos (Cancer Support Community, 2023) – PC; • Optar por alimentos pobres em fibra (maçã ou puré de maça, banana, queijo, arroz branco,

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

	aveia, batatas simples sem casca, frango, peru ou peixe assado, frutas enlatadas) (Cancer Support Community, 2023) – PC; • Evitar cafeína, álcool, refrigerantes ou outros alimentos que possam irritar o tubo digestivo - (Cancer Support Community, 2023) – PC; • Incentivar à adesão ao regime terapêutico prescrito pelo médico – PC. **Náuseas/Vómitos:** estratégias de educação para a saúde • Evitar odores que aumentem as náuseas como perfumes, fumos, cheiros de cozinha (MSK, 2023) - PC; • Se o cheiro dos alimentos incomodar, optar por alimentos frios ou à temperatura ambiente, evitando alimentos muito quentes (MSK, 2023) - PC; • Beber pequenas quantidades de líquidos entre as refeições, várias vezes ao longo do dia (MSK, 2023) - PC; • Optar por refeições fracionadas (MSK, 2023) - PC; • Comer com calma, mastigando bem os alimentos para facilitar a digestão (MSK, 2023) - PC; • Experimentar beber chá de gengibre ou rebuçados que contenham gengibre verdadeiro (MSK, 2023) - PC; • Optar por alimentos com baixo teor de gordura e ricos em amido, como arroz, torradas de pão branco, biscoitos, entre outros (MSK, 2023) - PC; • Evitar alimentos picantes (MSK, 2023) - PC; • Evitar deitar-se após uma refeição (MSK, 2023) – PC; • Incentivar à adesão ao regime terapêutico prescrito pelo médico – PC.
Requisito universal - equilíbrio entre atividade e repouso:	**Alterações do padrão do sono:** estratégias de educação para a saúde • Garantir que se deita e levanta à mesma hora (NCCN, 2020) – RS; • Ser ativo durante o período da manhã, tarde ou e em ambos (NCCN, 2020) – RS;

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

	• Procurar luz forte durante o dia (NCCN, 2020) – RS; • Evitar luz forte à noite, garantindo que desliga todos os dispositivos eletrónicos perto da hora de ir dormir (NCCN, 2020) – RS; • Evitar consumir refeições pesadas e limitar os líquidos 3 horas antes de ir dormir (NCCN, 2020) – RS; • Limitar a ingestão de cafeína durante o dia, evitando o seu consumo nas 4h antes de ir dormir (NCCN, 2020) – RS; • Evitar o consumo de álcool e nicotina antes de ir dormir (NCCN, 2020) – RS; • Preferir um lugar escuro, tranquilo e confortável para dormir (NCCN, 2020) – RS; • Agendar um horário muito antes de ir dormir para pensar nas preocupações que possa ter em mente (NCCN, 2020) – RS; • Evitar olhar para o relógio durante a noite (NCCN, 2020) – RS; • Dormir uma sesta de, pelo menos, 30 minutos durante o dia, se sentir ser necessário (NCCN, 2020) – RS; • Limitar as atividade na cama ao sono e ao sexo (NCCN, 2020) – RS; • Tentar relaxar (NCCN, 2020) – RS; • Incentivar à adesão ao regime terapêutico prescrito pelo médico – PC.
Requisito universal - equilíbrio entre solidão e interação social:	**Implicações na saúde mental** (NCCN, 2022) - RS**:** • Avaliar fatores que impactam a saúde mental e podem ser tratáveis como a dor, alterações do padrão de sono, fadiga, comorbilidades tóxicas, metabólicas, endócrinas ou outras e uso/abuso de substâncias. • Garantir que os sintomas de preocupação, stress, medo de recorrência, ansiedade e depressão são problemas comuns entre os sobreviventes oncológicos e que podem ser tratados. • Fornecer apoio e educação para a saúde à pessoa/família sobre as fases normais de recuperação após o tratamento, stress, angústias e medos comuns e estratégias para gerir

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

	incertezas e *distress*. • Fornecer recursos para redes de apoio social e necessidades sociais, emocionais, espirituais, intimidade e problemas práticos específicos, incluindo programas online e aplicações para telemóvel. Referenciar para assistente social sempre que se revele necessário. • Desenvolver um plano de atividade física regular e nutrição saudável.
Requisito universal - prevenção de riscos para a vida, funcionamento e bem-estar:	**Dor:** • Avaliar a dor de acordo com as diferentes escalas de avaliação da dor existentes – Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala Qualitativa, Escalas de faces (DGS, 2003), entre outras – PC; • Incentivar a pessoa a comunicar sempre que tem dor, especificando as suas características – PC; • Administrar analgésicos não opióides (como, por exemplo, o metamizol magnésico, paracetamol, ibuprofeno, diclofenac, naproxeno, sendo que os últimos três são anti-inflamatórios não esteróides) ou analgésicos opióides (como, por exemplo, a morfina, o fentanilo, a buprenorfina, a hidromorfona, entre outros) segundo prescrição médica (Raposo et al., 2015) – PC; • Dar a conhecer métodos não farmacológicos de alívio da dor como, por exemplo, programas psicoeducativos, apoio psicológico, técnicas psicocorporais (técnica de relaxamento, técnica de imaginação guiada, psicoterapia individual ou de grupo), meios físicos (fisioterapia, estimulação elétrica nervosa transcutânea, termoterapia, crioterapia, massagens) e terapias complementares e alternativas (acupuntura, hipnose, entre outros) (Raposo et al., 2015) – PC. **Alterações cognitivas:** • Educação para a saúde sobre estratégias organizacionais (utilização de auxiliares de memória como cadernos, agendas; manter os objetos no mesmo lugar; utilizar lembretes; recorrer a *smarthpone*) (NCCN, 2022) - RS; • Incentivar a realização de atividades cognitivas mais exigentes na altura do dia em que os

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

	níveis de energia estão mais altos (NCCN, 2022) – RS; • Fornecer informação sobre relaxamento e competências para gestão do stress que possam ser utilizadas diariamente (NCCN, 2022) – RS; • Recomendar atividade física de rotina (NCCN, 2022) – RS; • Recomendar e limitar o uso de álcool e outros agentes que alteram a cognição e o sono (NCCN, 2022) – RS; • Considerar meditação, ioga, *mindfulness*, redução do stress e treino cognitivo (NCCN, 2022) – RS; • Articular com outros profissionais para prescrição de medicação, psicoterapia, ou outras estratégias que se revelem necessárias (NCCN, 2020) – RS. **Prevenção da Radiodermite:** • Privilegiar a utilização de produtos de higiene suaves para lavar o cabelo e a pele como, por exemplo, sabão de glicerina - PC; • Não utilizar qualquer creme sem ser o prescrito pelo médico (trolamina, dexpanthenol, entre outros) e aplicá-lo, no mínimo, 3x/dia numa camada fina - PC; • Desfazer a barba de acordo com o método habitualmente utilizado (privilegiar máquina de barbear se possível, no caso de utilizar lâmina garantir que o movimento é sempre no sentido do pêlo) no máximo 2x/semana – uma durante a semana e outra durante o fim de semana) - PC; • Utilizar roupa de fibras suaves (por exemplo algodão) na região irradiada de forma a não promover desconforto e/ou irritação - PC; • Evitar a exposição solar direta, utilizando sempre chapéu com abas para proteção da cabeça, face, orelhas e pescoço - PC; • Evitar também outras fontes de calor - PC; • Durante os tratamentos de radioterapia não aplicar qualquer creme 3 a 4h antes do horário

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

	preconizado para o tratamento - PC; • Durante o tratamento evitar a aplicação de cremes com metais como, por exemplo, óxido de zinco e sulfadiazida de prata – PC.
Requisito universal - promoção do funcionamento e desenvolvimento humano no seio de grupos sociais e o desejo de normalidade:	**Alterações sexuais:** estratégias de educação para a saúde (Freitas et al., 2022, p. 3 – PC): • Indicar a utilização de produtos adequados que ajudem a estimular o olfato e o paladar (gel corporal ou lubrificante com sabor); • Ensinar sobre os benefícios dos bochechos prescritos; • Indicar a utilização de pastilhas ou rebuçados, sem adição de açúcar, para utilizar previamente antes de estar com o parceiro; • Instruir para a ingestão de pequenos goles de água antes e durante o contacto íntimo (no caso da xerostomia); • Indicar a utilização de saliva artificial para humedecer a boca (no caso da xerostomia); • Instruir a pessoa e casal a serem cuidadosos nas carícias na região irradiada (no caso de Radiodermite I) ou privarem-se de carícias (no caso de Radiodermite II/III); • Sugerir que previamente à atividade sexual seja avaliada a condição do penso e sua possível realização ou reforço; • Incentivar o casal para privilegiar o toque; • Instruir o casal para a utilização de acessórios sexuais para enriquecer e complementar a estimulação. **Emprego e regresso ao trabalho** (NCCN, 2022) - RS: • Ajudar a pessoa a identificar objetivos em relação ao trabalho e quais as barreiras para os atingir. • Discutir estratégias para enfrentar o impacto psicossocial da doença oncológica e seu tratamento. • Fornecer orientação sobre a duração esperada e gestão dos sintomas e efeitos de longo prazo

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

	que condicionam o regresso ao trabalho. • Recomendar que os sobreviventes conheçam as políticas de recursos humanos dos seus empregadores. • Fornecer recursos para compreender as opção disponíveis e como comunicar com o empregador (incluir recursos de aconselhamento de carreira na comunidade, nacionais e online).

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2017). Linha de Consenso. *Mucosite Oral em Radioterapia.* AEOP. https://www.aeop.pt/ficheiros/LCMucositeRT.pdf

Braat, C., Verduijn, G. M., van der Stege, H. A., Offerman, M. P. J., Peeters, M. A. C., van Staa, A., & Oldenmenger, W. H. (2022). Evaluation of a Nurse-led Aftercare Intervention for Patients With Head and Neck Cancer Treated With Radiotherapy and Cisplatin or Cetuximab. *Cancer nursing*, 45(2), E436–E446. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000983

Buzzacchino, S., Lanzola, G., Bossi, P., Licitra, L., & Quaglini, S. (2015). A mobile application supporting outpatient treatment and follow-up. *Studies in health technology and informatics*, 210, 788–792.

Cancer Support Community (2023, fevereiro 5). *Eating Well with Head & Neck Cancer*. https://www.cancersupportcommunity.org/eating-well-head-neck-cancer

de Leeuw, J., Prins, J. B., Uitterhoeve, R., Merkx, M. A., Marres, H. A., & van Achterberg, T. (2014). Nurse-patient communication in follow-up consultations after head and neck cancer treatment. *Cancer nursing*, 37(2), E1–E9. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318288d3f3

Direção-Geral da Saúde (2003). Norma n.º 09/DGCG de 14/06/2003. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* DGS. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção-Geral da Saúde (2017a). Norma n.º 011/2016 de 28/10/2016 (atualizada a 03/03/2017). *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto.* DGS. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023397.pdf

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

Direção-Geral da Saúde (2017b). Norma n.º 014/2016 de 28/10/2016 (atualizada a 03/03/2017). *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto.* DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-de-alimentacao-em-idade-pediatrica-e-no-adulto.pdf

Freitas, E., Ribeiro, C., Machado, M., Alves, V., Soares, E., Ferreira, D., Carvalho, A., Gomes, S., Matos, M., Freitas, J., & Magalhães, B. (2022). *Abordagem da sexualidade na pessoa a realizar Radioterapia*. Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. ISBN 978-989-53475-0-6. https://www.aeop.pt/ficheiros/LC_Radioterapia_e_Sexualidade.pdf

Gorenc, M., Kozjek, N. R., & Strojan, P. (2015). Malnutrition and cachexia in patients with head and neck cancer treated with (chemo)radiotherapy. Reports of practical oncology and radiotherapy: *journal of Greatpoland Cancer Center in Poznan and Polish Society of Radiation Oncology*, 20(4), 249–258. https://doi.org/10.1016/j.rpor.2015.03.001

Memorial Sloan Kettering Cancer Center (2023, fevereiro 5). *Diet and Nutrition During Head and Neck Cancer Treatment.* https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/diet-and-nutrition-during-head-and-neck-cancer-treatment

National Comprehensive Cancer Network (2020). NCCN *Guidelines For Patients – Survivoship Care for Cancer-Related Late and Long-Term Effects.* NCCN.

National Comprehensive Cancer Network (2022). NCCN *Clinical Practice Guidelines in Oncology – Survivorship.* Estados Unidos da América: NCCN.

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6ª edição). Mosby, Inc.

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

Peeters, M. A. C., Braat, C., Been-Dahmen, J. M. J., Verduijn, G. M., Oldenmenger, W. H., & van Staa, A. (2018). Support Needs of People With Head and Neck Cancer Regarding the Disease and Its Treatment. *Oncology nursing forum*, 45(5), 587–596. https://doi.org/10.1188/18.ONF.587-596

Raposo, C., Santos, J., Ribeiro, A. L., Correia, I., Freitas, M. J., Santos, C., Oliveira, M., & Bidarra, A. (2015). *Entender a dor oncológica – informação de apoio para doentes.* Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. Depósito legal 386685/15. https://www.aeop.pt/ficheiros/c11ffc911e4883e2dc075e02a3312a75.pdf

Terzo, L., Fleming, M., Yechoor, A., Camporeale, J., Troxler, M., Roth, E., Tan, X., Pignone, M., Marks, L., & Chera, B. S. (2017). Reducing Unplanned Admissions: Focusing on Hospital Admissions and Emergency Department Visits for Patients With Head and Neck Cancer During Radiation Therapy. *Clinical journal of oncology nursing*, 21(3), 363–369. https://doi.org/10.1188/17.CJON.363-369

Legenda: RS – Retirado da revisão *scoping*; PC – Observado na prática clínica.

APÊNDICE IX – Campo de Estágio A – Texto de análise sobre as intervenções do enfermeiro especialista na promoção do autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

opção Enfermagem Oncológica

Ano Letivo 2022-2023

Estágio com Relatório

Campo de Estágio A

Texto de Análise sobre as Intervenções do Enfermeiro Especialista na promoção do autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço

Ana Rita Soares Lopes, 3228

Professora Orientadora:

Prof.ª Dr.ª Eunice Maria Casimiro Sá

Enfermeira Orientadora:

[redacted]

Lisboa

outubro 2022

O presente texto surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no segundo semestre do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica.

É uma das atividades contempladas no meu contrato de aprendizagem para o Campo de Estágio A e tem como objetivo analisar a intervenção do Enfermeiro Especialista na promoção do autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço (CCP) desde o momento do acolhimento ao *follow-up*. No contexto deste local de estágio, que é de internamento cirúrgico, focar-me-ei no momento da admissão clínica e nos períodos peri e pós-operatório.

Para o efeito, em primeiro lugar, descreverei e analisarei sumariamente todas as atividades levadas a cabo pelas Enfermeiras Especialistas do serviço que tive oportunidade de observar, acompanhar e, em alguns casos, participar como estudante. Para isso, irei basear-me Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (RCEEEEMC) (2018).[1]

Por fim, apresentarei os resultados das atividades em que tive oportunidade de participar.

Neste local de estágio, existem, de momento, três enfermeiras especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e uma especialista em Enfermagem de Reabilitação. As quatro formam uma das seis equipas de Enfermagem existentes no serviço.

Durante o estágio, foi possível observar e acompanhar com maior detalhe as intervenções levadas a cabo pelas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, especificamente a Enfermeira que me orienta, pelo que serão essas o alvo da minha análise.

Não obstante, importa referir que a Enfermeira Especialista de Reabilitação desenvolve um projeto nessa área, principalmente durante as manhãs dos dias úteis, focando-se na reabilitação motora (treino de marcha/atividades de vida diária) e respiratória (ensino tosse eficaz) das pessoas internadas que assim o necessitem. As pessoas alvo de intervenções são avaliadas para que se possam identificar as suas

[1] Regulamento N.º 429/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. Série II (N.º 135 de 2018-07-16). 19359-19370.

necessidades, sendo monitorizada a sua evolução num documento em formato papel e na plataforma de Registos, o SClínico. Estas avaliações servem, posteriormente, como base para a realização de um relatório trimestral sobre as pessoas que participaram no projeto.

No que diz respeito às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para além da prestação de cuidados diretos às pessoas internadas neste campo de estágio (em enfermarias ou na unidade de recuperação), foi possível observar que têm um papel dinamizador em diversas valências do serviço.

São elas as responsáveis por auditar as validades e materiais que constituem o carro de emergência e os kits disponíveis no serviço (kit de traqueotomia de urgência, kit de cateter venoso central, kit de linha arterial, kit de hemorragia, entre outros), que são também da sua autoria.

A este respeito, existe também um kit de formação, que é constituído por material diverso para ostomias respiratórias, utilizado para formação entre pares (no próprio serviço e noutros serviços que assim o solicitem) e para educação para a saúde a pessoas com doença oncológica que manifestem esse desejo e interesse.

Verifica-se, portanto, que também apresentam um papel importante como formadoras, não só entre pares, como no âmbito da orientação de alunos (de licenciatura e/ou de mestrado) e na integração de novos colegas.

Para além disso, desempenham funções de responsáveis de turno e coordenação. Assim, a sua opinião profissional e especializada é também expressada e valorizada no seio da equipa multidisciplinar. Têm, portanto, um papel ativo como participantes na tomada de decisão partilhada entre a equipa multidisciplinar e a pessoa alvo de cuidados a propósito da sua trajetória de saúde.

Funcionam também como um modelo a seguir no seio da equipa de enfermagem, no sentido em que, em muitas situações, lhes são solicitadas opiniões profissionais por parte dos colegas.

À semelhança da Enfermeira Especialista em Reabilitação, também as de Médico-Cirúrgica têm um projeto em curso decorrente da análise dos diagnósticos de enfermagem que, por um lado, necessitavam de melhoria no serviço e que, por outro, potenciam o autocuidado das pessoas lá internadas.

Assim, decidiram realizar a avaliação da competência da pessoa para realizar a sua higiene oral; para otimizar a sua comunicação e em cuidar a sua ostomia respiratória.

Depois de definidos estes focos de enfermagem, foi decidido o método de avaliação desses focos/competências com recurso a escalas, cuja validação ainda se encontra pendente (embora seja um objetivo desta equipa).

As escalas foram desenvolvidas por estas profissionais com recurso à pesquisa bibliográfica e à sua vasta experiência na área. Importa referir que a escala utilizada para a avaliação da competência da pessoa no autocuidado à ostomia respiratória foi adaptada de uma escala criada pela Enf.ª Sílvia Queirós (2014) no âmbito da sua dissertação de mestrado[2].

A escala para a avaliação da competência da pessoa na realização da sua higiene oral (ver anexo I) avalia os domínios do conhecimento e da execução propriamente dita da pessoa avaliada. Inclui também os aspetos mais importante que são observados pelo Enfermeiro Especialista, assim como as suas recomendações para a otimização da referida competência. Cada item é avaliado com "1", que corresponde a "Sim", ou "0", que corresponde a "Não", tendo sempre um espaço destinado a observações que se considerem relevantes.

A equipa de enfermagem deste contexto de estágio valoriza a prestação de cuidados de higiene oral, dado que uma higiene oral exímia facilita a cicatrização da cavidade oral (no caso de suturas e/ou retalhos) e evita a acumulação de secreções e/ou saliva que pode comprometer a respiração e/ou cicatrização nalgumas pessoas. Os cuidados de higiene oral são realizados com recurso a esponja e desinfetante com cloro-hexidina e aplicação de gel antimicrobiano digluconato de cloro-hexidina. É garantido que a pessoa tem o material necessário para realizar a sua higiene oral, que é aconselhada que seja realizada, pelo menos, 3 vezes por dia.

A escala utilizada para a avaliação da competência da pessoa para otimizar a sua comunicação (ver anexo II) também avalia os domínios do conhecimento e execução, permitindo, à semelhança da anterior, assinalar as observações e recomendações mais

[2] Queirós, S. M. M. (2014). *Desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. http://hdl.handle.net/10400.26/9539

importantes. Avalia também as habilitações literárias, se as pessoas possuem telemóvel e de que tipo (*smarthpone* ou não), e se apresentam limitações motoras e/ou visuais que impactem negativamente a comunicação. Neste caso, é selecionada a opção "Sim" ou "Não" para cada item da escala nos diferentes momentos de avaliação.

As intervenções no âmbito da comunicação que estão disponíveis no serviço podem incluir inúmeras estratégias aumentativas e/ou alternativas de comunicação como: gestos e mímica, escrita (com papel e caneta, num quadro mágico ou num dispositivo móvel), tabela de letras (ver anexo III) e aplicações para telemóvel com sintetizador de voz. A propósito destas últimas, após uma análise das inúmeras disponíveis do mercado, a Equipa de Enfermeiras Especialistas Médico-Cirúrgica do serviço reuniu informação sobre uma aplicação para cada um dos sistemas operativos – *Android* ou *IOS*. Selecionaram as aplicações que consideraram mais simples de utilizar e que necessitem de pouco recurso a internet, tendo disponibilizado um conjunto de informações sobre a sua instalação e utilização para distribuição no serviço (ver anexo IV). A quem tiver interesse, é também mostrado um vídeo que exemplifica a voz esofágica e a voz traqueoesofágica.

É inquestionável que a equipa de enfermagem deste serviço tem competências específicas para comunicar com a população aí internada que, na grande maioria das vezes, foi submetida a cirurgias que comprometem a voz, temporária ou definitivamente. Têm um elevado conhecimento na comunicação não verbal, principalmente na leitura de gestos e mímica labial. Esta competência vem descriminada no RCEEEEMC (2018) no critério 1.1.2. "demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto" (p. 19360).

A escala para a avaliação da competência no autocuidado à ostomia respiratória (ver anexo V), para além dos domínios de competência relativos ao conhecimento e execução, tem um destinado à autovigilância. Conforme as anteriores, tem também um campo destinado às recomendações do Enfermeiro Especialista. Cada item é avaliado com "Sim" ou "Não" para cada momento de avaliação.

Para potenciar este autocuidado, o serviço dispõe de unidade com espelho e lavatório, que é utilizado para as pessoas observarem e cuidarem das suas ostomias.

Existe um cuidado com a prevenção e controlo de infeção nos ensinos realizados, que salientam a importância da lavagem das mãos sempre que se manipula a ostomia, a aplicação de filtro traqueal e os cuidados nos momentos de visita de familiares. Também esta competência se encontra espelhada no ponto 3.1.3. do RCEEEEMC (2018) "fomenta estratégias pró-ativas visando prevenção e/ou controlo da infeção nos vários contextos de prestação de cuidados" (p. 19362).

As escalas são preenchidas em formato papel com a avaliação de cada pessoa selecionada, nos diferentes momentos de avaliação e estão agrupadas num dossier.

Existe um consenso entre a equipa em relação às pessoas que devem ser avaliadas obrigatoriamente, designadamente: no âmbito da higiene oral – pessoas cuja intervenção cirúrgica resultou num retalho e/ou sutura na cavidade oral; no âmbito da comunicação – pessoas submetidas a laringectomia total e no âmbito das ostomias respiratórias – pessoas que apresentem ostomias respiratórias definitivas. Para a seleção das pessoas e dos *timings* de avaliação/intervenção existem outros fatores a ter em conta, como a idade, estado de consciência/orientação, estado geral de saúde, motivação/capacidade de aprendizagem, cirurgia realizada e período pós-cirúrgico, entre outros.

Existe também um documento EXCEL que agrega uma lista de todas as pessoas que têm critérios para serem sujeitas à referida avaliação e a data dos momentos de avaliação já realizados para cada um. Quando a pessoa já é competente em algum dos autocuidados atrás descritos, é dada alta de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As avaliações são registadas na plataforma SClínico com o título "Enfermagem Médico-Cirúrgica", existindo um registo nas notas gerais do mapa de cuidados de cada pessoa sempre que há uma avaliação e/ou reavaliação. Este registo engloba uma apreciação global dos diferentes itens de avaliação da escala em utilização.

Existe uma clara preocupação em dar visibilidade a todas estas intervenções não só através do referido registo, como garantindo que os diagnósticos e intervenções planeados após cada avaliação são colocados no plano de cuidados da pessoa. Cada uma das escalas tem um item de avaliação respeitante ao SClínico.

Foi neste projeto que me foi dada a oportunidade de participar no sentido de realizar algumas das avaliações e respetivas intervenções, cujos resultados apresento no apêndice I.

De três em três meses é realizado um relatório que sumaria as pessoas avaliadas e os seus resultados e que é entregue à Enfermeira Gestora.

Este projeto dá resposta às competências 1.3.7. "atua de forma a munir a pessoa, família/cuidador de competências necessárias à gestão do processo saúde/doença e ao cuidado personalizado", 1.3.8. "documenta a implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto clínico", 1.4.2. "monitoriza a eficácia das intervenções especializadas executadas" e 1.4.4. "documenta de forma sistematizada os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que traduzem ganhos em saúde e fundamentem a tomada de decisão decorrentes dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos" (p. 19361) patentes no RCEEEEMC (2018).

Por fim, gostaria de acrescentar que, apesar de todo o trabalho que já é dedicado a intervenções especializadas de Enfermagem, ainda não são atribuídas horas específicas para o efeito. Assim, todas estas atividades são realizadas em acumulação com as que estiverem estipuladas para aquele turno (seja prestação de cuidados diretos, coordenação, formação/integração de colegas, entre outros).

A este respeito, existe, a nível hospitalar, um grupo de Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica, do qual fazem parte algumas das Enfermeiras Especialistas deste serviço, que se reúnem frequentemente para a implementação de um projeto. Este visa o reconhecimento das atividades do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica e a construção de indicadores de qualidade do trabalho realizado.

Finda a descrição/análise das principais atividades/intervenções que as Enfermeiras Especialistas levam a cabo neste serviço, é fácil de perceber que potenciar o autocuidado da pessoa com CCP é uma preocupação neste serviço. Potenciar o autocuidado é também uma competência descrita no RCEEEEMC (2018) nos pontos 1.1.5. "envolve a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar" e 1.2.4. "valoriza o potencial da pessoa, família/cuidador na vivência do processo de transição saúde-doença, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos" (p. 19361).

Apesar de só existir uma avaliação estruturada e sistemática a propósito dos cuidados de higiene oral, otimização da comunicação e autocuidado da ostomia respiratória, que é umas das valências que distingue o trabalho das Enfermeiras Especialistas dos restantes, várias são as áreas em que o autocuidado é promovido.

A verdade é que toda a equipa de enfermagem se foca muito na vertente da educação para a saúde no que diz respeito às ostomias de alimentação e cuidados pós-cirúrgicos, como limitações na mobilidade, cuidados com as suturas e pensos cirúrgicos, repouso vocal quando a cirurgia assim o exige, entre outros.

Reportando-me agora ao momento de admissão, foi possível observar que existe uma preocupação imediata na promoção do autocuidado e planeamento do futuro pós-cirurgia, através de uma colheita de dados fiel e completa e no esclarecimento de dúvidas a propósito do que esperar no período pós-cirúrgico e como o gerir.

No período pré-cirúrgico o enfoque no autocuidado está associado aos procedimentos necessários para a preparação para a cirurgia (colocação de meias de descanso, período de jejum, tricotomia, entre outros), no esclarecimento de dúvidas e na gestão de ansiedade/stress que possa existir.

Por último, no período pós-cirúrgico, as intervenções que promovem o autocuidado resumem-se, essencialmente, à gestão dos dispositivos que a pessoa possa apresentar, e com os quais terá de conviver temporária ou definitivamente, e com a reabilitação/recuperação pós-cirurgia. Nalguns casos, o tratamento cirúrgico é o único planeado, enquanto noutros ali se inicia uma trajetória de doença, havendo ainda lugar a um longo plano de tratamentos alinhados. Assim, é fomentada a importância da pessoa se envolver nos seus cuidados, de forma a decidir o seu plano terapêutico de acordo com aquilo que é importante para si. Também neste âmbito, se verifica a o desenvolvimento das competências 2.1.2. “fomenta planos que favorecem os processos de adaptação/transição situacional” e 2.1.3. “dinamiza a conceção, planeamento e intervenção no controlo dos sinais e sintomas decorrentes da doença aguda ou crónica e dos processos médicos e cirúrgicos complexos” do RCEEEEMC (2018, p. 19361).

APÊNDICES

APÊNDICE I – AVALIAÇÕES E RESULTADOS DA UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS

Avaliação da competência da pessoa na realização da sua higiene oral:

De 28 de setembro a 25 de outubro tive a oportunidade de avaliar cinco homens com uma média de idades de 66 anos, cujas idades estão compreendidas entre os 59 e os 70 anos. Foram submetidos às seguintes cirurgias:

Quadro 1 - *Idades e Cirurgias realizadas das pessoas avaliadas na competência da realização da sua higiene oral*

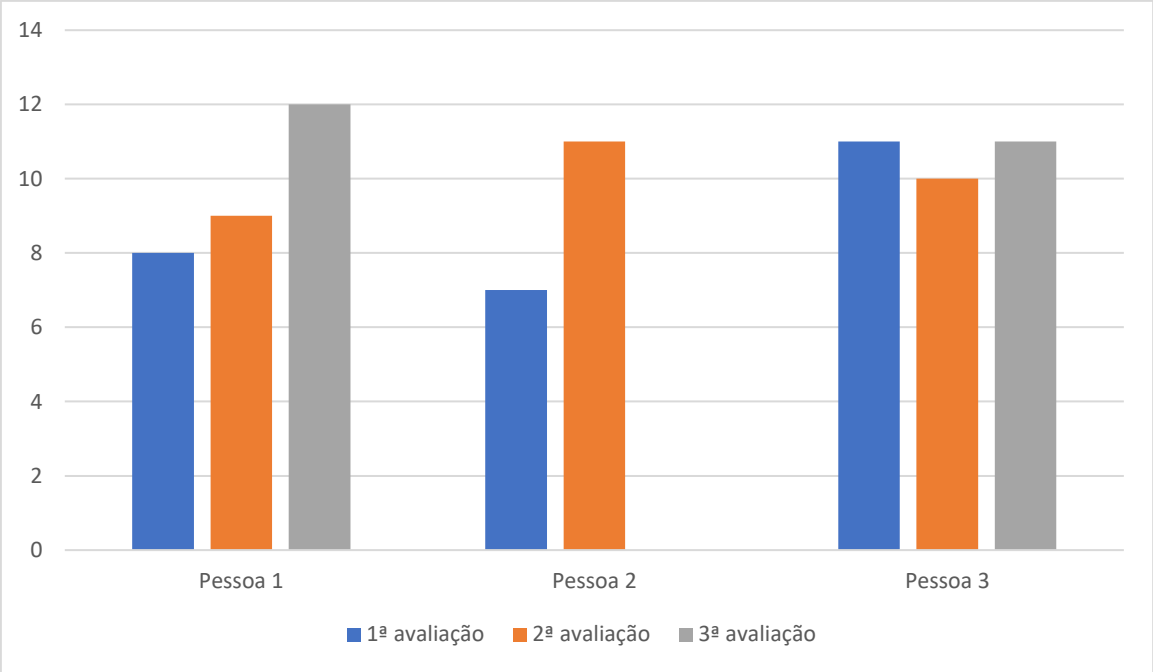
Idade	Cirurgia
59	EGC esq níveis I-V (ausência de VJE) com laceração de canal torácico (laqueação+surgicel) + hemiglossopelvectomia esq + extrações dentarias totais + colheita de retalho antebraquial à esq + encerramento antebraquial com aplicação de enxerto de pele livre colhido na coxa esq+ tie over
63	Reconstrução do defeito com retalho antebraquial radial colhido à esq + encerramento do defeito com integra single layer + enxerto de pele em tie-over colhido da face anterior da coxa esq + Traqueotomia
67	Glossectomia com faringectomia parcial direita por via transmandibular + Esvaziamento ganglionar cervical das áreas I-IV direita (incluindo glândula submandibular) com preservação de musc. ECM, NEA e VJI + Esvaziamento ganglionar cervical das áreas I-IV esquerda com preservação de musc. ECM, NEA e VJI + traqueotomia + reconstrução com retalho antebraquial esquerdo + enxerto de pele livre da coxa esquerda
69	Maxilectomia total esquerda alargada a pele da face + Rinectomia parcial + reconstrução por retalho frontonasal
70	Microcirurgia da laringe com descorticação de corda vocal direita + hemiglossectomia esquerda com enxerto de pele livre + esvaziamento ganglionar cervical esquerdo áreas I - IV + traqueotomia

Todas estas cirurgias implicam a existência de suturas e/ou retalhos a nível da cavidade oral, pelo que as pessoas a elas submetidas foram selecionadas para avaliação e implementação de estratégias.

Importa dizer que, destas cinco pessoas: a uma delas só foi possível realizar a avaliação inicial, por ter apresentado alta clínica, entretanto; a outra a intervenção ainda se encontra em curso; e as restantes três desenvolveram competência na realização dos cuidados de higiene oral, obtendo alta de Enfermagem Médico Cirúrgica.

Assim, será a propósito destas últimas três pessoas que no gráfico infra (gráfico 1) apresento a pontuação obtida nos diferentes momentos de avaliação com recurso à escala.

Gráfico 1 - *Evolução da competência da pessoa na realização da sua higiene oral nos diferentes momentos de avaliação*



A interpretação do gráfico permite concluir que existe uma evolução favorável no desenvolvimento da competência para a realização da higiene oral, sendo que no caso da pessoa 2 só foram necessários dois momentos de avaliação/intervenção para o desenvolvimento da competência.

Ainda a respeito das mesmas pessoas, considero importante perceber como evoluiu a avaliação nos itens "higiene oral necessita de ser melhorada" (quadro 2) e "a

pessoa refere quais as consequências decorrentes de uma má higiene oral" (quadro 3) cujas respostas só poderiam ser "Sim" ou "Não".

Quadro 2 – *Avaliação do item "higiene oral necessita de ser melhorada" da escala de competência da higiene oral*

	1ª Avaliação	**2ª Avaliação**	**3ª Avaliação**
Pessoa 1	Sim	Sim	Não
Pessoa 2	Sim	Não	
Pessoa 3	Sim	Sim	Não

Quadro 3 - *Avaliação do item "a pessoa refere quais as consequências decorrentes de uma má higiene oral" da escala de competência da higiene oral*

	1ª Avaliação	**2ª Avaliação**	**3ª Avaliação**
Pessoa 1	Não	Não	Sim
Pessoa 2	Não	Sim	
Pessoa 3	Não	Não	Sim

Os dados destas tabelas permitem concluir que as intervenções implementadas, nomeadamente, através do reforço dos ensinos sobre os cuidados de higiene oral, dotaram as pessoas de maior conhecimento para a importância da higiene oral, fazendo com que as implementassem na sua rotina mais facilmente.

Por último, é extremamente importante garantir que, fruto destas avaliações, existe o registo e levantamento do foco de enfermagem adequado e respetivas intervenções associadas. No caso de todas as pessoas já avaliadas ou com a avaliação ainda em curso já existia o registo na plataforma SClínico que obedece à linguagem CIPE[3]. No quadro infra (quadro 4) apresento algumas sugestões de focos de atenção, respetivo status e intervenções no âmbito dos cuidados de higiene oral.

[3] Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (versão 2).* Ordem os Enfermeiros.

Quadro 4 - *Linguagem CIPE no âmbito dos cuidados de higiene oral*

Focos de Atenção de Enfermagem	Status	Intervenções Sugeridas
Autocuidado	Grau de dependência moderado	Assistir na realização da higiene oral
Autocuidado	Grau de dependência elevado	Lavar a boca
Membrana Mucosa	Membrana Mucosa Comprometida	Avaliar membrana mucosa Ensinar sobre higiene oral Instruir sobre higiene oral

Avaliação da competência da pessoa na otimização da sua comunicação:

De 28 de setembro a 25 de outubro foi possível avaliar seis homens com uma média de idades de 62 anos, cujas idades estão compreendidas entre os 53 e os 69 anos. Foram submetidos às seguintes cirurgias:

Quadro 5 - *Idades e Cirurgias realizadas das pessoas avaliadas na competência da otimização da comunicação*

Idade	Cirurgia
53	Laringectomia total + Esvaziamento ganglionar cervical bilateral DAS áreas II, III e IV com identificação e preservação da VJI, ECM e NEA bilateralmente + hemitiroidectomia direita
60	Laringectomia total + Faringectomia parcial + Hemitiroidectomia esquerda + Esvaziamento ganglionar cervical bilateral + Retalho Grande Peitoral Esquerdo
61	Laringetomia total + Faringetomia total + Hemitiroidectomia esquerda + Esvaziamento ganglionar cervical lateral direito + Esvaziamento ganglionar cervical esquerdo com sacrifício da VJI, NEA e Nervo Vago + Retalho Grande Peitoral + Orostoma + Esofagostoma
61	Laringectomia total + Tiroidectomia Total + faringectomia total + esvaziamento ganglionar cervical das áreas II a IV à direita com preservação de VJI, NEA e musc. ECM + radical esquerdo com sacrifício da VJI, NEA e musc ECM, nervo vago e cadeia do simpático. + Confeção de orostoma e esofagostoma + retalho mio-cutâneo de músculo grande peitoral esquerdo + retalho fascio-cutaneo delto-peitoral direito para defeito cervical
65	Laringectomia total em bloco com tiroidectomia total, com preservação de, pelo menos, uma paratiroideia bilateralmente + esvaziamento ganglionar cervical selectivo à esquerda nível V + ganglionectomia nível III à esquerda + exérese de gânglios da cadeira recorrente à direita + faringoplastia.
69	Laringectomia total + EGC áreas Ia, II, III, IV bilateral

Todas estas cirurgias implicam a perda da voz, pelo que todos estes homens foram avaliados no sentido de otimizarem a sua comunicação.

Todos eles sabiam ler e escrever e tinham telemóvel, sendo que apenas um deles não tinha *smarthphone* nem conseguia enviar mensagens escritas. Ninguém tinha limitações motoras e três deles utilizam óculos.

Importa dizer que, destas seis pessoas: a uma delas não foi possível concluir a intervenção por ter, entretanto, apresentado alta clínica; a outra a intervenção ainda se encontra em curso; e as restantes quatro desenvolveram competência na otimização da sua comunicação, obtendo alta de Enfermagem Médico Cirúrgica.

Assim, será a propósito destas últimas quatro pessoas que irei apresentar resultados sobre a forma como comunicam com os profissionais de saúde (quadro 6) e com a família/amigos (quadro 7). A propósito da comunicação com a família/amigos, nem sempre foi possível observar diretamente estas interações dado o contexto pandémico que vivemos atualmente, que restringe o número e tempo de visita. A análise é então baseada naquilo que as pessoas me disseram ser a sua forma preferencial de comunicação.

Por fim, no quadro 8 é possível de observar que estratégias aumentativas e/ou alternativas de comunicação foram ensinadas:

Quadro 6 – *Avaliação do item "como comunicam com os profissionais de saúde" da escala de competência da otimização da comunicação*

	1ª Avaliação	**2ª Avaliação**
Pessoa 1	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (bloco de notas)	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (bloco de notas)
Pessoa 2	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (aplicações)	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (aplicações)
Pessoa 3	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta)	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta)
Pessoa 4	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (bloco de notas)	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (bloco de notas)

Quadro 7 - *Avaliação do item "como comunicam com a família/amigos" da escala de competência da otimização da comunicação*

	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Pessoa 1	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (bloco de notas)	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (bloco de notas)
Pessoa 2	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (bloco de notas) Telemóvel/Tablet (aplicações)	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (bloco de notas) Telemóvel/Tablet (aplicações)
Pessoa 3	Gestos e mímica	Gestos e mímica
Pessoa 4	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (bloco de notas)	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (bloco de notas)

Quadro 8 – *Ensinos realizados a propósito das estratégias aumentativas e/ou alternativas de comunicação*

	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Pessoa 1	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (bloco de notas) Telemóvel/Tablet (aplicações)	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (bloco de notas) Telemóvel/Tablet (aplicações)
Pessoa 2	Gestos e mímica Telemóvel/Tablet (aplicações)	Gestos e mímica Telemóvel/Tablet (aplicações)
Pessoa 3	Gestos e mímica Tabela de letras e palavras	Gestos e mímica Tabela de letras e palavras
Pessoa 4	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (bloco de notas) Telemóvel/Tablet (aplicações)	Gestos e mímica Escrita (papel e caneta) Telemóvel/Tablet (bloco de notas) Telemóvel/Tablet (aplicações)

Os dados expostos nestas tabelas demonstram que existem uma multiplicidade de intervenções que podem ser desenvolvidas para as pessoas otimizarem a sua comunicação, sendo necessário avaliar qual a mais adequada a cada uma. Na sua grande maioria, as pessoas recorrem aos gestos/mímica labial, sendo que esta última é de extrema importância para reabilitar a voz no futuro.

A escrita é também uma opção muito utilizada, mas que, ainda assim, é mais comummente utilizada para se fazerem exprimir em situações mais complexas.

É possível observar que existe também abertura à tecnologia, havendo interesse na instalação de aplicações para telemóvel com sintetizador de voz.

A propósito do mapa de cuidados de cada uma das pessoas avaliadas, já exista o registo do diagnóstico e respetivas intervenções sobre a Comunicação no SClínico conforme consta da tabela 9.

Quadro 9 - *Linguagem CIPE no âmbito da comunicação*

Focos de Atenção de Enfermagem	**Status**	**Intervenções Sugeridas**
Comunicação	Comunicação Comprometida	Avaliar a comunicação Otimizar a comunicação

Avaliação da competência da pessoa no autocuidado da ostomia respiratória:

De 28 de setembro a 25 de outubro consegui avaliar dois homens, de 50 e 53 anos, respetivamente. Foram submetidos às seguintes cirurgias:

Quadro 10 - *Idades e Cirurgias realizadas das pessoas avaliadas na competência do autocuidado à ostomia respiratória*

Idade	Cirurgia
50	Laringectomia total + hemitiroidectomia direita + Esvaziamento ganglionar cervical áreas II, III e IV bilateral com preservação de VJI, NEA e musc. ECM bilateralmente
53	Laringectomia total, hemitiroidectomia direita + Esvaziamento ganglionar cervical bilateral áreas II, III e IV com identificação e preservação da VJI, ECM e NEA bilateralmente + hemitiroidectomia direita

As cirurgias supra descritas resultaram na criação de uma ostomia respiratória definitiva, pelo que as pessoas a elas submetidas foram avaliadas no sentido de fomentar o autocuidado às mesmas. Ambos os senhores conseguiram desenvolver competência neste âmbito de forma gradual, com evolução em todos os domínios de conhecimento, execução e autovigilância conforme se observa nos gráficos 2 e 3.

Gráfico 2 - *Evolução da competência da pessoa 1 no autocuidado à ostomia respiratória nos diferentes momentos de avaliação*

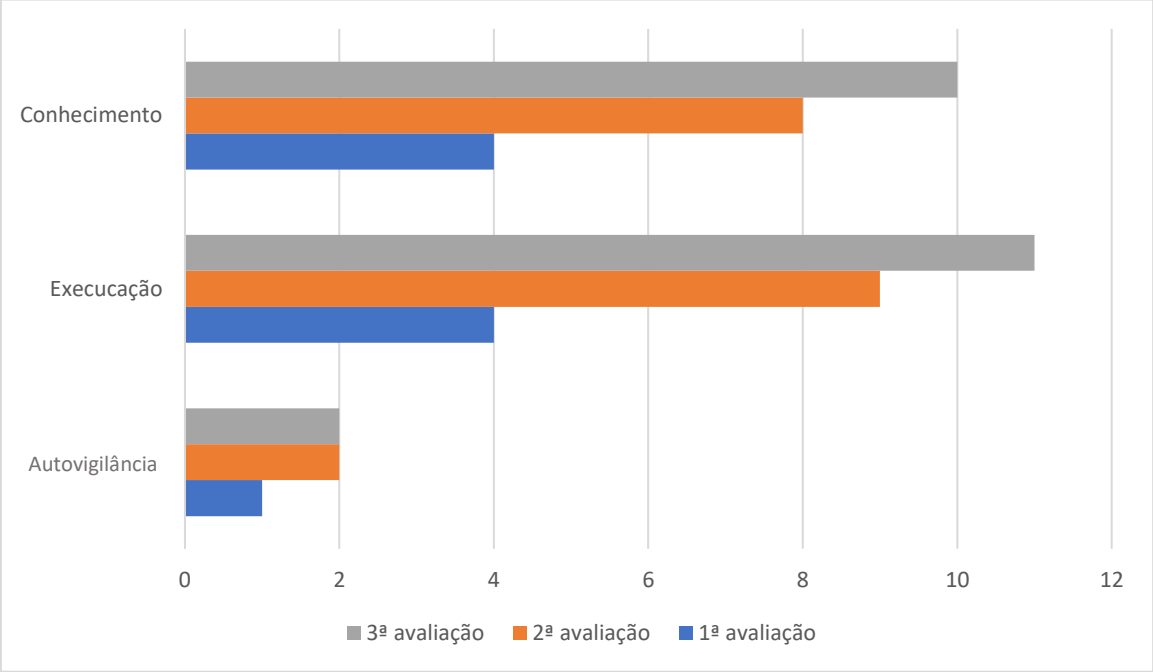
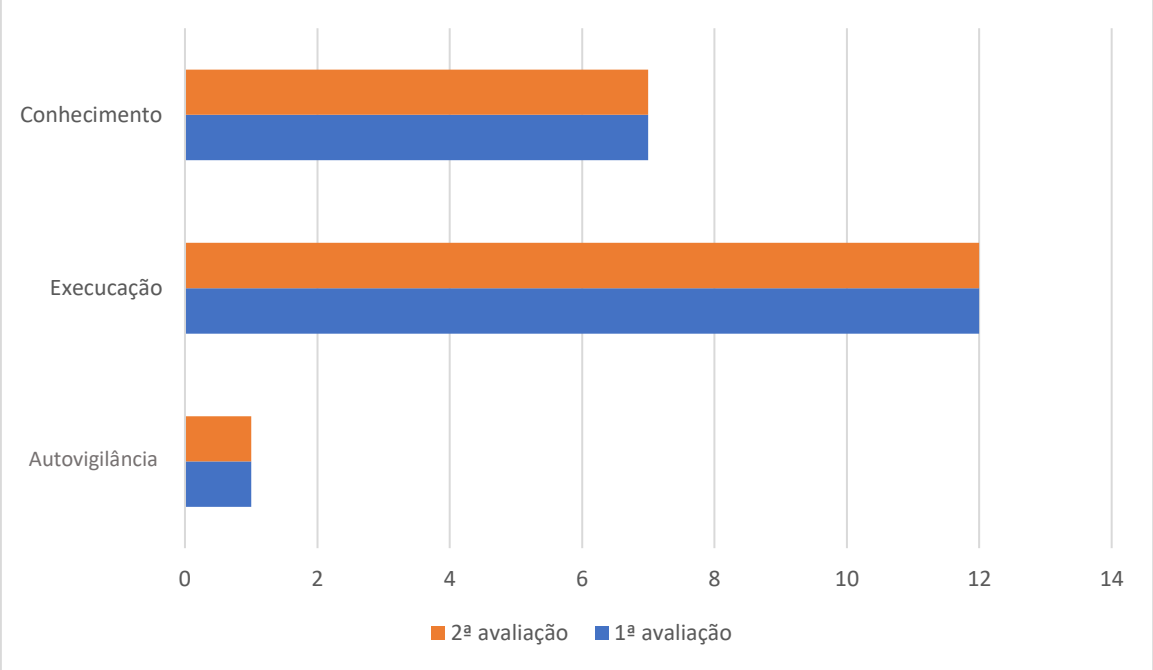


Gráfico 3 - *Evolução da competência da pessoa 2 no autocuidado à ostomia respiratória nos diferentes momentos de avaliação*



Constata-se que a pessoa 2 apenas necessitou de dois momentos de avaliação/intervenção para conseguir cuidar da sua ostomia respiratória.

Importa também inferir sobre alguns itens de avaliação da escala, descritos no campo das recomendações de Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente "necessita melhorar conhecimento sobre a ostomia" (quadro 11), "necessita de melhorar a execução da higiene traqueal" (quadro 12) e "necessita de melhorar conhecimento sobre o material a utilizar" (quadro 13).

Quadro 11 – *Avaliação do item "necessita melhorar conhecimento sobre a ostomia" da escala de competência do autocuidado à ostomia respiratória*

	1ª Avaliação	**2ª Avaliação**	**3ª Avaliação**
Pessoa 1	Sim	Sim	Não
Pessoa 2	Sim	Não	

Quadro 12 – *Avaliação do item "necessita de melhorar a execução da higiene traqueal" da escala de competência do autocuidado à ostomia respiratória*

	1ª Avaliação	**2ª Avaliação**	**3ª Avaliação**
Pessoa 1	Sim	Sim	Não
Pessoa 2	Sim	Sim	

Quadro 13 - *Avaliação do item "necessita de melhorar conhecimento sobre o material a utilizar" da escala de competência do autocuidado à ostomia respiratória*

	1ª Avaliação	**2ª Avaliação**	**3ª Avaliação**
Pessoa 1	Sim	Sim	Não
Pessoa 2	Sim	Não	

À semelhança do que aconteceu com as escalas de avaliação anteriores, também aqui se observa uma evolução nos diferentes itens com a implementação de intervenções de enfermagem específicas e adequadas a cada um.

No caso da Pessoa 2 no item "necessita de melhorar a execução da higiene traqueal", importa esclarecer que no momento da 2ª avaliação ainda necessitava de

melhorar a execução da higiene traqueal, dado que foi descoberta fístula salivar, que contribuiu para a acumulação de secreções secas de difícil remoção pelo próprio.

Por último, no quadro 14, apresento uma sugestão de foco de atenção, respetivo status e intervenções no âmbito dos cuidados à ostomia respiratória.

Quadro 14 - *Linguagem CIPE no âmbito dos cuidados às ostomias respiratórias*

Focos de Atenção de Enfermagem	Status	Intervenções Sugeridas
Autocuidado à ostomia de respiração	Grau de dependência moderado a elevado	Avaliar autocuidado à ostomia respiratória Otimizar ostomia respiratória Vigiar adaptação à traqueostomia Vigiar o estoma Vigiar pele periférica ao estoma Vigiar secreções Otimizar cânula de traqueostomia Trocar cânula interna de traqueotomia Ensinar sobre ostomia respiratória

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA DA PESSOA NA REALIZAÇÃO DA SUA HIGIENE ORAL

AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA DO DOENTE NA REALIZAÇÃO DA SUA HIGIENE ORAL									
NOME DO DOENTE:									Nº OBS:
Nº CAMA: CIRURGIA:									
MOMENTO DE AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA	1º MOMENTO			2º MOMENTO			3º MOMENTO		
DATA DA AVALIAÇÃO									
CONHECIMENTO	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs
1 Refere que já lhe foi iniciado o ensino da higiene oral									
2 Refere a importância da higiene oral									
3 Refere quais as consequências decorrentes da má higiene oral									
4 Refere o número de vezes que deve proceder à sua higiene oral (3x min.)									
EXECUÇÃO	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs
5 Tem material na unidade para a higiene oral (esponjas e desinfetante)									
OBSERVAÇÃO ENF.ª MC	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs
6 Lábios hidratados									
7 Língua aspeto higienizado									
8 Ausência de secreções junto ao palato									
9 Refere ausência de dor na cavidade oral									
10 Cavidade oral higienizada									
11. Sutura operatória de bordos unidos com boa evolução cicatricial									
12 Está levantada no Sclinico a intervenção da higiene oral									
RECOMENDAÇÕES DA ENF.ª MC	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs
13 Higiene oral necessita ser melhorada									
14 Necessidade de material na unidade									
TOTAL DA AVALIAÇÃO									
LEGENDA: Sim 1 /Não 0									

ANEXO II – ESCALA AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA DA PESSOA PARA OTIMIZAR A COMUNICAÇÃO

AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA DO DOENTE PARA OTIMIZAR A COMUNICAÇÃO									
NOME DO DOENTE: Nº OBS:									
IDADE: Nº CAMA: CIRURGIA:									
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS: Sabe ler e escrever: ____ Não sabe ler nem escrever: ____ Apenas consegue ler não consegue escrever_____									
Tem telemóvel? Sim_____Não _____ se sim de que tipo? Telemóvel _____/Smartephone _____									
Consegue Enviar sms? Sim_____Não_____									
Tem limitações motoras? Sim _____Não_____ se sim quais?_____									
Tem limitações visuais? Sim___Não____									
MOMENTO DE AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA	1º MOMENTO			2º MOMENTO			3º MOMENTO		
DATA DA AVALIAÇÃO									
CONHECIMENTO	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs
1. Sente que a sua comunicação está comprometida									
2. Refere que já lhe foi feito ensino sobre estratégias Aumentativas e/ou Alternativas de Comunicação (AAC)									
3. Como comunica com os enfermeiros/profissionais de saúde									
a) Gestos e mímica									
b) Escrita (papel e caneta)									
c) Escrita (quadro mágico)									
d) Tabela de letras e palavras									
e) Livro de símbolos									
f) Telemóvel/tablet (mensagem escrita, bloco de notas)									
g) Telemóvel/tablet (aplicações informáticas)									
	Colocar a (s) letra(s) correspondente(s) de a) a g)								
4. Como comunica com a família									
5. Considera que otimizou a comunicação com a estratégia AAC ensinada (se no 1º momento foi									

feito ensino sobre outra estratégia AAC)									
EXECUÇÃO	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs
6. Dispõe de material para comunicar									
h) papel e caneta									
i) quadro mágico									
j) Tabela de letras e palavras									
k) Livro de símbolos									
l) Dispositivos eletrónicos portáveis (telemóvel e tablet)									
OBSERVAÇÃO ENFª MC	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs
7. A comunicação está comprometida									
8. A estratégia AAC que a pessoa utiliza é a que mais se adequa									
RECOMENDAÇÕES DA ENFª MC	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs	Sim	Não	Obs
9. A comunicação necessita de ser otimizada									
10. Necessidade de material para comunicar									
11. Feito ensino sobre outra estratégia AAC que mais se adeque à pessoa, se sim referir qual:									
m) Gestos e mimica									
n) Escrita (papel e caneta)									
o) Escrita (quadro mágico)									
p) Tabela de letras e palavras									
q) Livro de símbolos									
r) Telemóvel/tablet (mensagem escrita, bloco de notas)									
s) Telemóvel/tablet (aplicações informáticas)									
12. Diagnóstico de Comunicação comprometida levantado no SCLínico									
Observações (predomínio de alguma estratégia, usa alguma em SOS.									

ANEXO III – TABELA DE LETRAS

NÃO
A
B
C
Ç
D
SIM
COMIDA
E
F
G
H
I
FRIO
ÁGUA
J
K
L
M
N
CALOR
DORES
O
P
Q
R
S
CASA DE BANHO
TENHO FALTA DE AR
T
U
V
W
X
MUDAR DE POSIÇÃO
ENFERMEIRO
Y
Z
ESPAÇO
´
`
~
^
HORAS

ANEXO IV – APLICAÇÕES COM SINTETIZADOR DE VOZ PARA TELEMÓVEL

<u>Apple</u> - Telemóveis (*iPhone*) **e Tablet** (*iPod)* **<u>com sistema operativo *IOS*</u>**

- *Grid Player* - aplicação informática gratuita em Português, apenas disponível para a marca *Apple*. O *Grid Player* proporciona, partindo de um menu inicial a emissão de fala artificial a partir de símbolos (*symbol Talker A*) ou combinação de símbolos (*symbol Talker B*), palavras e frases (*Text Talker Phrasebook*) e fotografias (*Talking Photographs*). As tabelas de comunicação estão definidas e não podem ser personalizadas no *browser*.

Menu inicial do *Grid Player*

- *Aloud!* – aplicação para dispositivos *Apple*, disponível em português que permite converte as palavras digitalizadas em voz artificial. Pode ser descarregada gratuitamente na *Apple Store*, e para ser utilizada necessita de ligação à internet.

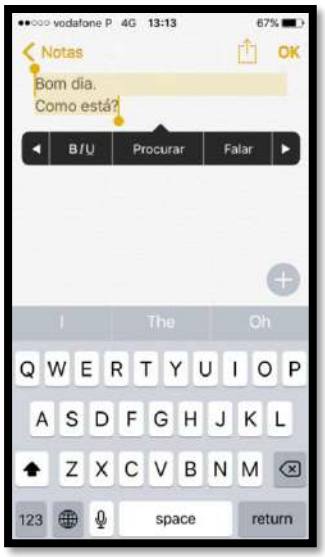
<u>Android (Samsung, Asus)</u> - Telemóveis e Tablet <u>com sistema operativo *Android*</u>

- *Magic Contact Lite*- aplicação informática gratuita em Português que só está disponível para os dispositivos móveis (telemóveis e *tablets*) com sistema operativo *Android*. Esta aplicação proporciona a emissão de fala artificial a partir de símbolos, imagens e sons (opção tabela de comunicação) ou a partir de um teclado de letras (*Qwerty* ou disposto por ordem alfabética) (opção texto para voz) e pode ser modificada no próprio *browser*, para que possa ser adaptada e personalizada.

Menu inicial do ***Magic Contact Lite***

Google Tradutor - Para além de permitir traduzir palavras entre diferentes idiomas, o *Google Tradutor* existente como aplicação para dispositivos móveis (para sistema operativo *Android* e *IOS*) e disponível como funcionalidade da página do *Google* na internet, possui uma opção que permite, mediante ligação à internet, converter texto escrito em fala artificial.

***Smartphones* e *Tablets* com funcionalidades que possuem sintetizadores de voz e permitem a conversão de texto em fala -** Nos dispositivos *Apple*, é possível a emissão de fala artificial a partir da seleção de texto escrito digitalizado, em notas ou em mensagens escritas, mediante a ativação da opção "Fala", sem necessidade de ligação à internet.



ANEXO V – ESCALA AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA NO AUTOCUIDADO À OSTOMIA RESPIRATÓRIA

AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA NO AUTOCUIDADO À OSTOMIA RESPIRATÓRIA						
Nome: Cama_____						
DOMÍNIOS DA COMPETÊNCIA	AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA					
Cirurgia:	Data___/___/___		Data___/___/___		Data___/___/___	
DIA DA AVALIAÇÃO	1º momento		2º momento		3º momento	
CONHECIMENTO	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1.Refere o que é uma laringectomia total						
2.Refere qual é a finalidade da laringectomia total						
3.Refere quais as consequências decorrentes da laringectomia total						
4.Refere que já lhe foi iniciado o ensino de cuidados traqueais						
5.Refere quais os dispositivos necessários no cuidado à laringectomia total						
6.Refere quando deve proceder à substituição do(s) dispositivo(s)						
7.Refere como deve proceder à substituição do(s) dispositivo(s)						
8.Refere quando deve proceder à limpeza do estoma e pele circundante						
9.Refere como deve proceder à limpeza do estoma e pele circundante						
10.Refere quais os recursos disponíveis na comunidade para a pessoa laringectomizada total						
EXECUÇÃO	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
11.Organiza e prepara o material necessário para o cuidado à laringectomia total						
12.Lava as mãos						
13.Remove a fita ou velcro						
14.Remove o(s) dispositivo(s)						
15.Limpa, seca o estoma e pele circundante						
16. Limpa o(s) dispositivos						
17.Insere o(s) dispositivo(s) com fita de velcro						

18.Aplica penso de proteção						
19.Fixa o(s) dispositivo(s)						
20.Confirma o ajuste do(s) dispositivo(s)						
21. Arruma material utilizado						
22.Lava as mãos						
Auto-vigilância	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
23. Observa a ostomia respiratória						
24. Identifica as caracteristicas das secreçôes						
Total						
Recomendações da Enfermeira Médico-Cirúrgica						
1. Necessita de melhorar o conhecimento sobre a ostomia respiratória						
2. Necessita melhorar o procedimento de execução da higiene traqueal						
3. Necessita melhorar o conhecimento sobre o material a utilizar						
4.Existe registo no SClínico do procedimento						

APÊNDICE X – Campo de Estágio A – Défice de autocuidado na pessoa com cancro da cabeça e pescoço – estudo de caso

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica
opção Enfermagem Oncológica
Ano Letivo 2021-2022

Estágio com Relatório

Campo de Estágio A

Défice de Autocuidado na Pessoa com Cancro da Cabeça e Pescoço

Estudo de Caso

Ana Rita Soares Lopes, 3228

Lisboa
outubro 2022

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica
opção Enfermagem Oncológica
Ano Letivo 2021-2022

Estágio com Relatório

Campo de Estágio A

Défice de Autocuidado na Pessoa com Cancro da Cabeça e Pescoço

Estudo de Caso

Ana Rita Soares Lopes, 3228

Professora Orientadora:

Prof.ª Dr.ª Eunice Maria Casimiro Sá

Enfermeira Orientadora:

[redacted]

Lisboa
outubro 2022

Lista de Siglas

CCP - Cancro da cabeça e pescoço

DE – Displasia epitelial

DGS – Direção-Geral de Saúde

DOPM - Doenças orais potencialmente malignas

EONS - *European Oncology Nursing Society*

LT – Laringectomia total

ORL - Otorrinolaringologia

RT – Radioterapia

SNG – Sonda nasográstrica

TDACE - Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem

Índice

Introdução **4**

1. Descrição do conhecimento da pessoa, família e contexto de vida **8**

1.1. Problema identificado e planeamento de cuidados **18**

Conclusão **22**

Referências Bibliográficas **24**

Introdução

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório integrada no segundo semestre do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica.

Corresponde a um dos indicadores de avaliação do objetivo 1.4. "colaborar na prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas com cancro da cabeça e pescoço (CCP)"[1] estipulado no contrato de trabalho a que me propus no âmbito do Campo de Estágio A.

Este trabalho corresponde a um estudo de caso, que é definido por Galdeano et al. (2003) como "uma exploração de um sistema delimitado ou de um caso, obtido por meio de uma detalhada coleta de dados, envolvendo múltiplas fontes de informação" (p. 372), mais concretamente a um estudo de caso considerado informal/clínico. Este último é definido pelos mesmo autores como potenciador da integração de conhecimentos e experiências e facilitador da tomada de decisão e resolução de problemas identificados, competências que pretendo desenvolver.

Assim, este trabalho apresenta como objetivo principal desenvolver competências que me permitam cuidar de uma pessoa com CCP durante a sua trajetória oncológica. Estas competências estão em linha com as discriminadas em documentos chave para o Enfermeiro Especialista em Oncologia, nomeadamente o *European Oncology Nursing Society* (EONS) *Cancer Nursing Education Framework* (2018), a nível internacional, e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2018), a nível nacional.

Para além disso, pretendo desenvolver a minha capacidade de recolha de dados/avaliação inicial; fomentar o raciocínio clínico; integrar os dados colhidos numa avaliação completa e abrangente em linha com uma teórica de Enfermagem; analisar os fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais que afetam a pessoa com CCP e sua família e identificar um problema emergente e as intervenções de enfermagem adequadas à sua resolução.

[1] UNIDADE CURRICULAR OPÇÃO II. Projeto de Intervenção. APÊNDICE V – Descrição dos objetivos, atividades e indicadores de avaliação. ESEL, 2022.

Tive oportunidade de cuidar da pessoa em foco neste trabalho durante dois turnos da manhã no âmbito do Campo de Estágio A com a supervisão da Enf.ª Orientadora. Selecionei a pessoa em causa por ter como diagnóstico CCP, a minha população-alvo de interesse, e por ter sido submetido a uma laringectomia total (LT), cirurgia que implica alterações funcionais e estéticas significativas, onde é fulcral a intervenção de enfermagem. Para além do mais, o facto de ter tido mais tempo de contacto com a referida pessoa, o que permitiu iniciar o desenvolvimento de uma relação terapêutica, foi também um fator preponderante nesta escolha.

A recolha de dados foi realizada através de entrevista informal, observação direta e consulta do processo clínico.

Importa ressalvar que para a realização do presente estudo, obtive o consentimento livre e esclarecido verbal do senhor, após descriminar a finalidade académica, garantindo o direito em se recusar a participar sem qualquer compromisso dos cuidados de saúde que se encontrava a receber. Todos os elementos que permitem a identificação pessoal foram omitidos. Fiz também referência ao dever do sigilo profissional consagrado no artigo 106 do Código Deontológico de Enfermagem (2015). Para garantir que os princípios éticos estavam acautelados no desenvolvimento deste trabalho, recorri ao livro "Aspetos Éticos na investigação em Enfermagem" (2020) de Lucília Nunes.

Como filosofia de cuidados e conceção da prática selecionei a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, por ser aquela que mais se adequa à avaliação e planeamento de intervenções de enfermagem para este caso específico, e por ser aquela que também sustenta o projeto que me encontro a desenvolver para me tornar Mestre/Especialista.

Estruturalmente, começo por realizar uma descrição do conhecimento que detenho a propósito da pessoa, família e seu contexto de vida. Para isso, apresento e relaciono os dados colhidos na avaliação inicial com recurso à teórica Orem e fundamento com a evidência científica atual disponível. Depois, identifico o problema considerado prioritário, delineando as intervenções pertinentes com vista à sua resolução. De seguida, apresento a conclusão, que pretende sumariar as aprendizagens

realizadas e as competências desenvolvidas. Por último, apresento as referências bibliográficas às quais recorri.

1. Descrição do conhecimento da pessoa, família e contexto de vida

Em primeiro lugar, importa descrever sumariamente a Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem (TDACE) de Dorothea Orem, que servirá de guia neste estudo de caso.

Para Orem, a principal preocupação da Enfermagem é a necessidade humana de agir em prol do autocuidado e da sua manutenção de forma contínua, de modo a manter a vida e a saúde, a recuperar da doença e lesão e a lidar com os seus efeitos (Orem, 2001).

Deste modo, desenvolve a sua teoria em torno de um conceito central, o autocuidado, que corresponde à prática de atividades que as pessoas levam a cabo por si próprias ou que são realizadas por si de forma a manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001).

Como o conceito de autocuidado é flexível e expansível, podendo abranger tudo o que as pessoas fazem por si durante o decurso das suas vidas, Orem (2001) necessitou de estabelecer limites para o conceito. Assim, apresentou requisitos do autocuidado, definindo-os como aqueles que fornecem informação sobre os tipos e sequências de ação utilizadas na regulação que a pessoa faz do seu próprio funcionamento no dia-a-dia, seja em ambientes estáveis ou em mudança (Orem, 2001).

Os requisitos de autocuidado que apresentou pertencem a três âmbitos diferentes: universais - associados ao processo de vida, manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano e com o bem-estar; de desenvolvimento - associados à promoção do crescimento, maturação e desenvolvimento da pessoa em cada período do seu ciclo de vida; e os de desvio de saúde - associados às pessoas doentes ou lesionadas, a alterações da estrutura e funcionamento humanos e seus efeitos, aos diagnósticos médicos e opções terapêuticas.

Os requisitos universais são os seguintes: a manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e nutrientes; os cuidados associados aos processos de eliminação; o equilíbrio entre atividade e repouso; o equilíbrio entre solidão e

interação social; a prevenção de riscos para a vida, funcionamento e bem-estar e a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano no seio de grupos sociais e o desejo de normalidade.

A TDACE funciona como teoria geral que integra três outras que se relacionam entre si: Teoria do Autocuidado - descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice do Autocuidado - descreve o motivo pelo qual as pessoas podem ser ajudadas através da Enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem - teoria unificadora que explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza Enfermagem (Tomey e Alligood, 2004).

Esta última, congrega três sistemas básicos que espelham a relação entre a ação do alvo de cuidados e o enfermeiro: totalmente compensatório, onde o enfermeiro substitui a pessoa em todas as ações de autocuidado; parcialmente compensatório, quando o enfermeiro apenas substitui nas ações de autocuidado que a pessoa não consegue realizar sozinha; e de apoio-educação, onde o enfermeiro ensina e supervisiona a pessoa, que é capaz de realizar o seu autocuidado, mas necessita de apoio (Tomey e Alligood, 2004).

Finda a contextualização teórica, é necessário apresentar e relacionar os dados que colhi a propósito da pessoa em estudo, no sentido de identificar os seus requisitos de autocuidado.

Trata-se do Sr. V., nome pelo qual gosta de ser tratado, de 50 anos, nascido a 30 de maio de 1972, no Algarve. Reside em Olhão desde que nasceu.

É casado, referindo como pessoa de referência a sua esposa S., de 45 anos, com quem tem dois filhos rapazes, um de 14, o C. e outro de 23 anos, o B. Tem também um filho de 32 anos, o R., da ex-esposa.

A família é o seu principal apoio, referindo que também tem muitos amigos por ter sempre residido em Olhão. O pai de 74 anos e a mãe de 71, são também um grande pilar para si e para a sua família. São ambos saudáveis e ativos, sendo que ainda trabalham por conta própria – o pai seca peixe e a mãe trabalha como empregada doméstica. Tem também um irmão mais novo, de 47 anos, que trabalha como pedreiro.

Nos seus tempos livres, gosta de passear com a família, ir jantar fora e ir a casamentos. Também gosta de assistir a jogos de futebol, tendo como clube predileto o Sport Lisboa e Benfica.

Diz ser católico.

No que diz respeito às suas habilitações literárias, refere saber ler e escrever, tendo frequentado a escola até ao 5º ano. Porém, apresenta dificuldades na escrita.

Durante toda a vida esteve empregado como pintor, trabalhando por conta própria. Desde há um ano e meio que é pescador, referindo que "já estava cansado de tantas pinturas" (sic). Refere pescar 2 a 3x/semana numa embarcação de outrem, que tem como tripulação 6 elementos, 1 mestre e 5 camaradas. Pescam, essencialmente, polvo. Sempre que vai pescar passa o dia em alto mar, alternando com os colegas o tempo de vigia.

Refere que os rendimentos que obtém da pesca são poucos, tendo dificuldade em pagar todas as despesas familiares. Desde junho de 2022 que não trabalha dada a situação de doença oncológica que enfrenta, estando ao abrigo de certificado de incapacidade temporária. A esposa encontra-se em situação de desemprego de longa duração. Assim, o Sr. V. encontra-se numa situação económica precária, tendo sido referenciado à Assistente Social para encontrar possíveis apoios.

Reside com a esposa e com o filho mais novo, que frequenta o 8º ano, numa moradia térrea T3 arrendada, com uma casa de banho, uma sala, uma cozinha e uma varanda.

Reside perto de estabelecimentos comerciais e outros serviços de necessidades básicas. O hospital mais perto é o de Faro, a 9km do seu domicílio. Tem médico de família atribuído no Centro de Saúde de Olhão, mas refere recorrer ao hospital sempre que necessita.

As características sociodemográficas apresentadas pelo Sr. V. vão de encontro àquelas descriminadas por Estêvão et al. (2016) num estudo retrospetivo descritivo a propósito das pessoas portadoras de tumores malignos da cabeça e do pescoço, referenciados ao serviço de Otorrinolaringologia (ORL) do Instituto Português de Oncologia do Porto. Neste estudo, os autores concluem que o perfil sociodemográfico da amostra é composto maioritariamente por pessoas do sexo

masculino, na sexta década de vida, com hábitos etílicos e tabágicos acentuados, com baixo nível educacional, profissões pouco diferenciadas e com pouco suporte familiar.

O Sr. V. apresenta como antecedentes pessoais de saúde relevantes: ex consumos tabágicos (70 unidades/maço/ano, UMA), alcoólicos (1 litro de vinho por dia mais 6 cervejas) e toxicofílicos; vírus da imunodeficiência humana (VIH); e hepatites B e C.

Refere que iniciou hábitos toxicofílicos aos 23 anos de idade, referindo "fumava e injetava de tudo" (sic). Segundo o próprio "na altura só vivia para a droga" (sic). Refere ter sido preso, em 1999, por tráfico de droga. Foi condenado a uma pena de prisão de 10 meses, tendo saído em liberdade após 7 meses e 6 dias. Enquanto no estabelecimento presidiário manteve o consumo de droga.

Não consegue especificar quando cessou os hábitos toxicofílicos, mas refere que não se submeteu a nenhum processo de desintoxicação. Lembra-se de ter sido num dos dias da concentração de motas em Faro, em que "estive 4 dias a beber sem parar e, a partir daí, deixei as drogas" (sic).

Refere ter deixado de fumar em 2019, ano em que começou com disfonia progressiva.

Quanto aos hábitos alcoólicos, refere manter apenas socialmente.

Os antecedentes cirúrgicos são: cirurgia por fratura da perna esquerda em julho de 2018; biópsia da banda e cordas vocais, que revelou hiperqueratose, em julho de 2019; nova biópsia das cordas vocais em novembro de 2019, revelando displasia de alto grau, tendo realizado tratamento com radioterapia (RT) até 2020; extração de material de osteossíntese em março de 2021; realizou biópsia às cordas vocais novamente em agosto de 2022; e foi submetido a traqueotomia de urgência em setembro de 2022.

Desconhece alergias.

Não apresenta antecedentes familiares de saúde oncológicos. Contudo, refere que o filho mais novo apresenta necessidades especiais devido a hipotonismo, sendo que, quando era mais novo, necessitou de utilizar cadeira de rodas para se mover. Atualmente já consegue movimentar-se de forma independente.

Importa explorar os antecedentes pessoais de saúde, pois muitos deles são fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento de doença oncológica, mais concretamente o CCP.

Por exemplo, o consumo de tabaco é considerado o principal fator de risco para a doença oncológica, aumentando o risco do seu aparecimento em pelos menos 17 tipos de cancro (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022a). Também no CCP, o tabaco é considerado um fator de risco significativo, sendo que o risco é maior para aqueles com taxa UMA superior (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020), que é o que se verifica com o Sr. V.

Também o consumo de álcool é responsável por 5,1% da carga global da doença, contribuindo para 3 milhões de mortes a cada ano. Em Portugal, o consumo anual de álcool *per capita* é de 12,1 litros de álcool puro na população com 15 ou mais anos (DGS, 2022a). Em 2016, o cancro foi a principal causa das mortes atribuídas ao álcool (29 %) (Comissão Europeia, 2021).

O consumo de álcool e tabaco em simultâneo tem um fator cumulativo e potenciador do risco (OMS, 2020).

Importa ainda acrescentar que o facto de apresentar infeção crónica com hepatite B e C o coloca em risco de desenvolver cancro do fígado, pelo que é necessário vigiar possíveis sinais e sintomas (*American Cancer Society*, 2019).

A história de doença atual do Sr. V. iniciou-se no verão de 2019, quando começa a apresentar, gradualmente, disfonia. Recorreu ao Hospital de Faro por esse motivo. Na altura, no dia 31 de julho, foi-lhe realizada uma nasolaringoscopia com biópsia das cordas vocais, que revelou hiperqueratose.

Por este motivo, o Sr. V. manteve-se em vigilância, sendo que, mais tarde, em novembro do mesmo ano, e no mesmo hospital, repete biópsia das cordas vocais, cujo resultado revelou displasia de alto grau.

A verdade é que a classificação histopatológica da displasia epitelial (DE), que significa crescimento anormal, continua a ser o método laboratorial principal para avaliar o risco de transformação maligna em doenças orais potencialmente malignas (DOPM) (Odell et al., 2021).

As alterações histopatológicas da DE em DOPM apresentam-se, normalmente, como leucoplasia, eritroplasia ou alterações mistas vermelha e branca da mucosa (Odell et al., 2021).

A leucoplasia, especificamente, corresponde a uma lesão/placa branca que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença. Porém, histopatologicamente são lesões que apresentam hiperqueratose, conforme resultado da primeira biópsia realizada pelo Sr. V. Estas lesões são muito frequentes nos fumadores e têm potencial para se transformar em doença maligna (Irani, 2016).

O grau de DE oral é o principal indicador para os médicos estratificarem o risco de transformação maligna num indivíduo. Apesar dos processos patológicos da DE não serem compreendidos o suficiente para determinar categorias ou graus, existe um consenso em classificar a DE em três graus principais, baixo, médio e alto grau (Odell et al., 2021).

Na sequência do resultado de displasia de alto grau, o Sr. V. foi reencaminhado para um hospital oncológico para parecer clínico. Assim, no dia 20 de janeiro de 2020, teve a primeira consulta de ORL. Nesta consulta, durante o exame à cavidade oral foi observada lesão com queratose na gengiva do 3º quadrante com 2x0,5cm, tendo sido biopsada.

Passadas 3 semanas, o resultado revelou carcinoma da laringe, um dos tipos de CCP, tendo sido proposto para tratamento com RT. Iniciou este tratamento a 16 de março de 2020 com uma dose prescrita de 64Gy/32 frações e com uma periodicidade diária. Este tratamento foi realizado no Hospital de Faro.

O CCP tem origem nas células escamosas localizadas no epitélio da mucosa dentro da cabeça e pescoço. Pode ser classificado de acordo com a aérea anatómica afetada: cavidade oral (lábios, dois terços anteriores da língua, palato duro, mucosa que reveste as bochechas, gengivas e pavimento bucal); faringe - nasofaringe, orofaringe (que inclui palato mole, úvula, base da língua, amígdalas e seus pilares e parede da orofaringe) e hipofaringe; laringe (incluindo cordas vocais, áreas supraglótica e infraglótica); cavidade nasal e seios perinasais; e glândulas salivares (OMS, 2020).

Mundialmente, o CCP é o 7º tipo de cancro mais prevalente, o 5º mais comum em homens (OMS, 2020).

Especificamente o cancro da laringe é o 16º tipo de cancro mais comum, também mais prevalente em homens (OMS, 2020). Em 2020, estima-se que surgiram 184 615 novos casos de cancro da laringe em todo o mundo, dos quais 99 840 resultaram em morte (*The Global Cancer Observatory*, 2020).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 (DGS, 2022b) considera o cancro da laringe como um dos problemas de saúde de elevada magnitude, quer em termos de carga de mortalidade, quer em termos de carga de doença e incapacidade.

O tratamento com RT é utilizado em 80% das pessoas com CCP (Strojan et al., 2018) e pode resultar em diferentes efeitos secundários. Aquele que o Sr. V. se lembra que foi mais difícil de suportar foi a radiodermite cervical. Na altura, refere ter apresentado descamação.

A radiodermite, que também pode ser denominada ferida radiógena, é progressiva e aparece entre a 2ª e a 3ª semana de tratamento. Tem alguns fatores de risco que podem influenciar o seu aparecimento, duração e intensidade (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2017) como é o caso de ser portador do VIH, um dos antecedentes do Sr. V.

Mais tarde, em agosto de 2022, quando estava a regressar de alto mar, o Sr. V. sentiu odinofagia, apresentou disfonia e dificuldade em deglutir e pouco apetite. Volta a recorrer ao Hospital de Faro, tendo sido solicitada tomografia axial computorizada cervical. Realizou o referido exame a 2 de setembro que relata "preenchimento praticamente completo da laringe supraglótica e glótica com franca destruição das cartilagens tiroideas e extensão paralaríngea + massa necrótica pré-laríngea com 6cm de diâmetro"[2].

No dia 8 de setembro foi realizada nova biópsia, que revelou recidiva tumoral de carcinoma da laringe, estadio T4, que significa que é um tumor de grandes dimensões e localmente avançado.

[2] Informação que consta do processo clínico do Sr. V.

O sistema de classificação TNM é aquele que é aceite na comunidade científica a nível global para estadiamento do cancro. O T diz respeito ao local e tamanho do tumor, podendo variar de 0 a 4; o N refere-se à existência de gânglios linfáticos próximos do local originário do tumor, variando também de 0 a 4; e o M relaciona-se com a existência ou não de metástases (Brierley et al., 2016).

Quando foi informado do diagnóstico, o Sr. V. lembra-se de ter começado a chorar, "deram-me dois anos de vida se não fosse operado" (sic).

O estadio da doença condiciona as hipóteses de sobrevida das pessoas com cancro da laringe, sendo que as taxas de cura podem ir até 80% a 90% para tumores T1 e T2 e apenas de 40% em pessoas com doença muito avançada. A taxa de sobrevida em 5 anos tem-se mantido nos 60,9% nos últimos anos (Obid et al., 2019).

Ser portador do VIH é um aspeto importante a considerar no prognóstico, pois esta infeção prejudica a função dos linfócitos e, desta forma, pode aumentar a patogénese do cancro (Haase et al., 2021).

Foi então proposto para tratamento cirúrgico com laringectomia total (LT) e esvaziamento ganglionar cervical bilateralmente.

De facto, a *National Comprehensive Cancer Network* (2022) refere que a abordagem de tratamento recomendada para pessoas com tumores glóticos e supraglóticos T4 é a LT com possível hemi ou tiroidectomia total e esvaziamento cervical seguido de tratamento adjuvante.

A LT consiste na remoção cirúrgica da totalidade da laringe e constitui a cirurgia curativa *standard* no diagnóstico de cancro da laringe (Andaloro & Widrich, 2022)

O Sr. V. foi admitido para internamento no serviço cirúrgico onde me encontro a estagiar no dia 4 de outubro, tendo sido submetido a LT, hemitiroidectomia direita e esvaziamento ganglionar cervical áreas II, III e IV bilateral com preservação de veia jugular interna, nervo espinhal acessório e músculo esternocleidomastóideo.

Após a análise patológica da peça operatória, foi possível chegar ao diagnóstico definitivo:

"A - Gânglios linfáticos sem evidência de metástases.

B - Gânglios linfáticos sem evidência de metástases.

C - CARCINOMA DA LARINGE

Localização: transglótico, centrado na região anterior.

Tipo histológico: pavimento-celular invasivo.

Grau de diferenciação: moderadamente diferenciado.

Extensão: o tumor invade e ultrapassa o plano cartilagíneo na região anterior.

Invasão linfovascular: não documentada.

Invasão perineural: não documentada.

Margens cirúrgicas: o tumor dista 3mm da margem mais próxima (anterior).

Gânglios linfáticos: sem evidência de metástases.

Hemitiróide: área de ossificação metaplásica, sem outras particularidades.

D - Gânglio linfático sem evidência de metástases"[3]

A 25 de outubro decidiu-se, em consulta de decisão terapêutica, que perante os dados acima descritos, não teria indicação para re-irradiar, ficando com indicação para vigilância.

A primeira vez que cuidei do Sr. V. foi a 15 de outubro no turno da manhã, no 11º dia pós-cirurgia.

Apresenta-se consciente e orientado nas 3 valências. Calmo. Humor depressivo. Comunica com recurso a mímica labial e gestos.

Pele e mucosas moderadamente coradas e moderadamente hidratadas.

Normotenso (TA 115/67mmHg). Normocárdico (FC de 71 batimentos por minuto) Apirético com temperatura timpânica de 36ºC. Nega dor.

Eupneico em ar ambiente (17 ciclos respiratórios por minuto) com spO2 de 98%.

Laringectomizado com cânula shilley nº8. Apresenta secreções translúcidas em pequena quantidade. Necessita de supervisão na realização dos cuidados traqueais. Aplicado Cavilon™ pomada na região peri-traqueostomia por se encontrar macerada.

Verificou-se a existência de pequena fístula salivar às 0h e de pequena deiscência com tecido desvitalizado às 3h. Colocada tira de alginato de cálcio peri-cânula.

Apresenta sutura cervical bilateral com agrafos exposta com boa evolução cicatricial. Foi realizada limpeza com soro fisiológico.

[3] Informação que consta do processo clínico do Sr. V.

Apresenta acesso venoso periférico obturado a nível da mão esquerda permeável e sem sinais inflamatórios.

É independente na satisfação da suas necessidades humanas básicas fundamentais.

Alimenta-se através de sonda nasogástrica (SNG), de alimentação entérica isocalórica e hipercalórica alternadamente. Tolera dieta sem náuseas e/ou vómitos.

Sem alterações do padrão de eliminação vesical e/ou intestinal.

Refere alteração do padrão de sono com insónia inicial. Costuma cumprir SOS de 3mg de bromazepam ao deitar.

Atualmente encontra-se a cumprir o seguinte regime terapêutico: esomeprazol 40mg EV em jejum; paracetamol 100mg em pó de 8/8h alternado com metamizol magnésico 1000mg de 8/8h; dolutegravir/abacavir/lamivudina 600/500/300mg 1cp ao jantar; e bromazepam 3mg em SOS. Entretanto, foi observado pela Psiquiatria, que otimizou terapêutica devido à insónia que o Sr. V apresentava, adicionando mirtazapina, olanzapina e lorazepam.

Após a análise dos dados demográficos, caracterização do ambiente familiar, das condições de habitação, história de saúde e história da doença atual, importa, por fim, analisar os requisitos do autocuidado.

No âmbito dos requisitos universais definidos por Orem (2001), irei apenas abordar aqueles que se encontram comprometidos.

Considerei o requisito manutenção de uma ingestão suficiente de ar parcialmente comprometido, pois apesar de não apresentar alterações do seu padrão respiratório, necessita de ajuda no autocuidado à sua ostomia respiratória.

O requisito de equilíbrio entre atividade e repouso está também comprometido dado apresentar insónia. Refere dormir cerca de 5h por noite, adormecendo pela 1h e acordando pelas 6h. Não tem um sono reparador, acordando algumas vezes durante a noite. Dorme por curtos períodos durante o dia. Refere que a sua profissão como pescador impactou o seu padrão de sono, pois tinha de acordar de madrugada para ir trabalhar.

O equilíbrio entre solidão e interação social está também comprometido por apresentar alterações na comunicação.

A prevenção de riscos para a vida, funcionamento e bem-estar está comprometida devido ao processo de saúde/doença que se encontra a viver.

Por último, a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano no seio de grupos sociais e o desejo de normalidade está também comprometida, pois refere "vontade de regressar a casa e à minha vida" (sic).

Os requisitos de desenvolvimento podem dividir-se em três conjuntos principais: condições que promovem o desenvolvimento, condições que promovem o auto-desenvolvimento e condições que permitam a prevenção/gestão das situações de vida que afetem negativamente o desenvolvimento humano (Orem, 2001). No caso do Sr. V. pode considerar-se que o baixo nível de escolaridade, os antecedentes de saúde e a doença oncológica condicionaram e condicionam o seu desenvolvimento humano.

No que diz respeito aos requisitos de desvio de saúde, Orem (2001) refere que podem estar tanto relacionados com a doença como com o seu diagnóstico e tratamento. Assim, considera que para uma pessoa ficar competente nos requisitos de desvio de saúde necessita de ser ajudada a integrar e aplicar conhecimento no seu próprio cuidado, apresentando seis categorias de requisitos de desvio da saúde. A história de vida do Sr. V., particularmente a história atual de doença implica que se faculte ajuda para atingir o que é explicitado nas categorias 5 "modifyng the self-concept (and self-image) in accepting oneself as being in a particular state of health and in need of specific forms of health care" e 6 "learning to live with the effects of pathologic conditions and states and the effects of medical diagnostic and treatment measures in a life-style that promotes continued personal development" (Orem, 2001, p. 235).

1.1. Problema identificado e planeamento de cuidados

Apesar da cirurgia a que o Sr. V. foi submetido acarretar inúmeras alterações funcionais e estéticas, que comprometem alguns requisitos do autocuidado e têm um impacto significativo na sua saúde mental, centrar-me-ei no autocuidado à ostomia respiratória.

Considerei que era este o problema prioritário, pois foi precisamente na primeira vez que cuidei do Sr. V., que a minha Enfª orientadora detetou as já referidas fistula salivar e deiscência, que atrasam a cicatrização, comprometendo o início do treino da deglutição e, consequentemente, prolongando o tempo de internamento. O prolongamento do tempo de internamento é também problemático, pois o Sr. V. já sente vontade de regressar ao domicílio.

Apresentava a região peri e intra-traqueostomia com secreções secas, que foram removidas com recurso a pinça cirúrgica. A pele peri-traqueostomia encontrava-se ligeiramente macerada, pelo que foi aplicada pomada barreira protetora cavilon™.

Assim, uma intercorrência aparentemente simples e comum, impacta negativamente diferentes dimensões da vida do Sr. V.

Foi solicitado pela equipa médica a colheita do conteúdo drenado para bacteriologia, tendo iniciado empiricamente antibioterapia endovenosa com piperacilina e tazobactam 4,5g EV de 8/8h.

As fístulas salivares são a complicação mais comum após LT e o seu aparecimento é, normalmente, multifatorial. Por exemplo, já ter sido submetido a RT previamente poderá, conjuntamente com outros fatores, facilitar o aparecimento destas fístulas, uma vez que a RT interfere diretamente com a cicatrização. O estadiamento avançado é também um fator prognóstico para o aparecimento de fistula, sendo que os tumores supraglóticos apresentaram maior risco, pois estão associados à ressecção de mucosa faríngea em grande extensão e, portanto, à realização de sutura primária sob tensão (Cocato et al., 2015).

Para além disso, o Sr. V. contou que a primeira vez que se viu ao espelho após a cirurgia, para começar a aprender a gerir a ostomia respiratória, se sentiu mal, tendo apresentado episódio de lipotímia. No momento em que o conheci, já conseguia realizar o procedimento traqueal, mas ainda com ajuda.

Desta forma, identifico como diagnóstico de enfermagem, segundo a linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011), “autocuidado à ostomia respiratória comprometido”. Como intervenções, é importante planear as seguintes: otimizar ostomia respiratória; vigiar adaptação à

traqueostomia; vigiar o estoma; vigiar pele periférica ao estoma; vigiar as secreções; e ensinar sobre ostomia respiratória.

Segundo a DGS (2017), "todas as pessoas com ostomias respiratórias necessitam de apoio educacional, psicossocial e de treino, a fim de se adaptarem e cumprirem com sucesso o autocuidado da ostomia" (p. 18). Na mesma norma da DGS (2017) está explicitado que a deteção e prevenção de complicações deve ser objeto de monitorização por parte dos enfermeiros.

Assim, os enfermeiros devem direcionar as suas intervenções no sentido de maximizar a independência para o autocuidado e de apoiar as pessoas a adaptarem -se às mudanças que surgem devido à presença do estoma (DGS, 2017).

Isto significa que é fundamental vigiar as ostomias respiratórias de forma a despistar possíveis complicações. Mesmo que a pessoa já esteja praticamente independente na realização dos cuidados traqueais é importante supervisionar e avaliar as características do estoma, pele circundante e secreções traqueo-brônquicas, validando a educação para a saúde realizada.

A educação para a saúde é também um conceito-chave abordado por Dorothea Orem (2001), que apresente o sistema apoio-educação na sua Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

No que diz respeito ao tratamento da fístula salivar, a maioria das fístulas cicatriza com tratamento conservador. Porém, a utilização de terapia para feridas com baixa pressão deve ser uma opção a considerar para todas as fístulas, em caso de não existirem contraindicações, porque reduz o tempo de cicatrização da mesma. A intervenção cirúrgica deve ser utilizada apenas em fístulas crónicas e de maior dimensão que não cicatrizem com o tratamento conservador. A ser necessária reconstrução cirúrgica, esta deve ser o mais simples possível (Khoo & Ooi, 2021).

O tratamento conservador das fístulas pode incluir: realizar pensos compressivos; evitar alimentação oral; tamponamento intraoral para controlo da sialorreia; e administração de antibiótico endovenoso (Khoo & Ooi, 2021).

No caso do Sr. V. recorreu-se também ao tratamento conservador com realização de penso compressivo a nível antero-cervical com recurso a ligadura, rede e adesivo. Conforme já referido, iniciou também antibioterapia endovenosa. Foi realizado

ensino para expelir toda a saliva, ao invés de a deglutir. Atrasou-se também o treino da deglutição, mantendo alimentação exclusivamente através de SNG.

Conclusão

A realização do presente estudo de caso permitiu-me conhecer, de forma mais aprofundada, algumas das vivências que uma pessoa com CCP pode experienciar no seu processo de saúde/doença, o que me faz tornar uma pessoa e profissional mais atenta e consciente das necessidades que esta população apresenta.

A pesquisa bibliográfica de suporte facilitou a aquisição de conhecimentos sobre o CCP. De facto, foi possível analisar e correlacionar os diferentes sinais, sintomas e fatores de risco desta doença, com base na evidência científica mais recente disponível.

Foi também possível inferir sobre o impacto que uma cirurgia tão radical tem na qualidade de vida da pessoa e no seu futuro, o que me permite planear intervenções de enfermagem especializadas com vista à mitigação dos problemas que possam surgir.

Algumas dessas intervenções centram-se na gestão e promoção do autocuidado às ostomias respiratórias, que sinto ser uma temática com a qual me sinto cada vez mais confiante.

Importa também referir que recorrer à TDACE de Orem foi estruturador e me permitiu organizar os dados colhidos de forma a conseguir avaliar os diferentes requisitos do autocuidado.

Face ao exposto, penso ter conseguido responder aos objetivos a que me propus com este trabalho, tendo conseguido desenvolver competências de Enfermeira Especialista.

No âmbito dos resultados de aprendizagem propostos pelo EONS *Cancer Nursing Education Framework* (2018), alcancei alguns dos resultados de aprendizagem referentes aos módulos 2 “Cancer Phatophysiology and the Principles of Treatment Decsion Making” (p. 17), 4 “Supporting People Living With, Through and Beyond Cancer” (p. 26) e 8 “Research Utilisation and Evidence in Cancer Care” (p. 44).

No que diz respeito ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2018), considero ter desenvolvido as seguintes: “reconhece as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou

crónica"; "envolve a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; e "prioriza as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos" (p. 19361).

Referências Bibliográficas

American Cancer Society (2019). *Liver Cancer. Causes, Risk Factors, and Prevention.* https://www.cancer.org/cancer/liver-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html

Andaloro, C. & Widrich, J. (2022). *Total Laryngectomy*. StatPearls Publishing LLC. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556041/

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2017). *Linha de Consenso de Boa Prática Clínica. Mucosite Oral em Radioterapia.* Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa.

Brierley, J. D., Gospodarowicz, M. K. & Wittekind, C. (2016). TNM Classification of Malignant Tumours (8a edição). Wiley-Blackwell.

Cocato, A. C. de F., Gomes, J. J., Biasoli, E. R., Silva, J. Z. da, Miyahara, G. I., & Neto, S. C. (2016). Artigo Original 4 - Fatores de risco da fístula faringocutânea em pacientes laringectomizados. *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, 13(3). https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/109

Comissão Europeia (2021). *Plano Europeu de Luta contra o Cancro*. Bruxelas: Comissão Europeia.

Direção-Geral da Saúde (2022a). *Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2021 a 2030.*

Direção-Geral de Saúde (2022b). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030.* Direção-Geral da Saúde.

Estêvão, R., Santos, T., Ferreira, A., Machado, A., Fernandes, J., & Monteiro, E. (2016). Características Epidemiológicas e Demográficas dos Doentes Portadores de Tumores da Cabeça e Pescoço no Norte de Portugal: Impacto na Sobrevivência. *Acta medica portuguesa*, 29(10), 597–604. https://doi.org/10.20344/amp.7003

European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework.*

Galdeano, L. E., Rossi, L. A. & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro Instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 11(3), 371-375. https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016

Haase, K., Piwonski, I., Stromberger, C., Thieme, N., Heiland, M., Beck-Broichsitter, B., Hofmann, V. M., Kofla, G., Sander, S., Keilholz, U., Neumann, K., Stölzel, K., Olze, H., Arens, P., Dommerich, S., & Coordes, A. (2021). Incidence and survival of HNSCC patients living with HIV compared with HIV-negative HNSCC patients. *European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 278(10), 3941–3953. https://doi.org/10.1007/s00405-020-06573-9

Irani S. (2016). Pre-Cancerous Lesions in the Oral and Maxillofacial Region: A Literature Review with Special Focus on Etiopathogenesis. *Iranian journal of pathology*, 11(4), 303–322.7

Khoo, M. J. W., & Ooi, A. S. H. (2021). Management of postreconstructive head and neck salivary fistulae: A review of current practices. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, *74*(9), 2120–2132. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2020.12.096

Lei n.º 156/2015 (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República*. Série I (N.º 181 de 2015-09-16), 8059 – 8105. ELI: https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html

National Comprehensive Cancer Network (2022). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Head and Neck Cancers*. National Comprehensive Cancer Network.

Norma n.º 011/2016 de 28/10/2016 (atualizada a 03/03/2017). *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto.* Direção-Geral da Saúde. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023397.pdf

Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na investigação em Enfermagem*. IPS, ESSM Departamento de Enfermagem.

Obid, R., Redlich, M., & Tomeh, C. (2019). The Treatment of Laryngeal Cancer. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America*, *31*(1), 1–11. https://doi.org/10.1016/j.coms.2018.09.001

Odell, E., Kujan, O., Warnakulasuriya, S., & Sloan, P. (2021). Oral epithelial dysplasia: Recognition, grading and clinical significance. *Oral diseases*, *27*(8), 1947–1976. https://doi.org/10.1111/odi.13993

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2*. Ordem os Enfermeiros.

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6ª edição). Mosby, Inc.

Organização Mundial de Saúde (2020). *World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention.* Organização Mundial de Saúde.

Regulamento N.º 429/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. Série II (N.º 135 de 2018-07-16). 19359-19370.

Strojan, P., Hutcheson, K. A., Eisbruch, A., Beitler, J. J., Langendijk, J. A., Lee, A. W. M., Corry, J., Mendenhall, W. M., Smee, R., Rinaldo, A., & Ferlito, A. (2017). Treatment of late sequelae after radiotherapy for head and neck cancer. *Cancer treatment reviews*, 59, 79–92. https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2017.07.003

The Global Cancer Observatory (2021). *Facts Sheets Portugal*. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª edição). Lusociência.

APÊNDICE XI – Campo de Estágio A – Reflexão sobre consulta de enfermagem de otorrinolaringologia

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

opção Enfermagem Oncológica

Ano Letivo 2022-2023

Estágio com Relatório

Campo de Estágio A

Reflexão sobre Consulta de Enfermagem de Otorrinolaringologia

Ana Rita Soares Lopes, 3228

Professora Orientadora:

Prof.ª Dr.ª Eunice Maria Casimiro Sá

Enfermeira Orientadora:

[redacted]

Lisboa

outubro 2022

Esta reflexão surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no segundo semestre do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica.

É uma atividade que não estava contemplada no contrato de aprendizagem a que me propus inicialmente, mas que considero ser importante para integrar conhecimentos e experiências práticas vividas em contexto de estágio.

Assim, apresenta como objetivos principais: integrar e aprofundar conhecimentos referentes à área dos cuidados de enfermagem às pessoas com cancro da cabeça e pescoço; refletir sobre os contributos que as experiências práticas tiveram no meu desenvolvimento pessoal e profissional; e inferir sobre a aquisição de competências como enfermeira especialista que me pretendo tornar.

Como linha orientadora desta reflexão, utilizarei o método de reflexão sobre a ação de Johns (2004), que contempla um conjunto de questões norteadoras que permitem uma reflexão estruturada com o objetivo major de aprender através da experiência. As questões norteadoras são formuladas para facilitarem a descrição, reflexão, fatores influenciadores, problematização da ação na situação e, por fim, a aprendizagem (Johns, 2004).

No âmbito do primeiro campo de estágio, surgiu a possibilidade de realizar um turno de observação na Consulta Externa de Enfermagem de Otorrinolaringologia (ORL), que me permitiu observar os cuidados de enfermagem específicos a esta população.

Começarei por contextualizar sumariamente o âmbito/objetivo e dinâmica organizacional/funcional da referida consulta para situar a experiência sobre a qual irei refletir.

O serviço de Consultas Externas de Enfermagem é constituído por diversas especialidades. A consulta de ORL, em particular, é dirigida apenas por uma enfermeira, a Enf. L., que, durante os dias úteis da semana, das 8h às 16h, recebe todas as pessoas que são seguidas e/ou referenciadas para a especialidade de ORL em contexto hospitalar.

É nesta consulta que se realiza o acompanhamento e *folow-up* da maioria das pessoas que são intervencionadas cirurgicamente, sendo o internamento destas

pessoas no serviço onde me encontro a realizar estágio. Ainda no internamento, aquando da alta, é marcada consulta de enfermagem e médica para seguimento.

Este acompanhamento é mantido durante o tempo que se revele necessário, o que pode variar num período de semanas até anos.

Nesta consulta, é realizada uma avaliação da pessoa/família no período pós-cirúrgico, nomeadamente evolução e dificuldades/desafios sentidos. Esta avaliação permite identificar quais as necessidades de enfermagem destas pessoas/famílias, que, daquilo que tive oportunidade de observar, se concentram, particularmente, na gestão de dispositivos/ostomias, alterações funcionais (com enfoque na comunicação e alimentação) e estéticas resultantes das cirurgias que realizaram.

Deste modo, na consulta, existe um grande enfoque no ensino do próprio e do seu cuidador (quando existe) no cuidado e manipulação de ostomias respiratórias (traqueotomia e traqueostomias) e de ostomias de alimentação (sondas nasogástricas – SNG, sondas esofagogástricas e gastrostomias percutâneas endoscópicas).

Para além disso, é nesta consulta que é realizado o acompanhamento da evolução das feridas cirúrgicas, nomeadamente, no que diz respeito à remoção do material de sutura e realização de pensos cirúrgicos.

Para além do acompanhamento destas pessoas, a enfermeira responsável pela consulta, dá apoio aos gabinetes médicos de ORL, que, durante o mesmo horário, se encontram em funcionamento na realização de exames de diagnóstico/estadiamento, como nasofaringoscopias e biópsias, entre outros.

Por último, a enfermeira dá também apoios aos serviços de internamento que solicitem a sua experiência e perícia, deslocando-se a esses locais sempre que necessário.

A situação originária desta reflexão ocorreu precisamente quando o apoio da Enf.ª L. foi solicitado num gabinete médico para a colocação de uma SNG no Sr. J., que teria que se passar a alimentar por esse via indefinidamente por apresentar problemas com a prótese fonatória.

Na altura, acompanhei a Enf.ª L. ao referido gabinete. Não sabia nada a respeito do Sr. J., mas percebi que se tratava de um homem, com cerca de 60 anos, independente na satisfação das suas atividades de vida diárias e que tinha sido

submetido a laringectomia. Tinha uma prótese fonatória, que apresentava extravasamento de líquido em seu redor.

A médica que dirigia a consulta estava a informá-lo que iria substituir a prótese fonatória por uma de tamanho superior, numa tentativa de obstruir a fuga que agora se verificava, mas que tinha solicitado o apoio de enfermagem caso tal substituição não resultasse e tivesse que passar a alimentar-se por SNG.

O Sr. J. referiu que já não era a primeira vez que se encontrava perante esta dificuldade. Inclusivamente, no passado, tinha sido mesmo necessária a colocação de uma sonda onde outrora se encontrava a prótese fonatória numa tentativa de provocar a estenose da fístula esofagotraqueal.

Referiu também que, na altura, esta alternativa não tinha sido bem-sucedida e que só a substituição por uma prótese fonatória com diâmetro superior tinha sido eficaz, não tendo problemas durante o ano subsequente à sua substituição.

A Enf.ª L. após, em conjunto com a médica, verificar que existia o referido extravasamento, acompanhou o procedimento de substituição da prótese fonatória. Questionei o Sr. J. e a médica no sentido de autorizarem a minha presença neste procedimento, ao qual anuíram. Após a substituição, foi solicitado ao Sr. J. que ingerisse 3 a 4 golos de água para verificar se o problema se mantinha.

A substituição tinha sido eficaz e já não existia extravasamento, sendo que não seria então necessária a entubação. O Sr. J. parecia aliviado e feliz por manter a alimentação por via oral.

Na altura, confesso que também eu me senti aliviada pela substituição da prótese fonatória ter sido bem-sucedida. Para além disso, senti-me surpreendida pela forma como o Sr. J. se encontrava adaptado a tantos obstáculos, inferindo como seria ter que estar constantemente a trocar a prótese fonatória e, consequentemente, a deixar de consumir alimentos por via oral, para passar a consumi-los via SNG.

Por outro lado, senti-me muito pouco à vontade com estes dispositivos. Na minha prática profissional só tinha cuidado de duas pessoas com prótese fonatória, pelo que senti não ter competência para atuar de forma eficaz nesta situação específica, o que me causou um desconforto interno.

Desta forma, decidi aproveitar esta situação para explorar mais sobre esta temática e os cuidados de enfermagem associados, pois só assim conseguirei alcançar um conhecimento e prática reconhecidos como de enfermeiro especialista.

A laringectomia total consiste na remoção cirúrgica da totalidade da laringe e constitui a cirurgia curativa *standard* no diagnóstico de cancro da laringe (Andaloro & Widrich, 2022), que era o caso do Sr. J. Nesta cirurgia, o tubo faríngeo é encerrado, separando o trato digestivo do trato respiratório. Desta forma, é construído um traqueostoma onde a extremidade traqueal é sutura à pele, de modo a permitir a respiração (Santos, 2020).

Estima-se que, em 2020, surgiram 184 615 novos casos de cancro da laringe em todo o mundo, dos quais 99 840 resultaram em morte. Da totalidade de novos casos, 529 ocorreram em Portugal, dos quais 329 resultaram em óbito (The Global Cancer Observatory, 2020).

Contudo, a laringectomia, para além de ser indicada quando o cancro da laringe é de estadio avançado e/ou recorrente, é também uma opção terapêutica noutras situações, nomeadamente: trauma grave da laringe sem possibilidade da sua reconstrução; em pessoas que não têm voz e apresentam aspirações recorrentes devido a paralisia dos nervos cranianos IX, X e XI (Andaloro & Widrich, 2022); e no caso de doença inflamatória crónica com presença de necrose e papilomatose recorrentes (Santos, 2020).

A laringe é um órgão complexo que se subdivide em três regiões principais: supraglótica, glótica e subglótica. Tem diferentes funções, nomeadamente, a fonação e a proteção da via área durante a respiração e a deglutição (Sara et al., 2022).

A laringectomia total é, assim, uma cirurgia que acarreta inúmeras consequências para as pessoas a elas submetidas e respetivas famílias/cuidadores no que diz respeito à sua qualidade de vida, com repercussões funcionais, sociais e estéticas importantes (Cabral et al., 2017). Após esta cirurgia, assiste-se a um aumento do sentimento de solidão, isolamento social e depressão (Santos, 2020).

Algumas alterações funcionais que são consideradas significativas por estas pessoas são a hiposmia ou anosmia e, consequentemente, a hipogeusia ou ageusia. Para além disso, como as funções nasais de filtração, hidratação e aquecimento do ar

estão perdidas, verifica-se um aumento da produção de expetoração, condicionando uma maior incidência de infeções respiratórias (Santos, 2020).

A respeito da comunicação, a maioria das pessoas laringectomizadas refere alterações negativas na sua comunicação, o que se traduz numa pior qualidade de vida (Sharpe at al., 2018).

Deste modo, a otimização da comunicação da pessoa submetida a laringectomia total deve ser uma preocupação da equipa multidisciplinar que a acompanha. Particularmente no que concerne às intervenções de enfermagem, são de realçar as seguintes estratégias: gestos, sinais, mímica labial e formulação de perguntas simples com respostas de "sim" ou "não" e utilização de dispositivos computorizados/eletrónicos geradores de fala (Frade et al., 2019).

A reabilitação da voz pós-cirurgia deve ser assegurada (Direção-Geral da Saúde, [DGS,] 2017). Atualmente, existem três métodos principais para o atingir: a voz esofágica, a laringe eletrónica e a voz traqueoesofágica, através da colocação de prótese fonatória (Santos, 2020). Irei então focar-me neste último método por ser o presente na experiência descrita.

A voz traqueoesofágica pressupõe a colocação de uma prótese fonatória, que é colocada cirurgicamente através da criação de uma fístula traqueoesofágica por um médico otorrinolaringologista (DGS, 2017), permitindo a passagem de ar do traqueostoma para a faringe (Zenga et al., 2018).

Figura 1 - *Próteses fonatórias diversas e dispositivo para a sua colocação.*

Fonte – *Lopes, 2022*

Após a experiência relatada, a Enf.ª L. mostrou-me diversas próteses fonatórias existentes e o dispositivo necessário para a sua substituição (figura 1), relatando a sua experiência com estes dispositivos.

A maioria das próteses é feita em borracha de silicone, apresentando excelente biocompatibilidade e flexibilidade. Têm uma válvula unidirecional, que abre durante a fonação e encerra durante a respiração e deglutição (Santos, 2020).

Figura 2 - *Prótese Fonatória Provox ® Vega.*

Fonte: https://www.atosmedical.us/product/provox-vega/

A Enf.ª L. referiu que as próteses fonatórias ali utilizadas eram da marca Provox ® (figura 2), comercializadas pela *Atos Medical* e, segundo os fabricantes, deve ser substituída de seis em seis meses. Porém, na prática, e naquele contexto hospitalar, só são substituídas quando se deteta algum problema.

Apesar da colocação da prótese fonatória ser um procedimento confiável e de se verificar um avanço tecnológico na construção das mesmas - que prioriza o *design* de próteses permanentes, válvulas magnetizadas e materiais antimicrobianos - acarreta ainda algumas complicações. A principal complicação diz respeito ao mau funcionamento e/ou falha da válvula da prótese fonatória e consequente extravasamento de conteúdo através da mesma, resultando num tempo de vida da prótese muito mais reduzido, por ter se de proceder à sua substituição. Outras causas que podem fazer com que a válvula falhe é a acumulação de biofilme ou de fungos (Zenga et al., 2018).

Para além disso, poderá verificar-se o extravasamento em redor da própria prótese, associado ao alargamento da fístula criada, que poderá conduzir a uma pneumonia de aspiração e/ou dependência de SNG para alimentação (Zenga et al., 2018), que foi precisamente o que aconteceu ao Sr. J. Atribui-se uma percentagem de 7-10% na taxa de aumento da fístula e consequente extravasamento peri-protésica (Iype et al., 2020).

Alguns fatores como a radioterapia, desnutrição, diabetes, tabagismo, estenose do esófago, hipotiroidismo, tamanho desadequado da prótese fonatória e *timing* de colocação da prótese podem justificar a referida percentagem (Iype et al, 2020).

Infelizmente, muitos dos fatores supramencionados são ou fatores de risco ou consequência dos tratamentos realizados para o cancro da cabeça e pescoço.

Nestes casos, é indicada a substituição da prótese fonatória ou a diminuição do tamanho da fístula, através da remoção da prótese ou diminuição progressiva do seu

tamanho, suturas submucosas ou injeções de preenchimento. Quando estas medidas conservadoras não resultam, pode ser necessário encerrar cirurgicamente a fístula traqueoesofágica (Zenga et al., 2018).

Por fim, também pode acontecer a deslocação da prótese através da remoção inadvertida ou até aspiração do dispositivo (Santos, 2020).

As pessoas que utilizam a voz traqueoesofágica referem maior qualidade de vida quando comparado com outros métodos (Sharpe et al., 2018). Para além disso, referem outros benefícios associados ao tempo e intensidade da fonação, qualidade vocal e inteligibilidade (Zenga et al., 2018).

Para a voz traqueoesofágica ser bem-sucedida e segura é fundamental que a pessoa tenha motivação e capacidade física para a utilização da prótese fonatória, nomeadamente, destreza manual e visual adequadas. Para além disso, precisa de ser munida dos recursos necessários para a sua manutenção, cuidado e substituição (Zenga et al., 2018).

Cerca de 80% das pessoas que colocam prótese fonatória conseguem alcançar a voz traqueoesofágica, sendo que as causas respeitante ao não alcance desta voz podem ser multifatoriais (Zenga et al., 2018).

Segundo a DGS (2017), "todas as pessoas com ostomias respiratórias necessitam de apoio educacional, psicossocial e de treino, a fim de se adaptarem e cumprirem com sucesso o autocuidado da ostomia" (p. 18). É seguindo esta premissa, que os enfermeiros são de extrema importância no que diz respeito à promoção do autocuidado.

É impossível falar em autocuidado sem mencionar a teórica que, pioneiramente, definiu a Enfermagem em torno deste conceito, Dorothea Orem. De facto, na sua visão, a principal preocupação da Enfermagem é a necessidade humana de agir em prol do autocuidado e da sua manutenção de forma contínua, de modo a manter a vida e a saúde, a recuperar da doença e lesão e a lidar com os seus efeitos (Orem, 2001).

Deste modo, é fundamental que a equipa de enfermagem seja competente na área das ostomias respiratórias, pois é sua função "ensinar, instruir, treinar, supervisionar e apoiar a pessoa com ostomia respiratória no desenvolvimento do seu conhecimento e capacidade para o autocuidado da mesma" (Pires et al., 2019, p. 30).

Também a norma N.º 011/2016, atualizada em 2017 (DGS, 2017), referente às "Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto" salienta que as intervenções de enfermagem à pessoa submetida a cirurgia de ostomia respiratória devem ser efetuadas por enfermeiros com experiência e formação específica e reconhecida na área da estomaterapia.

A intervenção de enfermagem tem um grande enfoque na educação para a saúde dirigida à pessoa com ostomia respiratória e cuidador, que deve ser iniciada na fase pré-ostomia e reforçada na fase pós-operatória, e deve incidir nas seguintes áreas: desenvolvimento de autocuidado das ostomias respiratórias; cuidados com higiene geral e oral; cuidados com a alimentação; comunicação; orientação no uso, manuseamento e limpeza de dispositivos e referenciação para apoios disponíveis na comunidade (DGS, 2017).

A educação para a saúde é também um grande pilar para Dorothea Orem (2001), que define o sistema apoio-educação com um dos elementares na sua teoria dos sistemas de enfermagem.

Os enfermeiros são também responsáveis pela deteção e prevenção de complicações associadas às ostomias respiratórias, como no caso de complicações da prótese fonatória - candidíase, rejeição (DGS 2017), extravasamento, entre outras já mencionadas.

Especificamente na pessoa com prótese fonatória "a intervenção de enfermagem visa a capacitação do autocuidado (higiene, posicionamento e funcionamento), sem prejuízo do seguimento pelo terapeuta da fala na reabilitação vocal" (DGS, 2017, p. 19).

Na norma da DGS (2017) está também mencionado que, caso se verifique a saída de alimentos/líquidos pela prótese fonatória, se deve suspender a alimentação oral e proceder à sua substituição.

Todas as intervenções supracitadas, são implementadas na consulta a que assisti, incluindo também apoio na prescrição médica destes dispositivos.

Finda esta breve contextualização teórica, motivada pela experiência vivida, importa analisar os seus contributos no meu desenvolvimento pessoal e profissional, nomeadamente na aquisição de competências como enfermeira especialista.

Assistir a esta consulta permitiu-me ficar alerta para um conjunto de intervenções que devo levar a cabo para a manutenção das ostomias respiratórias, com as quais lido diariamente no meu contexto profissional, em pessoas que nem sempre conseguem ser autónomas. Dou como exemplo a colocação do filtro traqueal com o objetivo de filtrar e humidificar o ar, uma intervenção tão simples que é, infelizmente, muitas vezes, esquecida.

Outro contributo importante foi o conhecimento de diversas cânulas, filtros, fitas de fixação e pensos traqueais, o que me permitirá selecionar os dispositivos mais adequados a cada pessoa e respetiva situação de saúde. Assistir como cuidar de um orostoma e de um esofagostoma com sonda esofogástrica foi outra vantagem que o turno de observação me proporcionou.

Futuramente, e apesar de não ter formação específica na área da estomaterapia, considero que me encontro mais apta para cuidar de pessoas com próteses fonatórias, no sentido de colmatar qualquer necessidade que possam apresentar no âmbito do conceito, finalidade, cuidado e limpeza das próteses fonatórias e ensinos para potenciar a comunicação.

Ainda a respeito da comunicação, esta reflexão, a par com o estágio, permitiu-me tomar consciência da importância da otimização da comunicação destas pessoas e ficar conhecedora de algumas das estratégias aumentativas e alternativas da comunicação.

Assim, considero ter desenvolvido as seguintes competências: módulo 6, do *Cancer Nursing Education Framework* da *European Oncology Nursing Society* (2018); as competências D1.1. e D2.3. no que diz respeito ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019); e as 1.1. e 1.2. do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2018).

Referências Bibliográficas

Andaloro, C. & Widrich, J. (2022). *Total Laryngectomy*. StatPearls Publishing LLC. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556041/

Cabral, Gabrielle Karine Albuquerque, Araújo, Michell Ângelo Marques, Leitão, Bruna Fabrícia Barboza, Rodrigues, Andrea Bezerra, & Gomes, Alana Mabda Leite. (2017). A comunicação em pacientes oncológicos submetidos à laringectomia total. *Revista da SBPH*, 20(2), 45-65. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200004&lng=pt&tlng=pt.

Direção-Geral da Saúde (2017). Norma n.º 011/2016 de 28/10/2016 (atualizada a 03/03/2017). *Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto.* http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023397.pdf

European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework.*

Frade, A., Miguel, S. & Ferreira, O. (2019). Otimizar a comunicação da pessoa com cancro da laringe, submetida a laringectomia total – Intervenções de enfermagem no período peri-operatório: *scoping review*. *Pensar Enfermagem*. 23 (29), 43-56.

Iype, E. M., Janardhanan, D., Patil, S., Suresh, S., Varghese, B. T., & Thomas, S. (2020). Voice Rehabilitation After Laryngectomy: A Regional Cancer Centre Experience and Review of Literature. *Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery: official publication of the Association of Otolaryngologists of India*, *72*(4), 518–523. https://doi.org/10.1007/s12070-019-01707-w

Johns, C. (2004). *Becoming a reflective practitioner* (2ª edição). Blackwell Publishing Ltd.

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6ª edição). Mosby, Inc.

Pires, L., Frade, I., Almeida, A. & Miguel, S. (2020). Cirurgia de cancro de cabeça e pescoço: a especificidade dos cuidados à pessoa com faringostoma e esofagostoma. *Onco.news*. 40, 26-31.10.31877/on.2020.41.03.

Regulamento N.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. Série II (Nº 26 de 2019-02-06). 4744-4750.

Regulamento N.º 429/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. Série II (N.º 135 de 2018-07-16). 19359-19370.

Santos, C. C. S. (2020). *Próteses Fonatórias em Doentes Laringectomizados – O Regresso da Voz* [Tese de Mestrado integrado em Medicina). Repositório da Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10451/46578

Saran, M., Georgakopoulos, B., & Bordoni, B. (2023). Anatomy, Head and Neck, Larynx Vocal Cords. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Sharpe, G., Camoes Costa, V., Doubé, W., Sita, J., McCarthy, C., & Carding, P. (2019). Communication changes with laryngectomy and impact on quality of life: a review. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, *28*(4), 863–877. https://doi.org/10.1007/s11136-018-2033-y

The Global Cancer Observatory (2020). *Facts Sheets Oropharynx*. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/3-Oropharynx-fact-sheet.pdf

The Global Cancer Observatory (2020). *Facts Sheets Portugal.* Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf

Zenga, J., Goldsmith, T., Bunting, G., & Deschler, D. G. (2018). State of the art: Rehabilitation of speech and swallowing after total laryngectomy. *Oral oncology*, 86, 38–47. https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2018.08.023

APÊNDICE XII – Campo de Estágio B1 - Texto descritivo do serviço e sua dinâmica funcional e organizacional

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

opção Enfermagem Oncológica

Ano Letivo 2022-2023

Estágio com Relatório

Campo de Estágio B1

Texto descritivo do serviço e sua dinâmica funcional e organizacional

Ana Rita Soares Lopes, 3228

Professora Orientadora:

Prof.ª Dr.ª Eunice Maria Casimiro Sá

Enfermeira Orientadora:

[redacted]

Lisboa

dezembro 2022

Este documento surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no segundo semestre do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica.

Tem como objetivo principal descrever o serviço e a dinâmica funcional de um dos locais de estágio que frequentei de novembro a dezembro de 2022, que designarei de campo de estágio B1. Para o efeito, irei, primeiramente, debruçar-me sobre o espaço físico e equipamentos existentes, focando-me depois na dinâmica funcional do serviço, com especial atenção aos cuidados de enfermagem prestados.

O campo de estágio B1 corresponde a um serviço de Radioterapia (RT), que está localizado num pavilhão próprio do hospital que o alberga, contemplando dois pisos. O piso superior é dedicado à Medicina Física com diversos gabinetes destinados aos Físicos, que planeiam todos os tratamentos de RT realizados. Existe também uma sala destinada à execução de moldes para alguns tratamentos de RT que assim o exijam, atualmente já raramente utilizada para o efeito.

É neste piso que também se encontram instalações de apoio aos profissionais que trabalham no referido pavilhão, nomeadamente, cacifos/vestiários, casas de banho e copa/sala de pausa.

O piso inferior pode ser divido em 3 áreas particulares com ponto de partida na entrada principal. Assim que se entra no pavilhão, existe um balcão de secretariado do lado esquerdo. O secretariado é responsável por gerir todos os agendamentos dos tratamentos, marcações de consultas médicas e de enfermagem, pedido de transportes, entre outros. Dão também um grande apoio no esclarecimento de dúvidas e encaminhamento das pessoas no espaço físico.

Em frente à entrada principal existe uma das áreas particulares que referi - um conjunto de salas que funcionam como apoio aos tratamentos de braquiterapia (BT), nomeadamente, sala de cirurgia com equipamentos/medicação necessários à anestesia/sedação e sala de recobro. Neste área existem também duas das sete unidades de tratamento de RT do serviço, sendo que uma delas não se encontra em funcionamento.

Do lado direito relativamente à entrada principal, existe um corredor que contempla 12 gabinetes médicos utilizados nas consultas de Radioncologia. Existem

também dois gabinetes de Enfermagem. Um deles destinado à Consulta de Oncosexologia e outro também designado de sala de tratamentos. Este último está equipado com uma secretária, computador e cadeira. Existem também duas cadeiras de altura e posição reguláveis, onde as pessoas se sentam para a avaliação dos possíveis efeitos secundários dos tratamentos realizados e para realização de pensos, se for o caso.

Do lado esquerdo da entrada principal, existe uma sala de espera para as pessoas aguardarem pelas consultas e/ou tratamentos. Existem depois as restantes cinco unidades de tratamento de RT, cada uma delas equipada com um acelerador linear. As unidades 1 e 2 são as mais antigas, contrariamente às unidades 5 e 7, que funcionam com equipamentos e tecnologia mais recentes.

É também nesse lado que se encontra a sala de acolhimento de enfermagem, equipada, numa das áreas, com uma secretária, cadeira e computador para a realização de registos de enfermagem. Numa outra área da sala de acolhimento de enfermagem, existem 3 boxes, dividas por cortinas. Esta zona é destinada às pessoas internadas no hospital em questão (ou noutros hospitais com os quais haja protocolo) e às pessoas em regime ambulatório, mas que são dependentes e/ou que não podem deambular, encontrando-se, portanto, em macas, camas, cadeirões ou cadeiras de rodas. Para além das restrições físicas/de mobilidade, qualquer pessoa que necessite de maior vigilância por risco de instabilidade hemodinâmica ou de descontrolo sintomático aguarda também na sala de acolhimento de enfermagem.

Por fim, igualmente do lado esquerdo da entrada principal, encontra-se o gabinete da Enfermeira-Chefe, uma sala de espera com brinquedos/livros dedicada às crianças e instalações sanitárias destinadas aos utentes.

No que diz respeito à dinâmica funcional, este serviço tem como objetivo dar resposta a todas as pessoas com doença oncológica cujo plano de tratamento inclui RT, independentemente do diagnóstico que a pessoa possa ter.

De uma forma sumária, as pessoas que tenham indicação para cumprir RT, são acompanhadas neste pavilhão desde a primeira consulta, que se foca nos objetivos do tratamento e possíveis efeitos secundários, até ao final dos tratamentos/gestão de efeitos secundários. Para o efeito, primeiramente, é necessário realizar uma tomografia

axial computorizada para se conseguir planear o tratamento adequado. Durante o decorrer dos tratamentos, são também agendadas consultas médicas para avaliação dos resultados e gestão dos possíveis efeitos secundários, assim como de enfermagem para acompanhamento, esclarecimento de dúvidas, educação para a saúde e gestão de efeitos secundários. Findo os tratamentos e controladas toxicidades, a pessoa tem alta clínica médica e de enfermagem.

O serviço está equipado para realizar tratamentos de RT externa, que engloba diferentes técnicas de tratamento, designadamente, radioterapia externa conformacional 3D, radioterapia de intensidade modulada, arcoterapia volumétrica modulada, radioterapia estereotáxica, terapia de protões, irradiação corporal total e radioterapia intraoperatória. Está também preparada para realizar tratamentos de BT.

Inclui uma equipa multidisciplinar, atualmente composta por 97 elementos, dos quais: 11 são médicos oncoradiologistas, 8 são físicos, 54 são técnicos de radioterapia, 6 são internos de medicina, 11 são enfermeiros, 10 são assistentes operacionais e 7 são administrativos técnicos. Se for necessário o apoio de outros profissionais, como, por exemplo, nutricionista/dietista, psicólogo, psiquiatra ou outros, existe sempre a possibilidade de referenciar as pessoas para as respetivas consultas.

É de referir que este serviço não funciona isoladamente do restante hospital, existindo também uma cooperação com outros serviços, nomeadamente, os serviços de internamento, de onde são provenientes muitas das pessoas a cumprir RT.

Para além da ligação com os serviços de internamento, existe também uma forte ligação à Consulta da Dor e Consulta de Feridas na gestão de possíveis efeitos secundários.

Especificamente, no que diz respeito à equipa de enfermagem, esta cumpre um horário rotativo, que poderá ser das 8h às 16h, das 13/14h às 21h e das 8h às 21h, de segunda a sexta feira. Esporadicamente, aos sábados, faz-se programa adicional para redução da lista de espera de BT. Existem ainda duas Enfermeiras Especialistas, uma em Enfermagem de Reabilitação e outra em Saúde Comunitária.

Durante os diferentes turnos, a equipa de Enfermagem está dividida entre a BT, sala de tratamentos, consulta de oncosexologia e sala de acolhimento.

Na área da BT o enfermeiro desempenha o papel de enfermeiro anestesista, dando apoio durante a anestesia/sedação necessárias ao procedimento e de enfermeiro instrumentista. Posteriormente, garante a vigilância/segurança das pessoas na fase de recobro após o tratamento.

Na sala de tratamentos, o enfermeiro acompanha as pessoas que se encontram a cumprir tratamentos de RT, seguidas no hospital ou noutros serviços de RT com os quais exista protocolo. Nesses casos, só as consultas de enfermagem são realizadas no hospital onde me encontro a estagiar, sendo que os tratamentos e consultas médicas são asseguradas na unidade onde as pessoas estão a fazer tratamento.

Na sala de tratamentos é onde ocorre a primeira consulta de RT de Enfermagem, idealmente na semana em que a pessoa inicia os tratamentos. É a equipa de enfermagem que tria as pessoas que iniciaram tratamentos no dia anterior, solicitando à equipa administrativa a marcação de consulta de enfermagem na mesma semana.

Esta primeira consulta é um espaço privilegiado para o estabelecimento de uma relação entre enfermeiro e pessoa/família alvo de cuidados, que será adensada no decorrer dos tratamentos. É através do estabelecimento dessa relação que o enfermeiro consegue realizar a avaliação inicial da pessoa alvo de cuidados e pessoa de referência, apurando necessidades concretas, e realizando educação para a saúde no sentido de potenciar o autocuidado do indivíduo na gestão dos efeitos secundários expectáveis ao tratamento.

A educação para a saúde é uma valência de extrema importância nesta consulta, pois são realizados ensinos a propósito de comportamentos e estilos de vida saudáveis, particularmente cuidados a ter com a pele, higiene oral, alimentação/hidratação e vestuário adequado. É também aqui que as pessoas são informadas sobre os possíveis efeitos secundários, com particular enfoque nas mucosites e radiodermites.

Nesta consulta são também esclarecidas quaisquer dúvidas que as pessoas/famílias possam apresentar, desmistificando mitos e/ou receios referidos e prestando apoio emocional, sempre que se revele necessário.

Posteriormente, já no decorrer dos tratamentos, é garantido o agendamento de consultas de enfermagem para vigilância e gestão dos efeitos secundários, assegurando a continuidade de cuidados. São os enfermeiros que, em conjunto com a

pessoa/família, decidem sobre a periodicidade das consultas, tendo sempre em conta as necessidades identificadas. Importa referir que a equipa de enfermagem dá disponibilidade de atendimento sempre que a pessoa sentir necessidade ou tenha alguma dúvida. Para além disso, há o cuidado em agendar as consultas de enfermagem para o mesmo período em que as pessoas têm o tratamento, por forma a agilizar e economizar o tempo por elas despendido.

A gestão dos efeitos secundários, pode, em algumas circunstâncias, incluir a realização de pensos, sendo que esses tratamentos são também realizados na Consulta de Enfermagem. Nalgumas situações, é necessário encaminhar para o médico oncoradiologista para prescrição de medicação para controlo de alguns sintomas apresentados, como dor, xerostomia, disfagia, entre outros.

A alta de enfermagem desta consulta é alcançada quando a pessoa já não necessita de cuidados de enfermagem na gestão dos efeitos secundários, ou porque, entretanto, já estão amenizados/controlados, ou porque já consegue geri-los de forma autónoma.

Existe um manual sobre a Consulta de RT de Enfermagem, onde está estipulada a sua estruturação e objetivos. A equipa de enfermagem também realizou/desenvolveu um conjunto de trabalhos com foco na avaliação/classificação dos efeitos secundários, compilando as principais estratégias para a sua gestão. Esta informação, assim como as circulares sobre o Serviço de RT, estão compiladas para consulta, em formato papel, num dossier.

A Consulta de Enfermagem de Oncosexologia, no âmbito da RT, é apenas destinada às senhoras com diagnóstico oncológico do foro ginecológico e do canal anal a cumprir tratamentos de RT no sentido da prevenção/gestão da estenose vaginal. É uma consulta com o objetivo de abordar os efeitos secundários da RT e o seu impacto na vida sexual, sugerindo estratégias na prevenção da estenose vaginal.

Na Sala de Acolhimento de Enfermagem, o enfermeiro faz o acolhimento das pessoas com critérios para aguardar nesse espaço pelos tratamentos e/ou consultas, focando-se na sua vigilância e acompanhamento antes, durante e após os procedimentos. Esta vigilância pode incluir avaliação de sinais vitais, administração de terapêutica para gestão de sintomas, entre outros.

Os enfermeiros alocados à Sala de Acolhimento dão também apoio às unidades de tratamento de RT sempre que seja necessário a prestação de cuidados de enfermagem, que podem incluir, por exemplo, posicionamentos, administração de terapêutica, punção venosa, aspiração de secreções.

Após os tratamentos e/ou consultas, o enfermeiro também gere a logística de regresso aos serviços de internamento do hospital de onde a pessoa é proveniente ou ao domicílio, dependendo do caso.

É de referir que é, muitas vezes, neste espaço, que os enfermeiros identificam pessoas em situações de agravamento do estado geral, que necessitam de observação médica e, por vezes, encaminhamento para o serviço de atendimento não programado do hospital em questão. Nestes casos, são também responsáveis por transferir a pessoa até ao respetivo serviço para assegurar a continuidade de cuidados.

Por último, importa acrescentar que todos os cuidados de enfermagem realizados, em qualquer uma das áreas anteriormente referidas, são devidamente registados na plataforma destinada aos registos de enfermagem.

APÊNDICE XIII – *Checklist* com principais efeitos secundários da quimioradioterapia e sua gestão

***Checklist* dos principais efeitos secundários à QRT e sua gestão com vista à promoção do autocuidado**		
Dados de identificação da pessoa com CCP a cumprir QRT		
Nome: NP: Diagnóstico: Ciclo de QT Nº: Protocolo de QT:		
Principais efeitos secundários à QRT e estratégias de educação para a saúde para a sua gestão		
Disgeusia	✓	✗
Se a comida tiver um sabor insosso ou não tiver sabor: adicionar sabores mais fortes aos alimentos com condimentos, molhos, temperos e especiarias.		
Se a comida tiver sabor metálico: utilizar utensílios de plástico.		
Ototoxicidade	✓	✗
Ensinar sobre a possibilidade de apresentar diminuição da acuidade auditiva (no caso da Cisplatina – perda auditiva bilateral e pior para as frequências mais elevadas) e sobre a importância de notificar a equipa de saúde.		
Mucosite	✓	✗
Higiene oral meticulosa pelos menos 4x por dia com escova com cerdas macias e pasta dentífrica com sabor suave.		
Promover a cessação tabágica.		
Utilizar bochechos compostos 3 a 6x/dia.		
Evitar alimentos quentes, ácidos, picante e com texturas ásperas.		
Evitar o consumo de bebidas alcoólicas.		
Xerostomia	✓	✗
Aumentar a hidratação.		
Minimizar a ingestão de produtos com cafeína e álcool.		
Optar por alimentos macios e húmidos e adicionar molhos aos alimentos.		
Evitar alimentos ácidos ou muito condimentados.		
Mascar pastilhas ou rebuçados sem açúcar como estratégia de estimulação salivar.		
Perda de Peso/Alterações nutricionais	✓	✗
Ensinar sobre importância de monitorização do peso.		
Garantir alimentação adequada com ingestão de 1,5/2L de líquidos por dia.		
Optar por refeições leves várias vezes ao longo do dia.		
Optar por se alimentar num ambiente agradável e na companhia da família e/ou amigos.		
Ter em casa alimentos fáceis de comer e de preparar.		
Náuseas/Vómitos	✓	✗
Evitar odores que aumentem as náuseas como perfumes, fumos e cheiros de cozinha.		
Optar por refeições fracionadas, mastigando bem os alimentos.		
Se o cheiro dos alimentos incomodar, optar por alimentos frios ou à temperatura ambiente, evitando alimentos muito quentes.		
Optar por alimentos com baixo teor de gordura e ricos em amido, como arroz, torradas de pão branco, biscoitos, entre outros.		
Evitar deitar-se após uma refeição.		
Beber pequenas quantidades de líquidos entre as refeições, várias vezes ao longo do dia.		
Experimentar beber chá de gengibre ou rebuçados que contenham gengibre verdadeiro.		
Obstipação	✓	✗
Aumentar a ingestão de líquidos dentro da tolerância de cada um – optar por bebidas quentes como chá de ervas e café descafeinado.		
Optar por alimentos mais ricos em fibra como fruta, legumes, pão de sementes ou integral, nozes e feijão.		

Incentivar a prática de exercício físico ligeiro como caminhadas, alongamentos e ioga.		
Diarreia		
Aumentar a ingestão de líquidos dentro da tolerância de cada um – água de coco, caldos, bebidas eletrolíticas e sumos de fruta diluídos.		
Optar por alimentos pobres em fibra (maçã ou puré de maçã, banana, queijo, arroz branco, aveia, batatas simples sem casca, frango, peru ou peixe assado, frutas enlatadas).		
Evitar cafeína, álcool, refrigerantes ou outros alimentos que possam irritar o tubo digestivo.		
Radiodermite		
Privilegiar a utilização de produtos de higiene suaves para lavar o cabelo e a pele como, por exemplo, sabão de glicerina.		
Não utilizar qualquer creme sem ser o prescrito pelo médico (trolamina, dexpanthenol, entre outros) e aplicá-lo, no mínimo, 3x/dia numa camada fina, com a ressalva de não aplicar qualquer creme 3 a 4h antes da RT.		
Desfazer a barba de acordo com o método habitualmente utilizado (privilegiar máquina de barbear se possível, no caso de utilizar lâmina garantir que o movimento é sempre no sentido do pêlo) no máximo 2x/semana – uma durante a semana e outra durante o fim de semana).		
Utilizar roupa de fibras suaves (por exemplo algodão) na região irradiada de forma a não promover desconforto e/ou irritação.		
Evitar a exposição solar direta, utilizando sempre chapéu com abas para proteção da cabeça, face, orelhas e pescoço e outras fontes de calor.		
Durante o tratamento evitar a aplicação de cremes com metais como, por exemplo, óxido de zinco e sulfadiazida de prata.		
Fadiga		
Ensinar sobre como identificar os padrões de fadiga durante e após o tratamento: monitorizar os níveis de fadiga e priorizar a energia disponível (estabelecer prioridades, planear as atividades de forma pausada, agendar as atividades para períodos do dia onde haja picos de energia).		
Manter níveis adequados de atividade física – dar a conhecer os recursos disponíveis na comunidade.		
Trismus		
Incentivar a realização de exercícios que permitam aumentar a amplitude de abertura da boca, pelo menos, 3x/ dia: imitar o movimento de mascar pastilha elástica, imitar o movimento de "beijo para o ar", sorrir, abrir e fechar uma mola colocada entre os lábios.		
Implicações na saúde mental		
Avaliar fatores que impactam a saúde mental e podem ser tratáveis como a dor, alterações do padrão de sono, fadiga, comorbilidades tóxicas, metabólicas, endócrinas ou outras e uso/abuso de substâncias		
Fornecer apoio e educação para a saúde à pessoa/família sobre as fases normais de recuperação após o tratamento, stress, angústias e medos comuns e estratégias para gerir incertezas e *distress*		
Fornecer recursos para redes de apoio social e necessidades sociais, emocionais, espirituais, intimidade e problemas práticos específicos.		
Desenvolver um plano de atividade física regular e nutrição saudável.		
Fornecer apoio instrumental, psicossocial e relacional.		
Implicações na saúde sexual		
Incentivar a discussão aberta sobre a temática da sexualidade, de maneira a permitir que as pessoas possam revelar as suas preocupações.		
Indicar a utilização de produtos adequados que ajudem a estimular o olfato e o paladar (gel corporal ou lubrificante com sabor).		
Ensinar sobre os benefícios dos bochechos prescritos.		
Indicar a utilização de pastilhas ou rebuçados, sem adição de açúcar, para utilizar previamente antes de estar com o parceiro.		
Instruir para a ingestão de pequenos goles de água antes e durante o contacto íntimo (no caso da xerostomia).		
Indicar a utilização de saliva artificial para humedecer a boca (no caso da xerostomia).		
Instruir a pessoa e casal a serem cuidadosos nas carícias na região irradiada (no caso de Radiodermite I) ou privarem-se de carícias (no caso de Radiodermite II/III).		
Nota: para qualquer um destes efeitos secundários é fundamental incentivar a pessoa para a adesão ao regime terapêutico e para a partilha de qualquer sinal e sintoma que experiencie com a equipa de saúde.		

APÊNDICE XIV – Campo de Estágio B1 – Défice de autocuidado na pessoa com cancro da cabeça e pescoço – reflexão segundo ciclo de Gibbs

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

opção Enfermagem Oncológica

Ano Letivo 2022-2023

Estágio com Relatório

Campo de Estágio B1

Défice no autocuidado na pessoa com cancro da cabeça e pescoço

Reflexão segundo Ciclo de Gibbs

Ana Rita Soares Lopes, 3228

Professora Orientadora:

Prof.ª Dr.ª Eunice Maria Casimiro Sá

Enfermeira Orientadora:

[redacted]

Lisboa

dezembro 2022

A presente reflexão surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no segundo semestre do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica.

Corresponde a uma das atividades previstas no meu contrato de aprendizagem no âmbito do campo de estágio B1, que corresponde a um serviço de Radioterapia (RT). Tem como objetivo principal refletir sobre uma experiência vivenciada neste contexto. Como objetivos secundários pretendo desenvolver a minha capacidade de reflexão/análise crítica, estreitar a relação entre os conhecimentos teóricos e a prática clínica, inferir sobre algumas das intervenções de Enfermagem fundamentais na promoção do autocuidado da pessoa/família com cancro da cabeça e pescoço (CCP) e analisar as competências de Enfermagem desenvolvidas com este trabalho.

Para o efeito, irei recorrer ao Ciclo Reflexivo de Gibbs, que engloba seis etapas principais: descrição da situação, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação (Gibbs, 1998).

Assim, em primeiro lugar, irei **descrever a situação** que motivou esta reflexão.

Encontrava-me a cumprir o turno da tarde no referido campo de estágio na consulta de enfermagem que acompanha as pessoas a realizar RT no sentido de gerir as toxicidades inerentes a este tratamento. De seguida, tínhamos agendada uma consulta de seguimento de enfermagem ao Sr. C., de 51 anos, que estava a cumprir naquele dia o 23º tratamento de RT.

O Sr. C. tem como diagnóstico carcinoma do seio nasal periforme, atualmente a cumprir quimioradioterapia (QRT) com Cetuximab após cirurgia. A destacar que, após a referida cirurgia em julho deste ano, tinha sido submetido, no mês seguinte, a traqueotomia de urgência por queixas de estridor e dispneia.

De modo a garantir que não existia nenhuma falha de comunicação que impedisse a vinda do Sr. C. à consulta de enfermagem, optámos por ir ter à unidade de RT, onde o Sr. se encontrava a cumprir tratamento, de modo a acompanhá-lo ao gabinete de enfermagem.

Assim, a minha Enfª Orientadora, a Enfª S., aproveitou também a oportunidade para me explicar o objetivo e procedimento da técnica de RT que se realiza naquela unidade específica, a RT de corpo inteiro, com o apoio das técnicas de RT.

Nessa altura, o Sr. C. encontrava-se ainda a terminar o tratamento e uma das técnicas de RT alertou-nos para o facto do Sr. C. se apresentar com um aspeto muito pouco cuidado, principalmente no que dizia respeito à traqueotomia.

Findo o tratamento, tivemos a oportunidade de observar o Sr. C. pela primeira vez. A verdade é que, apesar de não ser a primeira consulta de enfermagem que o Sr. ia realizar, era a primeira vez que minha Enfª Orientadora e eu o tínhamos visto.

O Sr. C. encontrava-se consciente e orientado nas 3 valências. Calmo, a comunicar com recurso a linguagem gestual e mímica. Fáceis triste, preocupado e sugestivo de dor. Pele e mucosas pouco coradas e desidratadas. Apresentava-se extremamente emagrecido e com a pele visivelmente descamativa. Apresentava traqueotomia com maus cuidados de higiene, exibindo secreções secas a ocluir a cânula de traqueotomia e no penso traqueal.

Desta forma, questionámos o Sr. C. se gostaria de nos acompanhar até à sala de acolhimento de enfermagem de forma a realizarmos uma avaliação mais concreta e completa da sua situação e também para solicitar observação médica.

Já na referida sala, foi possível identificar as várias necessidades de intervenção que o Sr. C. apresentava através de uma breve avaliação inicial e do estabelecimento de uma relação que se pretende terapêutica.

O Sr. C. contou-nos que era casado e tinha dois filhos, sendo que a sua família tinha ficado em Cabo Verde. Em Cabo Verde era técnico de construção civil. Estava em Portugal, onde tinha o apoio de um primo, há cerca de 3 meses para realizar tratamento oncodirigido ao abrigo de um acordo existente ente o hospital em questão e países africanos de língua oficial portuguesa. Encontrava-se a residir num Lar de apoio que o hospital onde me encontro a estagiar disponibiliza para habitação para pessoas na sua situação.

Recorreu à escrita para comunicar quando o questionámos sobre o que estava a sentir, escrevendo “sinto muito cansaço, não tenho energia, estou desleixado” (sic).

Apresentou momentos de labilidade emocional, referindo que não pensou ser tão difícil todo o processo de tratamento, principalmente estando sozinho.

Quando questionado sobre a sua hidratação/nutrição, referiu também que não tinha apetite. Tinha uma ostomia para alimentação, uma gastrostomia percutânea endoscópica (PEG), com a qual já tinha tido inúmeras intercorrências infeciosas. Naquele momento, estava, inclusivamente, a cumprir antibioterapia dirigida para uma bactéria identificada numa colheita de exsudado peri-PEG. E de facto, à observação, apresentava a região peri-PEG com exsudado amarelado em pequena quantidade e vestígios de exsudado seco na superfície abdominal. Sem ter sido possível avaliar o peso e altura, era visível pelo estado de magreza extrema que se encontrava desnutrido e desidratado.

A este respeito, referiu que já se encontrava a cumprir suplementos, facultados precisamente na consulta de enfermagem de RT.

Foi possível perceber que o Sr. C. tinha capacidade e conhecimentos para cuidar das suas ostomias, quer a respiratória como a de alimentação, mas que sentia uma tristeza e fadiga tão grandes, que não se sentia capaz. Deste modo, realizámos os cuidados traqueais e de otimização da PEG e pele circundante por ele.

Escreveu também que sentia passar o tempo todo no hospital, entre consultas, tratamentos, colheita de análises, realização de exames, não tendo tempo para cuidar de si. Escreveu que, ao final do dia, só queria dormir. Embora não o tenha dito, suspeito que talvez nem energia para se alimentar convenientemente teria.

Foram avaliados os sinais vitais. Hemodinamicamente apresentava um perfil tendencialmente hipotenso, normocárdico, apirético. Eupneico em ar ambiente com traqueotomia com cânula shilley Nº8. Quando questionado sobre dor, referiu cervicalgias de intensidade moderada.

Assim, após este breve momento de avaliação, foi contactada a sua médica radioncologista, que o veio observar, tendo dado indicação para a administração de SOS de 1g de paracetamol endovenosa (EV). Deu também indicação para iniciar hidratação EV enquanto aguardava transferência para o Serviço de Atendimento Não Programado do referido hospital, onde iria colher análises sanguíneas e ser observado pela equipa médica de oncologia para verificar a necessidade de internamento.

Acabou por ser transferido para o referido serviço perto do final do nosso turno pelo enfermeiro alocado à Sala de Acolhimento de Enfermagem. Mais tarde, já no final do turno, viemos a saber que tinha ficado internado num dos serviços de medicina para hidratação, antibioterapia e controlo álgico.

A situação atrás descrita suscitou-me diferentes **sentimentos** e **pensamentos**.

Senti, de imediato, compaixão por tudo o que o Sr. C. se encontrava a passar. Pensei muito em como seria viver uma situação de doença grave longe do núcleo familiar e num país completamente diferente.

Era evidente que a sua saúde mental estava afetada e que isso tinha repercussões em todas as suas outras dimensões enquanto indivíduo. Pensei que, no fundo, a sua situação ilustra aquilo que muitas pessoas com doença oncológica experienciam na gestão dos efeitos secundários inerentes aos tratamentos, com a agravante de não ter o apoio da sua família.

Senti-me triste pelo nosso sistema de saúde funcionar assim. Se, por um lado, é bom existirem protocolos deste âmbito, em que o objetivo é proporcionar tratamento oncológico dirigido a pessoas que não teriam essa possibilidade no seu país de origem, por outro, é fundamental assegurar que não são "abandonadas" num fase de extrema vulnerabilidade.

Quando nos foi dito que o Sr. C. tinha ficado internado, senti-me também aliviada, porque era notória a necessidade de intervenção de uma equipa multidisciplinar de forma a controlar os seus sintomas.

A este propósito, considero essencial mobilizar a teoria do défice do autocuidado de Orem, que descreve o motivo pelo qual as pessoas podem ser ajudadas através da Enfermagem, na medida em que o termo défice do autocuidado exprime a relação entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades de cuidado (Tomey & Alligood, 2004). E, naquele momento, o Sr. C. precisava de ser cuidado, porque não estava a conseguir fazê-lo. Orem (2001) identifica cinco métodos que podem ser utilizados pelos enfermeiros para ajudar as pessoas no seu autocuidado: agir ou fazer pela outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e ensinar.

No caso relatado, considero que é essencial mobilizar todos estes métodos para apoiar o Sr. C.

Avaliando esta experiência, considero que a nossa atuação enquanto equipa de enfermagem foi a melhor possível tendo em conta as circunstâncias. Foram identificadas necessidades de intervenção prementes através de uma avaliação inicial, tendo sido assegurada continuidade de cuidados com a transferência do Sr. C. para o Serviço de Atendimento Não Programado após controlo da dor. Sinto que conseguimos ter um panorama geral daquilo que eram os sentimentos e necessidades do Sr. C., assegurando que não eram desvalorizadas e que existiam respostas para o ajudar nesta fase tão difícil.

A título individual, penso ter conseguido comunicar de forma clara, colocando questões-chave que me permitiram identificar de forma rápida quais as necessidades existentes para as priorizar.

As nossas intervenções não se esgotariam apenas no que foi atrás referido, mas considero que tendo em conta o tempo em que estivemos envolvidas na situação, se conseguiu fazer o encaminhamento indicado.

A verdade é que um dos domínios de intervenção do Enfermeiro Radioncologista, que aqui considero mais relevante, é o das aptidões profissionais - que englobam a avaliação inicial e monitorização da saúde do doente, a capacitação do cuidador e doente para a autogestão e a gestão da radiotoxicidade (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa [AEOP], 2022) - que foram colocadas em prática nesta situação.

Para além disso, iniciou-se uma relação com o Sr. C. considerando aquilo que são os quatro pilares fundamentais para capacitar o doente para a autogestão: "transmissão de informação, oportunidade de colocar questões, respostas empáticas e garantia de tranquilidade e segurança" (AEOP, 2022, p. 7).

Por fim, foi também assegurada a continuidade de cuidados, outro dos domínios de intervenção do Enfermeiro Radioncologista, que pressupõe que o enfermeiro "facilita a comunicação multiprofissional no acesso a cuidados de suporte necessários" (AEOP, 2022, p. 8).

Esta situação específica fez-me pensar em duas áreas principais, que considero carecer de uma **análise fundamentada** com vista a conseguir aprender com esta experiência: os aspetos psicossociais/emocionais que uma pessoa com CCP sob QRT enfrenta; o tempo que estas pessoas despendem nos hospitais e o impacto que isso tem no seu autocuidado.

Na experiência que relatei é possível identificar que o Sr. C. apresenta a sua saúde mental em risco. Refere sentir-se sem energia e com labilidade emocional por sentir saudades da sua família e do seu país e sentir estar a ser muito difícil experienciar os tratamentos sozinho.

O CCP está associado às maiores taxas documentadas de depressão e ansiedade quando comparado com outros tipos de cancro, sendo que a depressão e a ansiedade podem reduzir a qualidade de vida das pessoas com este diagnóstico (Zhang et al., 2022).

Os mesmos autores defendem que apesar do impacto psicológico negativo associado a este diagnóstico, é fundamental mudar o foco para os aspetos positivos resultantes das experiências traumáticas, como o crescimento, a esperança e o otimismo.

As pessoas que experienciam crescimento pós-traumático conseguem apreciar a vida de uma maneira diferente e ter melhores relacionamentos interpessoais, maior resiliência e níveis mais altos de desenvolvimento espiritual. Por outro lado, níveis mais elevados de esperança estão associados a uma melhor qualidade de vida e bem-estar espiritual nos doentes oncológicos. Também o otimismo facilita o bem-estar psicológico, relacionando-se inversamente com a depressão e sofrimento psicológico (Zhang et al., 2022).

Assim, Zhang et al. (2022) identificaram e analisaram duas intervenções psicossociais que consideraram capazes de potenciar os aspetos psicológicos positivos, designadamente a terapia de aceitação e compromisso e redução do stress baseada em *mindfulness*.

Também os autores Richardson et al. (2019) referem que as pessoas com CCP a cumprir tratamentos, seja cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou uma combinação de modalidades terapêuticas, têm um impacto físico e psicológico significativo. Salientam

que esta população apresenta baixos níveis de qualidade de vida relacionada com a saúde imediatamente e após o tratamento.

Assim, defendem que é fundamental identificar o sofrimento psicológico em todos dos doentes oncológicos, de forma a selecionar aqueles que podem beneficiar de intervenções psicológicas. Deste modo, realizaram uma revisão sistemática de literatura com o objetivo de identificar as intervenções psicológicas eficazes na melhoria da qualidade de vida e redução do sofrimento psicológicos nas pessoas com este diagnóstico. Identificaram as seguintes principais: terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, meditação/*mindfulness*, intervenções em grupo e tele-saúde, concluindo que a evidência científica a propósito destas intervenções está em crescimento, mas que são ainda necessários mais estudos para investigar os efeitos destas intervenções a longo prazo (Richardson et al., 2019).

Gosak et al. (2020) conduziram um estudo para determinar se o estado psicológico e nutricional das pessoas com CCP estavam interligados, tendo descoberto que sim. No referido estudo, as pessoas com níveis mais elevados de sofrimento psicológico eram também os que se encontravam nos subgrupos desnutridos/caquéticos. Assim, os autores sublinham que apesar da maioria dos fatores de risco para a desnutrição nestas pessoas não serem modificáveis, é fundamental avaliar e gerir os sintomas psicológicos, o que pode conduzir a uma melhoria do estado nutricional. Considero que o exemplo do Sr. C. também se pode enquadrar nas conclusões que este estudo apresenta.

Peeters et al. (2018) referem que de forma a integrarem a doença oncológica no seu dia-a-dia, as pessoas necessitam de apoio em diferentes valências - instrumental, psicossocial e relacional – antes, durante e após os tratamentos. Focando-me na valência psicossocial, os autores concluíram que antes do início dos tratamentos as pessoas valorizam que os profissionais de saúde os motivem a aderir ao seu plano de tratamentos e a não desistir. Sentir que são ouvidos e que podem expressar as suas preocupações e sentimentos é importante nesta fase. Durante os tratamentos, as pessoas valorizam que os profissionais de saúde os ajudem a construir autoconfiança para se manterem motivados. Após os tratamentos, é importante para as pessoas sentirem que os profissionais de saúde compreendem a jornada pela qual estão a

passar. Importa ajudar a lidar com a ansiedade e stress que possam estar a sentir através do humor, reforço positivo e encorajamento para a conquista de medos.

Perante esta evidência, conclui-se que o apoio psicológico é fundamental para garantir o cuidado e qualidade da sobrevivência das pessoas com CCP, no sentido em que o sofrimento emocional pode impactar negativamente a adesão aos tratamentos e a evolução da doença (Rabello et al., 2021).

Também o painel de peritos que criaram as *guidelines* do *National Comprehensive Cancer Network* [NCCN] (2022) refere ser fundamental monitorizar o sofrimento psicológico, especialmente no momento do diagnóstico, transição nos cuidados de saúde, no período *follow-up*, no caso de perdas significativas para as pessoas e noutros eventos major das suas vida. Para isso, recomenda a utilização de instrumentos de avaliação validados como o PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) para a depressão, GAD-7 (*Generalised Anxiety Disorder Assessment*) para a ansiedade e PC-PTSD-5 (*Primary Care Post-traumatic Stress Disorder*) para o trauma.

O mesmo painel de peritos recomenda as seguintes intervenções não farmacológicas para reduzir a ansiedade, depressão, trauma e sofrimento psicológico: avaliar fatores que impactam a saúde mental e podem ser tratáveis como a dor, alterações do padrão de sono, fadiga, comorbilidades tóxicas, metabólicas, endócrinas ou outras e uso/abuso de substâncias; garantir que os sintomas de preocupação, stress, medo de recorrência, ansiedade e depressão são problemas comuns entre os sobreviventes oncológicos e que podem ser tratados; fornecer apoio e educação para a saúde à pessoa/família sobre as fases normais de recuperação após o tratamento, stress, angústias e medos comuns e estratégias para gerir incertezas e sofrimento psicológico; fornecer recursos para redes de apoio social e necessidades sociais, emocionais, espirituais, intimidade e problemas práticos específicos, incluindo programas online e aplicações para telemóvel; e desenvolver um plano de atividade física regular e nutrição saudável (NCCN, 2022).

No que diz respeito ao tempo que as pessoas despendem nos hospitais, confesso ser uma questão na qual penso há muito tempo. A verdade é que como enfermeira na área da Oncologia, muitos são os relatos de pessoas com doença oncológica que oiço a propósito do tempo que passam no hospital. De facto, há pessoas

que chegam a estar o dia inteiro no hospital, entre aguardarem pelo transporte entre as suas casas e o hospital, realização de análises de sangue, realização de teste despiste Sars-CoV2, realização de exames complementares de diagnóstico, consultas, tratamentos e intercorrências que obriguem ao internamento ou a recorrer a um serviço de urgência/atendimento não programado.

Também no caso específico do Sr. C., que se encontrava a realizar tratamentos diários de RT, isto se verificava, referindo inclusivamente que sentia não ter tempo para cuidar de si. Claro que existem outros fatores que condicionam e influenciam a capacidade para cuidar de si próprio, mas não deixa de ser relevante a quantidade de tempo que a pessoa "perde"/gasta nesta trama de cuidados.

A verdade é que no âmbito da educação para a saúde às pessoas com CCP sob QRT, sugerimos uma alimentação/hidratação adequadas, realizando várias refeições por dia e ingerindo, pelo menos, 2L de água por dia. Para além disso, é recomendada a aplicação de um creme para gerir a radiodermite 3 a 4x/dia e a realização de bochechos 3 a 6x/dia para gerir a mucosite. Estes cuidados são apenas exemplos de cuidados que são supostos uma pessoa nesta situação fazer para gerir possíveis toxicidades. Realmente questiono-me, como é que as pessoas têm tempo útil para gerir estes cuidados se passam grande parte do seu dia em salas de espera, consultórios e viagens domicílio-hospital.

Na sequência da experiência relatada, tive oportunidade de discutir as questões que me surgiram com a minha Enf.ª Orientadora, que me indicou estratégias que costuma sugerir às pessoas/família nas consultas de enfermagem de RT. Por exemplo, trazerem sempre uma mochila com o creme e os bochechos para estarem sempre prontos a ser utilizados, mesmo que estejam foram de casa. As pessoas são também aconselhadas a andarem sempre com bebidas/snacks/material necessário para se alimentarem por via oral ou através de ostomias de alimentação/sonda nasogástrica. Parecem estratégias simples, mas que podem fazer a diferença para estas pessoas/famílias na otimização do tempo e na prevenção/gestão dos efeitos secundários.

O conceito *time toxicity* é relativamente recente na área da Oncologia e é definido por Gupta et al. (2022) como o tempo utilizado na coordenação entre tratamentos,

visitas a uma unidade de saúde (incluindo as viagens o tempo de espera), na procura de atendimento urgente/emergente na gestão dos efeitos secundários, nas hospitalizações, exames de acompanhamento e reabilitação.

Segundo a visão destes autores, as pessoas para conseguirem tomar uma decisão informada, devem compreender o encargo de tempo que cada opção de tratamento acarreta, pois, apesar de cada indivíduo ser único, todos eles gostariam de minimizar o tempo em salas de espera ou em serviços de urgência.

Referem ainda que, em certos casos, o tempo utilizado na procura do tratamento oncológico pode paradoxalmente reduzir o tempo de sobrevivência significativo (Gupta, et al., 2022).

Concluo que, como profissional de saúde, tenho de estar alerta para o impacto emocional/psicológico que um diagnóstico e respetivo tratamento de CCP pode implicar para a pessoa e sua família, no sentido de conseguir identificar, avaliar e, posteriormente, intervir. Como enfermeira é imperativo que preste apoio emocional, através de escuta ativa, reforço positivo, esclarecimento de dúvidas, empatia, entre outros, referenciado para outros profissionais competentes na área da saúde mental, sempre que se revele necessário.

É fundamental também estar consciente que o tempo despendido nos cuidados de saúde pode também ser considerado uma toxicidade aos tratamentos. E, da mesma foram que temos obrigação de dar resposta e gerir qualquer outra toxicidade, também nesta situação, é fundamental informar adequadamente dos tempos expectáveis para cada consulta e/ou tratamento de enfermagem e de estratégias possíveis para mitigar/otimizar essa toxicidade.

Esta reflexão permitiu-me aprofundar conhecimentos na área da gestão dos efeitos secundários/toxicidades aos tratamentos de QRT e promoção do autocuidado, com foco no impacto psicológico e na toxicidade do tempo. Para além disso, permitiu-me desenvolver as seguintes competências: módulo 3, especificamente no âmbito da estratégias de autocuidado, e módulo 6, particularmente a propósito dos efeitos psicológicos a longo prazo, do *Cancer Nursing Education Framework* da *European Oncology Nursing Society* (2018); as competências B3.1. e D2.2. no que diz respeito ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019); e as 1.1.1.,

1.1.3., 1.2.5. e 2.1.1. do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica (2018).

Futuramente, penso que a minha reação/ação inicial seria idêntica, pois considero fundamental identificar as necessidades de intervenção para posteriormente se delinear um plano de ação individualizado. Ainda assim, sem dúvida que a minha intervenção poderia ter sido mais completa, ao comunicar algumas estratégias de autocuidado na gestão do tempo que é despendido no hospital e no cuidar da saúde mental, algo que doravante procurarei fazer.

Referências Bibliográficas

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2022). *Domínios de Intervenção dos Enfermeiros em Radioterapia* (versão reduzida). Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa.https://www.aeop.pt/ficheiros/AEOP_Dominios_RT_20220222.pdf

European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework.*

George, J. B. (2002). *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional* (4ª edição). Porto Alegre: Artmed Editora.

Gibbs, G. (1998). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford Brookes University.

Gosak, M., Gradišar, K., Rotovnik Kozjek, N., & Strojan, P. (2020). Psychological distress and nutritional status in head and neck cancer patients: a pilot study. *European archives of oto-rhino-laryngology: official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, *277*(4), 1211–1217. https://doi.org/10.1007/s00405-020-05798-y

Gupta, A., Eisenhauer, E. A., & Booth, C. M. (2022). The Time Toxicity of Cancer Treatment. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, *40*(15), 1611–1615. https://doi.org/10.1200/JCO.21.02810

National Comprehensive Cancer Network (2022). NCCN *Clinical Practice Guidelines in Oncology – Survivorship.* National Comprehensive Cancer Network.

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6ª edição). Mosby, Inc.

Peeters, M. A. C., Braat, C., Been-Dahmen, J. M. J., Verduijn, G. M., Oldenmenger, W. H., & van Staa, A. (2018). Support Needs of People With Head and Neck Cancer Regarding the Disease and Its Treatment. *Oncology nursing forum*, 45(5), 587–596. https://doi.org/10.1188/18.ONF.587-596

Rabello, C. de M., Silva, R. P. da., Santos, A. T. C. dos, Lima, F. L. T. de ., & Almeida, L. M. de. (2021). Necessidades Físicas, Emocionais e Socioeconômicas no Pós-tratamento

do Câncer de Cabeça e Pescoço: um Estudo Qualitativo. *Revista Brasileira De Cancerologia*, *67*(3), e–191221. https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1221

Regulamento N. º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. Série II (Nº 26 de 2019-02-06). 4744-4750.

Regulamento N.º 429/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. Série II (N.º 135 de 2018-07-16). 19359-19370.

Richardson, A. E., Broadbent, E., & Morton, R. P. (2019). A systematic review of psychological interventions for patients with head and neck cancer. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *27*(6), 2007–2021. https://doi.org/10.1007/s00520-019-04768-3

Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª edição). Lusociência.

Zhang, Z., Leong Bin Abdullah, M. F. I., Shari, N. I., & Lu, P. (2022). Acceptance and commitment therapy versus mindfulness-based stress reduction for newly diagnosed head and neck cancer patients: A randomized controlled trial assessing efficacy for positive psychology, depression, anxiety, and quality of life. *PloS one*, 17(5), e0267887. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267887

APÊNDICE XV – Campo de Estágio B2 – Texto descritivo do serviço e sua dinâmica funcional e organizacional

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

opção Enfermagem Oncológica

Ano Letivo 2022-2023

Estágio com Relatório

Campo de Estágio B2

Texto descritivo do serviço e sua dinâmica funcional e organizacional

Ana Rita Soares Lopes, 3228

Professora Orientadora:

Prof.ª Dr.ª Eunice Maria Casimiro Sá

Enfermeira Orientadora:

[redacted]

Lisboa

dezembro 2022

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório integrada no segundo semestre do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica.

O seu objetivo principal é descrever sumariamente um dos serviços onde tive oportunidade de estagiar, que denominarei de Campo de Estágio B2, e a sua dinâmica funcional. Deste modo, este documento encontra-se organizado em duas partes principais: descrição da estrutura física/equipamentos existentes e exposição da dinâmica funcional do Campo de Estágio B2. No âmbito da dinâmica funcional, importa referir que me irei focar principalmente nos cuidados de enfermagem.

O Campo de Estágio B2 é um serviço de internamento oncológico de medicina e cirurgia. De facto, está integrado num centro cirúrgico, que contempla, para além do referido serviço, 4 blocos operatórios, uma unidade de técnicas de intervenção e uma unidade de cuidados intensivos e recobro com uma capacidade para 11 quartos individuais.

O centro cirúrgico em questão é destinado às pessoas com doença oncológica de diversas especialidades, nomeadamente, patologia mamária, aparelho digestivo, fígado, vias biliares e pâncreas, urologia (próstata e vias urinárias), ginecologia e pulmonar. Está também equipado para radiologia de intervenção percutânea e endovascular e neurocirurgia. Contudo, este centro cirúrgico dá também resposta a outros procedimentos que não estejam diretamente relacionados com a doença oncológica.

O Campo de Estágio B2 contempla duas alas, a Ala Sul e a Ala Norte. A Ala Sul dispõe de 14 quartos individuais e a Ala Norte de 12 quartos individuais. Cada ala dispõe de um quarto de isolamento com sistemas de ventilação/pressão negativa. Cada quarto está equipado com uma casa de banho privada, cama articulada, televisão, armário, cofre, mini frigorífico, entre outras comodidades.

O espaço físico e equipamentos disponíveis são muito semelhantes nas duas alas. Ambas dispõem dos referidos quartos, sala de trabalho de enfermagem, copa destinada aos profissionais, copa de apoio às pessoas internadas, sala de material, sala de consumos clínicos e zonas de sujos. É na Ala Sul que se encontra o secretariado do referido serviço e o gabinete da Sr.ª Enf.ª Coordenadora. Importa referir que existe um carro de emergência em cada uma delas.

Em ambas as alas, a sala de trabalho de enfermagem ocupa uma posição mais central do espaço físico, com os quartos e as restantes salas dispostos em redor. É nesta sala que se prepara a terapêutica a administrar, se realizam os registos de enfermagem e ocorre a passagem de turno.

Relativamente à dinâmica funcional do serviço, é de referir que todo o trabalho é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar que inclui: cirurgiões, médicos oncologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes operacionais, técnicos administrativos, uma nutricionista/dietista e copeiros. Conta ainda com o apoio de uma equipa de limpeza.

Os internamentos neste serviço são, na sua grande maioria, de âmbito cirúrgico e são programados, tendo uma duração média de 3 a 5 dias, dependendo da cirurgia em questão. Nestes casos, a pessoa que irá realizar a cirurgia é admitida no próprio dia, excetuando as situações em que seja necessário internar previamente para reforço hídrico, reposição eletrolítica, transfusão de componentes sanguíneos ou para um tipo de preparação cirúrgica que não seja possível realizar no domicílio.

A verdade é que as pessoas, cujo plano terapêutico inclua cirurgia, vão sempre a uma consulta pré-cirúrgica, de acordo com o tipo de diagnóstico oncológico que tenham. Nestas consultas é realizada toda a preparação necessária para a cirurgia específica que a pessoa for realizar, essencialmente através da educação para a saúde. São abordadas, entre outras, as seguintes temáticas principais: alimentação pré-cirurgia e período de jejum, higiene/desinfeção da pele na véspera e no dia da cirurgia, realização do teste de despiste de SARS-CoV2, anticoagulação, aumento da capacidade respiratória com espirómetro e efeitos esperados no período pós-cirurgia e sua gestão.

No final da consulta, são entregues folhetos com um resumo da informação transmitida oralmente, esponjas com cloro-hexidina para a higiene pré-cirurgia e o espirómetro. Para além disso, são esclarecidas dúvidas, mitigados receios e facultado apoio emocional. É sempre disponibilizado o contacto telefónico direto da unidade multidisciplinar que segue a pessoa para o esclarecimento de qualquer dúvida ou sintoma que surja.

Importa referir que são também as diferentes unidades multidisciplinares que fazem o acompanhamento no período pós-cirurgia após a alta clínica, realizando uma

avaliação objetiva da pessoa/família e identificando necessidades de intervenção. A intervenção de enfermagem pode incluir *follow-up* telefónico e a realização de consultas de enfermagem presenciais para remoção de material de sutura, capacitação para o autocuidado de ostomias, realização de pensos cirúrgicos, entre outros.

Contudo, para além dos internamentos cirúrgicos, há também internamentos de oncologia médica programados, como, por exemplo, para a administração de protocolos de quimioterapia ou imunoterapia de longa duração ou que requerem a vigilância de determinados parâmetros (como balanço hídrico, monitorização dos sinais vitais, vigilância do pH urinário, entre outros) e que, por esse motivo, exigem internamento.

Por último, há também os internamentos não programados, menos frequentes, e que podem acontecer na sequência de alguma complicação pós-cirúrgica após a alta clínica ou de algum sinal/sintoma indicativo de infeção.

No que diz respeito aos cuidados de enfermagem prestados, importa referir, em primeiro lugar, que a equipa de enfermagem é gerida por uma Sr.ª Enfª Coordenadora, que está mais presente na Ala Sul, sendo que a Ala Norte é gerida por uma Sr.ª Enf.ª Especialista que desempenha funções como segundo elemento. A equipa de enfermagem é então composta por 25 enfermeiros, organizados em 4 equipas, que são encabeçadas por um Enf. Chefe de Equipa. Os enfermeiros são alocados nas duas alas do serviço de forma rotativa.

A Srª Enfª Coordenadora exerce funções de gestão dos recursos humanos e materiais do serviço, assegurando a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados.

A Sr.ª Enf.ª Especialista, cujo trabalho acompanhei mais proximamente, trabalha nos turnos da manhã, de segunda a sexta-feira, e tem um papel fundamental na gestão do serviço, funcionando como elemento de ligação entre a equipa médica/cirúrgica e a equipa de enfermagem. Assim, acompanha os cirurgiões/oncologistas das diversas especialidades durante as visitas médicas, observando as pessoas alvo de cuidados, transmitindo as ocorrências a destacar e registando todas as indicações médicas, que posteriormente comunica à equipa de enfermagem.

Para além disso, tem igualmente um papel importante na garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Supervisiona os cuidados de enfermagem, assim como o trabalho desenvolvido pelos assistentes operacionais, que totalizam 19 elementos. Garante que existe prescrição médica de toda a terapêutica a administrar, alertando para qualquer incongruência verificada. Dá apoio e esclarece todas as dúvidas que lhe são colocadas pela equipa de enfermagem, recorrendo à evidência científica.

Tem ainda um papel ativo na gestão/preparação da alta, verificando, em conjunto com a pessoa alvo de cuidados/família e respetiva equipa médica, quais as necessidades para uma alta segura, o que inclui, preparação e entrega de carta de alta de enfermagem, agendamento de consultas médicas e de enfermagem subsequentes e entrega de material necessário para o autocuidado.

Além do mais, gere toda a logística das vagas do serviço, entre altas clínicas e admissões, que podem ser provenientes da unidade de cuidados intensivos e recobro, da unidade de técnicas de intervenção, das consultas multidisciplinares ou do domicílio. De facto, são os enfermeiros do serviço que são os responsáveis por transferirem os clientes das referidas unidades para a enfermaria, realizando o seu acolhimento.

É ainda responsável pela gestão do *stock* de material de consumo clínico, garantindo que não falta nenhum material indispensável, e pela manutenção do bom funcionamento do serviço, comunicando qualquer avaria/problema.

A equipa de enfermagem é responsável pela prestação de cuidados de enfermagem diretos, de acordo com um plano de cuidados definido e adaptado às necessidades de cada uma das pessoas/família internadas.

É também responsável pelo atendimento telefónico todos os dias das 20h às 8h e durante os fins-de-semana e feriados, que corresponde ao período no qual as unidades multidisciplinares não se encontram em funcionamento. Este atendimento telefónico é disponibilizado a todas as pessoas acompanhadas no hospital em questão para esclarecimento de dúvidas, comunicação de sinais e sintomas que os preocupam, entre outros. Habitualmente o telefone de urgência fica alocado aos enfermeiros que se encontram a trabalhar na Ala Norte.

Existe, desta forma, uma forte ligação entre o serviço de internamento e as unidades multidisciplinares para garantir a continuidade de cuidados, não só no que diz

respeito aos referidos telefonemas, como no caso das admissões clínicas e gestão de ensinos/educação para a saúde. De facto, são os elementos das equipas multidisciplinares que se deslocam ao internamento para capacitar a pessoa a gerir alguns dos dispositivos médicos que tenha, como por exemplo, as ostomias de eliminação. Assim, as pessoas têm sempre uma equipa de enfermeiros que as acompanham no período peri-operatório.

Para além da ligação com as unidades multidisciplinares, existe articulação/referenciação para outros serviços que a pessoa/família necessite, como, por exemplo, apoio psicológico/psiquiatria e cuidados de enfermagem domiciliários.

No seio da equipa de enfermagem, há também um elemento responsável pela formação em serviço, que gere/organiza as formações em serviço, alertando também para as formações disponibilizadas pelo hospital em questão. Existem também equipas de trabalho definidas que se encontram a trabalhar temáticas relativas às áreas hepática, do pulmão e ginecológica.

Por último, importa referir que a equipa de enfermagem está também habituada a orientar estudantes de enfermagem, quer de licenciatura, quer de mestrado/especialidade.

APÊNDICE XVI – Campo de Estágio B2 – Sobrecarga do cuidador do doente oncológico – reflexão segundo ciclo de Gibbs

13º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

opção Enfermagem Oncológica

Ano Letivo 2022-2023

Estágio com Relatório

Campo de Estágio B2

Sobrecarga do Cuidador do Doente Oncológico

Reflexão segundo Ciclo de Gibbs

Ana Rita Soares Lopes, 3228

Professora Orientadora:

Prof.ª Dr.ª Eunice Maria Casimiro Sá

Enfermeira Orientadora:

[redacted]

Lisboa

dezembro 2022

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no segundo semestre do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica.

É uma das atividades a que me propus no meu contrato de aprendizagem no âmbito do campo de estágio B2, que corresponde a um serviço de internamento oncológico cirúrgico e de medicina.

O objetivo principal é refletir sobre uma experiência significativa vivenciada em contexto de ensino clínico no referido campo de estágio, com recurso ao Ciclo Reflexivo de Gibbs. Este ciclo reúne seis etapas principais: descrição da situação, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação (Gibbs, 1998).

Como objetivos secundários pretendo desenvolver a minha capacidade de reflexão/análise crítica, correlacionar a vivência da prática clínica com a evidência científica disponível, potenciar o conhecimento sobre mim própria como pessoa e profissional e analisar as competências de enfermagem desenvolvidas com este trabalho.

Deste modo, irei começar pela primeira etapa definida pelo Ciclo Reflexivo de Gibbs, a **descrição da situação**.

Era o turno da manhã de dia 7 de dezembro e tinha a meu cuidado, juntamente com a minha Enfª Orientadora, o Sr. J., de 80 anos, internado no serviço há dois dias. Tinha sido transferido da Área de Cuidados Intensivos e Recobro, onde tinha estado desde dia 22 de novembro, após realização de traqueotomia de urgência.

O Sr. J. tinha diagnóstico de adenocarcinoma do cólon transverso já operado e atualmente em progressão de doença em vários órgãos, particularmente a nível do mediastino, tiroide e com várias adenopatias latero-cervicais conhecidas. Tinha recorrido ao hospital onde me encontrava a estagiar para uma consulta médica de oncologia, tendo apresentado dispneia e estridor, culminando na realização de uma traqueotomia de urgência no próprio dia.

Durante o período em que esteve na Área de Cuidados Intensivos e Recobro é de destacar a necessidade de ser ventilado por cerca de 3 dias; a colocação de uma gastrostomia para alimentação; e o isolamento de *staphylococcus aureus* resistente à

meticilina e *haemophilus influenzae* numa colheita de secreções brônquicas, estando a cumprir antibioterapia dirigida.

Encontrava-se consciente e orientado nas 3 valências. Calmo, comunicando com recurso à mímica labial e linguagem gestual.

Apresentava os sinais vitais dentro dos parâmetros considerados normais para ele. Sem queixas álgicas. Apresentava cânula de traqueotomia shilley nº6 fenestrada e com cuff (que se encontrava desinsuflado desde dia 6 de dezembro) e cumpria oxigenoterapia através de máscara de traqueotomia a 1L/min. Mantinha secreções fluidas esbranquiçadas, mas com laivos hemáticos presentes, que conseguia mobilizar e expelir.

Necessitava de ajuda parcial para satisfazer as suas atividades de vida diária por apresentar força diminuída a nível dos membros inferiores.

Apresentava também um cateter venoso central a nível da jugular interna esquerda, com 3 lúmens, todos permeáveis, por onde cumpria soroterapia e antibioterapia.

Apresentava sutura com agrafos a nível da região central do abdómen com penso cirúrgico impermeável limpo e seco.

Tinha também um penso cirúrgico impermeável limpo e seco peri-gastrostomia.

Encontrava-se sob um esquema nutricional específico pós colocação de gastrostomia, onde teria de ser alimentado de 4/4h, aumentando o aporte nutricional em 50ml por refeição até conseguir tolerar 350ml, período após o qual passaria a uma dieta líquida considerada normal.

Não tinha alterações da eliminação vesical, tendo sido desalgaliado com sucesso no dia anterior, nem da eliminação intestinal, com registo de última dejeção também no dia anterior.

Na passagem de turno, foi-nos comunicado que se estava a planear alta clínica para o domicílio para o dia seguinte, pelo que era necessário validar junto do Sr. J. e da sua esposa, a D.ª A., que se encontrava a acompanhá-lo, todos os ensinos a propósito dos cuidados necessários para garantir um alta segura. Perante a complexidade de cuidados que esta família iria necessitar, era indispensável priorizar essas necessidades e perceber junto deles quais as principais dificuldades sentidas.

Enquanto planeávamos e priorizávamos os nosso cuidados, definimos aquelas que, para nós, seriam as áreas de intervenção principais: validar ensinos relativamente aos cuidados traqueais (material necessário, cuidados de higienização e manipulação, verificação das características das secreções, sinais de dificuldade respiratória e como atuar); validar ensinos sobre a gastrostomia (cuidados na sua manipulação e com a alimentação), validar ensinos a propósito da adesão ao regime terapêutico; e avaliar o estado emocional de ambos, no sentido de apurar incertezas e angústias e proporcionar um ambiente favorável e seguro para o esclarecimento de dúvidas e desmistificação de medos. Porém, era necessário perceber junto da família se era um plano adequado às suas necessidades.

Para além do mais, era importante redigir um relatório de enfermagem com o resumo da situação clínica e necessidades de enfermagem identificados no Sr. J. para ser entregue no Centro de Saúde da sua área de residência com o objetivo de se candidatar a apoio de enfermagem domiciliário. Além do mais, serviria também como guia de tratamento para remoção do material cirúrgico que ainda apresentava.

Era necessário também reunir um kit com material necessário para assegurar todos os cuidados no domicílio (ostomias e pensos) até conseguirem o referido apoio domiciliário.

Por último, era também fundamental assegurar que eram prescritas receitas de material para a traqueotomia, receita de oxigenoterapia (garantindo a instalação prévia à alta) e receitas da medicação habitual do domicílio.

Foram vários os **sentimentos e pensamentos** que a situação atrás descrita me levantou.

A verdade é que, aquando da passagem de turno, pensei que a alta clínica para o dia seguinte seria precipitada, pois ainda existiam várias necessidades e focos de ensino para colmatar e pouco tempo útil para os realizar de forma segura e eficaz.

A preparação para a alta e os ensinos a propósito das ostomias que o Sr. J. apresentava já tinha sido iniciada pela equipa de enfermagem do serviço onde tinha estado anteriormente e, de facto, a D.ª A. já sabia como manipular e cuidar da traqueotomia e da gastrostomia. Porém, o mesmo não se aplicava ao Sr. J., que apesar de já se encontrar fisicamente apto para iniciar esses cuidados, ainda se sentia

inseguro, referindo “isto é muita coisa para lidar em pouco tempo” (sic). Contudo, ambos queriam muito ter alta clínica no dia seguinte, por já estarem cansados do internamento.

Pensei também que eram um casal muito unido e resiliente por, em tão pouco tempo, estarem a conseguir dar resposta a um evento transformador da vida, que impacta o autocuidado do Sr. J. e da D.ª A.

O autocuidado é o conceito chave que Orem utiliza na sua teoria, sendo que neste caso se verifica um défice de autocuidado do Sr. J., sendo necessário a sua substituição pela D.ª A. na satisfação dos requisitos, particularmente os universais de manutenção de uma ingestão suficiente de ar e de manutenção de uma ingestão suficiente de água e nutrientes (Orem, 2001). Para além disso, também existem requisitos de autocuidado de desvio de saúde para colmatar, a destacar o “aprender a viver com os efeitos de condições e estados patológicos e com as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida, promovendo o desenvolvimento pessoal continuado” (George, 2020, p. 85, citando Orem, 1991, p. 134).

O Sr. J., numa questão de menos de 10 dias, já só se conseguia alimentar através de gastrostomia, o que lhe causava muito sofrimento. Segundo a esposa, o Sr. J. sempre adorou cozinhar e degustar refeições. Para além disso, agora respirava através de uma traqueotomia, à qual ainda se estava a adaptar. Viu também a sua comunicação ser completamente alterada, passando agora a comunicar através de gestos e mímica labial. Além disso, sentia-se “fraco e cansado” (sic). O Sr. J. estava já aposentado, mas tinha exercido funções como professor de educação física, pelo que a diminuição da sua autonomia e independência tinha também um impacto significativo no seu bem-estar.

A D.ª A., no mesmo período curto de tempo, viu a sua vida ficar completamente alterada, não só pelo receio e preocupação com a saúde do marido, como pela mudança completa da sua rotina. A D.ª A. referiu que era proprietária de uma loja no local onde residiam e que, apesar de contar com a ajuda de uma colaboradora, ela era essencial para o funcionamento da loja. Agora passaria a ser a cuidadora principal do marido e estava ainda a tentar organizar a sua vida nesse sentido. Já se encontrava a alterar/mobilar o quarto onde costumavam dormir para agilizar o regresso de ambos a

casa. Tinha também solicitado o empréstimo de um máquina de aspirar secreções a uma vizinha, caso viesse a ser necessário.

Assim, senti compaixão pelo que ambos se encontravam a viver, pensando em como seria importante o acompanhamento de uma equipa de enfermagem na gestão de todos os cuidados necessários.

Avaliando a situação, considero que conseguimos levar a cabo algumas das intervenções de enfermagem que tínhamos planeado para garantir uma alta segura, o que foi positivo. Contudo, era necessário mais tempo para as repetir e validar.

De facto, a D.ª A. demonstrou como realizar os cuidados traqueias, tendo revelado destreza, segurança e confiança no procedimento. Foi também negociado com o Sr. J. o início dos ensinos a propósito dos cuidados traqueais para um período do dia em que sentisse mais energia, que aceitou. Assim, conseguiu retirar e colocar novamente a cânula interna à frente do espelho, o que é essencial no caso desta ficar ocluída com secreções. Ainda assim, ambos se encontravam receosos com a tosse, secreções e possível dispneia. Foram desmistificados receios e validados ensinos a propósito da limpeza da cânula e como reconhecer e atuar perante a dispneia. Foram também prestadas informações a propósito da comparticipação do material de ostomias respiratórias.

No que diz respeito à gastrostomia, mais uma vez, a D.ª A. demonstrou saber alimentar o marido por essa via, tendo sido apenas importante reforçar a necessidade de verificar o conteúdo gástrico previamente às refeições. A este respeito foi solicitado apoio à nutricionista do serviço no sentido de desenvolver um plano nutricional personalizado. Foi também negociado com o Sr. J. a importância de aprender a alimentar-se, no caso de algum imprevisto com a D.ª A. Assim, começou-se por ensinar como aspirar a alimentação para a seringa de alimentação e como adaptar a seringa ao tubo da gastrostomia, o que conseguiu realizar com ajuda.

Foi possível também fazer uma breve avaliação do estado emocional de ambos. O Sr. J. encontrava-se ansioso para ter alta clínica e manifestava preocupação com tudo o que teriam de gerir quando chegassem a casa, contando com a esposa para o ajudar nessa transição. Foi possível apurar que a D.ª A. se encontrava ciente que o Sr. J. atravessava, provavelmente, a última fase da sua doença, referindo “sei que agora

devemos esperar mais dor e mais sofrimento" (sic). Foi prestado apoio emocional, esclarecendo que não se preconiza que o marido sinta mais dor e/ou mais sofrimento, pois existem sempre estratégias e intervenções para assegurar o conforto.

Foram esclarecidas todas as dúvidas e iniciada a redação do referido relatório de enfermagem.

Perante a complexidade de cuidados atrás descrita e pelo facto de futuramente irem recair quase exclusivamente na D.ª A., a área da sobrecarga do cuidador foi aquela que considero ser importante **analisar de forma fundamentada**.

Estima-se que existam mais de 100 milhões de cuidadores na Europa, sendo que 80% dos cuidados em toda a União Europeia são prestados por cuidadores informais (Teixeira et al, 2017). Com a tendência de envelhecimento e o foco cada vez mais incidente nos cuidados domiciliários ao invés de em unidades hospitalares, prevê-se que o número de cuidadores continue a aumentar.

Os cuidadores informais são "pessoas que cuidam de outra, numa situação de doença crónica, deficiência e, ou dependência, parcial ou total, de forma transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidado, realizando-se este fora do âmbito profissional, ou formal" (Teixeira et al, 2017, p. 2). Os mesmos autores atribuem as seguintes características aos cuidadores informais: não são profissionais treinados para prestar cuidados; não têm contratos relativos a responsabilidade de cuidados; não são remunerados; executam uma ampla gama de atividades; e não têm um limite para o tempo despendido na prestação de cuidados. Referem ainda que os cuidados por eles prestados podem ser agrupados em três áreas principais: assistência nas dificuldades funcionais do autocuidado, suporte em atividades instrumentais de vida diária e apoio emocional.

Miguel et al. (2019) defendem que a avaliação regular do cuidador deve ser inserida no plano terapêutico traçado para o doente oncológico desde o início do tratamento. Na sua opinião, os cuidadores/familiares "são percebidos como um recurso em benefício do doente, mas não como um alvo de atenção pelas equipas de profissionais de saúde" (p. 14). No caso aqui relatado, muito embora tenha sido dada atenção à D.ª A. e às transformações estruturais que estavam a ocorrer na sua vida,

seria hipócrita afirmar que também não estava a ser percecionada como um recurso primordial para o Sr. J.

No artigo que redigiram com objetivo de avaliar a qualidade de vida, sobrecarga e *distress* do cuidador em três fases diferentes do tratamento oncológico, Miguel et al. (2019) concluíram que o perfil de cuidador é normalmente mulher, cônjuge/filha, com uma mediana de idade de 45 anos, experienciando maior sobrecarga e *distress* e menos qualidade de vida no avanço das fases do tratamento.

Os mesmo autores referem que "sobrecarga" "resulta numa dificuldade do cuidador em oferecer uma resposta adequada às múltiplas necessidades de quem cuida" (p. 14), necessidades essas que podem incluir responsabilização pelas atividades de vida diária do doente, gestão da medicação e deslocações, comunicação com os profissionais de saúde e garantia de suporte financeiro. Reportando-me à situação da D.ª A., é fácil concluir que será responsável pela maioria das necessidades atrás referidas e que, por isso, se pode encontrar em risco de sobrecarga.

Oliveira et al. (2022) conduziram uma revisão bibliográfica com o objetivo de analisar as condições que interferem na qualidade de vida dos cuidadores de pessoas com doença oncológica e a influência da espiritualidade nesse contexto. Concluíram que quando ocorre o reconhecimento de fatores de vulnerabilidade e de proteção do cuidador principal da pessoa com doença oncológica, assiste-se à possibilidade de melhorar a qualidade de vida do doente.

Os mesmos autores apontam a espiritualidade e as práticas religiosas como um recurso para lidar com os problemas do dia-a-dia e com eventos traumáticos, por permitirem uma melhor adaptação aos desafios de cuidar de uma pessoa doente. Referem ainda que ser cuidador proporciona experiência e sentimentos positivos como zelo, carinho, crescimento pessoal e espiritual.

Ainda assim, o cuidador pode sentir-se sobrecarregado por toda a complexidade e multiplicidade de exigências e necessidades da pessoa de quem cuida, que podem variar de acordo com o estadio da doença oncológica. Desta forma, os cuidadores podem experienciar alterações negativas nos seus relacionamentos interpessoais, isolamento social e comprometimento das necessidades básicas do ser humano (Oliveira et al., 2022).

O apoio de profissionais de saúde competentes, a facilidade de acesso a cuidados de saúde, o conhecimento sobre diferentes aspetos da doença, o autocuidado e a divisão das diferentes tarefas pela família funcionam como fatores de proteção do cuidador (Oliveira et al., 2022).

Üzar-Özçeti e Dursun (2020) realizaram também um estudo para analisar os níveis de resiliência de 210 cuidadores familiares de sobreviventes de cancro, avaliando a sua relação com a sobrecarga do cuidador e a qualidade de vida. À semelhança de resultados obtidos noutros estudos, concluíram que os cuidadores apresentavam baixos níveis de resiliência que, consequentemente, se associam a uma maior sobrecarga e pior qualidade de vida.

É, portanto, fundamental encontrar estratégias que promovam a resiliência, uma vez que esta pode levar a resultados positivos e, em última instância, a uma melhor qualidade de vida. Para o efeito, os profissionais de saúde devem ser sensíveis às dificuldades e exigências que os cuidadores enfrentam, estando dispostos a ajudá-los a desenvolver estratégias eficazes que impactem positivamente a família (Üzar-Özçeti & Dursun, 2020).

Decadt et al. (2021) realizaram um estudo com 1580 cuidadores com o objetivo de avaliar o *distress* do cuidador, a qualidade de vida e os fatores preditores em cuidadores informais de doentes oncológicos durante o tratamento ativo e *follow-up*. Os dados obtidos ilustram que os cuidadores experienciaram um risco de baixo a moderado *distress* e de uma qualidade de vida moderada durante o tratamento ativo e *follow-up.* Os fatores preditores de maior *distress* e pior qualidade de vida foram: menos recursos emocionais e práticos, ser do sexo feminino, não ter um relacionamento conjugal ou não viver junto.

Assim, os mesmos autores sublinham o papel importante que os profissionais de saúde têm na deteção de cuidadores em risco de sobrecarga.

Perante esta evidência científica, **concluo** que é fundamental assegurar que a D.ª A. é incluída no plano de tratamento do Sr. J. como apresentando elevado risco de sobrecarga.

Numa **situação futura**, para além de delinear um plano com áreas de intervenção de enfermagem prioritárias com maior enfoque no Sr. J., é fundamental

delinear um plano de ação focado na D.ª A. Neste sentido, teria sido importante dar-lhe a conhecer o conceito de sobrecarga do cuidador e quais os sinais e sintomas aos quais deveria estar atenta; facultar informação fidedigna sobre o que são os cuidadores formais/informais, associações e movimentos de cuidadores existentes, legislação disponível neste âmbito, designadamente o estatuto de cuidador informal; quais os recursos na comunidade aos quais poderia recorrer, encaminhando para a assistente social ou outros profissionais, se necessário.

Para além do mais, poderia ter sido logo aplicado o termómetro do *distress* (ver anexo I) que corresponde a um instrumento de rápido autopreenchimento criado pela *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN, 2020), que permite avaliar o nível de *distress* que a pessoa sente, identificando diferentes problemas que possam estar na sua origem. A NCCN (2020) define o *distress* como uma experiência desagradável de natureza mental, física, social ou espiritual que pode influenciar a forma como a pessoa pensa, sente e age.

Esta ferramenta foi já traduzida e validada para português pelos autores Decat et al. em 2009. É composta por duas partes: uma que avalia o nível de *distress* que a pessoa está a sentir na última semana (incluindo o dia em que se encontra a preencher a ferramenta) numa escala de 0 a 10, onde 10 é considerado o nível mais elevado de *distress*; e outra que lista 36 possíveis preocupações que possam estar na origem do *distress* agrupadas em diferentes dimensões - física, emocional, social, prática e espiritual/religiosa.

A aplicação desta ferramenta permitiria um acompanhamento da evolução dos níveis de *distress* sentidos ao longo do tempo e qual a sua origem. Deste modo, seria mais fácil identificar quais as intervenções necessárias para reduzir os níveis de *distress* e encaminhar para profissionais competentes noutras áreas, quando necessário.

Posto isto, importa, por fim, inferir sobre as competências de enfermagem que considero ter desenvolvido com esta reflexão, designadamente: dos módulos 4 sobre apoiar as pessoas com doença oncológica através e além do cancro e 6 sobre comunicação em oncologia do *Cancer Nursing Education Framework* da *European Oncology Nursing Society* (2018); as competências A2.2.3., B1.1.3. e B3.1.2. e D2.2. no que diz respeito ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

(2019); e as 1.1.1., 1.1.6. e 2.1.1. do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica (2018).

Referências Bibliográficas

Decadt, I., Laenen, A., Celus, J., Geyskens, S., Vansteenlandt, H., & Coolbrandt, A. (2021). Caregiver distress and quality of life in primary caregivers of oncology patients in active treatment and follow-up. *European journal of cancer care*, *30*(3), e13399. https://doi.org/10.1111/ecc.13399

Decat, C., Laros, J. & Araújo, T. (2009). Termómetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *PsicoUSF*. 14(3), 253-260. https://doi.org/10.1590/S1413-82712009000300002

European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework.*

George, J. B. (2002). *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional* (4ª edição). Artmed Editora.

Gibbs, G. (1998). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford Brookes University.

Miguel, I., Freire, J., & Capelas, M. L. (2019). Qualidade de vida e sobrecarga do cuidador informal principal do doente oncológico em diferentes fases de tratamento. *Revista Portuguesa De Oncologia*. 3(1), 13–20. https://doi.org/10.57678/rpo.5

National Comprehensive Cancer Network (2020). NCCN *Guidelines For Patients – Distress During Cancer Care.* National Comprehensive Cancer Network. https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/distress-patient.pdf

Oliveira, A. C. D., Pilon, J. K., Santos, Q. S. D., Pereira, D. A., Rocha, A. C., Luz, G. A., Monteiro, I. do N., Vale, E. S. do, Teixeira, A. C. S., & Amorim Ítalo F. C. (2022). Qualidade de vida e espiritualidade dos cuidadores informais de pacientes oncológicos: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 15(2), 9835. https://doi.org/10.25248/reas.e9835.2022

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6a edição). Mosby, Inc.

Regulamento N. º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. Série II (Nº 26 de 2019-02-06). 4744-4750.

Regulamento N.º 429/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. Série II (N.º 135 de 2018-07-16). 19359-19370.

Teixeira, A. R., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J. A., Almeida, M. J., Matias, M. L., Ferreira, M. S., Narigão, M., Lourenço, R. & Nascimento, R. (2017). Medidas de Intervenção Junto dos Cuidadores Informais. *Documento Enquadrador, Perspetiva Nacional e Internacional.*

Üzar-Özçeti N, Y. S., & Dursun, S. İ. (2020). Quality of life, caregiver burden, and resilience among the family caregivers of cancer survivors. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, *48*, 101832. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101832

ANEXOS

ANEXO I – Termómetro do *Distress*

NCCN Guidelines, versão 2.2022
Gestão de angústia

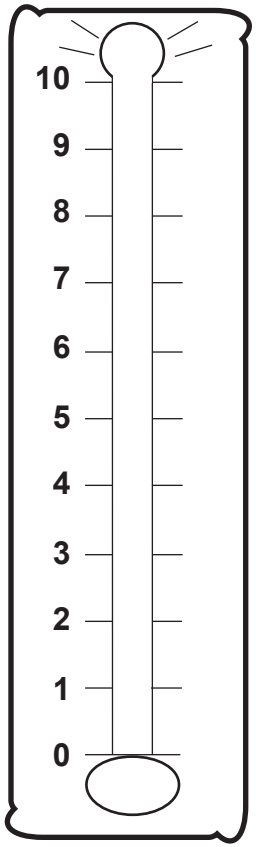
Índice das NCCN Guidelines
Índice
Discussão

TERMÔMETRO DE ANGÚSTIA DA NCCN

A angústia é uma experiência desagradável de natureza mental, física, social ou espiritual. Ela pode afetar a maneira como você pensa, sente ou age. A angústia pode tornar mais difícil lidar com o câncer, seus sintomas ou seu tratamento.

Instruções: Circule o número (0-10) que melhor descreve quanta angústia você sentiu na semana passada, inclusive hoje.

Angústia extrema



Sem angústia

LISTA DE PROBLEMAS

Você teve alguma preocupação sobre algum dos itens abaixo na semana passada, incluindo hoje? (Marque todos os que se aplicam)

Preocupações físicas
- ❑ Dor
- ❑ Dormir
- ❑ Fadiga
- ❑ Tabagismo
- ❑ Uso de substâncias
- ❑ Memória ou concentração
- ❑ Saúde sexual
- ❑ Mudanças na alimentação
- ❑ Perda ou alteração das habilidades físicas

Preocupações emocionais
- ❑ Preocupação ou ansiedade
- ❑ Tristeza ou depressão
- ❑ Perda de interesse ou de prazer
- ❑ Tristeza ou perda
- ❑ Medo
- ❑ Solidão
- ❑ Raiva
- ❑ Alterações na aparência
- ❑ Sentimentos de inutilidade ou ser um fardo

Preocupações sociais
- ❑ Relacionamento com o cônjuge ou companheiro
- ❑ Relacionamento com os filhos
- ❑ Relacionamento com familiares
- ❑ Relacionamento com amigos ou colegas de trabalho
- ❑ Comunicação com a equipe médica
- ❑ Capacidade de ter filhos

Preocupações práticas
- ❑ Cuidando de mim mesmo(a)
- ❑ Cuidando dos outros
- ❑ Trabalho
- ❑ Escola
- ❑ Habitação
- ❑ Finanças
- ❑ Seguro de saúde
- ❑ Transporte
- ❑ Cuidados infantis
- ❑ Ter comida suficiente
- ❑ Acesso a medicamentos
- ❑ Decisões de tratamento

Preocupações espirituais ou religiosas
- ❑ Sentido de significado ou propósito
- ❑ Mudanças na fé ou crenças
- ❑ Morte, morrer ou vida após a morte
- ❑ Conflito entre crenças e tratamentos contra o câncer
- ❑ Relacionamento com o sagrado
- ❑ Necessidades de rituais ou dietéticas

Outras preocupações:

_____

_____

_____

Observação: todas as recomendações são da categoria 2A, salvo indicação em contrário.
Ensaios clínicos: a NCCN acredita que o melhor tratamento de qualquer paciente com câncer está em um ensaio clínico. Encorajamos especialmente a participação em ensaios clínicos.

Versão 2.2022, 27/01/2022 © 2022 National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®), Todos os direitos reservados. NCCN Guidelines® e esta ilustração não podem ser reproduzidas de qualquer forma sem a permissão expressa por escrito da NCCN.

APÊNDICE XVII – Guia Orientador de Boas Práticas – Promoção do autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob tratamento

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Guia Orientador de Boas Práticas

Promoção do autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob tratamento

ÍNDICE

Introdução **5**

1. Contextualização teórica **6**

2. Tratamento do cancro da cabeça e pescoço **9**

2.1. Fármacos mais utilizados 11

a) Cisplatina 11

b) Carboplatina 14

c) Capecitabina 16

d) 5-Fluorouracilo 18

e) Docetaxel 20

f) Paclitaxel 22

g) Gencitabina 24

h) Pembrolizumab 26

i) Nivolumab 29

j) Cetuximab 31

2.2. Radioterapia 33

2.3. Protocolos de tratamento 35

a) Protocolo de QT Cisplatina – 21/21 dias – e RT 39

b) Protocolo de QT Carboplatina – 21/21 dias – e RT 41

c) Protocolo com Pembrolizumab, Carboplatina e 5-FU – 21/21 dias 43

d) Protocolo com Pembrolizumab, Cisplatina e 5-FU – 21/21 dias 45

e) Protocolo com Cetuximab, Cisplatina e 5-FU – 21/21 dias 47

f) Protocolo de QT com Docetaxel, Cisplatina e 5-FU (TPF) – 21/21 dias 49

g) Protocolo de QT Cisplatina e 5-FU (PF) – 21/21 dias 51

h) Protocolo de QT Gencitabina e Cisplatina – 21/21 dias..... 53

3. Cuidados de enfermagem promotores do autocuidado na gestão das principais toxicidades associadas ao tratamento..... **55**

3.1. Neurotoxicidade 57

3.2. Ototoxicidade..... 63

3.3. Toxicidade hematológica 65

3.4. Toxicidade gastrointestinal 70

3.5. Toxicidade dermatológica 84

3.6. Nefrotoxicidade 91

3.7. Fadiga..... 92

3.8. Osteonecrose mandibular..... 94

3.9. Trismus 95

3.10. Implicações na saúde mental..... 97

3.11. Implicações na saúde sexual..... 100

4. Registos de enfermagem **102**

Considerações finais..... **123**

Referências bibliográficas **114**

Abreviaturas e siglas

5-FU – 5- Fluororacilo

ADN – Ácido desoxirribonucleico

CAN – Contagem Absoluta de Neutrófilos

CCP – Cancro da cabeça e Pescoço

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CTCAE – Common Terminology Criteria Adverse Events

EGFR – Receptor do fator de crescimento epidérmico

IMRT – Técnica de Radioterapia de Intensidade Modulada

NF – Neutropénia Febril

NSP – Neuropatia Sensorial Periférica

NVIQ – Náuseas e Vómitos Induzidos pela Quimioterapia

PD -1 – Recetor de morte celular programada 1

PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea

QRT – Quimioradioterapia

QT – Quimioterapia

RT – Radioterapia

RTOG – Radiation Therapy Oncology Group

SNG – Sonda Nasogástrica

VPH – Vírus do Papiloma Humano

Introdução

O presente guia orientador surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 13º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em Enfermagem Oncológica, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Tem como principal objetivo reunir um conjunto de informações e estratégias baseadas na evidência científica que orientem a prestação de cuidados de enfermagem para a promoção do autocuidado da pessoa com cancro da cabeça e pescoço (CCP) sob tratamento.

A verdade é que estas pessoas e respetivas famílias enfrentam alterações significativas no seu dia-a-dia, nomeadamente, devido à realização de tratamentos complexos e com inúmeros efeitos secundários associados, pelo que é fundamental o acompanhamento por uma equipa multidisciplinar, onde se incluem os enfermeiros.

Por outro lado, a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados é uma ferramenta importante para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros [1], permitindo-nos assim a prestação de cuidados com cada vez mais qualidade e segurança.

Assim, este guia orientador pretende servir como uma ferramenta de fácil consulta para os enfermeiros utilizarem na sua prática diária. Encontra-se organizado nos seguintes capítulos principais: contextualização teórica, tratamento do CCP, cuidados de enfermagem promotores do autocuidado na gestão das principais toxicidades associadas ao tratamento, registos de enfermagem e considerações finais

1

Contextualização teórica

O CCP tem origem nas mucosas de revestimento ou nas estruturas de suporte das vias aerodigestivas superiores: da cavidade oral (lábio, língua, gengiva, pavimento da boca, glândulas salivares), faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe), laringe, nariz e seios perinasais, na tiroide e nas paratiroides [2].

A nível mundial, o CCP é considerado o sétimo tipo mais comum de cancro, constituindo 5% de todos os casos de cancro [3]. O sul da Ásia apresenta a taxa de incidência de CCP mais elevada, seguida da Europa, América do Norte e Austrália [4].

Em Portugal, em 2020, verificaram-se 1698 novos casos de cancro da tiroide e 89 óbitos; 1103 novos casos de cancro dos lábios e cavidade oral e 382 óbitos; 412 novos casos de cancro da hipofaringe e 174 óbitos; 529 novos casos de cancro da laringe e 329 óbitos; 280 novos casos de cancro da orofaringe e 218 óbitos; 118 novos casos de cancro da nasofaringe e 64 óbitos; 116 novos de casos de cancro das glândulas salivares e 60 óbitos [5].

O CCP é diagnosticado duas vezes mais em homens, do que em mulheres e é, habitualmente, associado a pessoas com idade superior a 50 anos [6].

Os hábitos tabágicos e etanólicos, isolados ou em associação, continuam a ser dois dos principais fatores de risco associados a este tipo de cancro [3,4]. Porém, atualmente, um dos fatores de risco mais emergente é a infeção pelo vírus do papiloma humano (VPH) [7,8], principalmente pelo tipo 16, frequentemente em pessoas jovens, associado a cancro da orofaringe [8].

Para além do VPH também é de salientar o vírus Epstein-Barr, que se encontra associado ao carcinoma da nasofaringe [9].

Mascar noz de bétele, uma pobre higiene oral, pessoas com hepatite C crónica e/ou com o vírus da imunodeficiência humana apresentam também um maior risco de ser diagnosticadas com CCP [7].

Para além dos fatores de risco atrás descritos, outros conhecidos são os baixos estratos económicos e sociais [2]. De facto, um estudo retrospetivo descritivo sobre os aspetos epidemiológicos e demográficos das pessoas portadoras de tumores malignos da cabeça e do pescoço demonstra que são, maioritariamente, pessoas do sexo masculino, na sexta década de vida, com hábitos etílicos e tabágicos acentuados, com baixo nível educacional, profissões pouco diferenciadas e com pouco suporte familiar [2].

De facto, no caso dos carcinomas epidermóides, mais de 70% são evitáveis com alterações do estilo de vida [3].

Assim, de modo a reduzir a incidência do CCP é necessário implementar medidas que visem a redução do consumo de tabaco e álcool, a melhoria da taxa de cobertura vacinal contra o VPH, a redução do risco de exposição a carcinogéneos e a educação para a saúde que promova uma dieta equilibrada com frutas e legumes [4].

Portugal está também comprometido com a mitigação desta doença oncológica e, deste modo, desenvolveu estratégias de saúde relevantes. De facto, o Plano Nacional de Saúde 2021-2023[10] foca a importância do rastreio e diagnóstico oncológico precoce, nomeadamente do cancro oral, na população em risco. Para além disso, inclui os seguintes programas importantes para esta luta: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, Programa Nacional de Vacinação e Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

Porém, quando instalado, os sintomas mais comuns associados ao CCP incluem disfagia, odinofagia, otalgia, disfonia, irregularidades ou ulceração da mucosa oral, dor orofaríngea, perda de peso ou presença de massas cervicais inexplicáveis [9].

O tratamento deste tipo de cancro é complexo, sendo que as modalidades terapêuticas podem ser várias e utilizadas em associação, podendo incluir cirurgia, quimioterapia (QT), radioterapia (RT) e imunoterapia [11], podendo acarretar inúmeros efeitos secundários.

No caso do CCP em estadio inicial, que corresponde a aproximadamente 30 a 40% dos casos, o tratamento curativo inclui cirurgia ou RT definitiva isolada [8].

No caso do CCP localmente avançado, que normalmente corresponde a dois terços dos novos diagnósticos [12], a quimioradioterapia (QRT), que implica a utilização da RT e QT concomitantemente, com recurso ao citostático de cisplatina, tem sido o tratamento eletivo para a gestão desta doença [9]. A verdade é que é considerada a melhor prática quando a ressecção cirúrgica não é viável ou resultaria em alterações funcionais insatisfatórias a longo prazo [8].

O CCP é, portanto, uma doença com um profundo impacto nas pessoas e na sua qualidade de vida [9]. Deste modo, é fácil perceber a razão da necessidade de uma intervenção multidisciplinar, que seja especializada neste tipo de cancro, e assim consiga delinear um plano de cuidados personalizado [12].

Os enfermeiros são uma das partes integrantes da equipa multidisciplinar [13], podendo também funcionar como pessoas de referência para a pessoa e família no seio da complexidade de cuidados que necessitam. Assim, as pessoas com CCP a cumprir tratamentos necessitam de cuidados de enfermagem especializados antes, durante e após os referidos tratamentos [14], desde o acolhimento ao *follow-up*.

Acolher é definido como um compromisso que visa dar resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde, constituindo-se como fundamental nas políticas de saúde [15].

Assim, o acolhimento é um cuidado de enfermagem que deve funcionar como uma ferramenta que fomente a comunicação e relação entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados [16]. Implica uma atitude de relacionamento com o outro, envolvendo ouvir, compreender e esclarecer o outro, o que contribuiu para a humanização, qualidade e segurança dos cuidados [17]. Para além disso, o acolhimento tem um papel fulcral na forma como a pessoa se adapta à doença oncológica, facilitando a adesão ao tratamento e a redução do stress [17].

Os cuidados de *follow-up* têm como objetivo a vigilância da saúde, de forma a permitir a deteção precoce da recorrência do cancro e a resolução de complicações do tratamento ou outras questões de saúde emergentes [18]. É recomendado que a frequência dos cuidados de *follow-up* seja superior nos primeiros dois anos, reduzindo-se gradualmente ao longo do tempo com término após cinco anos [19]. De acordo com a evidência científica disponível, o *follow-up* de pessoas com CCP não prolonga a sua sobrevivência, mas melhora a qualidade de vida [20], também considerado um dos objetivos *major* dos cuidados de enfermagem.

2

Tratamento do cancro da cabeça e pescoço

Conforme já referido, o tratamento do CCP é altamente complexo e requer a atuação de uma equipa multidisciplinar [9]. Assim, deve ser precedido da análise do historial médico, exame físico completo, realização dos exames complementares de diagnóstico necessários e referenciação para consultas consideradas pertinentes (otorrinolaringologia, nutrição, terapia da fala, oncosexologia, cessação tabágica, psicologia, psiquiatria, entre outros) [12].

Os planos de tratamento dependem de inúmeros fatores, onde se incluem, o local e estadio do tumor, histologia do tumor, diagnóstico relativo ao VPH, estado geral da pessoa e comorbilidades associadas, fatores sociais e logísticos [9].

A respeito do estadiamento importa acrescentar que o sistema de classificação TNM é aquele que é aceite na comunidade científica a nível global para estadiamento do cancro. O T diz respeito ao local e tamanho do tumor, podendo variar de 0 a 4; o N refere-se à existência de gânglios linfáticos próximos do local originário do tumor, variando também de 0 a 4 e o M relaciona-se com a existência ou não de metástases [21].

O objetivo do tratamento deverá ser sempre alcançar a maior taxa de cura, enquanto se preserva a função do órgão, minimizando a morbilidade a curto e a longo prazo [9].

Assim, as modalidades terapêuticas podem ser várias e utilizadas em associação, podendo incluir cirurgia, QT, RT e imunoterapia [6].

A QRT é uma modalidade terapêutica que recorre ao uso simultâneo de QT e de RT e é a modalidade standard na gestão do CCP localmente avançado [8].

A RT é um componente central do tratamento multimodal e tem uma variedade de indicações, nomeadamente, neoadjuvante, adjuvante e paliativa. A técnica de RT mais utilizada no tratamento deste cancro é a RT de intensidade modulada, que permite um tratamento dirigido ao tumor, evitando áreas adjacentes [9].

A RT é utilizada em aproximadamente 80% das pessoas com CCP, sendo que um número significativo delas experienciará toxicidades, principalmente se também estiverem sob agentes sistémicos [22], o que pode conduzir, em 60% dos casos, a interrupções no tratamento [23]. Entre essas toxicidades é de salientar a xerostomia, disfagia, alterações auditivas, necrose osteomandibular, trismus, entre outros [22].

Para além dos já referidos, são de salientar os seguintes efeitos secundários aos diferentes tratamentos: fadiga, perda de peso, deficiências nutricionais, estenose carotídea, hipotiroidismo, formação de fístulas, neuropatia periférica, problemas sexuais, problemas cognitivos, entre outros [24].

Estas pessoas podem ainda apresentar depressão, ansiedade, baixa autoestima e uma sensação geral de qualidade de vida reduzida, estimando-se que a ansiedade e a depressão são diagnosticas entre 30 a 40% das pessoas com CCP após o tratamento [25].

Para além dos sintomas físicos e psicoemocionais que estão associados a esta doença e que impactam não só a pessoa como a sua família, há também um impacto considerável na esfera económica [26]. A literatura disponível sobre a temática, refere ainda que, no caso das pessoas com CCP se encontrarem empregadas antes do diagnóstico, podem vivenciar salários reduzidos, alterações nas relações familiares e instabilidade económica [26].

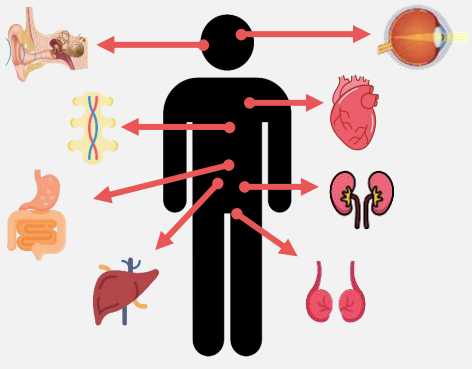
Finda esta breve contextualização, este capítulo subdivide-se em 3: fármacos mais utilizados no tratamento com QT/Imunoterapia do CCP, radioterapia e protocolos de tratamento mais comuns no serviço onde exerço funções.

2.1. Fármacos mais utilizados

Neste subcapítulo é possível encontrar um quadro resumo para os principais fármacos utilizados no tratamento do CCP, designadamente, Cisplatina, Carboplatina, Capecitabina, 5-Fluoracilo, Docetaxel, Paclitaxel, Gencitabina, Pembrolizumab, Nivolumab e Cituximab.

Para cada um deles foi explicitado o modo de atuação, via de administração, período nadir e toxicidades/alterações conhecidas.

a) Cisplatina

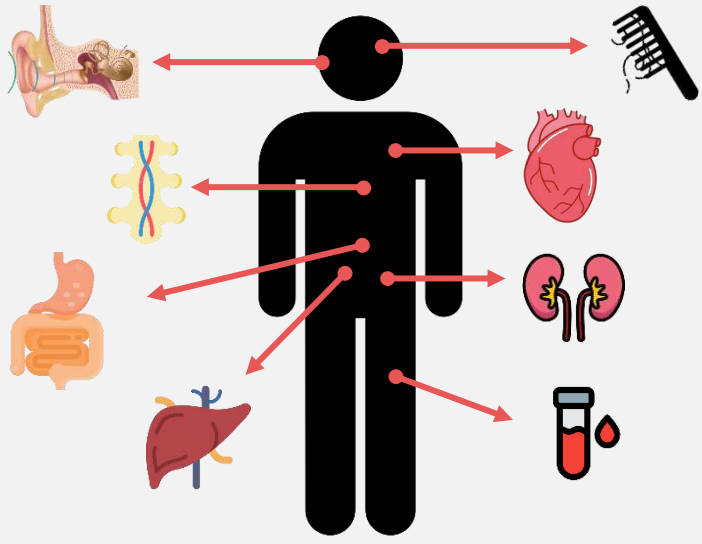
MODO DE ATUAÇÃO
A Cisplatina é um citostático que atua nas células de rápida divisão celular como é o caso das células cancerígenas, pelo que é utilizado em cerca de 50% dos doentes oncológicos. Atua durante a fase de repouso celular, pelo que se insere no grupo dos agentes alquilantes [27,28]. O seu modo de atuação inicia-se quando interage com as macromoléculas celulares, desencadeando uma série de mecanismos bioquímicos. Após a ligação ao ácido desoxirribonucleico (ADN), forma adutos intra-cadeia de ADN, o que conduz à inibição da síntese de ADN e respetivo crescimento celular [29].
VIA DE ADMINISTRAÇÃO
É, habitualmente, administrada por via endovenosa. É um citostático irritante, pelo que pode causar inflamação na veia onde é administrado. Também tem sido utilizado como infusão na cavidade abdominal [27].
PERÍODO NADIR
Entre os 18 a 23 dias [27].
TOXICIDADES/ALTERAÇÕES CONHECIDAS


Toxicidade da Retina	A toxicidade da retina só foi observada após a administração de elevadas doses de Cisplatina e pode provocar glaucoma secundário, oftalmoplegia interna, retinopatia e síndrome do seio cavernoso [29].
Ototoxicidade	Afeta cerca de 93% das pessoas que cumprem QT com Cisplatina, que podem sentir perda auditiva neurossensorial progressiva e irreversível.[29]A verdade é que a perda auditiva é, habitualmente, no intervalo de alta frequência, bilateral e permanente. É causada através da produção de espécies de oxigénio reativas nas células da cóclea [28].
Alterações Hidroeletrolíticas	Hipomagnesemia, hipocalcemia e hipocaliemia estão descritas como as principais alterações hidroeletrolíticas [27].
Toxicidade Cardíaca	As manifestações clínicas incluem insuficiência cardíaca, angina, enfarte agudo do miocárdio, eventos tromboembólicos, disfunção cardiovascular, hipertensão e hipotensão, miocardite, pericardite, cardiomiopatia congestiva grave, taquicardia supraventricular, arritmias, fibrilação auricular, bradicardia sinusal ocasional e bloqueio atrioventricular ocasional [29].
Neurotoxicidade	É a terceira toxicidade mais frequente e mais séria associada à administração de Cisplatina. Este citostático pode provocar mudanças na circulação do fator de crescimento nervoso que, por sua vez, pode ser responsável pela apoptose do neurónio do gânglio da raiz dorsal [29].
Toxicidade Gastrointestinal	Náuseas e vómitos são consideradas as toxicidades mais frequentes apesar da profilaxia antiemética instituída. Estes sintomas podem iniciar-se entre 1 a 4h após o tratamento e durar até 24h. Náuseas e vómitos tardios podem começar ou persistir mais de 24h após o tratamento e durar até 2 semanas. Outros sintomas do sistema gastrointestinal que estão também relatados incluem diarreia, disgeusia, pancreatite e mucosite [28].

Nefrotoxicidade	A taxa de eliminação da Cisplatina é cerca de 25% nas primeiras 24h e 50% nos 5 dias seguintes, sendo que mais de 90% da excreção deste fármaco é através da excreção real. A nefrotoxicidade ocorre em cerca de 28-36% dos doentes tratados apenas com Cisplatina numa dose de 50mg/m2 e resulta da acumulação de Cisplatina nos rins [28]. Assim, pode verificar-se o dano e disfunção tubular, levando à diminuição da filtração glomerular, degeneração, necrose e descamação das células epiteliais dos túbulos proximais e distais [29].
Hepatotoxicidade	É desencadeada pelo stress oxidativo induzido pela Cisplatina,[29] através do aumento das transaminases e bilirrubina em circulação [28].
Toxicidade Testicular	A Cisplatina pode provar danos na espermatogénese e na função endócrina testicular [29].

b) Carboplatina

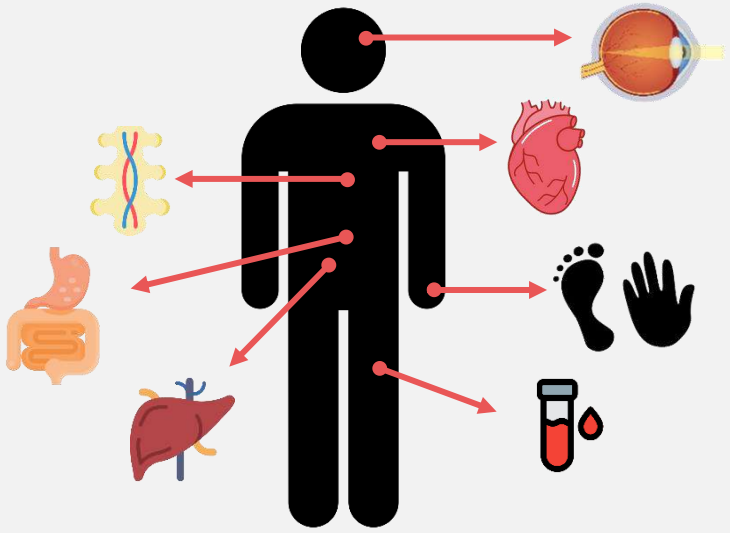
MODO DE ATUAÇÃO
A Carboplatina é um citostático que pertence ao grupo de agentes alquilantes, que são mais ativos na fase de repouso da célula [30]. Assim como a Cisplatina, o seu mecanismo de ação inicia-se com a ligação da Carboplatina ao ADN, provocando a inibição da multiplicação celular, levando à apoptose e morte celular. Apesar dos semelhantes modos de atuação, a Carboplatina não apresenta o risco de nefrotoxicidade da Cisplatina [31].
VIA DE ADMINISTRAÇÃO
É, habitualmente, administrada por via endovenosa. Assim como a Cisplatina, também considerado um citostático irritante e que, por esse motivo, pode causar inflamação na veia onde for administrado. Contudo, também pode ser administrada por via intraperitoneal, diretamente na cavidade peritoneal no abdómen [30].
PERÍODO NADIR
21 dias [30].
TOXICIDADES/ALTERAÇÕES CONHECIDAS



Ototoxicidade	Pode ocorrer perda auditiva, principalmente no que diz respeito aos sons agudos [30].

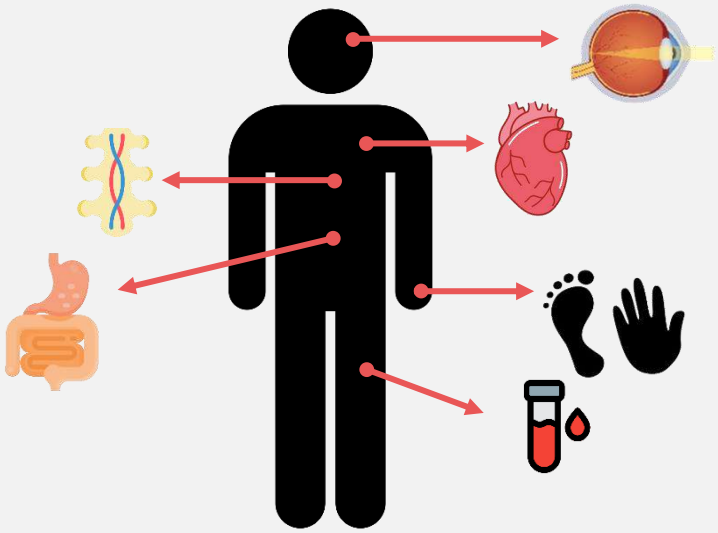
Alterações Hidroeletrolíticas	Hipomagnesemia, hipocalcemia e hipocaliemia estão descritas como as alterações hidroeletrolíticas mais comuns associadas a este citostático [30].
Toxicidade Cardíaca	Embora menos frequentes, eventos cardiovasculares podem verificar-se como insuficiência cardíaca, coágulos sanguíneos e acidentes vasculares cerebrais [30].
Toxicidade Hematológica	Quando comparado com a Cisplatina, a Carboplatina causa mais mielossupressão, mas é geralmente melhor tolerada.[32] Anemia, neutropenia e trombocitopenia são as toxicidades mais frequentes [33].
Neurotoxicidade	Neuropatia periférica, como parestesias e perda sensorial. [33] Outros sintomas podem incluir tonturas, períodos de confusão, alterações visuais e acufenos [30].
Toxicidade Gastrointestinal	Náuseas, vómitos e diarreia estão descritos como os efeitos secundários mais comuns [33]. Porém, a obstipação e a mucosite também se podem verificar, embora seja menos habitual [30].
Nefrotoxicidade	É mais frequente quando a Carboplatina é administrada em doses elevadas ou a pessoas com problemas renais.[30] Quando comparado com a Cisplatina, a Carboplatina causa menos nefrotoxicidade [31].
Hepatotoxicidade	Podem verificar-se alterações a nível das enzimas sanguíneas hepáticas como a fosfatase alcalina e as transaminases [30].
Toxicidade Dermatológica	Alopécia [30].

c) Capecitabina

MODO DE ATUAÇÃO
A Capecitabina é um cistostático que pertence à classe de antimetabólitos, que são substâncias muito semelhantes às encontradas dentro das células. Quando as células incorporam os antimetabólitos no seu metabolismo, deixam de se conseguir dividir. [34] A Capecitabina é metabolizada em 5-Fluorouracilo no interior da célula cancerígena, o que resulta numa baixa concentração deste citostático nos tecidos normais. Esta metabolização conduz à inibição da divisão celular. [35]
VIA DE ADMINISTRAÇÃO
É administrado por via *per os*. Os comprimidos não devem ser esmagados ou mastigados. Em caso de esquecimento, não se deve tomar 2 comprimidos ao mesmo tempo, retomando a posologia habitual após o comprimido esquecido. Os comprimidos devem ser tomados até 30 minutos após a refeição com um copo de água. [34]
PERÍODO NADIR
De 10 a 14 dias. [34]
TOXICIDADES/ALTERAÇÕES CONHECIDAS

Em doentes que apresentem deficiência de dihidropirimidina desidrogenase (DPD) este medicamento pode desencadear efeitos indesejáveis graves e potencialmente fatais, uma vez que esta enzima é responsável por 80% da eliminação do fluouracilo pelo fígado [36, 37]. Assim, é fundamental que se rastreie esta deficiência através de análise sanguínea ou genética. [37]

Toxicidade Ocular	Hipersecreção lacrimal, conjuntivite e irritação ocular.[38]
Toxicidade Cardíaca	Foi relatada a ocorrência de arritmias cardíacas (incluindo fibrilhação ventricular, torsade de pointes e bradicardia), angina de peito, enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca [38].
Toxicidade Hematológica	Anemia, neutropenia, leucopenia, trombocitopenia [38].
Neurotoxicidade	Cefaleias, letargia, tonturas, parestesias, disgeusia [38].
Toxicidade Gastrointestinal	Diarreia, vómitos, náuseas, estomatite e dor abdominal são sintomas considerados muito frequentes. Menos frequentes são a obstipação, flatulência e xerostomia [38].
Hepatotoxicidade	Pode verificar-se hiperbilirrubinemia e alteração das provas de função hepática [38].
Toxicidade Dermatológica	O síndrome mão-pé ou eritrodisestesia palmar-plantar é considerada a toxicidade dermatológica mais frequente, podendo ser classificado de acordo com 3 graus: Grau 1 – entorpecimento, disestesia/parestesia, formigueiro, edema indolor ou eritema das mãos e/ou pés e/ou desconforto que não impede a realização da atividade normal do doente. Grau 2 – eritema doloroso e edema das mãos e/ou pés e/ou desconforto e que afeta a atividade diária do doente. Grau 3 - descamação húmida, ulceração, formação de vesículas e dor intensa nas mãos e/ou pés e/ou intenso desconforto, que incapacita o doente para trabalhar ou para efetuar a sua atividade diária. Outros sintomas reportados podem incluir alopécia, prurido, hiperpigmentação cutânea, erupção macular, descamação da pele, dermatite, alteração da pigmentação e alterações ungueais [38].
Fadiga	A fadiga é considerada uma falta de energia diária, cansaço incomum ou excessivo de todo o corpo que não é aliviado pelo sono [34].

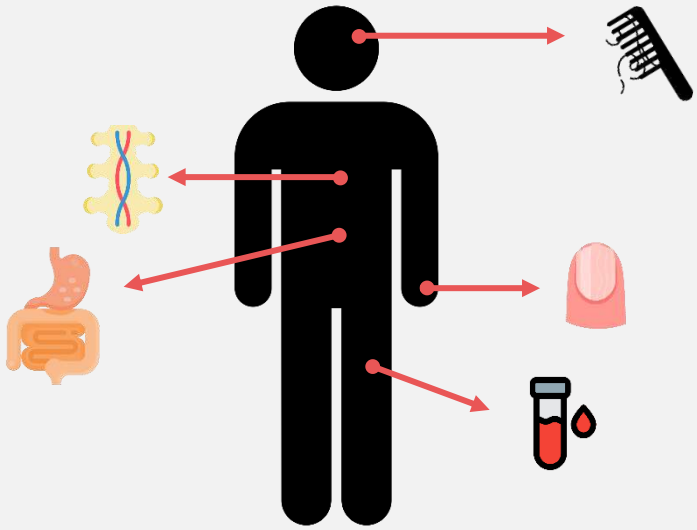
d) 5-Fluorouracilo (5-FU)

MODO DE ATUAÇÃO
O fluorouracilo (5-FU) é um cistostático que pertence à classe de antimetabólitos, que são substâncias muito semelhantes às encontradas dentro das células. Quando as células incorporam os antimetabólitos no seu metabolismo, deixam de se conseguir dividir [39]. Assim, induz citotoxicidade por interferir com a atividade biossintética essencial através da inibição da ação da timidilato sintase ou pela incorporação incorreta dos seus metabólitos no ADN e ácido ribonucleico [40].
VIA DE ADMINISTRAÇÃO
É, habitualmente, administrada por via endovenosa. É também considerado um citostático irritante e que, por esse motivo, pode causa inflamação na veia onde for administrado. Existe também para aplicação tópica [39].
PERÍODO NADIR
De 9 a 14 dias [39].
TOXICIDADES/ALTERAÇÕES CONHECIDAS

A toxicidade associada à administração do 5-FU afeta 1 em cada 3 doentes e são a principal razão para a interrupção precoce do tratamento [41]. Em doentes que apresentem deficiência de dihidropirimidina desidrogenase (DPD) este medicamento

pode desencadear efeitos indesejáveis graves e potencialmente fatais, uma vez que esta enzima é responsável por 80% da eliminação do fluouracilo pelo fígado [36, 37]. Assim, é fundamental que se rastreie esta deficiência através de análise sanguínea ou genética [36].	
Alterações Oculares	Ocorre devido à destruição da barreira epitelial da córnea, causando edema e hiperplasia na córnea. Pode ainda verificar-se conjuntivite, hipersecreção lacrimal, fotofobia, distúrbios oculomotores e neurite ótica [37].
Toxicidade Cardíaca	O 5-FU é o segundo citostático mais comum associado à cardiotoxicidade após as antraciclinas. Doentes sintomáticos apresentam, habitualmente, dor torácica, dispneia, palpitações e hipotensão e desenvolvem sintomas durante o primeiro e segundo ciclos [42].
Toxicidade Hematológica	Leucopenia, neutropenia, trombocitopenia e anemia [37].
Neurotoxicidade	Ocorre devido ao facto do 5-FU ultrapassar a barreira hematoencefálica e, por esse motivo, poder danificar o tecido nervoso e interferir com o liqour. Deste modo, podem surgir sintomas como ataxia, disartria, nistagmo, desorientação, dor de cabeça, confusão, inquietação, neurite ótica, disfunção cerebelar extrapiramidal ou cortical e leucoencefalopatia [37].
Toxicidade Gastrointestinal	Diarreia [36] e mucosite [37], sendo que este último atinge cerca de 40% das pessoas a quem é administrado este citostático.
Toxicidade Dermatológica	Pode ocorrer erupção cutânea (enxantema), fotossensibilidade, síndrome mão-pé, alopécia, dermatite, hiperpigmentação, hipopigmentação e urticária. Também são conhecidos casos isolados de distrofia ungueal, incluindo perda das unhas [37].

e) Docetaxel

MODO DE ATUAÇÃO
O Docetaxel é um citostático que pode ser classificado como alcaloide vegetal, taxano ou agente antimicrotúbulo. É uma alcaloide vegetal pois é produzido a partir de plantas, mas especificamente a partir da casca da árvore *taxus brevifolia*. Atua através da inibição de microtúbulos dentro da célula, conduzindo à morte celular [43].
VIA DE ADMINISTRAÇÃO
É, habitualmente, administrada por via endovenosa e é considerado um agente irritante, pelo que pode causar inflamação na veia onde for administrado [43].
PERÍODO NADIR
De 5 a 9 dias [43].
TOXICIDADES/ALTERAÇÕES CONHECIDAS

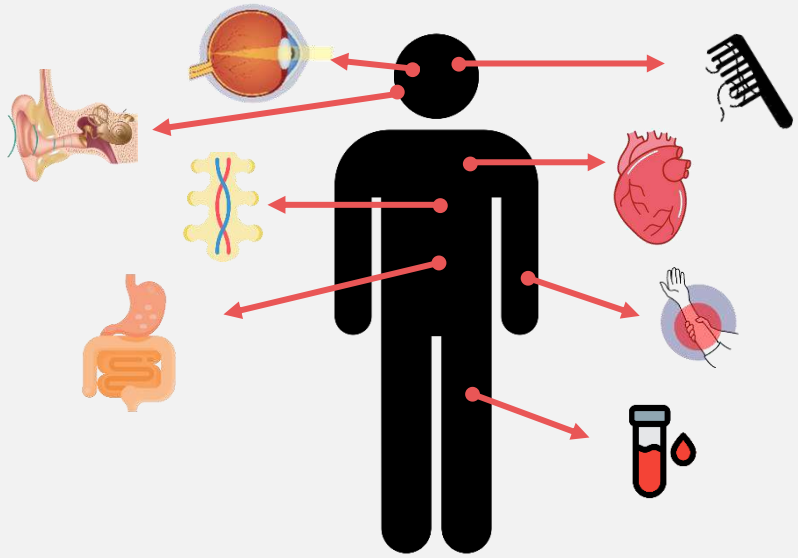


Toxicidade Hematológica	Neutropenia, anemia e trombocitopenia [44, 45].
Neurotoxicidade	Disgeusia e neuropatia sensorial periférica [44].
Toxicidade Gastrointestinal	Náuseas, vómitos, mucosite e diarreia [44, 45].
Toxicidade Dermatológica	Alterações ungueais [43] e alopécia [44].

Fadiga	A fadiga é considerada uma falta de energia diária, cansaço incomum ou excessivo de todo o corpo que não é aliviado pelo sono [34].
Edema	Associado à retenção líquidos, podendo provocar edema dos tornozelos ou da região abdominal [44].

f) Paclitaxel

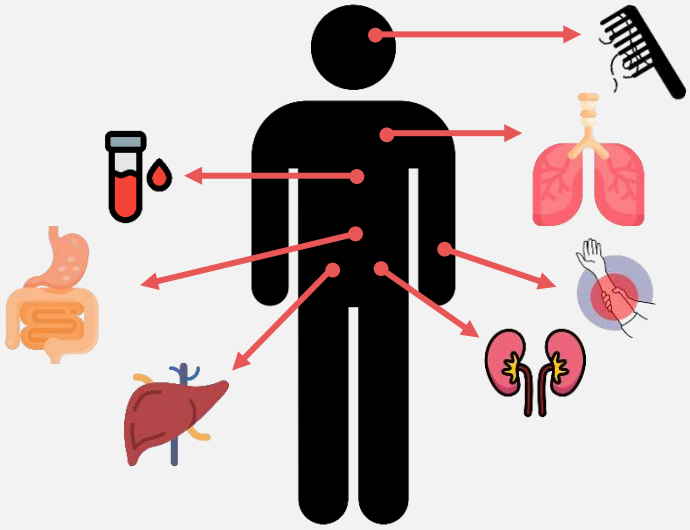
MODO DE ATUAÇÃO
O Paclitaxel também é um citostático que pode ser classificado como alcaloide vegetal, taxano ou agente antimicrotúbulo. É uma alcaloide vegetal pois é produzido a partir de plantas, mas especificamente a partir da casca da árvore *taxus brevifolia*. Atua através da inibição de microtúbulos dentro da célula, conduzindo à morte celular [46].
VIA DE ADMINISTRAÇÃO
É, habitualmente, administrada por via endovenosa e é considerado um agente irritante, pelo que pode causar inflamação na veia onde for administrado [46].
PERÍODO NADIR
De 15 a 21 dias [46].
TOXICIDADES/ALTERAÇÕES CONHECIDAS



Alterações Oculares	Visão turva, hipersecreção lacrimal, olho seco e queratoconjuntivite seca [48].
Ototoxicidade	Vertigens [48].
Cardiotoxicidade	Arritmia, taquicardia [48] e bradicardia [47].

Toxicidade Hematológica	Neutropenia, anemia e trombocitopenia [46].
Neurotoxicidade	Neuropatia sensorial periférica [46], associada ao stress oxidativo causado pelo fármaco e consequente lesão em terminações nervosas [47]. Hipoestesia e parestesias [48].
Toxicidade Gastrointestinal	Náuseas, vómitos, mucosite e diarreia [46, 47].
Toxicidade Dermatológica	Alopécia [46] e erupções cutâneas [48].
Alterações músculo-esqueléticas e do tecido conjuntivo	Mialgias e artralgias são, habitualmente, temporárias e surgem 2 a 3 dias após a administração do Paclitaxel [46].

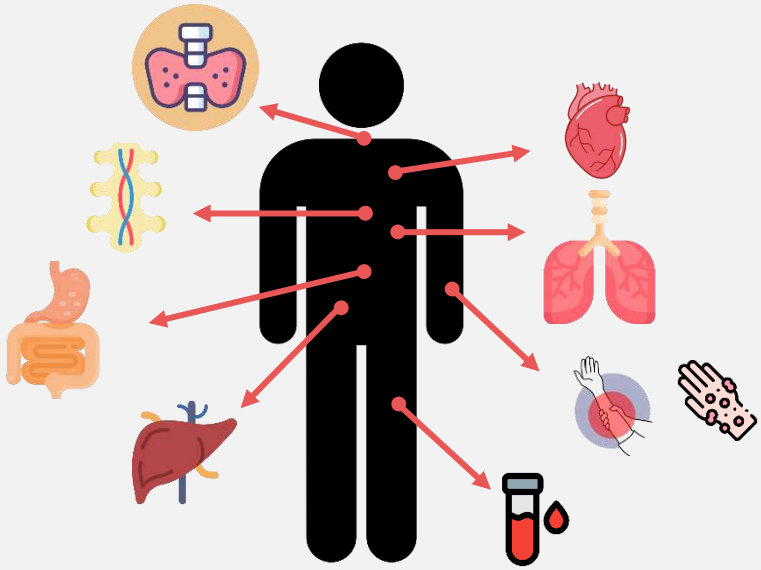
g) Gencitabina

MODO DE ATUAÇÃO	
A Gencitabina é um cistostático que pertence à classe de antimetabólitos, que são substâncias muito semelhantes às encontradas dentro das células. Quando as células incorporam os antimetabólitos no seu metabolismo, deixam de se conseguir dividir [49].	
VIA DE ADMINISTRAÇÃO	
É, habitualmente, administrada por via endovenosa e é considerado um agente irritante, pelo que pode causar inflamação na veia onde for administrado [49].	
PERÍODO NADIR	
De 10 a 14 dias [49].	
TOXICIDADES/ALTERAÇÕES CONHECIDAS	
	
Sintomas gripais	Os sintomas mais frequentes incluem febre, cefaleia, arrepios, mialgia, astenia e anorexia. Tosse, rinite, mal-estar, transpiração e dificuldade em adormecer também foram notificados [50].
Toxicidade Hematológica	Neutropenia, anemia e trombocitopenia [49, 50].
Alterações Respiratórias	Dispneia (geralmente ligeira e rapidamente transitória sem tratamento), tosse e rinite [50].

Toxicidade Gastrointestinal	Náuseas e vómitos [49].
Nefrotoxicidade	Hematúria e proteinúria ligeira [50].
Hepatotoxicidade	Pode ocorrer o aumento das transaminases hepáticas e da fosfatase alcalina [50].
Toxicidade Dermatológica	Alopécia e erupções cutâneas [49, 50].
Alterações músculo-esqueléticas e do tecido conjuntivo	Lombalgias e mialgias [50].

h) Pembrolizumab

MODO DE ATUAÇÃO
O Pembrolizumab é um anticorpo monoclonal que se liga ao recetor de morte celular programada-1 (PD-1) e bloqueia a sua interação com as ligações PD-L1 e PD-L2. O PD-L1 é um regulador da atividade dos linfócitos-T. Assim, o Pembrolizumab potencia a resposta dos linfócitos-T, incluindo a resposta antitumoral, através do bloqueio da ligação do PD-1 ao PD-L1 e PD-L2 [52].
VIA DE ADMINISTRAÇÃO
É administrada por via endovenosa e é considerado um agente irritante [51].
TOXICIDADES/ALTERAÇÕES CONHECIDAS



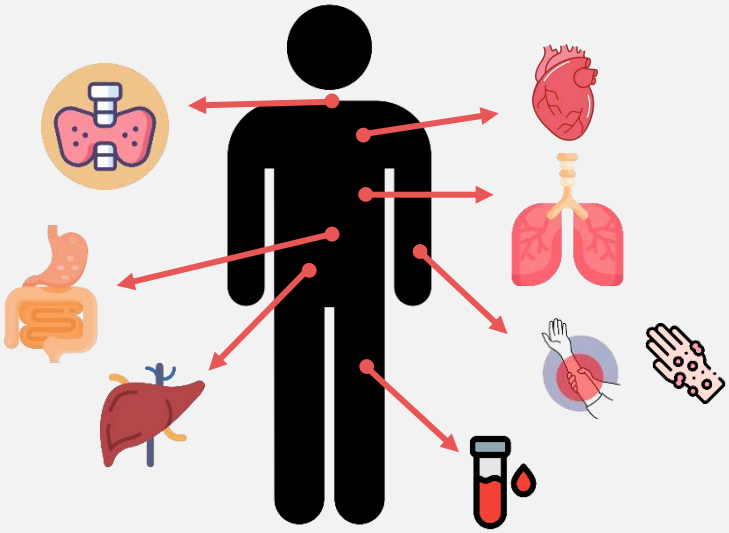
Alterações Hidroeletrolíticas	Hiponatremia, hipocalemia, hipocalcemia [52] e hipoalbuminemia [51].
Cardiotoxicidade	Pode incluir miocardite, pericardite, vasculite, síndrome coronário agudo, arritmias atriais e ventriculares e disfunção e insuficiência cardíaca [54].
Toxicidade Hematológica	Anemia [51], trombocitopenia, neutropenia e linfopenia [52].
Neurotoxicidade	Tonturas, neuropatia periférica, letargia, xerostomia e disgeusia [52]. A incidência estimada desta toxicidade varia entre 1 a 5%, sendo que o tempo de início de sintomas varia de 6 a 13 semanas [54].

Alterações Endócrinas	Hipotiroidismo é a alteração endócrina mais comum associada aos anticorpos monoclonais anti-PD-1, ocorrendo em cerca de 6 a 9% das pessoas a cumprir este fármaco [52], [54] Pode também verificar-se hipertiroidismo, embora menos frequente [54].
Alterações Respiratórias	Pneumonia, dispneia e tosse [52]. A pneumonite é rara, mas pode ser grave e potencialmente fatal. É definida com uma doença focal ou inflamação difusa do parênquima pulmonar [54].
Toxicidade Gastrointestinal	Os sintomas associados à toxicidade gastrointestinal podem incluir diarreia, dor abdominal, náuseas, vómito e obstipação [52]. A enterocolite é a toxicidade gastrointestinal mais comum associada a este anticorpo monoclonar, podendo desenvolver-se após semanas ou meses de tratamento. O tempo médico de início mais curto é 2 a 4 meses após a primeira infusão [54]. A inflamação/lesão do trato gastrointestinal superior associada a este fármaco não é tão comum como a enterocolite e pode envolver a cavidade oral, o esófago, o estômago e o duodeno [54]. Embora menos frequente, ocorrendo em menos de 10% das pessoas a receber este anticorpo monoclonal, a mucosite também pode ocorrer [53].
Hepatotoxicidade	Hepatite [52]. As pessoas a cumprir este fármaco podem apresentar lesão hepática heterogénica que envolve a atividade lobular e periportal [54].
Toxicidade Dermatológica	A toxicidade dermatológica ocorre em aproximadamente 30% dos doentes tratados com anti-PD-1[53], podendo incluir prurido e erupções cutâneas [52]. Erupções maculopapulares inespecíficas geralmente ocorrem nas primeiras 6 semanas de tratamento e podem ser precedidas ou associadas a prurido [54].
Alterações músculo-esqueléticas e do tecido conjuntivo	Mialgias e artralgias [52], podendo ocorrer em cerca de 2-20% e 1-43% respetivamente [54].

Fadiga	A fadiga é considerada uma falta de energia diária, cansaço incomum ou excessivo de todo o corpo que não é aliviado pelo sono [34].

i) Nivolumab

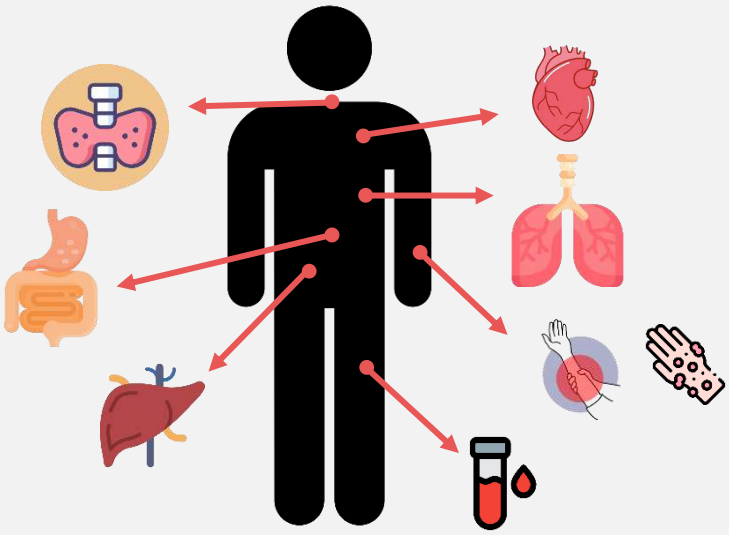
MODO DE ATUAÇÃO
O Nivolumab é anticorpo monoclonal que se liga ao recetor PD-1 e bloqueia a sua interação com as ligações PD-L1 e PD-L2. O PD-L1 é um regulador da atividade dos linfócitos-T. Assim, o Nivolumab potencia a resposta dos linfócitos-T, incluindo a resposta antitumoral, através do bloqueio da ligação do PD-1 ao PD-L1 e PD-L2 [55].
VIA DE ADMINISTRAÇÃO
É administrada por via endovenosa e é classificado como um agente irritante [56].
TOXICIDADES/ALTERAÇÕES CONHECIDAS



Alterações Hidroeletrolíticas	Hiponatremia, hipocalemia, hipo e hipercalcemia [55].
Cardiotoxicidade	Pode incluir miocardite, pericardite, vasculite, síndrome coronário agudo, arritmias atriais e ventriculares e disfunção e insuficiência cardíaca [54].
Toxicidade Hematológica	Anemia, trombocitopenia e linfopenia [55].
Alterações Endócrinas	Hipotiroidismo é a alteração endócrina mais comum associada aos anticorpos monoclonais anti-PD-1, ocorrendo em cerca de 6 a 9% das pessoas a cumprir este fármaco [54]. Pode também verificar-se hipertiroidismo, embora menos frequente [54].

	Estão ainda relatados casos de inflamação da glândula pituitária, insuficiência adrenal e diabetes.[56]
Alterações Respiratórias	Dispneia e tosse [55]. A pneumonite é rara, mas pode ser grave e potencialmente fatal. É definida com uma doença focal ou inflamação difusa do parênquima pulmonar [54].
Toxicidade Gastrointestinal	A enterocolite é a toxicidade gastrointestinal mais comum associada a este anticorpo monoclonal, podendo desenvolver-se após semanas ou meses de tratamento. O tempo médico de início mais curto é 2 a 4 meses após a primeira infusão [54]. A inflamação/lesão do trato gastrointestinal superior associada a este fármaco não é tão comum como a enterocolite e pode envolver a cavidade oral, o esófago, o estômago e o duodeno, sendo que os sintomas mais comuns são náuseas, vómitos, disfagia, odinofagia, hematémese e dor abdominal [54]. Embora menos frequente, ocorrendo em menos de 10% das pessoas a receber este anticorpo monoclonal, a mucosite também pode ocorrer [53].
Hepatotoxicidade	As pessoas a cumprir este fármaco podem apresentar lesão hepática heterogénica que envolve a atividade lobular e periportal [54].
Toxicidade Dermatológica	A toxicidade dermatológica ocorre em aproximadamente 30% dos doentes tratados com anti-PD-1[53]. Erupções maculopapulares inespecíficas geralmente ocorrem nas primeiras 6 semanas de tratamento e podem ser precedidas ou associadas a prurido [54].
Alterações músculo-esqueléticas e do tecido conjuntivo	Mialgias e artralgias, podendo ocorrer em cerca de 2-20% e 1-43% respetivamente [54].
Fadiga	A fadiga é considerada uma falta de energia diária, cansaço incomum ou excessivo de todo o corpo que não é aliviado pelo sono [34].

j) Cetuximab

MODO DE ATUAÇÃO	
O Cetuximab é um anticorpo monoclonal que inibe a ligação do recetor do fator de crescimento epidérmico (EGFR), presente em muitas células normais e cancerígenas, estimulando a citotoxicidade. Ao ligar-se ao EGFR na célula cancerígena, o Cetuximab bloqueia a ligação do EGFR a este recetor, impedindo que as células cancerígenas cresçam e se multipliquem [57].	
VIA DE ADMINISTRAÇÃO	
É administrada por via endovenosa [57].	
TOXICIDADES/ALTERAÇÕES CONHECIDAS	
	
Alterações Hidroeletrolíticas	Hipomagnesemia e hipocalcemia [58].
Toxicidade Ocular	Conjuntivite [58].
Neurotoxicidade	Cefaleias [58].
Toxicidade Gastrointestinal	Diarreia, náuseas e vómitos [58].
Hepatotoxicidade	Aumento dos níveis das enzimas hepáticas (AST, ALT, fosfatase alcalina) [58].
Toxicidade Dermatológica	As reações cutâneas podem desenvolver-se em mais de 80% dos doentes, manifestando-se principalmente como

	erupções cutâneas tipo acneiforme e/ou, menos frequentemente, como prurido, pele seca, descamação, hipertricose ou alterações nas unhas. Cerca de 15% das reações cutâneas são graves. A maioria das reações cutâneas desenvolve-se durante as três primeiras semanas de tratamento. Estas geralmente desaparecem com o tempo, sem deixar sequelas, após a interrupção do tratamento, se forem seguidos os ajustes de dose recomendados. As lesões da pele induzidas pelo Cetuximab podem predispor os doentes para superinfeções, que podem provocar complicações subsequentes ou, potencialmente com resultado fatal [58].
Fadiga	A fadiga é considerada uma falta de energia diária, cansaço incomum ou excessivo de todo o corpo que não é aliviado pelo sono [34].
Reações Infusionais	O Cetuximab pode causar reações alérgicas graves e às vezes fatais. O risco de reações anafiláticas pode aumentar em pessoas com história de picadas de carraças, alergia a carne vermelha ou na presença de certos anticorpos que podem reagir a este anticorpo monoclonal [58].

2.2. Radioterapia

A RT tem como principal objetivo restringir o potencial reprodutivo das células tumorais, induzindo a morte celular através da apoptose, necrose, catástrofe mitótica, senescência e autofagia [22]. A RT é, portanto, uma modalidade terapêutica que utiliza a radiação ionizante sobre a área onde está localizado o tumor, leito tumoral ou áreas de possível metastização[59]. Assim, também as células normais adjacentes ao tumor sofrem algum dano durante o tratamento [22], criando uma margem de segurança [59].

Existem duas modalidades de tratamento principais, designadamente: a RT externa, onde é utilizado um acelerador linear de partículas produtor de feixes altamente energéticos e concentrados direcionados ao alvo tumoral, e a RT interna ou braquiterapia, que utiliza fontes de radiação interna, onde o material radioativo é colocado em contacto ou próximo do alvo tumoral [59].

Dentro destas duas modalidades, existem ainda técnicas de tratamento díspares [59]. No caso específico do CCP, utiliza-se a modalidade da RT externa, particularmente a técnica de intensidade modulada (IMRT), que é uma técnica que utiliza vários feixes rotativos de diferentes formas e intensidades de maneira a criar um plano de RT ideal que se adapta aos volumes irregulares do tumor, atuando nas áreas que o envolvem, evitando estruturas anatómicas crucias [60].

Para fins curativos, a RT é tradicionalmente realizada num regime fracionado, que consiste em frações de 1,8-2,0Gy, administradas diariamente durante 5 dias por semana, totalizando uma dose cumulativa de 66-74Gy. Na fase pós-operatório, a RT requer uma dose cumulativa mais baixa, entre 50-66Gy, e é, habitualmente, utilizada nas pessoas onde tenham sido identificadas características adversas do tumor após cirurgia, como estadio do tumor elevado, características histológicas de alto risco, invasão do espaço perineural ou linfovascular, múltiplos nódulos linfáticos positivos ou margens positivas [60].

Este tratamento pode ter diferentes finalidades, dependendo se é utilizado isoladamente ou em combinação com outros métodos terapêuticos: neoadjuvante, quando é realizada juntamente com outras modalidades terapêutica (como QT); adjuvante, habitualmente realizado após tratamento cirúrgico definitivo ou após o tratamento com QT; concomitante com a QT de radiosensibilização e paliativa, onde o que se pretende é melhorar a qualidade de vida da pessoa e não o tratamento da doença em si. Importa acrescentar que relativamente à RT paliativa, esta pode ainda ser utilizada com diferentes intuitos: antiálgico, hemostático, descompressiva e para controlo tumoral [59].

Nas pessoas com CCP, a RT ocupa um papel central nos seus tratamento, sendo que nos estadios iniciais de alguns tipos de CCP, a RT oferece resultados semelhantes aos cirúrgicos. No que diz respeito aos CCP localmente avançados, a RT é fundamental na terapia multimodal, tendo uma variedade de indicações [60].

A verdade é que se estima que cerca de 80% das pessoas com CCP cumpram algum tipo de tratamento com RT, pelo menos, uma vez durante a sua jornada oncológica [22], o que significa que também têm elevada probabilidade de vir a experienciar efeitos secundários.

Os efeitos secundários associados a este tratamento podem ser considerados: agudos ou tardios [22,59]. Os efeitos agudos dependem da energia, da dose e do fracionamento e da área a irradiar, surgindo entre a segunda e terceira semanas [59], resolvendo-se semanas ou meses após o término do tratamento [22]. Os efeitos tardios, surgem, habitualmente, 3 meses ou mais após o tratamento [22].

Estes efeitos secundários impactam negativamente a qualidade de vida destas pessoas e famílias e, no caso das pessoas com CCP, podem incluir xerostomia, disfagia, osteonecrose mandibular, trismus, perda auditiva [22], radiodermite, edema, aumento da limitação da mobilidade cervical/ombro pré-existente, mucosite oral, halitose, odinofagia, disfonia e disgeusia/ageusia [59].

Deste modo, é fundamental que estas pessoas sejam acompanhadas por uma equipa multidisciplinar que os oriente, avalie e apoie durante este tratamento. Uma equipa de enfermagem capacitada é fundamental para dar resposta às exigências deste tratamento, tendo em conta a individualidade de cada pessoa [61].

Especificamente em relação às pessoas submetidas a RT, a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa [59] identificou quatro domínios de atuação a respeito da prestação de cuidados de enfermagem: segurança e qualidade, onde se preconiza a garantia de um ambiente seguro em relação ao ambiente e aos procedimentos organizacionais; aptidões profissionais, que permitam a avaliação inicial e monitorização da saúde da pessoa com doença oncológica, capacitação do cuidador e pessoa com doença oncológica para a autogestão e a gestão da radiotoxicidade; continuidade de cuidados e desenvolvimento profissional e investigação, que inclua um plano formativo, contante investigação em RT, protocolos de boa prática e liderança.

2.3. Protocolos de tratamento

Os protocolos de tratamento são prescritos pelo médico oncologista/radioncologista após consulta de decisão terapêutica e discussão com a pessoa alvo de cuidados e devem ser personalizados às suas características individuais. Os que são recomendados pela *National Comprehensive Cancer Network* [61] para o tratamento do CCP são:

Tratamento sistémico no cancro da nasofaringe
Indução/Continuação de tratamento sistémico
Protocolos preferenciais: Gencitabina/Cisplatina. Docetaxel/Cisplatina/5-FU. **Outros protocolos recomendados:** Cisplatina/5-FU. Docetaxel/Cisplatina. Após a indução, agentes usados concomitantemente com o tratamento sistémica/RT normalmente incluem Cisplatina ou Carboplatina semanal.
Tratamento sistémico/RT seguido de QT adjuvante
Protocolos preferenciais: Cisplatina + RT seguido de Cisplatina/5-FU. **Outros protocolos recomendados:** Cisplatina + RT seguido de Carboplatina/5-FU. Cisplatina + RT sem QT adjuvante. Cisplatina + RT seguido de Capecitabina. **Úteis em circunstâncias específicas:** No caso da Cisplatina estar contraindicada, a Carboplatina pode ser utilizada como alternativa: Carboplatina + RT seguido de Carboplatina/5-FU.
Re-irradiação concomitantemente com tratamento sistémico
Protocolos com Platinas (Cisplatina ou Carboplatina, apenas no caso da Cisplatina ser contraindicada).
Cancro recorrente, irresecável, oligometastático ou com doença metastática (sem opção cirúrgica ou de RT)
Protocolos preferenciais:

Primeira Linha: Cisplatina/Gencitabina. **<u>Outros protocolos recomendados:</u>** <u>Primeira Linha – Terapêutica Combinada:</u> Cisplatina/5-FU. Cisplatina ou Carboplatina/Docetaxel ou Paclitaxel. Carboplatina/Cetuximab. Gencitabina/Carboplatina. Cisplatina/Gencitabina + PD-1 inibidor (como o Pembrolizumab ou Nivolumab). <u>Primeira Linha – Agentes Isolados:</u> Cisplatina. Carboplatina. Paclitaxel. Docetaxel. 5-FU. Metotrexato. Gencitabina. Capecitabina. <u>Linhas subsequentes:</u> Imunoterapia: Nivolumab e Pembrolizumab. **<u>Úteis em circunstâncias específicas:</u>** Linhas subsequentes: Pembrolizumab.
Tratamento sistémico nos cancros de cabeça e pescoço sem ser o da nasofaringe
Tratamento sistémico primário + RT
<u>Protocolos preferenciais:</u> Cisplatina em alta dose. Carboplatina/infusor 5-FU. **<u>Outros protocolos recomendados:</u>** 5-FU/Hidroxiureia. Certuximab. Cisplatina/infusor 5-FU. Cisplatina/Paclitaxel.
Indução/Continuação de tratamento sistémico
<u>Protocolos preferenciais:</u>

Docetaxel/Cisplatina/5-FU. **<u>Outros protocolos recomendados:</u>** Paclitaxel/Cisplatina/infusor 5-FU.
Tratamento sistémico/RT após indução ou combinação de QT para doença recorrente e persistente
<u>Protocolos preferenciais:</u> Carboplatina semanal + RT. Cisplatina semanal + RT- **<u>Úteis em circunstâncias específicas:</u>** Cetuximab semanal + RT.
Tratamento sistémico/RT após cirurgia
<u>Protocolos preferenciais:</u> Cisplatina. **<u>Outros protocolos recomendados:</u>** Nenhum. **<u>Úteis em circunstâncias específicas:</u>** Docetaxel/Cetuximab (se Cisplatina contraindicada).
Cancro recorrente, irresecável ou metastático (sem opção cirúrgica ou de RT)
<u>Protocolos preferenciais:</u> <u>Primeira Linha:</u> Pembrolizumab/Cisplatina ou Carboplatina/5-FU. Pembrolizumab. <u>Linhas subsequentes:</u> Nivolumab. Pembrolizumab. **<u>Outros protocolos recomendados: primeira linha e linhas subsequentes</u>** <u>Terapêutica Combinada:</u> Cetuximab/Cisplatina ou Carboplatina/5-FU. Cisplatina/Cetuximab. Cisplatina ou Carboplatina/Docetaxel ou Paclitaxel. Cisplatina/5-FU. Cisplatina ou Carboplatina/Docetaxel/Cetuximab. Cisplatina ou Carboplatina/Paclitaxel/Cetuximab. Pembrolizumab/Cisplatina ou Carboplatina/Docetaxel. Pembrolizumab/Cisplatina ou Carboplatina/Paclitaxel.

Agentes Isolados:
Cisplatina.
Carboplatina.
Paclitaxel.
Docetaxel.
5-FU.
Metotrexato.
Cetuximab.
Capecitabina.
Afatinib.

Úteis em circunstâncias específicas: primeira linha e linhas subsequentes
Cetuximab/Pembrolizumab.

Nas próximas páginas estão tabelados os protocolos de tratamento que são mais comummente utilizados no serviço onde exerço funções.

O protocolo de tratamento é prescrito de acordo com diversos parâmetros, designadamente tipo e estadio do tumor, comorbilidades conhecidas, idade, peso, valores sanguíneos, entre outros.

Em cada protocolo tabelado é referida a terapêutica de suporte que é habitualmente prescrita. De salientar que a medicação de suporte é prescrita de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa e com os sinais e sintomas que a pessoa experienciou na fase interciclo.

Estão também indicados aqueles que são os cuidados de enfermagem específicos durante a administração dos fármacos constituintes de cada protocolo de tratamento.

a) Protocolo de QT Cisplatina – 21/21 dias – e RT

O tratamento padrão para o carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço localmente avançado é a QRT como estratégia de preservação de órgãos, no caso de tumores irressecáveis e nos doentes com características patológicas consideradas de alto risco mesmo após cirurgia. A QT à base de Cisplatina é o regime que se utiliza mais frequentemente com a RT devido às suas propriedades radiosensibilizantes e ao seu perfil de toxicidade. A IMRT é a técnica de RT mais recomendada nesta população devido à sua capacidade de reduzir as doses médias-altas irradiadas para os tecidos saudáveis, permitindo uma irradiação adequada e direcionada ao alvo [63].

Dias	Prescrição	Tempo de Perfusão
D1	**Polielectrolítico 1000ml com 10mEq de Cloreto de Potássio e 10mEq de Sulfato de Magnésio EV**	Para 2h
D1	**Fosaprepitan 150mg EV** Nota: diluído em 150ml de soro fisiológico em caso de cateter venoso central ou em 250ml de soro fisiológico em caso de acesso venoso periférico. É apenas administrado no D1. Ou **Aprepitan 125mg PO** Nota: Implica a administração de aprepitan 80mg no D2 e D3.	De 30 a 45min (dependendo se é acesso venoso central ou acesso venoso periférico)
D1	**Granissetrom Xmg e Dexametasona Xmg** diluídos em 100ml de soro fisiológico EV.	De 15 a 30min
D1	**Manitol 20% 250ml EV**	30min
D1	**Cisplatina Xmg em 500ml de soro fisiológico EV**	1h30

	Nota: Só inicia Cisplatina se o volume de urina for superior ou igual a 100ml/h.	
D1	**Polielectrolítico 1000ml EV**	2h
D1	**Soro Fisiológico 1000ml EV** Nota: Findo o protocolo, assegurar hidratação EV noturna até ao momento de alta.	2h

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar sinais vitais em todos os turnos e em SOS.
- Vigiar reações infusionais.
- Vigiar acesso venoso que está a ser utilizado.
- Monitorizar eliminação urinária em todos os turnos.
- Monitorizar balanço hídrico em todos os turnos.
- Aconselhar a ingestão de 1-2 litros de fluidos nos dois dias seguintes à QT.

Terapêutica de Suporte Habitual:

- Bochechos compostos com nistatina. Nota: em caso de toxicidade da mucosa oral podem ser prescritos outros bochechos como os de caphosol.
- Dexametasona 8mg – 1 comprimido nos 3 dias seguintes à QT após o pequeno-almoço. Nota: em caso de náuseas e/ou vómitos no período interciclo podem ser prescritos mais dias de dexametasona e/ou adicionar anti-eméticos.
- Aprepitan 80mg – 1 comprimido nos 2 dias seguintes à QT em jejum. Nota: apenas no caso de não ter cumprido fosaprepitan.
- Pomada dexpantenol ou trolamina (consoante prescrição médica) – no caso das pessoas a cumprir RT concomitantemente.

b) Protocolo de QT Carboplatina – 21/21 dias – e RT

O tratamento padrão para o carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço localmente avançado é a quimioradioterapia como estratégia de preservação de órgãos, no caso de tumores iressecáveis e nos doentes com características patológicas consideradas de alto risco mesmo após cirurgia [63]. A QT à base de Cisplatina é o regime que se utiliza mais frequentemente. Porém, no caso dos doentes que não são candidatos a este citostático devido a alterações renais e ou à perda auditiva, é necessário utilizar outros fármacos, como é o caso da Carboplatina [32]. A IMRT é a técnica de RT mais recomendada nesta população devido à sua capacidade de reduzir as doses médias-altas irradiadas para os tecidos saudáveis, permitindo uma irradiação adequada e direcionada ao alvo [63].

Dias	Prescrição	Tempo de Perfusão
D1	**Fosaprepitan 150mg EV** Nota: diluído em 150ml de soro fisiológico em caso de cateter venoso central ou em 250ml de soro fisiológico em caso de acesso venoso periférico. É apenas administrado no D1. Ou **Aprepitan 125mg PO** Nota: Implica a administração de aprepitan 80mg no D2 e D3.	De 30 a 45min (dependendo se é acesso venoso central ou acesso venoso periférico)
D1	**Granissetrom Xmg e Dexametasona Xmg** diluídos em 100ml de soro fisiológico EV.	De 15 a 30min
D1	**Cisplatina Xmg em 500ml de soro fisiológico EV**	1h

	Nota: Só inicia Cisplatina se o volume de urina for superior ou igual a 100ml/h.	
D1	**Polielectrolítico 1000ml EV**	2h
D1	**Soro Fisiológico 1000ml EV** Nota: Findo o protocolo, assegurar hidratação EV noturna até ao momento de alta.	2h

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar sinais vitais em todos os turnos e em SOS.
- Vigiar reações infusionais.
- Vigiar acesso venoso que está a ser utilizado.
- Monitorizar eliminação urinária em todos os turnos.
- Monitorizar balanço hídrico em todos os turnos.
- Aconselhar a ingestão de 1-2 litros de fluidos nos dois dias seguintes à QT.

Terapêutica de Suporte Habitual:

- Bochechos compostos com nistatina. Nota: em caso de toxicidade da mucosa oral podem ser prescritos outros bochechos como os de caphosol.
- Dexametasona 8mg – 1 comprimido nos 3 dias seguintes à QT após o pequeno-almoço. Nota: em caso de náuseas e/ou vómitos no período interciclo podem ser prescritos mais dias de dexametasona e/ou adicionar anti-eméticos.
- Aprepitan 80mg – 1 comprimido nos 2 dias seguintes à QT em jejum. Nota: apenas no caso de não ter cumprido fosaprepitan.
- Pomada dexpantenol ou trolamina (consoante prescrição médica) – no caso das pessoas a cumprir RT concomitantemente.

c) Protocolo com Pembrolizumab, Carboplatina e Fluoroucilino (5-FU) – 21/21 dias

O Pembrolizumab é um anticorpo monoclonal indicado para o tratamento de primeira linha do carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço metastático ou iressecável recorrente em monoterapia no caso de tumores que expressem PD-L1, ou em combinação com QT, independentemente da expressão do PD-L1 [53, 54].

Dias	Prescrição	Tempo de Perfusão
D1	**Pembrolizumab Xmg**	Primeira administração durante 1h, as subsequentes em 30min, salvo se alguma reação.
D1	**Fosaprepitan 150mg EV** Nota: diluído em 150ml de soro fisiológico em caso de cateter venoso central ou em 250ml de soro fisiológico em caso de acesso venoso periférico. É apenas administrado no D1. Ou **Aprepitan 125mg PO** Nota: Implica a administração de aprepitan 80mg no D2 e D3.	De 30 a 45min (dependendo se é acesso venoso central ou acesso venoso periférico)
D1	**Granissetrom Xmg e Dexametasona Xmg** diluídos em 100ml de soro fisiológico EV.	De 15 a 30min
D1	**Carboplatina Xmg em 500ml de soro fisiológico EV**	1h
D1 a D4	**Fluoruracilo (5-FU) Xmg**	Em caso de acesso venoso periférico – 1 balão de 5-FU perfusão de 24h de D1 a D4. Em caso de acesso venoso central – infusor de

		administração contínua para 4 dias.

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar sinais vitais em todos os turnos e em SOS.
- Vigiar reações infusionais, de hipersensibilidade e reações adversas imunitárias.
- Vigiar acesso venoso que está a ser utilizado.
- Monitorizar eliminação urinária em todos os turnos.
- Monitorizar balanço hídrico em todos os turnos.
- Aconselhar a ingestão de 1-2 litros de fluidos nos dois dias seguintes à QT.
- Evitar corticoterapia previamente à administração da imunoterapia.

Terapêutica de Suporte Habitual:

- Bochechos compostos com nistatina. Nota: em caso de toxicidade da mucosa oral podem ser prescritos outros bochechos como os de caphosol.
- Dexametasona 8mg – 1 comprimido nos 3 dias seguintes ao tratamento após o pequeno-almoço. Nota: em caso de náuseas e/ou vómitos no período interciclo podem ser prescritos mais dias de dexametasona e/ou outros anti-eméticos.
- Aprepitan 80mg – 1 comprimido nos 2 dias seguintes ao tratamento em jejum. Nota: apenas no caso de não ter cumprido fosaprepitan.

d) Protocolo com Pembrolizumab, Cisplatina e Fluoroucilino (5-FU) – 21/21 dias

Dias	Prescrição	Tempo de Perfusão
D1	**Pembrolizumab Xmg em 100ml de soro fisiológico EV**	Primeira administração durante 1h, as subsequentes em 30min, salvo se alguma reação.
D1	**Fosaprepitan 150mg EV** Nota: diluído em 150ml de soro fisiológico em caso de cateter venoso central ou em 250ml de soro fisiológico em caso de acesso venoso periférico. É apenas administrado no D1. Ou **Aprepitan 125mg PO** Nota: Implica a administração de aprepitan 80mg no D2 e D3.	De 30 a 45min (dependendo se é acesso venoso central ou acesso venoso periférico)
D1	**Polielectrolítico 1000ml com 10mEq de Cloreto de Potássio e 10mEq de Sulfato de Magnésio EV**	Para 2h
D1	**Granissetrom Xmg e Dexametasona Xmg** diluídos em 100ml de soro fisiológico EV.	De 15 a 30min
D1	**Manitol 20% 250ml EV**	30min
D1	**Cisplatina Xmg em 500ml de soro fisiológico EV** Nota: Só inicia Cisplatina se o volume de urina for superior ou igual a 100ml/h.	1h30
D1	**Polielectrolítico 1000ml EV**	2h
D1	**Soro Fisiológico 1000ml EV**	2h
D1 a D4	**Fluoruracilo (5-FU) Xmg**	Em caso de acesso venoso periférico – 1 balão de 5-FU perfusão de 24h de D1 a D4.

		Em caso de acesso venoso central – infusor de administração contínua para 4 dias.

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar sinais vitais em todos os turnos e em SOS.
- Vigiar reações infusionais, de hipersensibilidade e reações adversas imunitárias.
- Vigiar acesso venoso que está a ser utilizado.
- Monitorizar eliminação urinária em todos os turnos.
- Evitar corticoterapia previamente à administração da imunoterapia.

Terapêutica de Suporte Habitual:

- Bochechos compostos com nistatina. Nota: em caso de toxicidade da mucosa oral podem ser prescritos outros bochechos como os de caphosol.
- Dexametasona 8mg – 1 comprimido nos 3 dias seguintes ao tratamento após o pequeno-almoço. Nota: em caso de náuseas e/ou vómitos no período interciclo podem ser prescritos mais dias de dexametasona e/ou adicionar anti-eméticos.
- Aprepitan 80mg – 1 comprimido nos 2 dias seguintes ao tratamento em jejum. Nota: apenas no caso de não ter cumprido fosaprepitan.

e) Protocolo com Cetuximab, Cisplatina e Fluorouracilo (5-FU) (EXTREME) – 21/21 dias

Em pessoas com carcinoma pavimentocelular da cabeça e pescoço recorrente e/ou metastático, o Cetuximab é utilizado em associação com QT à base de compostos de platina seguida de Cetuximab como terapêutica de manutenção até à progressão da doença. A quimioterapia não pode ser administrada sem que tenha decorrido 1 hora após o final da perfusão com Cetuximab[57]. O protocolo Extreme é uma opção válida apenas em casos específicos, pois o protocolo de primeira linha na abordagem a estes tumores é o Pembrolizumab em monoterapia ou concomitante com QT [57].

Dias	Prescrição	Tempo de Perfusão
D1, D8 e D15	**Dexametasona Xmg EV** diluído em 100ml de soro fisiológico EV Nota: Pelo menos 1h antes da administração de Cetuximab.	De 15 a 30min
D1, D8 e D15	**Dexclorofeniramina 5mg EV** Nota: Pelo menos 30min antes da administração de Cetuximab.	5min
D1, D8 e D15	**Cetuximab Xmg EV**	Primeira administração – 1h30 Se não houver reação relacionada com o perfusão no 1º ciclo pode ser administrado em 1h.
D1	**Fosaprepitan 150mg EV** Nota: diluído em 150ml de soro fisiológico em caso de cateter venoso central ou em 250ml de soro fisiológico em caso de acesso venoso periférico. É apenas administrado no D1. Ou **Aprepitan 125mg PO** Nota: Implica a administração de aprepitan 80mg no D2 e D3.	De 30 a 45min (dependendo se é acesso venoso central ou acesso venoso periférico)

D1	**Granissetrom Xmg** diluído em 100ml de soro fisiológico EV.	De 15 a 30min
D1	**Polielectrolítico 1000ml com 10mEq de Cloreto de Potássio e 10mEq de Sulfato de Magnésio EV**	Para 2h
D1	**Manitol 20% 250ml EV**	30min
D1	**Cisplatina Xmg em 500ml de soro fisiológico EV** Nota: Só inicia Cisplatina se o volume de urina for superior ou igual a 100ml/h.	1h30
D1	**Polielectrolítico 1000ml EV**	2h
D1	**Soro Fisiológico 1000ml EV** Nota: Findo o protocolo, assegurar hidratação EV noturna até ao momento de alta.	2h
D1 a D4	**Fluoruracilo (5-FU) xmg**	Em caso de acesso venoso periférico – 1 balão de 5-FU perfusão de 24h de D1 a D4. Em caso de acesso venoso central – infusor de administração contínua para 4 dias.

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar sinais vitais em todos os turnos e em SOS.
- Vigiar reações infusionais e de hipersensibilidade.
- Vigiar acesso venoso que está a ser utilizado.
- Monitorizar eliminação urinária em todos os turnos.
- Monitorizar balanço hídrico em todos os turnos.
- Aconselhar a ingestão de 1-2 litros de fluidos nos dois dias seguintes à QT.

Terapêutica de Suporte Habitual:

- Bochechos compostos com nistatina. Nota: em caso de toxicidade da mucosa oral podem ser prescritos outros bochechos como os de caphosol.
- Dexametasona 8mg – 1 comprimido nos 3 dias seguintes ao tratamento após o pequeno-almoço. Nota: em caso de náuseas e/ou vómitos no período interciclo podem ser prescritos mais dias de dexametasona e/ou adicionar outros anti-eméticos.
- Aprepitan 80mg – 1 comprimido nos 2 dias seguintes ao tratamento em jejum. Nota: apenas no caso de não ter cumprido fosaprepitan.
- Pomada pliazon para aplicar na face e tórax.

f) Protocolo com Docetaxel, Cisplatina e Fluorouracilo (5-FU) (TPF) – 21/21 dias

O protocolo TPF é considerado uma opção terapêutica válida nalgumas situações específicas de cancro da cabeça e pescoço localmente avançado e inoperável. A verdade é que o tratamento padrão para este tipo de tumores continua a ser a QRT [64]. Este protocolo está associado a elevas toxicidades, com cerca de 31% de pessoas com diminuição da qualidade de vida. Apresenta, contudo, 86% de taxa de resposta e 65,1% de taxa de sobrevivência aos 3 anos [35]. Importa focar que o risco de toxicidade deste protocolo aumenta em caso de perda de peso no momento do diagnóstico e durante o tratamento [64].

Dias	Prescrição	Tempo de Perfusão
D1	**Soro Fisiológico 1000ml EV**	Para 2h
D1	**Fosaprepitan 150mg EV** Nota: diluído em 150ml de soro fisiológico em caso de cateter venoso central ou em 250ml de soro fisiológico em caso de acesso venoso periférico. É apenas administrado no D1. Ou **Aprepitan 125mg PO** Nota: Implica a administração de aprepitan 80mg no D2 e D3.	De 30 a 45min (dependendo se é acesso venoso central ou acesso venoso periférico)
D1	**Granissetrom Xmg e Dexametasona Xmg** diluídos em 100ml de dextrose 5% EV.	De 15 a 30min
D1	**Docetaxel em 250ml de dextrose 5%**	1h
D1	**Manitol 20% 250ml EV**	30min
D1	**Cisplatina Xmg em 500ml de soro fisiológico EV** Nota: Só inicia Cisplatina se o volume de urina for superior ou igual a 100ml/h.	1h30
D1	**Polielectrolítico 1000ml com 10mEq de Cloreto de Potássio e 10mEq de Sulfato de Magnésio EV**	2h

D1	**Polieletrolítico 1000ml EV** Nota: Findo o protocolo, assegurar hidratação EV nocturna até ao momento de alta.	2h
D1 a D5	**Fluoruracilo (5-FU) Xmg**	Em caso de acesso venoso periférico – 1 balão de 5-FU perfusão de 24h de D1 a D5. Em caso de acesso venoso central – infusor de administração contínua para 5 dias.

Cuidados de Enfermagem:

- Confirmar que a pré-medicação com dexametasona 8mg na véspera do tratamento foi tomada.
- Monitorizar sinais vitais em todos os turnos e em SOS.
- Vigiar reações infusionais e de hipersensibilidade.
- Vigiar acesso venoso que está a ser utilizado.
- Monitorizar eliminação urinária em todos os turnos.
- Monitorizar balanço hídrico em todos os turnos.
- Aconselhar a ingestão de 1-2 litros de fluidos nos dois dias seguintes à QT.

Terapêutica de Suporte Habitual:

- Bochechos compostos com nistatina. Nota: em caso de toxicidade da mucosa oral podem ser prescritos outros bochechos como os de caphosol.
- Dexametasona 8mg – 1 comprimido nos 3 dias seguintes à QT após o pequeno-almoço. Nota: em caso de náuseas e/ou vómitos no período interciclo podem ser prescritos mais dias de dexametasona e/ou adicionar anti-eméticos.
- Aprepitan 80mg – 1 comprimido nos 2 dias seguintes à QT em jejum. Nota: apenas no caso de não ter cumprido fosaprepitan.

g) Protocolo com Cisplatina e Fluoroucilino (5-FU) (PF) – 21/21 dias

Dias	Prescrição	Tempo de Perfusão
D1	**Soro Fisiológico 1000ml EV**	Para 2h
D1	**Fosaprepitan 150mg EV** Nota: diluído em 150ml de soro fisiológico em caso de cateter venoso central ou em 250ml de soro fisiológico em caso de acesso venoso periférico. É apenas administrado no D1. Ou **Aprepitan 125mg PO** Nota: Implica a administração de aprepitan 80mg no D2 e D3.	De 30 a 45min (dependendo se é acesso venoso central ou acesso venoso periférico)
D1	**Granissetrom Xmg e Dexametasona Xmg** diluídos em 100ml de soro fisiológico 5% EV.	De 15 a 30min
D1	**Manitol 20% 250ml EV**	30min
D1	**Cisplatina Xmg em 500ml de soro fisiológico EV** Nota: Só inicia Cisplatina se o volume de urina for superior ou igual a 100ml/h.	1h30
D1	**Polielectrolítico 1000ml com 10mEq de Cloreto de Potássio e 10mEq de Sulfato de Magnésio EV**	2h
D1	**Polieletrolítico 1000ml EV** Nota: Findo o protocolo, assegurar hidratação EV noturna até ao momento de alta.	2h
D1 a D4	**Fluoruracilo (5-FU) Xmg**	Em caso de acesso venoso periférico – 1 balão de 5-FU perfusão de 24h de D1 a D4. Em caso de acesso venoso central – infusor de

		administração contínua para 4 dias.

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar sinais vitais em todos os turnos e em SOS.
- Vigiar reações infusionais e de hipersensibilidade.
- Vigiar acesso venoso que está a ser utilizado.
- Monitorizar eliminação urinária em todos os turnos.
- Monitorizar balanço hídrico em todos os turnos.
- Aconselhar a ingestão de 1-2 litros de fluidos nos dois dias seguintes à QT.

Terapêutica de Suporte Habitual:

- Bochechos compostos com nistatina. Nota: em caso de toxicidade da mucosa oral podem ser prescritos outros bochechos como os de caphosol.
- Dexametasona 8mg – 1 comprimido nos 3 dias seguintes à QT após o pequeno-almoço. Nota: em caso de náuseas e/ou vómitos no período interciclo podem ser prescritos mais dias de dexametasona e/ou adicionar outros anti-eméticos.
- Aprepitan 80mg – 1 comprimido nos 2 dias seguintes à QT em jejum. Nota: apenas no caso de não ter cumprido fosaprepitan.

h) Protocolo com Gencitabina e Cisplatina– 21/21 dias

Dias	Prescrição	Tempo de Perfusão
D1	**Fosaprepitan 150mg EV** Nota: diluído em 150ml de soro fisiológico em caso de cateter venoso central ou em 250ml de soro fisiológico em caso de acesso venoso periférico. É apenas administrado no D1. Ou **Aprepitan 125mg PO** Nota: Implica a administração de aprepitan 80mg no D2 e D3.	De 30 a 45min (dependendo se é acesso venoso central ou acesso venoso periférico)
D1	**Granissetrom Xmg e Dexametasona xmg** diluídos em 100ml de soro fisiológico 5% EV.	De 15 a 30min
D1 e D8	**Gemcitabina Xmg em 250ml de soro fisológico EV**	30min
D1	**Polielectrolítico 1000ml com 10mEq de Cloreto de Potássio e 10mEq de Sulfato de Magnésio EV**	2h
D1	**Manitol 20% 250ml EV**	30min
D1	**Cisplatina Xmg em 500ml de soro fisiológico EV** Nota: Só inicia Cisplatina se o volume de urina for superior ou igual a 100ml/h.	1h30
D1	**Polieletrolítico 1000ml EV** Nota: Findo o protocolo, assegurar hidratação EV noturna até ao momento de alta.	2h
D1	**Soro Fisiológico 1000ml EV**	2h

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar sinais vitais em todos os turnos e em SOS.
- Vigiar reações infusionais.
- Vigiar acesso venoso que está a ser utilizado.
- Monitorizar eliminação urinária em todos os turnos.
- Monitorizar balanço hídrico em todos os turnos.
- Aconselhar a ingestão de 1-2 litros de fluidos nos dois dias seguintes à QT.

Terapêutica de Suporte Habitual:

- Bochechos compostos com nistatina. Nota: em caso de toxicidade da mucosa oral podem ser prescritos outros bochechos como os de caphosol.
- Dexametasona 8mg – 1 comprimido nos 3 dias seguintes à QT após o pequeno-almoço. Nota: em caso de náuseas e/ou vómitos no período interciclo podem ser prescritos mais dias de dexametasona e/ou adicionar outros anti-eméticos.
- Aprepitan 80mg – 1 comprimido nos 2 dias seguintes à QT em jejum. Nota: apenas no caso de não ter cumprido fosaprepitan.

3

Cuidados de enfermagem promotores do autocuidado na gestão das principais toxicidades associadas ao tratamento

A evidência científica demonstra ser fundamental facultar cuidados de suporte às pessoas com CCP sob tratamento de forma a otimizá-los, mantendo a qualidade de vida, limitando toxicidades e hospitalizações não programadas [23].

O trabalho em equipa permite melhorar a qualidade do tratamento oncológico, através da prevenção e tratamentos dos efeitos secundários conhecidos, o que melhora a adesão das pessoas aos regimes terapêuticos [25].

As equipas multidisciplinares em oncologia devem incluir enfermeiros peritos em oncologia [19]. Assim, o enfermeiro perito na área da oncologia tem um papel distinto em três áreas principais: gestão de caso; operacionalização de cuidados e cuidados de enfermagem [25].

A gestão de caso corresponde a todo o esforço que é dirigido para coordenar a complexidade de cuidados que a pessoa/família necessitam, ajudando-os a navegar pelo sistema de saúde [25].

A operacionalização de cuidados diz respeito à realização de uma avaliação completa e abrangente da pessoa/família, o que permite detetar possíveis alterações que possam comprometer a dinâmica habitual do tratamento. Neste âmbito, o enfermeiro é também responsável por fornecer informações sobre o curso do tratamento, nomeadamente, logística associada, tempo expectável, toxicidades possíveis e necessidade de referenciação a outros especialistas, esclarecendo as dúvidas e mitigando os receios que possam surgir [25].

De facto, facultar informações sobre a calendarização do tratamento, recuperação e encaminhamento para a assistente social com o intuito de gerir as finanças pode ajudar a aliviar o stress das pessoas/família com CCP se forem antecipados pelo enfermeiro logo no início [26].

Para além disso, é importante o enfermeiro saber quais as alterações que os diversos tipos de tumor de CCP podem causar assim como os efeitos secundários associados aos diferentes tratamentos, não desvalorizando o impacto emocional, social, espiritual, económico e social que estas pessoas enfrentam [14].

Numa revisão de literatura e síntese de evidência a propósito das respostas humanas e diagnósticos de enfermagem em pessoas com CCP as autoras concluíram que os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram, por esta ordem, imagem corporal alterada, conhecimento deficitário, comunicação verbal alterada, fadiga e medo [14]. Assim, os enfermeiros devem reconhecer as respostas humanas, que refletem a maneira como as pessoas processam e gerem os seus problemas de saúde diários, para conseguirem prestar cuidados de saúde individualizados e holísticos [14].

Por sua vez, os cuidados de enfermagem englobam: facultar apoio emocional à pessoa com CCP/família após o impacto do diagnóstico e durante o tratamento; educação para a saúde a respeito da prevenção, deteção precoce, tratamento e efeitos secundários e estratégias para melhorar o autocuidado; colaboração com outros profissionais de saúde; gestão de sondas de alimentação e gastrostomias; gestão de traqueostomias e gestão de efeitos secundários [25].

No âmbito da educação para a saúde, esta consegue melhorar a perceção e compreensão da doença por parte da pessoa e, deste modo, permite desenvolver estratégias de *coping* e aumentar a adesão ao regime terapêutico [17].

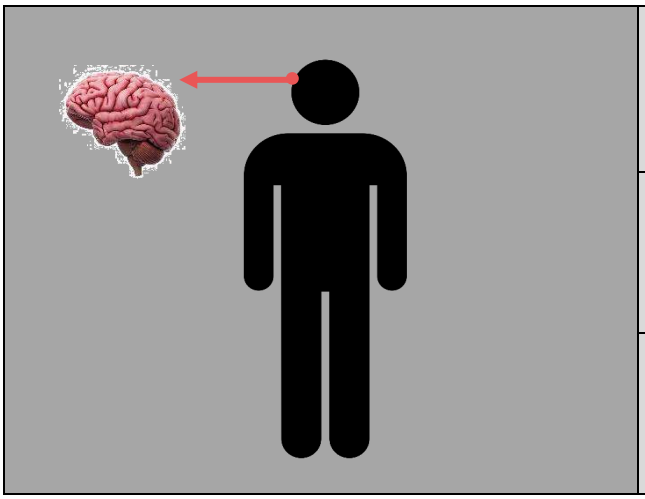
Há estudos que comprovam a importância da criação de um plano de cuidados, idealizado e negociado entre a pessoa/família com CCP e o enfermeiro, que inclua objetivos de autocuidado e autogestão [65].

Assim, os cuidados de enfermagem devem ajudar as pessoas com doença oncológica/família a identificar e mobilizar fontes de ajuda, informações e ferramentas que promovam a resolução de problemas, de modo a promover o autocuidado [17].

No fundo, os enfermeiros representam “the anchor that will guarantee the continuity of care throughout the entire healthcare process, including the follow up” [25, p. 2].

Perante esta evidência, é importante identificar um conjunto de intervenções de enfermagem que permitam promover o autocuidado das pessoas com CCP na gestão das principais toxicidades/alterações conhecidas ao tratamento. Nas páginas seguintes estão descriminadas algumas dessas intervenções divididas então pelas principais toxicidades/alterações.

3.1. Neurotoxicidade

	**a) Disgeusia**
	b) Alterações Cognitivas
	c) Parestesias

a) Disgeusia – o que é?
Corresponde a um transtorno caracterizado por uma experiência sensorial anormal relativamente aos sabores dos alimentos, podendo estar relacionado com uma diminuição do olfato [22]. Estima-se que entre 60 a 95% das pessoas com CCP submetidas a RT experienciem disgeusia [65]. A verdade é que a alteração do paladar está intimamente associada à redução do apetite, à perda de peso, à desnutrição e à dependência da alimentação por sonda, o que, por sua vez, aumenta as admissões hospitalares não planeadas, a piores resultados do tratamento e a uma redução da qualidade de vida [65].

a) Disgeusia – como avaliar?

Podemos utilizar a escala definida pela *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE), que avalia cada evento adverso numa escala com 5 graus. A escala que avalia a disgeusia contempla 2 graus [66].

	Grau 1	Grau 2
CTCAE	Alteração do paladar sem alterações na dieta	Alteração do paladar com alteração na dieta (por exemplo, suplementos orais); sabor nocivo ou desagradável; perda de paladar

a) Disgeusia – como atuar?

- Se a comida tiver um sabor insosso ou não tiver sabor: adicionar sabores mais fortes aos alimentos (caso não tenha mucosite) recorrendo a condimentos, molhos, temperos e especiarias; marinar as carnes para um sabor mais forte; recorrer a doces sem açúcar antes ou depois de uma refeição [67].
- Se a comida tiver um sabor metálico e/ou amargo: escolher outras fontes de proteína se a carne vermelha tiver um sabor metálico (optar antes por peixe, frango ou feijão); utilizar utensílios de plástico; adicionar adoçantes como mel aos alimentos para compensar o sabor a amargo [67].
- É melhor limitar ou evitar alguns dos alimentos favoritos da pessoa com doença oncológica durante o tratamento pelo facto de existir a possibilidade de eles não terem o sabor de que elas se lembram. Isto pode fazer com que as pessoas conectem esses alimentos a pensamentos negativos no futuro [68].

b) Alterações Cognitivas – o que são?
Os sintomas associados às alterações cognitivas podem incluir perturbações no pensamento e na memória, problemas com a memória de curto e/ou longo prazo, problemas para memorizar novas informações, pensamento lento, dificuldades de concentração, em realizar muitas tarefas, com matemática e com a organização. Há relatos ainda de mudanças comportamentais e confusão grave [69]. Estima-se que entre 50 a 80% das pessoas com CCP experienciam algum tipo de alteração cognitiva [69]. Em parte, esta elevada taxa quando se verifica antes do início do tratamento oncológico, pode estar associada à maior incidência de uso de álcool nesta população [69]. A verdade é que o consumo de álcool, especialmente o consumo nocivo, está relacionado com deficiências cognitivas nas áreas da memória, planeamento e tomada de decisões [69]. Por outro lado, as pessoas com CCP submetidas a RT acabam por ter algumas partes do cérebro expostas à radiação, causando algum tipo de dano no tecido cerebral, o que, por sua vez, poderá conduzir a um declínio cognitivo [70]. A lesão de certas estruturas cerebrais pode, assim, aumentar o risco de inteligência e memória comprometida assim como potenciar dificuldades na aprendizagem, que impactariam negativamente a qualidade de vida desta população-alvo, nomeadamente, a nível da diminuição da produtividade no trabalho, redução do envolvimento em atividades sociais e dificuldades na vida diária [70].

b) Alterações Cognitivas – como atuar?
- Educação para a saúde sobre estratégias organizacionais (utilização de auxiliares de memória como cadernos, agendas; manter os objetos no mesmo lugar; utilizar lembretes; recorrer a *smarthpone*) [67]; - Incentivar a realização de atividades cognitivas mais exigentes na altura do dia em que os níveis de energia estão mais altos [67]; - Fornecer informação sobre relaxamento e competências para gestão do stress que possam ser utilizadas diariamente [67]; - Recomendar atividade física de rotina [67]; - Recomendar e limitar o uso de álcool e outros agentes que alteram a cognição e o sono [67]; - Considerar meditação, ioga, *mindfulness*, redução do stress e treino cognitivo [67];

- Articular com outros profissionais para prescrição de medicação, psicoterapia, ou outras estratégias que se revelem necessárias [71].

c) Parestesias – o que são?

As parestesias são um tipo de neuropatia sensorial periférica (NSP), que correspondem a um dano do sistema nervoso central, manifestando-se por dor, fraqueza ou dormência nas mãos e/ou nos pés [72].

Os sintomas de NSP tendem a ser piores nas mãos, pés e áreas periorais e faringolaríngeas e podem incluir dormência, cócegas, formigueiro ou sensação de frio e/ou calor. Pode ainda incluir fraqueza muscular. É conhecido que a exposição ao frio pode intensificar estes sintomas [72].

A NSP induzida pela QT é um efeito muitas vezes irreversível e incapacitante associado à administração de citostáticos neurotóxicos [73], como é o caso da Cisplatina [72]. Está, habitualmente, presente em cerca de 70% das pessoas submetidas a QT com agentes neurotóxicos e tem um impacto negativo na qualidade de vida destas pessoas [73].

Os neurónios sensoriais dos gânglios da raiz dorsal não possuem barreira hematoencefálica, deixando-os vulneráveis à neurotoxicidade de citostáticos sistémicos [73].

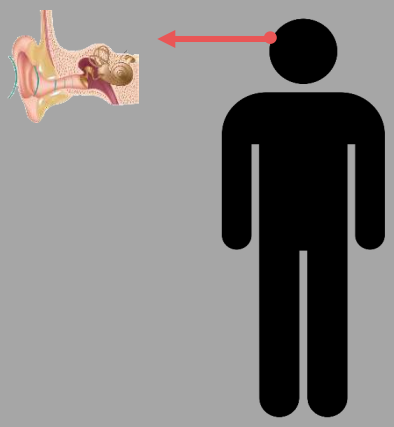
c) Parestesias – como avaliar?

Podemos utilizar a escala definida pela CTCAE, que avalia cada evento adverso numa escala com 5 graus. A escala que avalia as parestesias contempla 3 graus [66].

	Grau 1	Grau 2	Grau 3
CTCAE	Sintomas leves	Sintomas moderados, que limitam as atividades de vida diária instrumentais	Sintomas graves, que limitam as atividades de autocuidado

c) Parestesias – como atuar?
- A gestão da NSP induzida pela QT envolve o uso de medicação antidepressiva, anticonvulsivante e tratamentos tópicos para controlar a dor neuropática [73]. - Devem ser ainda consideradas intervenções de cuidados de suporte como fisioterapia, terapia ocupacional, dispositivos de assistência e de avaliação de segurança [73]. - É fundamental vigiar os sintomas de NSP induzida pela QT durante e após o tratamento, pelo que a educação para a saúde sobre a importância da notificação precoce destes sintomas é crucial [73]. - Importa reforçar a discussão do risco aumentado de quedas e a possibilidade de danos irreversíveis aos nervos das pessoas mais velhas a cumprir QT com citostáticos neurotóxicos [73].

3.2. Ototoxicidade



a) Ototoxicidade – o que é?

Danos ao aparelho auditivo com consequente perda auditiva neurossensorial é um efeito adverso comum nas pessoas com CCP submetidas a RT, ocorrendo em até 43% desta população. Esta taxa de incidência aumenta para 17-88% quando se adiciona ao plano de tratamento QT com Cisplatina [22].

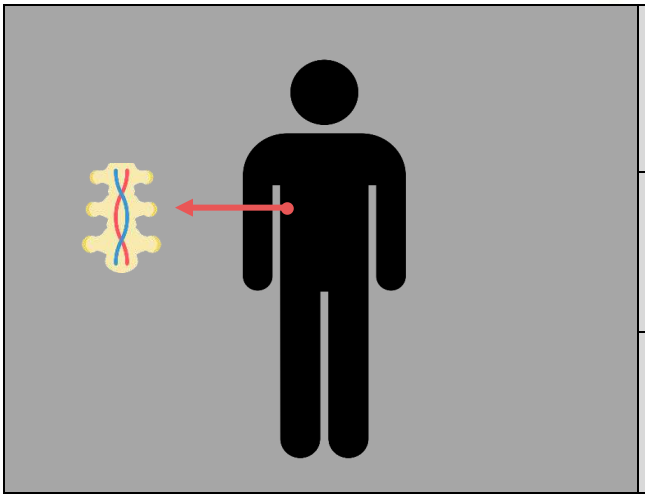
A perda auditiva induzida pela RT resulta de uma reação endotelial de pequenos vasos com insuficiência vascular e dano às estruturas sensoriais do ouvido interno, levando à sua degeneração e atrofia progressivas, fibrose e até mesmo ossificação do espaço fluido do ouvido interno. Também o nervo coclear por experienciar edema e inflamação no espaço estreito do canal auditivo ósseo interno [22].

A deterioração auditiva costuma ser pior em frequências mais elevadas e começa logo após a RT [22, 72].

No caso dos regimes terapêuticos com citostáticos à base de platina, a ototoxicidade é predominantemente perda auditiva bilateral, embora outros efeitos colaterais possam incluir otalgia, acufenos e alterações vestibulares. Neste caso, acredita-se que a ototoxicidade resulte de danos no ouvido interno através de vários mecanismos: por um lado, a Cisplatina acumula-se no tecido coclear, onde pode gerar espécies que reagem ao oxigénio, conduzindo à má regulação de enzimas antioxidantes importantes; e por outro, ativa grandes canais de potássio que conduz à apoptose folicular [72].

a) Ototoxicidade – como atuar?
- Não existe nenhum tratamento padrão para a perda auditiva neurossensorial induzida pela RT. Porém, os corticóides sistémicos podem melhorar a inflamação e edema do ouvido interno [22]. - Também não existe nenhum método eficaz para controlar ou reduzir a ototoxicidade dos medicamentos à base de platina [72]. - Recomenda-se a utilização de aparelhos auditivos, dispositivos cocleares implantados ou outros dispositivos auxiliares (como mensagem de texto) [72].

3.3. Toxicidade hematológica



a) Anemia

b) Neutropenia Febril

c) Trombocitopenia

a) Anemia – o que é?

É um distúrbio caracterizado por uma redução na quantidade e hemoglobina em 100ml de sangue. Os sinais e sintomas de anemia podem incluir palidez cutânea e das membranas mucosas, dispneia, palpitações cardíacas, sopros sistólicos suaves, letargia e fadiga [66].

a) Anemia – como avaliar?

Podemos utilizar a escala definida pela CTCAE, que avalia cada evento adverso numa escala com 5 graus. A escala que avalia a anemia contempla 5 graus [66].

	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5
CTCAE	Hemoglobina (Hgb) <LLN - 10,0 g/dL; <LIN - 6,2 mmol/L; <LLN - 100g/L	Hb <10,0 - 8,0 g/dL; <6,2 - 4,9mmol/L; <100 - 80g/L	Hb <8,0 g/dL; <4,9 mmol/L; <80g/L; transfusão indicada	Consequências de risco de vida; intervenção urgente indicada	Morte

a) Anemia – como atuar?
- Optar por uma dieta rica em ferro [74]; - Preferir refeições pequenas várias vezes ao dia [74]; - Preferir alimentos fáceis de preparar e ingerir (cereais, leite, sopa…) [74]; - Poupar a energia para as atividades que considera mais importantes [74]; - Intervalar as atividades com curtos períodos de descanso [74].

b) Neutropenia Febril – o que é?

É um distúrbio caracterizado por uma contagem absoluta de neutrófilos (CAN) <500/mm3[75] e uma temperatura única de >38,3 graus C (101 graus F) ou uma temperatura sustentada de >=38 graus C (100,4 graus F) por mais de uma hora [66].

A neutropenia febril (NF) representa uma emergência médica com risco de vida, necessitando de um avaliação médica imediata e tratamento com antibióticos empíricos de largo espetro enquanto se aguarda os resultados das culturas microbianas e exames de imagens [75]. Para além disso, pode ser ainda necessário transfundir com componentes sanguíneos e, em alguns casos, administrar fatores de crescimento mielóide [72].

As pessoas que apresentam NF têm um maior risco de hospitalização prolongada, complicações graves e mortalidade, sendo fundamental aplicar um conjunto de medidas preventivas para aqueles que apresentam maior risco [75].

b) Neutropenia febril – como avaliar?

Podemos utilizar a escala definida pela CTCAE, que avalia cada evento adverso numa escala com 5 graus. A escala que avalia a NF contempla 3 graus, começando a partir do grau 3 [66].

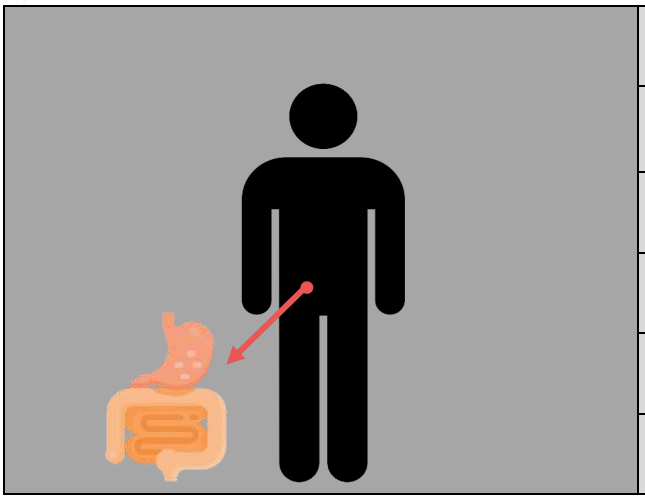
	Grau 3	Grau 4	Grau 5
CTCAE	CAN <1000/mm3 com temperatura única de >38,3 graus C (101 graus F) ou uma temperatura sustentada de >=38 graus C (100,4 graus F) por mais de um hora	Consequências de risco de vida; intervenção urgente indicada	Morte

b) Neutropenia Febril – como atuar?
- Reforçar os cuidados de higiene pessoal, com especial atenção à cavidade oral [74]; - Lavar regularmente as mãos, sobretudo antes das refeições, depois de usar os sanitários e após tocar em objetos públicos [74]; - Evitar ambientes fechados, com pouca ventilação ou com muitas pessoas. Ex: supermercados, cafés, cinemas, centros comerciais, transportes públicos [74]; - Evitar o contacto com pessoas constipadas, com gripe, pneumonia ou outras doenças transmissíveis ou ainda com crianças que tenham sido vacinadas recentemente [74]; - Diminuir a ingestão de alimentos com maior probabilidade de contaminação microbiana [74]: ▪ Lavar bem os alimentos que vai consumir; ▪ Dar preferência aos legumes cozinhados. Se os utilizar crus, tal como as saladas e ervas aromáticas, deve desinfetá-los, recorrendo ao velho uso do vinagre ou a desinfetantes próprios para alimentos; ▪ Ingerir apenas laticínios pasteurizados. Evitar queijos com fungos (são os chamados queijos de pasta azul) ou queijos frescos; ▪ Dar preferência a frutas de casca grossa quando optar por fruta crua; ▪ Evitar ovos crus ou malcozidos, a carne ou o peixe cru ou mal-passado; ▪ Evitar bolos industriais com recheios de creme e outra comida comercializada, que pode não ter a frescura desejada; ▪ Fora de casa, evitar pratos com alimentos crus ou mal-passados. - Utilizar luvas nas atividades domésticas com risco de causar ferimentos. Ex: arranjar peixe, jardinagem, etc [74]; - Ter cuidado na utilização de objetos cortantes e lavar e desinfetar de imediato cortes ou arranhões acidentais [74]; - Evitar o contacto direto com animais domésticos, sobretudo quando não vacinados ou que circulam livremente fora da habitação [74]; - Estar atento ao aparecimento de sinais que sugiram infeção: febre, arrepios de frio, dor de garganta, tosse, expetoração, dificuldade em respirar, feridas na boca, ardor a urinar ou outros. A diarreia, náuseas, vómitos e dores de cabeça, se acompanhadas de febre, podem indicar a presença de uma infeção [74].

c) Trombocitopenia – o que é?
É um distúrbio caracterizado por uma contagem de plaquetas inferior a 150 000 plaquetas por micrólito. Quando isto se verifica podem ocorrer os seguintes sintomas: perda sanguínea dura muito tempo, mesmo em pequenas feridas; petéquias: púrpura; hemorragias nasais ou gengival; sangue na urina ou nas fezes e sangramento menstrual intenso [76].

c) Trombocitopenia – como atuar?
- Evitar danos físicos como ferir-se ou cortar-se [74]; - Utilizar uma escova de dentes macia [74]; - Substituir as lâminas por máquinas de barbear [74]; - Evitar substâncias que interfiram com a função plaquetária, como a aspirina e o álcool [74]; - Não tomar medicamentos que não lhe tenham sido indicados pela equipa médica [74]; - Manter a calma se tiver uma hemorragia: o repouso diminui o número de batimentos cardíacos e a pressão, levando a que a hemorragia seja menos grave; caso se fira, comprima imediatamente o local com um pano limpo e coloque gelo sobre a ferida para ajudar a parar a hemorragia [74].

3.4. Toxidade gastrointestinal



a) Mucosite
b) Xerostomia
c) Alterações Nutricionais
d) Náuseas/Vómitos
e) Obstipação
f) Diarreia

a) Mucosite – o que é?
Corresponde a um distúrbio caracterizado por ulceração ou inflamação da membrana mucosa [66] que reveste a cavidade oral e trato gastrointestinal [75]. A sua patobiologia é complexa e verifica-se através dos seguintes eventos: início de danos por QT e/ou RT, regulação positiva e libertação de sinais mensageiros e citocinas pró-inflamatórios e aumento das lesões, resultando em inflamação e ulceração da mucosa [75]. As pessoas que desenvolvem mucosite apresentam duas vezes o risco de desenvolver infeções e quatro vezes o risco de morte quando comparado com pessoas que não desenvolvem mucosite [81]. A mucosite ocorre em cerca de 20 a 40% das pessoas submetidas a QT entre 5 a 14 dias após ter realizado o tratamento [81]. Por outro lado, a mucosite induzida pela RT ocorre em até 91% das pessoas com CCP a cumprir RT [81]. A mucosite oral está, habitualmente, associada a dor, dificuldade em comer e engolir, necessidade de nutrição entérica ou parentérica, aumento do consumo de opióides e interrupções no tratamento oncodirigido [82].

a) Mucosite – como avaliar?

A mucosite deve ser avaliada segundo escalas próprias, que permitam determinar o grau. Existem várias escalas que o permitem fazer, mas há a destacar duas delas: Escala de toxicidade oral da *World Heatlh Organization* (1979) e a Escala da *Radiation Therapy Oncology Group* (RTOG) do *Cooperative Group Common Toxicity Criteria* [68].

	Grau 1	**Grau 2**	**Grau 3**	**Grau 4**
World Heatlh Organization	Eritema e sensibilidade	Úlcera, pode deglutir alimentos sólidos	Úlcera, requer dieta líquida	Úlceras, não é possível alimentação
Radiation Therapy Oncology Group (RTOG)	Eritema, inflamação e dor ligeira	Mucosite (edema e úlcera), dor moderada, tolera dieta mole/líquida	Mucosite (edema e úlcera), dor severa, disfagia total	Todos os sintomas anteriores e requer suporte parentérico ou entérico

Quadro adaptado de: Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2017). Linha de Consenso. Mucosite Oral em Radioterapia. AEOP. https://www.aeop.pt/ficheiros/LCMucositeRT.pdf

a) Mucosite – como atuar?

- Promover a cessação tabágica [68];
- Evitar o consumo de bebidas alcoólicas [68];
- Higiene oral meticulosa [67];
- Escovar os dentes duas vezes ao dia [67];
- Escovar os dentes 4x preferencialmente (após as refeições e antes de ir dormir) durante 90 segundos [68];
- Utilizar escova com cerdas macias e pasta dentífrica com flúor e com sabor suave [68];
- Deixar a escova de dentes arejar antes de a guardar [68];
- Em caso de infeção substituir a escova de dentes e tratar a infeção [68];
- Substituir a escova de dentes por esponja oral de uso único quando necessário [68];

- Utilizar fio dental diariamente [67];
- Em caso de uso de próteses dentárias – removê-las antes dos cuidados de higiene oral, escovar as próteses dentárias com sabonete sem perfume e mergulhar em água pelo menos 2x/dia [68];
- Utilizar bochechos sem álcool 3 a 6x/dia [67] após escovagem dos dentes durante um minuto (com 15ml de solução de água salgada ou com cloreto de sódio 0,9%; e/ou com bicarbonato de sódio gargarejar 30 segundos e deitar fora) [68];
- Após realizar os bochechos não deve ingerir alimentar sólidos ou líquidos nos 30 minutos seguintes [68];
- Utilizar lubrificante de lábios à base de água/vaselina [68];
- Preferir uma dieta diversificada e hidratação oral adequada (AEOP, 2017) – PC;
- Quando já existe algum grau de mucosite instalado:
    - Evitar alimentos/bebidas quentes [77];
    - Evitar alimentos ácidos (laranjas, limões, limas, tomates, vinagre) [77];
    - Evitar alimentos picantes [77];
    - Evitar alimentos com texturas ásperas, optando, ao invés, por alimentos macios e leves [77];
    - Optar por ingerir bebidas através de uma palhinha [78].

b) Xerostomia – o que é?

Corresponde à sensação subjetiva de boca seca caracterizada por uma diminuição acentuada e/ou espessamento da saliva [22]. Está associada à hipofunção das glândulas salivares (redução do volume da secreção de saliva) ou a uma alteração na composição salivar e pode causar problemas de deglutição, comunicação e de saúde oral [22].

De facto, a xerostomia tem um impacto significativo na saúde oral por aumentar o risco de cáries dentárias, doença periodontal e candidíase oral [83].

Estima-se que cerca de 63 a 93% das pessoas com CCP submetidas a RT apresentam xerostomia como um dos principais efeitos secundários do tratamento [83].

b) Xerostomia – como avaliar?

Podemos utilizar a escala definida pela CTCAE, que avalia cada evento adverso numa escala com 5 graus. A escala que avalia a xerostomia contempla 3 graus [66].

	Grau 1	Grau 2	Grau 3
CTCAE	Sintomático (por exemplo, seco ou saliva espessa) sem alteração dietética significativa; fluxo de saliva não estimulado > 0,2ml/min	Sintomas moderados; alterações na ingestão oral (por exemplo, água abundante, outros lubrificantes, dieta limitada a purês e/ou alimentos macios e húmidos); saliva não estimulada 0,1 para 0,2 ml/min	Incapacidade de alimentar adequadamente por via oral; alimentação por sonda ou alimentação parentérica indicada; saliva não estimulada <0,1 ml/min

b) Xerostomia – como atuar?
- Aumentar a hidratação [67]; - Minimizar a ingestão de produtos com cafeína e álcool [74]; - Optar por alimentos macios e húmidos como, por exemplo, iogurte, gelatina, pudins, melancia [77]; - Adicionar molhos ou outros líquidos aos alimentos [72]; - Evitar alimentos secos e ricos em amido como torradas, biscoitos ou cereais secos [77]; - Optar por néctares de fruta como de pera, pêssego, damasco ou papaia [77]; - Evitar alimentos ácidos ou muito condimentados [67]; - Recorrer a estratégias que potenciem a estimulação salivar (pastilha elástica com xilitol, pastilhas de sorbitol/ácido málico, pastilhas de xilitol) [67]; - Recorrer a substitutivos salivares (gel com lisozima, lactoferrina, peroxidase e soluções supersaturadas de fosfato de cálcio [67]; - Utilizar bochechos sem álcool (bochechos com dióxido de cloro 0,1% preferencialmente) [67]; - A estimulação das secreções salivares com acupuntura e o alívio da xerostomia só pode ser observada quando uma parte da glândula salivar permanecer funcional [22]; - Também há evidência que indica que a oxigenoterapia hiperbárica poderá ter benefícios na xerostomia [22].

c) Alterações Nutricionais – o que são?
As pessoas com CCP costumam apresentar perda de peso antes, durante e após a RT ou QT concomitante, sendo que na altura do diagnóstico 3 a 52% destas pessoas já se encontram malnutridas [79]. A verdade é que as pessoas com CCP apresentam um risco elevado para a malnutrição e caquexia, uma vez que a perda de peso resulta tanto na redução da ingestão alimentar como das alterações metabólicas provocadas pelo tumor. Para além disso, os efeitos secundários associados ao tratamentos utilizados para tratar este tipo de cancro, contribuem ainda mais para a perda de peso e malnutrição [80]. Porém, independentemente da origem da malnutrição e caquexia, é conhecida a sua associação a um aumento da taxa de mortalidade, morbidade e qualidade de vida comprometida nas pessoas com CCP [79]. Desta forma, é fundamental que ocorra uma avaliação precoce do risco nutricional, que seja gerida ao longo de todo o tratamento [79].

c) Alterações Nutricionais – como avaliar?
É fundamental avaliar o estado nutricional no início e ao longo do tratamento, recorrendo, por exemplo, aos seguintes instrumentos [79]: - *Patient-generated subjective global assessment* (PG-SGA); - *Malnutrition universal screening tool* (MUST); - *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS 2002); - *Malnutrition Screening Tool* (MST); - *Nutricional Risk Index* (NRI).

c) Alterações Nutricionais – como atuar?
- Encaminhar para nutricionista para aconselhamento e acompanhamento [79]. - É fundamental informar as pessoas com CCP sob QRT sobre a importância de uma alimentação adequada de forma a evitar a perda de peso durante os tratamentos [79]: ▪ Garantir uma hidratação adequada com ingestão de 1,5/2L de líquidos por dia (privilegiar água sempre que possível) [80];

- Assegurar uma alimentação rica em calorias (frutos secos, abacate, lacticínios integrais, entre outros) e proteínas (carne branca, ovos, leguminosas, frutos secos, entre outros) [77];
- Optar por refeições pequenas e leves várias vezes ao longo do dia [77];
- Manter um horário para se alimentar e hidratar, colocando um lembrete, se necessário, para não saltar nenhuma refeição [78];
- Garantir que tem sempre snacks por perto [78];
- Optar por se alimentar num ambiente agradável e na companhia da família e/ou amigos, se considerar útil [77];
- Ter em casa alimentos fáceis de comer e de preparar como iogurtes, pudins, queijos de barrar, frutas enlatadas, cereais integrais, sopas enlatadas, aveia, ovos cozidos [78].

- Para além da avaliação e aconselhamento nutricional, também os suplementos desempenham um papel importante na manutenção da ingestão e estado nutricional adequados [79].
- Colocação de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG)/ sonda nasogástrica (SNG) profilática criteriosa – tanto a SNG como a PEG são eficazes na manutenção do estado nutricional e não há evidências claras que sugiram que método é preferível em pessoas com CCP, sendo que ambos apresentam vantagens e desvantagens. É, assim, importante uma avaliação individual criteriosa antes da sua colocação [79].
- Podem ser ainda consideradas estratégias farmacológicas como a utilização de megestrol para melhorar o apetite (embora tenha pouco efeito no aumento de peso) e utilização de grelina, também com o intuito de estimular o apetite [79].

d) Náuseas/Vómitos – o que são?

As náuseas e os vómitos induzidos pela QT (NVIQ) são um efeitos adversos mais temidos [84], afetando até cerca de 40% das pessoas sob este tratamento [85].

Estes efeitos secundários estão podem prejudicar a qualidade de vida, provocar baixa adesão ao tratamento oncológico ou implicar reduções de dose de QT, o que, por sua vez, poderá comprometer a eficácia do tratamento [85].

As NVIQ agudos podem ocorrer nas primeiras 24h após QT, atingindo o seu pico de intensidade após 5-6h. Neste vaso, os radicais livres gerados pela QT estimulam as células do trato gastrointestinal, que, por sua vez, liberam serotonina (5-HT3). A ativação dos recetores 5-HT3 desencadeia o reflexo do vómito e o gatilho quimiorecetor no sistemas nervoso central [85].

As NVIQ tardias ocorrem 24h após a administração de QT, entre as 48 e as 72h. São desencadeados pela substância P, que é mediada pelo recetor NK1, que afeta as vias sensoriais e nociceptivas e a inflamação [85].

A propósito das pessoas com CCP, habitualmente tratadas com QT com Cisplatina, importa dizer que este citostático está incluído no grupo de fármacos com elevado risco emético [84].

Existem inúmeras estratégias farmacêuticas, sendo que os corticóides, particularmente a dexametasona, demonstraram ser agentes antieméticos eficazes e seguros [84].

Antagonistas 5-HT3 como o ondasetrom e o granissetrom são usados principalmente para prevenir NVIQ agudos, enquanto os antagonistas do NK1, como o fosaprepitan, são eficazes a redução das NVIQ tardias. Também o antipsicótico olanzapina demonstrou maior eficácia no controlo emético quando adicionado aos agentes já referidos as pessoas com elevado risco de NVIQ [75].

Assim, a cobertura emética para adultos tratados com regimes de QT combinados deve ser ajustada ao citostático com o maior risco emético [75].

d) Náuseas/Vómitos – como avaliar?

Podemos utilizar a escala definida pela CTCAE, que avalia cada evento adverso numa escala com 5 graus. As escalas que avaliam as náuseas e os vómitos contemplam 3 e 5 graus, respetivamente [66].

	Grau 1	**Grau 2**	**Grau 3**
CTCAE **Náuseas**	Perda de apetite sem alteração dos hábitos alimentares	A ingestão oral diminui sem perda de peso significativa, desidratação ou desnutrição	Ingestão calórica ou de fluidos inadequada; sonda de alimentação, alimentação parentérica ou hospitalização indicado

	Grau 1	**Grau 2**	**Grau 3**	**Grau 4**	**Grau 5**
CTCAE **Vómitos**	Intervenção não indicada	Hidratação endovenosa; intervenção médica indicada	Alimentação por sonda, alimentação parentérica ou hospitalização indicada	Consequências que colocam a vida em risco	Morte

d) Náuseas/Vómitos – como atuar?

- Evitar odores que aumentem as náuseas como perfumes, fumos, cheiros de cozinha [77];
- Se o cheiro dos alimentos incomodar, optar por alimentos frios ou à temperatura ambiente, evitando alimentos muito quentes [77];
- Beber pequenas quantidades de líquidos entre as refeições, várias vezes ao longo do dia [77];

- Optar por refeições fracionadas [77];
- Comer com calma, mastigando bem os alimentos para facilitar a digestão [77];
- Experimentar beber chá de gengibre ou rebuçados que contenham gengibre verdadeiro [77];
- Optar por alimentos com baixo teor de gordura e ricos em amido, como arroz, torradas de pão branco, biscoitos, entre outros [77];
- Evitar alimentos picantes [77];
- Evitar deitar-se após uma refeição [77].

e) Obstipação – o que é?

É caraterizado pela irregularidade e pouca frequência ou dificuldade em evacuar fezes [86].

Estudos indicam que 60% das pessoas com doença oncológica apresentam obstipação, assim como até 90% das pessoas com doença oncológica que tomam opióides [86].

A obstipação pode ser multifatorial e estar associada a causas orgânicas, funcionais ou medicamentosas [86].

As causas orgânicas podem incluir alterações hidroeletrolíticas, neuropatias ou miopatias, assim como outras doenças como diabetes ou doença de Parkinson e problemas estruturais [86].

As causas funcionais incluem diminuição da atividade, redução da ingesta hídrica ou de fibras, falta de privacidade e dor durante a defecação [86].

Os medicamentos que estão associados a um maior risco de obstipação são os opióides, QT, antieméticos, antidepressivos, anticolinérgicos, antiácidos, anti-hipertensivos, diuréticos e suplementos com ferro [86].

e) Obstipação – como avaliar?

Podemos utilizar a escala definida pela CTCAE, que avalia cada evento adverso numa escala com 5 graus. A escala que avalia a obstipação contempla 5 graus [66].

	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5
CTCAE	Sintomas ocasionais ou intermitentes; uso ocasional de amaciantes de fezes, laxantes, alteração dietética ou enemas.	Sintomas persistentes com uso regular de laxantes ou enemas; limitação das atividades de vida diária	Obstipação com indicação para remoção de fezes manualmente; limita as atividades de vida diária de autocuidado	Com risco de vida; intervenção urgente indicada	Morte

e) Obstipação – como atuar?
- Aumentar a ingestão de líquidos dentro da tolerância de cada um – optar por bebidas quentes como chá de ervas e café descafeinado [78]; - Optar por alimentos mais ricos em fibra como fruta, legumes, pão de sementes ou integral, nozes e feijão [78]; - Em caso de inchaço abdominal evitar vegetais como os brócolos, couve-flor e ervilha, milho e feijão [78]; - Incentivar a prática de exercício físico ligeiro como caminhadas, alongamentos e ioga [78].

f) Diarreia – o que é?

É um distúrbio caraterizado por um aumento na frequência e/ou fezes soltas ou aquosas [66].

A diarreia induzida pela QT é um efeito adverso comum a nível gastrointestinal, verificando-se em 50 a 80% pessoas a cumprir fluoropirimidinas como 5-FU e a Capecitabina [75].

Acontece porque ocorre dano na mucosa intestinal, que é mediada por colinérgicos, causando diarreia secretora e também a diminuição da expressão da lactase, que leva a intolerância à lactose e à diarreia osmótica [75].

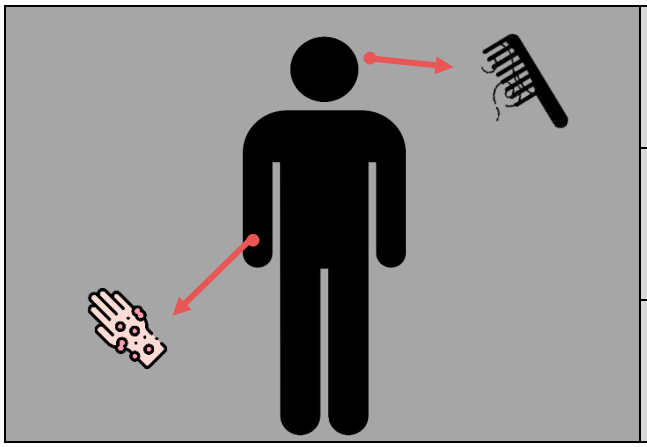
f) Diarreia – como avaliar?

Podemos utilizar a escala definida pela CTCAE, que avalia cada evento adverso numa escala com 5 graus. A escala que avalia a diarreia contempla 5 graus [66].

	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5
CTCAE	Aumento de <4 dejeções por dia acima da linha de base; ligeiro aumento do conteúdo da ostomia em comparação com linha de base	Aumento de 4 a 6 dejeções por dia acima da linha de base; moderado aumento do conteúdo da ostomia em comparação com a linha de base; limita as atividades de vida diária	Aumento de >=7 dejeções por dia acima da linha de base; hospitalização indicada; aumento severo do conteúdo da ostomia em comparação com linha de base; limita as atividades de vida diária de autocuidado	Com risco de vida; intervenção urgente indicada	Morte

f) Diarreia – como atuar?
- Aumentar a ingestão de líquidos dentro da tolerância de cada um – água de coco, caldos, bebidos eletrolíticas e sumos de fruta diluídos [78]; - Optar por alimentos pobres em fibra (maçã ou puré de maça, banana, queijo, arroz branco, aveia, batatas simples sem casca, frango, peru ou peixe assado, frutas enlatadas) [78]; - Evitar cafeína, álcool, refrigerantes ou outros alimentos que possam irritar o tubo digestivo [78].

3.5. Toxidade dermatológica



a) Radiodermite
b) Síndrome mão-pé
c) Alopécia

a) Radiodermite – o que é?
A radiodermite é uma ferida secundária à radiação ionizante utilizada na RT, aparecendo de forma progressiva com início entre a 2ª e a 3ª semanas de tratamento [87]. A radiodermite pode ser classificada como aguda, quando surge durante o tratamento e permanece até aos 90 dias após o início da RT, e como tardia, quando surge entre meses a anos após o término de RT [87]. A verdade é que cerca de 95% das pessoas com doença oncológica a efetuar RT vão desenvolver alguma forma de reação cutânea induzida pela radiação, sendo que as pessoas com CCP têm mais probabilidade de desenvolver radiodermite dada a proximidade do alvo do tratamento com a pele [59].

a) Radiodermite – como avaliar?

Existem várias escalas para avaliar os diferentes graus de radiodermite, sendo as mais conhecidas a da CTCAE e da RTOG [59].

	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5
CTCAE	Eritema leve ou descamação seca	Eritema moderado a intenso; descamação húmida irregular, principalmente confinado às dobras e vincos cutâneos	Edema moderado; descamação húmidas em áreas exceto as dobras e vincos cutâneos; sangramento induzido por trauma menor ou abrasão	Consequências com risco de vida; necrose cutânea ou ulceração da espessura total da derme; hemorragia espontânea do local envolvido; enxerto de pele indicado	Morte
RTOG	Eritema ligeiro a moderado; alopécia; hipohidrose; prurido	Eritema moderado a intenso; pele sensível; descamação húmida irregular; edema moderado	Descamação húmida confluente; edema marcado	Ulceração; hemorragia; necrose	____

Quadro adaptado de: 59. Amorim, A., Freitas, J., Silva, A., Valério, E., Alves, E., Magalhães, B. & Soares, E. (2022). *Domínios de Intervenção dos Enfermeiros em Radioterapia*. Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. ISBN: 978-989-53475-1-3. https://www.aeop.pt/ficheiros/AEOP_Dominios_RT_20220222.pdf

a) Radiodermite – como atuar?
- Privilegiar a utilização de produtos de higiene suaves para lavar o cabelo e a pele como, por exemplo, sabão de glicerina [87]; - Não utilizar qualquer creme sem ser o prescrito pelo médico (trolamina, dexpanthenol, entre outros) e aplicá-lo, no mínimo, 3x/dia numa camada fina [87]; - Desfazer a barba de acordo com o método habitualmente utilizado (privilegiar máquina de barbear se possível, no caso de utilizar lâmina garantir que o movimento é sempre no sentido do pêlo) no máximo 2x/semana – uma durante a semana e outra durante o fim de semana) [87]; - Utilizar roupa de fibras suaves (por exemplo algodão) na região irradiada de forma a não promover desconforto e/ou irritação [87]; - Evitar a exposição solar direta, utilizando sempre chapéu com abas para proteção da cabeça, face, orelhas e pescoço [87]; - Evitar também outras fontes de calor [87]; - Durante os tratamentos de radioterapia não aplicar qualquer creme 3 a 4h antes do horário preconizado para o tratamento [87]; - Durante o tratamento evitar a aplicação de cremes com metais como, por exemplo, óxido de zinco e sulfadiazida de prata [87].

b) Síndrome palmar-plantar – o que é?

É um síndrome também conhecido como mão-pé, que é caracterizado por vermelhidão, desconforto acentuado, inchaço e formigueiros nas palmas das mãos ou na planta dos pés [66].

Apesar deste síndrome não constituir uma ameaça à vida pode causar desconforto significativo, comprometendo a função e, assim, impactando negativamente na qualidade de vida [88].

A incidência deste efeito secundário depende do citostático utilizado e da posologia e duração do tratamento [88].

É inicialmente caracterizada por dormência palmoplantar, sensação de formigueiro e de ardor. Normalmente coincidem com eritema acentuada, com ou sem edema ou descamação. Em estadios mais avançados podem ocorrer bolhas e ulceração [88].

Citostáticos como o 5-FU e a Capecitabina estão associadas a este síndrome [88].

b) Síndrome palmar-plantar – como avaliar?

Podemos utilizar a escala definida pela CTCAE, que avalia cada evento adverso numa escala com 5 graus. A escala que avalia o síndrome palmar-plantar contempla 3 graus [66].

	Grau 1	**Grau 2**	**Grau 3**
CTCAE	Alterações cutâneas mínimas ou dermatite (por exemplo, eritema, edema ou hiperqueratose) sem dor	Alterações na pele (por exemplo, descamação, bolhas, sangramento, fissuras, edema ou hiperqueratose) com dor; limita as atividades de vida diária	Alterações cutâneas graves (por exemplo, descamação, bolhas, sangramento, fissuras, edema ou hiperqueratose) com dor; limita as atividades de vida diária de autocuidado

b) Síndrome palmar-plantar – como atuar?
- Evitar stress/trauma mecânico como fricção, pressão ou calçado apertado [88]; - Evitar a exposição a altas temperaturas durante a administração (por exemplo, tomar banho com água quente, fazer exercício físico vigoroso, usar roupas e sapatos apertados) [88]; - Manter uma boa higiene com visitas regulares ao podólogo em caso de calosidades [88]; - Encaminhar para o dermatologista para tratamento de condições dermatológicas pré-existentes [88]; - Hidratar com cremes à base de ureia 3x/dia (evitar fricção excessiva) [88]; - Hipotermia local no momento da administração [88]; - Em caso de dor: analgésicos ou anestésicos tópicos [88]; - Em caso de inflamação: corticoides de elevada potência [88]; - Em caso de erosões: pomadas à base de petróleo/lanolina [88]; - Existe alguma evidência que o dexpantenol é efetivo para profilaxia do síndrome mão-pé em pessoas tratados com Capecitabina [35].

c) Alopécia – o que é?

É um distúrbio caracterizado por um diminuição na densidade do cabelo em comparação com o normal para um determinado indivíduo num determinada idade e localização corporal [66].

A alopécia associada à QT pode ser um impacto emocional e social devastador, podendo inclusive conduzir à interrupção precoce do tratamento para algumas pessoas [75].

Habitualmente é reversível, porém a recuperação das células de queratina do folículo piloso pode levar meses ou anos. Ocasionalmente a alopécia pode ser prolongada e até permanente, especialmente com Docetaxel e, menor grau, com Paclitaxel [75].

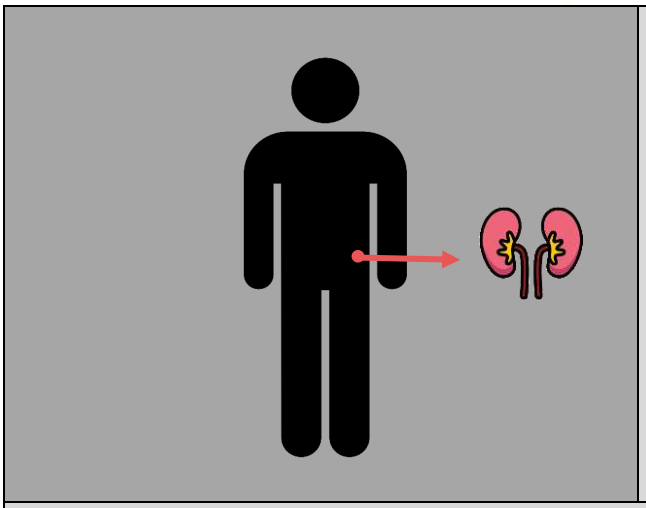
c) Alopécia – como avaliar?

Podemos utilizar a escala definida pela CTCAE, que avalia cada evento adverso numa escala com 5 graus. A escala que avalia a alopécia contempla 2 graus [66].

	Grau 1	Grau 2
CTCAE	Perda de cabelo <50% do normal para aquele indivíduo que não é óbvio à distância, mas apenas após inspeção minuciosa; um estilo de cabelo diferente pode ser necessário para cobrir a perda de cabelo, mas não requer peruca ou aplique de cabelo para camuflar	Perda de cabelo >=50% normal para aquele indivíduo que está evidente para outros; uma peruca ou aplique de cabelo é necessário para camuflar completamente a queda de cabelo; associado ao impacto psicossocial

c) Alopécia – como atuar?
- No caso de a queda ser parcial [74]: ▪ Utilizar uma escova de cabelo macia ou um pente de dentes largos; ▪ Usar champôs suaves, com pH neutro (para bebés) e aplicar um creme amaciador; ▪ Evitar o secador de cabelo muito próximo e a temperaturas altas; ▪ Evitar o uso de lacas, gel, colorações, permanentes e outras técnicas - Quando a alopécia é total [74]: ▪ Ponderar sobre a melhor alternativa: uso de perucas, lenços, gorros, chapéus ou, simplesmente, nada; ▪ Usar protetor solar se andar com o couro cabeludo exposto; ▪ Ter cuidado com os resfriados sempre que o couro cabeludo não esteja protegido: não esquecer que o corpo liberta calor e ¼ desse calor é eliminado a nível da cabeça; ▪ Procurar uma casa especializada se optar pelo uso de peruca e fazê-lo nas 2 primeiras semanas após ter iniciado a quimioterapia (ou antes), de modo a que a escolha e o aconselhamento possam ser melhor orientados tendo em conta o cabelo e penteado originais; ▪ Evitar o uso permanente de peruca para evitar a irritação da pele do couro cabeludo.

3.6. Nefrotoxicidade



a) Nefrotoxicidade – o que é?

Está associada a danos nos rins e pode incluir uma série de efeitos secundários relativamente às suas funções principais: filtração, reabsorção e excreção [72].

A nefrotoxicidade está intimamente relacionada com a administração de QT, sendo que é a principal razão para as pessoas descontinuarem o tratamento, principalmente se associado a RT [72].

Os dois efeitos secundários mais comuns da Cisplatina são a lesão renal aguda e a hipomagnesemia, que afeta até 90% das pessoas com doença oncológica a cumprir cisplatina. A hipomagnesemia acontece devido à incapacidade do rim afetado de absorver magnésio [72].

De facto, a concentração de Cisplatina na urina é de 5 vezes superior à sua concentração no sangue, afetando assim o transporte de água e iões [89].

a) Nefrotoxicidade – como atuar?

- Está recomendada como estratégia preventiva da nefrotoxicidade eficaz a infusão de solução salina isotónica e a reposição eletrolítica – 1-2L de soro fisiológico a 0,9% durante 8 a 12h antes da Cisplatina, seguida de hidratação oral para manter diurese adequada [89].
- A eficácia dos diuréticos osmóticos, em especial o manitol, na prevenção da nefrotoxicidade permanece incerta [89].
- Tratamentos adicionais incluem antieméticos para prevenir a perda de líquidos devido a vômitos, magnésio e outros suplementos [72].

3.7. Fadiga

a) Fadiga – o que é?

É um transtorno caracterizado por um estado de fraqueza generalizada com uma incapacidade pronunciada de reunir energia suficiente para realizar as atividades diárias [66].

A fadiga foi descrita como uma complicação aguda das pessoas com CCP submetidas a RT, tendo também uma forte associação com a qualidade de vida em geral [90].

Os níveis de fadiga são mais pronunciados até 1 ano após RT radical, retornando aos níveis basais em 5 anos [90].

A fadiga persistente relacionada com a doença oncológica afeta a qualidade de vida porque os indivíduos ficam demasiado cansados para participar nos diferentes papeis sociais e nas atividades que tornam a vida significativa [71].

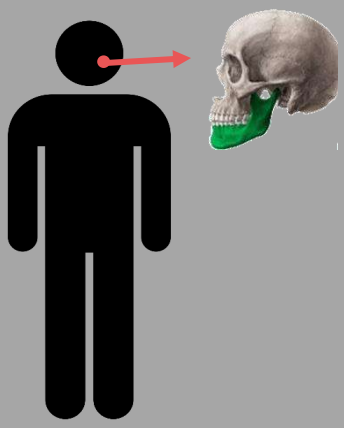
a) Fadiga – como avaliar?

Podemos utilizar a escala definida pela CTCAE, que avalia cada evento adverso numa escala com 5 graus. A escala que avalia a fadiga contempla 3 graus [66]:

	Grau 1	Grau 2	Grau 3
CTCAE	Fadiga aliviada pelo repouso	Fadiga não aliviada pelo repouso; limita as atividades de vida diária	Fadiga não aliviada pelo repouso; limita as atividades de vida diária de autocuidado

a) Fadiga – como atuar?
- Educação para a saúde sobre como identificar os padrões de fadiga durante e após o tratamento: monitorizar os níveis de fadiga e priorizar a energia disponível (estabelecer prioridades, planear as atividades de forma pausada, agendar as atividades para períodos do dia onde haja picos de energia) [71]; - Manter níveis adequados de atividade física – dar a conhecer os recursos disponíveis na comunidade [71]; - Considerar intervenções psicossociais como: terapia comportamental, *mindfulness*, terapias educativas, acupuntura, massagens, entre outras [71].

3.8. Osteonecrose mandibular



a) Osteonecrose mandibular – o que é?

A osteonecrose mandibular é definida como um processo necrótico no osso resultante de a elevada dose de RT e que persiste por 3 meses ou mais, piora lentamente e não cicatriza espontaneamente [22].

A xerostomia e o trismus são conhecidos fatores de risco pelo fato de impactarem negativamente a saúde oral, promovendo o aparecimento de cáries [22].

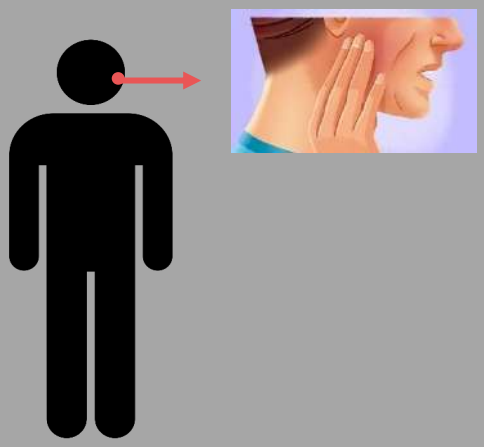
Normalmente é uma complicação dolorosa, podendo apresentar drenagem de conteúdo purulento, por vezes, até formação de fístula [22].

Vários fatores podem ser considerados de risco para o aparecimento das osteonecrose, nomeadamente, uma pobre higiene oral, doença periodontal, tabagismo e consumo de álcool [83].

a) Osteonecrose mandibular – como atuar?

- Medidas não invasivas como a otimização da higiene oral e a cobertura antibiótica [22];
- Desbridamento de todo o tecido necrótico e excisão cirúrgica de todo o material afetado [83];
- A utilização de câmara hiperbárica de oxigénio potencia a cura através da estimulação da angiogénese, epitelização, proliferação osteoblástica, síntese de colagénio e tem ainda propriedade antibacterianas [22].
- O benefício máximo é obtido através da combinação de diversas estratégias terapêuticas de acordo com os diferentes alvos da cadeira fisiopatológica da osteonecrose [22].

3.9. Trismus



a) Trismus – o que é?

É um distúrbio caracterizado pela falta de capacidade de abrir totalmente a boca devido à diminuição da amplitude dos músculos da mastigação [66].

O trismus associado à RT advém das alterações fibróticas que a radiação provoca nas estruturas da mastigação, nomeadamente nos músculos masséter e pterigóideo, na sua inervação neural e degeneração da articulação temporomandibular [22].

A prevalência do trismus depende principalmente do local e tamanho do tumor, sendo maior em pessoas com tumores próximos do aparelho mastigatório [22].

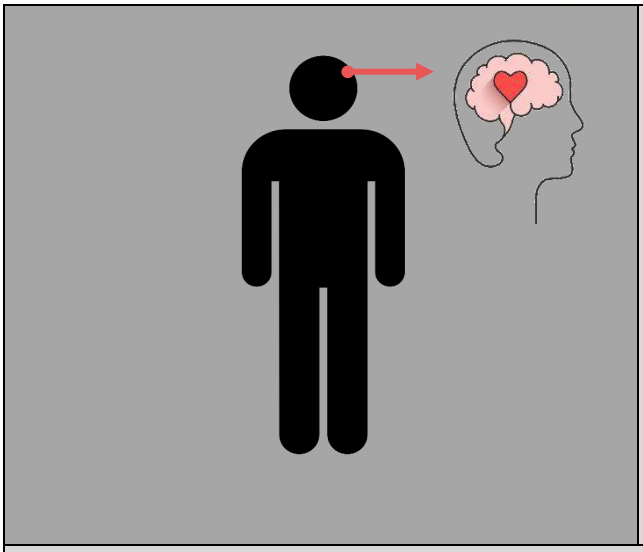
a) Trismus – como avaliar?

Podemos utilizar a escala definida pela CTCAE, que avalia cada evento adverso numa escala com 5 graus. A escala que avalia o trismus contempla 3 graus [66]:

	Grau 1	Grau 2	Grau 3
CTCAE	Amplitude de movimento diminuída sem alteração da alimentação	Amplitude de movimento diminuída com necessidade de alimentos macios ou purés	Amplitude de movimento diminuída com incapacidade de alimentação e hidratação por via oral adequadas

a) Trismus – como atuar?
- Exercícios e dispositivos que permitam o alongamento com o objetivo de aumentar a amplitude de abertura da boca, fortalecendo a musculatura, melhorando a mobilidade, flexibilidade e elasticidade da articulação temporomandibular [22] - imitar o movimento de mascar pastilha elástica, imitar o movimento de "beijo para o ar", sorrir, abrir e fechar uma mola colocada entre os lábios; - Lâminas da língua e alongamento suave [67]; - Dispositivos de abertura bocal [67].

3.10. Implicações na saúde mental



a) Implicações na saúde mental

É conhecido que as pessoas com CCP sofrem com maior frequência de alterações na sua saúde mental e *distress* psicológico quando comparado com outros doentes oncológicos [25]. De facto, também os tratamentos a que são sujeitas tem um papel significativo nesse âmbito por impactarem no seu bem-estar.

Assim, o desafio que os enfermeiros têm presente para esta população está não só relacionado com efeitos secundários físicos, como os psicossociais, que também necessitam de ser identificados e respondidos através de diferentes formas de comunicação e aconselhamento [91].

a) Implicações na saúde mental – como avaliar?

Existem várias escalas para avaliar diferentes aspetos da saúde mental da pessoa com doença oncológica, porém uma de fácil e rápida aplicação é o termómetro do *distress* [92].

É uma ferramenta que é preenchida pelo próprio, onde circula no termómetro indicado o valor de 0 a 10 que melhor descreve o nível de *distress* que a pessoa sentiu na semana passada, incluindo o dia em que se encontra a preencher o termómetro [92].

De seguida, apresenta ainda uma lista de 42 possíveis preocupações agrupadas em preocupações físicas, preocupações emocionais, preocupações sociais, preocupações práticas e preocupações espirituais e religiosas. Tem ainda um campo em aberto para a pessoa identificar outras preocupações para além das explanadas [92].

Esta ferramenta permite, após o seu preenchimento, a exploração por pate do profissional de saúde das áreas que são consideradas problemáticas pela pessoa afetada, de forma a identificar quais as melhores estratégias de *coping* [92].

a) Implicações na saúde mental – como atuar?

- Avaliar fatores que impactam a saúde mental e podem ser tratáveis como a dor, alterações do padrão de sono, fadiga, comorbilidades tóxicas, metabólicas, endócrinas ou outras e uso/abuso de substâncias [67];
- Garantir que os sintomas de preocupação, stress, medo de recorrência, ansiedade e depressão são problemas comuns entre os sobreviventes oncológicos e que podem ser tratados [67];
- Fornecer apoio e educação para a saúde à pessoa/família sobre as fases normais de recuperação após o tratamento, stress, angústias e medos comuns e estratégias para gerir incertezas e *distress* [67];
- Fornecer recursos para redes de apoio social e necessidades sociais, emocionais, espirituais, intimidade e problemas práticos específicos, incluindo programas online e aplicações para telemóvel. Referenciar para assistente social sempre que se revele necessário [67];
- Desenvolver um plano de atividade física regular e nutrição saudável [67];
- Fornecer apoio instrumental [93]:
    - Antes dos tratamentos: após o diagnóstico, as pessoas necessitam de informação detalhada sobre o pronóstico, tratamentos, possíveis efeitos secundários e de longo termo, recuperação/reabilitação;
    - Durante os tratamentos: as pessoas com CCP esperam apoio da equipa multidisciplinar no sentido da monitorização do seu tratamento e recuperação. Nesta fase, muitos deles podem sentir dificuldades em envolver-se na tomada de decisão partilhada por se encontrarem exaustos;
    - Após os tratamento: as pessoas esperam receber informação a propósito das consequências da doença e dos tratamentos, considerando as consultas de enfermagem como uma importante ferramenta para personalizar a informação e cuidados às suas necessidades específicas.
- Fornecer apoio psicossocial [93]:
    - Antes dos tratamentos: as pessoas valorizam que os profissionais de saúde os motivem a aderir ao seu plano de tratamento e a não desistir.

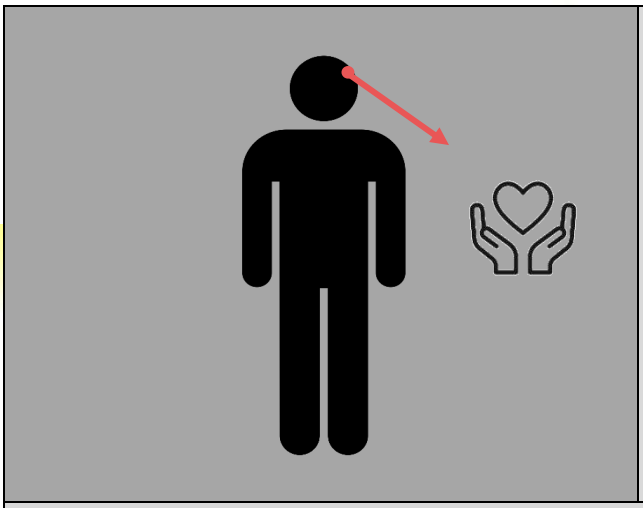
Sentir que são ouvidos e que podem expressar as suas preocupações e sentimentos é importante nesta fase;

- Durante os tratamentos: as pessoas valorizam que os profissionais de saúde os ajudem a construir autoconfiança para se manterem motivados;
- Após os tratamentos: é importante para as pessoas sentirem que os profissionais de saúde compreendem a jornada pela qual eles estão a passar. Importa ajudar a lidar com a ansiedade e stress que possam estar a sentir através do humor, reforço positivo e encorajamento para a conquista de medos.

- Fornecer apoio relacional [93]:
  - Durante e após os tratamentos: as pessoas valorizam uma relação de proximidade e parceria com a equipa multidisciplinar. Uns preferem tomar decisões baseadas na sua própria experiência, enquanto outros preferem ser orientados pelos profissionais de saúde.

3.9. Implicações na saúde sexual

-



a) Implicações na saúde sexual

Muitas pessoas com CCP reportam problemas sexuais, verificando-se algumas diferenças entre homens e mulheres [94]. Os homens reportam maioritariamente alterações na função erétil, orgasmo, satisfação com a relação sexual e satisfação geral, enquanto as mulheres relatam alterações no desejo, excitação e orgasmo [94].

A verdade é que muitos são fatores que podem estar na base de alterações na saúde sexual, nomeadamente, alterações funcionais e estéticas secundárias à cirurgia, alterações cutâneas e xerostomia associadas à RT e alterações no sistemas nervoso central e produção de hormonas relacionadas com a QT [94].

Também as alterações dos sentidos e expressões faciais causadas tanto pela doença como pelo tratamento afetam criticamente as experiências de sexualidade desta população [95].

Os profissionais de saúde necessitam, assim, de valorizar e aceitar todas as preocupações relacionadas com a sexualidade das pessoas de quem cuidam. O enfermeiro oncológico é a pessoa ideal para abordar as questões da sexualidade nas diversas dimensões, na medida em que a sua prática está ancorada numa avaliação holística da pessoa, que pode facilitar as questões subjetivas que esta temática exige [95].

a) Implicações na saúde sexual – como atuar?
- O modelo PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy) é um instrumento que pode ajudar os profissionais de saúde a utilizar perguntas abertas de forma a discutir problemas relacionados com a intimidade e com sexo [95]; - As equipas de saúde necessitam de formação de modo a aumentar a sua confiança e disposição para incluir esta temática na prática clínica diária [95]; - É fundamental incentivar a discussão aberta sobre a temática da sexualidade, de maneira a permitir que as pessoas possam revelar as suas preocupações [95]; - Indicar a utilização de produtos adequados que ajudem a estimular o olfato e o paladar (gel corporal ou lubrificante com sabor) [96]; - Ensinar sobre os benefícios dos bochechos prescritos [96]; - Indicar a utilização de pastilhas ou rebuçados, sem adição de açúcar, para utilizar previamente antes de estar com o parceiro [96]; - Instruir para a ingestão de pequenos goles de água antes e durante o contacto íntimo (no caso da xerostomia) [96]; - Indicar a utilização de saliva artificial para humedecer a boca (no caso da xerostomia) [96]; - Instruir a pessoa e casal a serem cuidadosos nas carícias na região irradiada (no caso de Radiodermite I) ou privarem-se de carícias (no caso de Radiodermite II/III) [96]; - Sugerir que previamente à atividade sexual seja avaliada a condição do penso e sua possível realização ou reforço [96]; - Incentivar o casal para privilegiar o toque [96]; - Instruir o casal para a utilização de acessórios sexuais para enriquecer e complementar a estimulação [96].

4

Registos de enfermagem

Os registos de Enfermagem são fundamentais, pois garantem a continuidade de cuidados, permitem uma monitorização dos resultados de saúde obtidos e funcionam também como um veículo de comunicação entre diferentes elementos da equipa multidisciplinar [97].

Atualmente, recorre-se à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como linguagem padronizada dos registos de enfermagem eletrónicos, o que nos permite formular diagnósticos de enfermagem [98].

A versão mais atualizada da CIPE está ancorada num modelo de 7 eixos, designadamente: foco – área de atenção relevante para a enfermagem; juízo – opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem; recursos – forma ou método de concretizar uma intervenção; ação – processo intencional aplicado a/ou desempenhado por um cliente; tempo – o período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência; localização – orientação anatómica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção e cliente – sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção [98].

Assim, neste capítulo, é possível encontrar um conjunto de focos de atenção, status e intervenções sugeridas que espelham aqueles que são alguns dos diagnósticos de enfermagem mais utilizados na promoção do autocuidado das pessoas com CCP sob tratamento.

Os focos de atenção explanados são os seguintes: membrana mucosa (mucosite); comportamento de adesão (regime terapêutico); náusea; vómito; autocuidado ostomia respiratória; autocuidado ostomia de alimentação; ferida (radiodermite); e conhecimento (estratégias de educação para a saúde).

O objetivo do quadro-resumo que se segue é facilitar a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nesta população.

	Foco de Atenção	Status		Intervenções Sugeridas
MUCOSITE	Membrana Mucosa	Avaliar membrana mucosa (selecionar a mucosa – boca): ▪ Com manchas esbranquiçadas (Sim/Não). ▪ com manchas avermelhadas (Sim/Não). ▪ Com placas esbranquiçadas (Sim/Não). ▪ Hidratação (húmida/seca)	Membrana Mucosa Comprometida	Assistir no autocuidado: higiene da boca. Avaliar membrana mucosa: ▪ Baixo risco de desenvolver mucosite oral. ▪ Moderado risco de desenvolver mucosite oral. ▪ Alto risco de desenvolver mucosite oral. Ensinar sobre hidratação da mucosa. Ensinar sobre higiene oral. Ensinar sobre ingestão de líquidos. Gerir ingestão de líquidos. Incentivar cessação do uso de álcool. Incentivar cessação do uso de tabaco. Instruir higiene oral. Interromper a ingestão de alimentos. Lavar a boca. Vigiar cavidade oral: 1. Escala de toxicidade oral (OMS)- Grau 0 - Sem lesão. 2. Escala de toxicidade oral (OMS)- Grau 1 - Eritema; sensação de dor/desconforto; ausência de úlceras. 3. Escala de toxicidade oral (OMS)- Grau 2 - Eritema; úlceras e ingere sólidos. 4. Escala de toxicidade oral (OMS)- Grau 3 - Úlceras; requer dieta líquida. 5. Escala de toxicidade oral (OMS)- Grau 4 - Alimentação via oral não é possível. 6. Radiomucosite oral Grau I (eritema puntiforme; dor ligeira), segundo a RTOG (Radiation Therapy Oncology Group). 7. Radiomucosite oral Grau II (mucosite em placas; dor moderada), segundo a RTOG (Radiation Therapy Oncology Group).

				8. Radiomucosite oral Grau III (mucosite fibrinosa; dor intensa), segundo a RTOG (Radiation Therapy Oncology Group). 9. Radiomucosite oral Grau IV (ulceração; hemorragia e necrose), segundo a RTOG (Radiation Therapy Oncology Group). Vigiar refeição.
ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO/ MEDICAMENTOSO	Comportamento de Adesão	Avaliar adesão ao regime dietético Avaliar adesão ao regime medicamentoso Avaliar adesão ao regime terapêutico Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão	Não adesão Adesão Baixa adesão	<u>Adesão presente:</u> Avaliar adesão ao regime terapêutico. <u>Adesão ausente:</u> Avaliar adesão ao regime terapêutico. Encorajar tomada de decisão para comportamento. Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutica. Ensinar sobre comportamento de adesão. Incentivar adesão ao regime terapêutico. Incentivar comportamento de adesão. Incentivar iniciativa. Incentivar relação dinâmica com pessoas. com gestão do regime terapêutico eficaz. Negociar adesão ao regime terapêutico. Negociar um contrato de saúde. Orientar para o serviço de saúde. Promover consciencialização. Supervisionar a autoadministração de medicamentos.
NÁUSEA	Náusea	Avaliar náusea (avaliar presença e características da náusea)	Náusea Presente	<u>Náusea:</u> Avaliar náusea. Gerir dieta. Gerir regime medicamentoso. Interromper a ingestão de alimentos. Negociar com a pessoa a dieta. Planear a dieta. Providenciar a dieta.

		Avaliar conhecimento sobre prevenção de náusea (avaliar conhecimento sobre processo patológico, dieta e regime medicamentoso)	Náusea Ausente Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de náusea: Conhecimento sobre prevenção de náusea	Restringir ingestão de líquidos. <u>Sem náusea:</u> Avaliar náusea. <u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de náusea:</u> Avaliar conhecimento sobre prevenção de náusea. Ensinar sobre dieta. Ensinar sobre estratégias não farmacológicas. Ensinar sobre náusea. Ensinar sobre prevenção da náusea. Ensinar sobre regime medicamentoso. <u>Conhecimento sobre prevenção de náusea:</u> Avaliar conhecimento sobre prevenção de náusea.
VÓMITO	Vómito	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do vómito. Avaliar conhecimento sobre prevenção do vómito. Avaliar potencial para melhorar o conhecimento. Avaliar vómito (Quantidade: sem vómito; insignificante; moderada; abundante). Características: alimentar; biliar; fecaloide; aquoso; sangue digerido; sangue vivo).	Vómito, presente Vómito, ausente	Avaliar vómito. Ensinar sobre medicamentos. Ensinar sobre vómito. Executar técnica de posicionamento preventiva da aspiração. Inserir sonda gástrica. Interromper a ingestão de alimentos. Monitorizar vómito. Planear dieta. Planear ingestão de líquidos. Referir para o serviço de nutrição. Referir para o serviço médico. Vigiar conteúdo gástrico. Vigiar refeição. Vigiar reflexo de vómito. Avaliar vómito.

OSTOMIA RESPIRATÓRIA	Autocuidado	Avaliar autocuidado da ostomia respiratória: 1- Necessita de ajuda de pessoa. 2- Dependente, não participa. 3- Necessita de ajuda de equipamento. 4- Completamente independente.	Autocuidado da ostomia respiratória, dependente	Assistir na troca da cânula de traqueostomia. Assistir no autocuidado ao estoma. Avaliar autocuidado da ostomia respiratória. Ensinar sobre dispositivos de traqueostomia. <u>Ensinar sobre ostomia respiratória:</u> 1. Conceito 2. Finalidade 3. Localização anatómica 4. Funcionamento 5. Direitos da pessoa ostomizada Incentivar o autocuidado ao estoma. Otimizar cânula de traqueostomia. <u>Otimizar ostomia respiratória:</u> 1. Humidificação 2. Filtração 3. Eliminação de secreções 4. Tosse assistida 5. Dilatação de estenose 6. Tratamento de hipergranulação Referir para a equipa de gestão de altas. Remover cânula de traqueostomia. Requerer serviço de enfermagem. Requerer serviço domiciliário. Requerer serviço médico. Requerer serviço social. Trocar cânula de traqueostomia. Trocar cânula de traqueostomia externa. Trocar cânula de traqueostomia interna. Vigiar adaptação à traqueostomia. Vigiar estoma. Vigiar pele periférica ao estoma.
			Autocuidado da ostomia respiratória, não dependente	Avaliar autocuidado da ostomia respiratória. Providenciar dispositivos. Vigiar adaptação à traqueostomia. Vigiar estoma. Vigiar pele periférica ao estoma.

OSTOMIAS DE ALIMENTAÇÃO	Autocuidado	Avaliar autocuidado da ostomia de alimentação 5- Necessita de ajuda de pessoa. 6- Dependente, não participa. 7- Necessita de ajuda de equipamento. 8- Completamente independente.	Autocuidado da ostomia alimentação, dependente	Alimentar através de estoma. Alimentar através de sonda. Assistir no alimentar através do estoma. Assistir no alimentar-se através de sonda. Assistir no autocuidado ao estoma. Avaliar autocuidado da ostomia de alimentação. <u>Ensinar sobre complicações da pele:</u> 1. Maceração 2. Eritema 3. Escoriação 4. Zona de pressão 5. Úlcera Ensinar sobre complicações do estoma. Ensinar sobre dieta. Ensinar sobre medidas de segurança com dispositivos. Executar tratamento ao local de inserção do dispositivo. Instruir a alimentar-se com dispositivo. Instruir sobre tubo / sonda / cânula. <u>Otimizar ostomia de alimentação:</u> 1. Dilatação de estenose 2. Tratamento de hipergranulação 3. Tratamento de mucosite Planear dieta. Providenciar dispositivos para alimentar-se. Requerer serviço de enfermagem. Requerer serviço de nutrição. Requerer serviço domiciliário. Requerer serviço médico. Requerer serviço social. Supervisionar o alimentar-se por sonda. Trocar sonda gástrica. Trocar sonda jejunal. Vigiar estoma. Vigiar pele periférica ao estoma.

			Autocuidado da ostomia alimentação, não dependente	Avaliar autocuidado da ostomia de alimentação. Providenciar dispositivos para alimentar-se. Supervisionar o alimentar-se por sonda. Vigiar estoma. Vigiar pele periférica ao estoma. Vigiar refeição.
RADIODERMITE	Ferida	Ferida – escolher local da radiodermite	Presente	Avaliar ferida. Executar tratamento da ferida: definir tratamento de feridas. Vigiar penso de ferida.
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE QRT	Conhecimento	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento	Sem potencial para melhorar o conhecimento Potencial para melhorar o conhecimento	<u>Sem potencial:</u> Avaliar potencial para melhorar o conhecimento. <u>Com potencial:</u> Avaliar potencial para melhorar o conhecimento. Educar para a saúde (normas). Ensinar sobre comportamentos de adesão (normas). Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde. Ensinar sobre dispositivos (normas). Ensinar sobre doença. Ensinar sobre medicamentos (normas). Ensinar sobre procedimento (normas). Ensinar sobre tratamentos (normas). Providenciar material de leitura.

NORMAS:

<u>Educar para a saúde:</u>

1. Higiene corporal.
2. Higiene das mãos.
3. Higiene oral.
4. Cuidados à pele irradiada.
5. Vestuário/arranjo pessoal.
6. Prevenção de traumatismos e agressões externas.
7. Alimentação.

8. Hidratação.
9. Reforço hídrico.
10. Deambulação periódica e diária.
11. Ingestão de alimentos com fibras.
12. Ingestão de alimentos ricos em proteínas.
13. Vigilância do peso.
14. Vigilância de sinais e sintomas de infeção.
15. Reconhecimento de sinais e sintomas de disfunção do (s) dispositivo (s).
16. Ajustamentos nas atividades sociais / profissionais.
17. Referenciais e contactos para aconselhamento e suporte.
18. Restrição hídrica.
19. Ingestão de alimentos pobres em resíduos.
20. Sexualidade.
21. Gestão dos efeitos secundários.
22. Cuidados com a confeção e conservação dos alimentos.
23. Exercício periódico e diário.
24. Deteção precoce de complicações.
25. Evitar perigos para outrem.
26. Dieta polifracionada.
27. Reconhecimento de sinais e sintomas de alerta.
28. Dieta na situação de neutropenia.
29. Dieta na situação de doença renal.
30. Sono e Repouso.
31. Eliminação urinária.
32. Eliminação intestinal.
35. Recomendações após a alta.
36. Medidas de prevenção e controlo da transmissão da COVID-19.

<u>Ensinar sobre comportamentos de adesão:</u>

1. Regime terapêutico.
2. Comportamentos que previnem, minimizam ou aliviam efeitos secundários do (s) tratamento(s).
3. Comportamentos de gestão dos efeitos secundários devido à radioterapia.
4. Comportamentos que diminuem a incidência de lesões por radiação (radiodermites).
5. Comportamentos de gestão dos efeitos secundários à quimioterapia.
6. Comportamentos dirigidos à prevenção de infeção.
7. Comportamentos que agilizam a articulação com outros serviços.
8. Comportamentos que promovem a continuidade de cuidados.
9. Reconhecimento precoce de situações de alarme que exigem vinda ao hospital.
10. Comportamentos que visam prevenir traumatismos, agressões ou perigos para o(a) próprio(a).
11. Comportamentos que visam prevenir perigos para outrem.
12. Comportamentos que promovem a toma apropriada de medicação.
13. Comportamentos que promovem conforto físico, psíquico e bem-estar.
14. Planeamento de atividades de acordo com o nível de energia.
15. Promoção de momentos de descanso.
16. Otimização do (s) dispositivo(s) de que é portador (a).
17. Consultas de seguimento.
18. Recursos para aconselhamento e suporte.

Ensinar sobre dispositivos:

1. Algaliação: anatomia simples do trato urinário, cateter urinário, posição do cateter na bexiga, estabilização do cateter, suporte e posicionamento do saco, manutenção do sistema de algaliação fechado, despejo do saco.
2. Mobilização com dispositivos.
3. Deambulação com dispositivos.
4. Reconhecimento de sinais e sintomas de obstrução.
5. Prevenção de oclusão do sistema de drenagem.
6. Prevenção da saída acidental do dispositivo(s).
7. Esclarecimento de questões, dúvidas colocadas pelo(a) doente.
8. Cuidados a ter com o(s) dispositivo(s) após a alta.
9. Adaptações no vestuário durante o uso de dispositivo(s).
10. Critérios de seleção do(s) dispositivo(s).
11. Colocação do(s) dispositivo(s), objetivos, procedimentos inerentes, colaboração requerida.
12. Substituição d(s) dispositivo(s).
13. Aquisição de dispositivo(s).
14. Referenciais e contactos para aconselhamento e suporte.
15. Disponibilização de material de leitura sobre dispositivo(s).
16. Cuidados a ter com o(s) dispositivo(s) para o(s) otimizar.
17. Problemas comuns associados à presença do(s) dispositivo(s) e atuação perante os mesmos.
18. Procedimentos inerentes à colocação do(s) dispositivo(s), preparação prévia, colaboração requerida.
19. Substituição do(s) dispositivo(s), quando, onde, porquê.
20. Higiene pessoal com a presença de dispositivo(s).
21. Esvaziamento do saco de drenagem antes de ir para o duche, antes da mobilização, antes do transporte.
22. Dispositivo infusor portátil.
23. Cateter venoso central.
24. Cateter venoso central (tunelizado).
25. Cateter venoso central (com reservatório subcutâneo).
31. Disponibilização de material para tratamento ao local de inserção do CVC em casa.
32. Reconhecimento de sinais e sintomas de infeção
33. Reconhecimento de sinais e sintomas de hemorragia.
34. Tratamento ao local de inserção do CVC.
35. Prevenção de infeção no local de inserção do cateter.

Ensinar sobre medicamentos:

1. Pré-medicação.
3. Medicação prescrita para o período após a alta.
4. Locais/apoios para aquisição da medicação
5. Quimioterapia oral.
6. Medicação administrada através de dispositivo infusor portátil.
10. Indicações.
11. Via (s) de administração.
12. Posologia / esquema de administração.
13. Interações.
14. Efeitos secundários.

Ensinar sobre procedimento:

1. Algaliação: Indicação, duração prevista, anatomia simples do trato urinário, posição do cateter na bexiga, problemas comuns, Inserção do cateter, Manutenção do sistema de algaliação fechado, despejo do saco drenagem, substituição e remoção do cateter.
2. Monitorização diária da necessidade de manter algaliação.
3. Transfusional.
4. Cateterismo venoso central.
5. Cateterismo venoso periférico.
6. Administração de quimioterapia.
7. Radioterapia.
8. Braquiterapia.
9. Cateterismo epidural.
10. Cateterismo subcutâneo.
11. Entubação nasogástrica: drenagem gástrica.
12. Balanço hídrico.
13. Diurese.
14. Entubação nasogástrica: gavagem.
15. Entubação nasoentérica.
16. Citaferese.
17. Eritrocitaferese.
18. Flebotomia terapêutica.
19. Hemoculturas.
20. Inaloterapia.
21. Aerossolterapia.
22. Atmosfera húmida.
23. Oxigenoterapia.
24. Toracentese.
25. Drenagem torácica.
26. Plasmaferese terapêutica.
27. Profilaxia mecânica tromboembolismo.
28. Protocolo de hipocoagulação.
29. Punção lombar.
30. Sedação.
31. Sinais vitais.
33. Isolamento protetor.
34. Isolamento por infeção.
35. Lavagem gástrica.
36. Leucaferese terapêutica.
37. Lavagem vesical.
38. Monitorização glicémia capilar.
39. Monitorização parâmetros na urina.
40. Cessação tabágica.

Ensinar sobre tratamentos:

2. Radioterapia: natureza, objetivos, modo de administração.
3. Quimioterapia: conceito, objetivos, modo de administração.
4. Plano de tratamentos previsto, duração, periodicidade.

5. Plano de consultas de enfermagem previsto.
7. Apresentação da unidade/serviço, normas, profissionais.
8. Efeitos secundários esperados/reação individual ao tratamento.
9. Natureza do tratamento, objetivos, procedimentos inerentes, duração, periodicidade, plano de vigilância, colaboração requerida.
10. Dispositivo (s) médico (s) requeridos, objetivos, procedimentos inerentes, colaboração requerida.
11. Analgésicos tópicos.
12. Protetores de mucosa.
13. Esquema (s) analgésico (s).
14. Cessação tabágica.
15. Bochechos.
16. Cessação alcoólica.
17. O/a utente/família descreve como o tratamento funciona.
18. O/a utente/família descreve o esquema de tratamento prescrito e os efeitos secundários esperados.
19. O/a utente/família descreve os procedimentos a realizar em casa antes do tratamento.
20. O/a utente /família descreve os procedimentos e rotinas associados ao tratamento, no hospital.
21. O/a utente descreve as medidas de autocuidado para minimizar os efeitos secundários.
22. O/a utente descreve a lista de indicações para contactar a Unidade ou "Urgência" (febre, incapacidade para tomar líquidos, perda acentuada de peso diária, perdas de sangue ou hemorragia, vómitos persistentes, diarreia persistente, dispneia, boca dolorosa...).
23. O/a utente descreve como contactar a Unidade ou "Urgência" durante as horas normais de funcionamento, fins-de-semana e feriados.
24. O/a utente demonstra que mobiliza os recursos apropriados (Parecer bem, sentir-se bem...).

Considerações Finais

Este guia orientador reúne aquilo que são as recomendações para a prática de enfermagem baseada na evidência científica a propósito da promoção do autocuidado da pessoa com CCP a cumprir tratamento.

Nele estão explicitadas aquelas que são as principais necessidades de autocuidado desta população, com especial enfoque na gestão das múltiplas toxicidades que os tratamentos como a QT, Imunoterapia e RT podem acarretar.

Aborda toxicidades e alterações de diferentes âmbitos, como por exemplo, toxicidade gastrointestinal, alterações cognitivas, xerostomia, todas elas fundamentais de serem avaliadas para se conseguir delinear uma intervenção centrada na pessoa com CCP.

Inclui também informação detalhada dos principais protocolos de QT/Imunoterapia utilizados no tratamento desta população, de forma a potenciar uma prática de enfermagem segura.

Assim, pretende ser uma ferramenta útil para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem prestados a estas pessoas por conseguir estabelecer a ponte entre o conhecimento teórico e a realidade da prática clínica diária que vivenciamos no serviço.

Para além disso, pretende facilitar e sistematizar o acolhimento realizado pela equipa de enfermagem a esta população.

Fruto da constante evolução dos conhecimentos na área da oncologia, este guia terá de ser atualizado futuramente.

Referências Bibliográficas

1. Ordem dos Enfermeiros (2013). *Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* Autor.
2. Estêvão, R., Santos, T., Ferreira, A., Machado, A., Fernandes, J., & Monteiro, E. (2016). Características Epidemiológicas e Demográficas dos Doentes Portadores de Tumores da Cabeça e Pescoço no Norte de Portugal: Impacto na Sobrevivência. *Acta medica portuguesa*, 29(10), 597–604. https://doi.org/10.20344/amp.7003
3. Dhull, A. K., Atri, R., Dhankhar, R., Chauhan, A. K., & Kaushal, V. (2018). Major Risk Factors in Head and Neck Cancer: A Retrospective Analysis of 12-Year Experiences. *World journal of oncology*, 9(3), 80–84. https://doi.org/10.14740/wjon1104w
4. Aupérin, A. (2020). Epidemiology of head and neck cancers: an update. *Current opinion in oncology*, 32(3), 178–186. https://doi.org/10.1097/CCO.0000000000000629
5. The Global Cancer Observatory (2021). *Facts Sheets Portugal*. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf
6. National Cancer Institute (2022, julho 8). *Head and Neck Cancers.* https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/head-neck-fact-sheet#how-are-head-and-neck-cancers-treated
7. McDermott, J. D., & Bowles, D. W. (2019). Epidemiology of Head and Neck Squamous Cell Carcinomas: Impact on Staging and Prevention Strategies. *Current treatment options in oncology*, 20(5), 43. https://doi.org/10.1007/s11864-019-0650-5
8. Chow L. Q. M. (2020). Head and Neck Cancer. *The New England journal of medicine*, 382(1), 60–72. https://doi.org/10.1056/NEJMra1715715
9. Mody, M. D., Rocco, J. W., Yam, S. S., Haddad, R. I., & Saba, N. (2021). Head and neck cancer. *Lancet*, 398(10318), 2289-2299. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01550-6
10. Direção-Geral de Saúde (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. Autor.
11. National Cancer Institute (2023, abril 28). *Head and Neck Cancers.* https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/head-neck-fact-sheet#how-are-head-and-neck-cancers-treated
12. Mesia, R., Iglesias, L., Lambea, J., Martínez-Trufero, J., Soria, A., Taberna, M., Trigo, J., Chaves, M., García-Castaño, A., & Cruz, J. (2021). SEOM clinical guidelines for the treatment of head and neck cancer (2020). *Clinical & translational oncology: official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*, 23(5), 913–921. https://doi.org/10.1007/s12094-020-02533-1
13. Goyal, N., Day, A., Epstein, J., Goodman, J., Graboyes, E., Jalisi, S., Kiess, A. P., Ku, J. A., Miller, M. C., Panwar, A., Patel, V. A., Sacco, A., Sandulache, V., Williams, A. M., Deschler, D., Farwell, D. G., Nathan, C. A., Fakhry, C., & Agrawal, N. (2022). Head and neck cancer survivorship consensus statement from the American Head and Neck Society. *Laryngoscope investigative otolaryngology*, *7*(1), 70–92. https://doi.org/10.1002/lio2.702
14. Miguel, S., Zamarioli, C. M., de Carvalho, E. C., & Caldeira, S. (2019). The human responses and nursing diagnoses of head and neck cancer patients: literature review and synthesis of evidence. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 19-29. https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5274
15. Schimiguel, J., Cenciarelli, E. A., & Nunes, L. C. (2015). O acolhimento de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. *Saúde em Revista*. 15 (39), 347-57.
16. Costa, P. C. P., Garcia, A. P. R. F., & Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e Cuidado de Enfermagem: um estudo

fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-7. https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014

17. Machado, G. C., Ouro, E. T. R. do, & Santana, F. P. G. de. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA. *Revista Brasileira De Saúde Funcional*, 3(2), 33-45. https://doi.org/10.25194/rebrasf.v3i2.696
18. Brennan, K., Hall, S., Yoo, J., Rohland, S., Theurer, J., & Peng, P. (2022). Routine follow-up care for head and neck cancer after curative treatment: A 3-year experience of measuring patients' self-reported needs, preferences, quality of life and attitudes towards follow-up. *European journal of cancer care*, 31(3), e13581. https://doi.org/10.1111/ecc.13581
19. Simo, R., Homer, J., Clarke, P., Mackenzie, K., Paleri, V., Pracy, P., & Roland, N. (2016). Follow-up after treatment for head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of laryngology and otology*, 130(S2), S208–S211. https://doi.org/10.1017/S0022215116000645
20. Szturz, P., Van Laer, C., Simon, C., Van Gestel, D., Bourhis, J., & Vermorken, J. B. (2020). Follow-Up of Head and Neck Cancer Survivors: Tipping the Balance of Intensity. *Frontiers in oncology*, 10, 688. https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00688
21. Brierley, J. D., Gospodarowicz, M. K. & Wittekind, C. (2016). *TNM Classification of Malignant Tumours* (8a edição). Wiley-Blackwell
22. Strojan, P., Hutcheson, K. A., Eisbruch, A., Beitler, J. J., Langendijk, J. A., Lee, A. W. M., Corry, J., Mendenhall, W. M., Smee, R., Rinaldo, A., & Ferlito, A. (2017). Treatment of late sequelae after radiotherapy for head and neck cancer. *Cancer treatment reviews*, 59, 79–92. https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2017.07.003
23. Cherifi, F., Villemin, M., Bisiaux, F., Johnson, A., Solem Laviec, H., & Rambeau, A. (2022). Impact of Early Supportive Care Assessment on treatment decision in head and neck cancer before concomitant chemoradiotherapy. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *30*(8), 6545–6553. https://doi.org/10.1007/s00520-022-07078-3
24. Sacharian, K. (2021). Nursing Considerations for Head and Neck Cancer Survivorship. *Oncology Nursing Society Voice*. 32-33.
25. Taberna, M., Gil Moncayo, F., Jané-Salas, E., Antonio, M., Arribas, L., Vilajosana, E., Peralvez Torres, E., & Mesía, R. (2020). The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Frontiers in oncology*, 10, 85. https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00085
26. Saroa, O., Molzahn, A. E., Northcott, H. C., Schmidt, K., Ghosh, S., & Olson, K. (2018). A Survey of Information Needs and Preferences of Patients With Head and Neck Cancer. *Oncology nursing forum*, 45(6), 761–774. https://doi.org/10.1188/18.ONF.761-774
27. Chemocare (2023, janeiro 25). Cisplatin. https://chemocare.com/chemotherapy/drug-info/cisplatin.aspx
28. Ghosh S. (2019). Cisplatin: The first metal based anticancer drug. *Bioorganic chemistry*, *88*, 102925. https://doi.org/10.1016/j.bioorg.2019.102925
29. Tchounwou, P. B., Dasari, S., Noubissi, F. K., Ray, P., & Kumar, S. (2021). Advances in Our Understanding of the Molecular Mechanisms of Action of Cisplatin in Cancer Therapy. *Journal of experimental pharmacology*, 13, 303–328. https://doi.org/10.2147/JEP.S267383
30. Chemocare (2023, janeiro 25). Carboplatin. https://chemocare.com/chemotherapy/drug-info/carboplatin.aspx
31. Fernandes, A. R. S. (2020). *Estudo clínico da avaliação de nefrotoxicidade com o uso da cisplatina, carboplatina e oxaliplatina*. [Tese de Mestrado, Fundação António Prudente São Paulo]. https://accamargo.phlnet.com.br/MESTRADO/2020/ARSFernandes/ARSFernandes.pdf

32. Xiang, M., Colevas, A. D., Holsinger, F. C., Le, Q. X., & Beadle, B. M. (2019). Survival After Definitive Chemoradiotherapy With Concurrent Cisplatin or Carboplatin for Head and Neck Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 17(9), 1065–1073. https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.7297

33. Kumar, A., Patel, N. K., & Patel, L. M. (2019). Carboplatin and paclitaxel as induction chemotherapy in locally advanced head and neck cancer patients. *IOSR J Dent Med Sci (IOSR-JDMS)*,18(2), 17-21.

34. Chemocare (2023, janeiro 25). Capecitabine. https://chemocare.com/chemotherapy/drug-info/capecitabine.aspx

35. Mireștean, C. C., Iancu, R. I., & Iancu, D. P. T. (2022). Capecitabine—A "Permanent Mission" in Head and Neck Cancers "War Council"? *Journal of Clinical Medicine*, 11(19), 5582. https://doi.org/10.3390/jcm11195582

36. INFARMED (2020). Circular Informativa Nº 072/CD/550.20.001 de 18/03/2020 sobre *Fluorouracilo, capecitabina, tegafur e flucitosina - novas recomendações de segurança*. https://www.infarmed.pt/web/infarmed/profissionais-de-saude/-/journal_content/56/15786/3588548

37. Silva, M. C. & Buttow, N. C. (2022). 5-Fluorouracil: uma revisão de literatura. *Arquivos do Mudi*, 26(2), 112-25.

38. Agência Europeia do Medicamento (2023, janeiro 25). Resumo das característica do medicamento Xeloda. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/xeloda-epar-product-information_pt.pdf

39. Chemocare (2023, janeiro 25). Fluorouracil. https://chemocare.com/chemotherapy/drug-info/fluorouracil.aspx

40. Sethy, C., & Kundu, C. N. (2021). 5-Fluorouracil (5-FU) resistance and the new strategy to enhance the sensitivity against cancer: Implication of DNA repair inhibition. *Biomedicine & pharmacotherapy = Biomedecine & pharmacotherapie*, 137, 111285. https://doi.org/10.1016/j.biopha.2021.111285

41. Diasio, R. B., & Offer, S. M. (2022). Testing for Dihydropyrimidine Dehydrogenase Deficiency to Individualize 5-Fluorouracil Therapy. *Cancers*, 14(13), 3207. https://doi.org/10.3390/cancers141332077

42. More, L. A., Lane, S., & Asnani, A. (2021). 5-FU Cardiotoxicity: Vasospasm, Myocarditis, and Sudden Death. *Current cardiology reports*, 23(3), 17. https://doi.org/10.1007/s11886-021-01441-2

43. Chemocare (2023, janeiro 25). Docetaxel. https://chemocare.com/chemotherapy/drug-info/docetaxel.aspx

44. Agência Europeia do Medicamento (2023, janeiro 25). Resumo da característica do medicamento Docetaxel. https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/docetaxel-teva

45. Liu, Y. H., & Lin, Y. S. (2019). Platelet-lymphocyte and neutrophil-lymphocyte ratios: Predictive factors of response and toxicity for docetaxel-combined induction chemotherapy in advanced head and neck cancers. Journal of the Chinese Medical Association: *JCMA*, 82(11), 849–855. https://doi.org/10.1097/JCMA.0000000000000178

46. Chemocare (2023, janeiro 25). Paclitaxel. https://chemocare.com/chemotherapy/drug-info/paclitaxel.aspx

47. Pereira, R. A. F., Fraiz, R. S., Castro, E., & Muniz, J. J. (2020). Reações adversas ao paclitaxel em pacientes oncológicos. *Revista de Ciências da Saúde Básica e Aplicada*, 3, 33-40.

48. Agência Europeia do Medicamento (2023, janeiro 25). Resumo da característica do medicamento Paclitaxel. https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/abraxane-epar

49. Chemocare (2023, janeiro 25). Gencitabine. https://chemocare.com/chemotherapy/drug-info/gemcitabine.aspx

50. Agência Europeia do Medicamento (2023, janeiro 25). Resumo da característica do medicamento Gencitabina.

https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/genzar

51. Chemocare (2023, janeiro 25). Pembrolizumab. https://chemocare.com/chemotherapy/drug-info/pembrolizumab.aspx

52. Agência Europeia do Medicamento (2023, janeiro 25). Resumo da característica do medicamento Pembrolizumab. https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/keyruda

53. Fazer, C., & Price, K. A. (2020). Management of Immune-Related Dermatitis and Mucositis Associated With Pembrolizumab in Metastatic Human Papillomavirus-Associated Squamous Cell Carcinoma of the Oropharynx. *JCO oncology practice*, 16(2_suppl), 20s–24s. https://doi.org/10.1200/JOP.19.00648

54. Haanen, J., Obeid, M., Spain, L., Carbonnel, F., Wang, Y., Robert, C., Lyon, A. R., Wick, W., Kostine, M., Peters, S., Jordan, K., Larkin, J., & ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org (2022). Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 33(12), 1217–1238. https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.10.001

55. Chemocare (2023, janeiro 25). Nivolumab. https://chemocare.com/chemotherapy/drug-info/Nivolumab.aspx

56. AIM, Immuno-Oncology Essentials (2023, janeiro 26). Plano de ação Nivolumab. https://aimwithimmunotherapy.org/portugal/

57. Chemocare (2023, janeiro 26). Cetuximab. https://chemocare.com/chemotherapy/drug-info/cetuximab.aspx

58. Agência Europeia do Medicamento (2023, janeiro 25). Resumo da característica do medicamento Cetuximab. https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/erbitux

59. Amorim, A., Freitas, J., Silva, A., Valério, E., Alves, E., Magalhães, B. & Soares, E. (2022). *Domínios de Intervenção dos Enfermeiros em Radioterapia*. Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. ISBN: 978-989-53475-1-3. https://www.aeop.pt/ficheiros/AEOP_Dominios_RT_20220222.pdf

60. Mody, M. D., Rocco, J. W., Yom, S. S., Haddad, R. I., & Saba, N. F. (2021). Head and neck cancer. *Lancet (London, England)*, *398*(10318), 2289–2299. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01550-6

61. Souza, N. R. de, Santos, I. C. R. V., Bushatsky, M., Figueiredo, E. G. de, Melo, J. T. da S., & Santos, C. S. dos. (2017). Atuação de enfermeiros em serviços de radioterapia [Nurses' role in radiation therapy services] [Papel de enfermeras en servicios radioterapia]. *Revista Enfermagem UERJ*, 25, e26130. https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26130

62. National Comprehensive Cancer Network (2022). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Head and Neck Cancers*. NCCN.

63. De Felice, F., Belgioia, L., Alterio, D., Bonomo, P., Maddalo, M., Paiar, F., Denaro, N., Corvò, R., Merlotti, A., Bossi, P., Pappagallo, G. L., D' Angelillo, R. M., Magrini, S. M., & Arcangeli, S. (2021). Survival and toxicity of weekly cisplatin chemoradiotherapy versus three-weekly cisplatin chemoradiotherapy for head and neck cancer: A systematic review and meta-analysis endorsed by the Italian Association of Radiotherapy and Clinical Oncology (AIRO). *Critical reviews in oncology/hematology*, 162, 103345. https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2021.103345

64. Bernadach, M., Lapeyre, M., Dillies, A. F., Miroir, J., Casile, M., Moreau, J., Molnar, I., Ginzac, A., Pham-Dang, N., Saroul, N., Durando, X., & Biau, J. (2021). Predictive factors of toxicity of TPF induction chemotherapy for locally advanced head and neck cancers. *BMC cancer*,

21(1), 360. https://doi.org/10.1186/s12885-021-08128-57

65. Mathlin, J., Courtier, N., & Hopkinson, J. (2023). Taste changes during radiotherapy for head and neck cancer. *Radiography (London, England: 1995)*, *29*(4), 746–751. https://doi.org/10.1016/j.radi.2023.05.004

66. U.S. Deparment of Health and Human Services (2017). Common Terminology Criteria for Adverse Events. Version 5.0. https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/ctcae_v5_quick_reference_5x7.pdf7

67. National Comprehensive Cancer Network (2022). NCCN *Clinical Practice Guidelines in Oncology – Survivorship.* Estados Unidos da América: NCCN.

68. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2017). Linha de Consenso. *Mucosite Oral em Radioterapia.* AEOP. https://www.aeop.pt/ficheiros/LCMucositeRT.pdf

69. American Head & Neck Society (2023, fevereiro 20). Cognitive Impairment in Cancer Survivorship. https://www.ahns.info/survivorship_intro/cognitive-impairment/

70. Voon, N. S., Abdul Manan, H., & Yahya, N. (2021). Cognitive Decline following Radiotherapy of Head and Neck Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis of MRI *Correlates. Cancers*, 13(24), 6191. https://doi.org/10.3390/cancers13246191

71. National Comprehensive Cancer Network (2020). NCCN *Guidelines For Patients – Survivoship Care for Cancer-Related Late and Long-Term Effects.* NCCN.

72. Oun, R., Moussa, Y. E., & Wheate, N. J. (2018). The side effects of platinum-based chemotherapy drugs: a review for chemists. *Dalton transactions*, 47(19), 6645-6653. https://doi.org/10.1039/C8DT00838H

73. Wasilewski, A., & Mohile, N. (2021). Meet the expert: How I treat chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Journal of Geriatric Oncology*, 12(1), 1-5. https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.06.008

74. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (2015). *Quimioterapia – Guia de Orientação*. IPO Porto. https://www.ipoporto.pt/dev/wp-content/uploads/2017/08/DSN20150006-IPO-Guia-Quimioterapia-E.01.pdf

75. Kuderer, N. M., Desai, A., Lustberg, M. B., & Lyman, G. H. (2022). Mitigating acute chemotherapy-associated adverse events in patients with cancer. *Nature reviews*. Clinical oncology, 19(11), 681–697. https://doi.org/10.1038/s41571-022-00685-3

76. National Heart, Lung, and Blood Institute (2023, fevereiro 20). Platelet Disorders. Thrombocytopenia. https://www.nhlbi.nih.gov/health/thrombocytopenia

77. Memorial Sloan Kettering Cancer Center (2023, fevereiro 5). *Diet and Nutrition During Head and Neck Cancer Treatment.* https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/diet-and-nutrition-during-head-and-neck-cancer-treatment

78. Cancer Support Community (2023, fevereiro 5). *Eating Well with Head & Neck Cancer*. https://www.cancersupportcommunity.org/eating-well-head-neck-cancer

79. Gorenc, M., Kozjek, N. R., & Strojan, P. (2015). Malnutrition and cachexia in patients with head and neck cancer treated with (chemo)radiotherapy. Reports of practical oncology and radiotherapy: *journal of Greatpoland Cancer Center in Poznan and Polish Society of Radiation Oncology*, 20(4), 249–258. https://doi.org/10.1016/j.rpor.2015.03.001

80. Machado, N. S., Querido, J. D. C., de Oliveira, M. F., & Magalhães, L. P. (2020). Alterações no estado nutricional segundo IMC e perda de peso, em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em uso de terapia nutricional enteral, em ambulatório de oncologia clínica em São Paulo. *Braspen J*, 35(1), 20-5.

81. Brown, T. J, & Gupta, A. (2022). Management of Cancer Therapy-Associated Oral Mucositis. *JCO Oncology Practice*, 16 (3), 103-109. DOI: 10.1200/JOP.19.00652

82. Elad, S., Cheng, K. K. F., Lalla, R. V., Yarom, N., Hong, C., Logan, R. M., Bowen, J., Gibson, R., Saunders, D. P., Zadik, Y., Ariyawardana, A., Correa, M. E., Ranna, V., Bossi, P., & Mucositis Guidelines Leadership Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) (2020). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, *126*(19), 4423–4431. https://doi.org/10.1002/cncr.33100

83. Sanson, I. P., Figueiredo, C. B. R., Pereira, K. A., Nunes, M. de S., Vale, M. C. S. do., & Seroli, W. (2023). Impacto da radioterapia na saúde bucal: principais complicações em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *E-Acadêmica*, 4(2), e0742448. https://doi.org/10.52076/eacad-v4i2.448

84. Hesketh, P. J., Kris, M. G., Basch, E., Bohlke, K., Barbour, S. Y., Clark-Snow, R. A., Danso, M. A., Dennis, K., Dupuis, L. L., Dusetzina, S. B., Eng, C., Feyer, P. C., Jordan, K., Noonan, K., Sparacio, D., & Lyman, G. H. (2020). Antiemetics: ASCO Guideline Update. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 38(24), 2782–2797. https://doi.org/10.1200/JCO.20.01296

85. Majem, M., de Las Peñas, R., Virizuela, J. A., Cabezón-Gutiérrez, L., Cruz, P., Lopez-Castro, R., Méndez, M., Mondéjar, R., Muñoz, M. D. M., & Escobar, Y. (2022). SEOM clinical guideline emesis (2021). *Clinical & translational oncology: official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*, 24(4), 712–723. https://doi.org/10.1007/s12094-022-02802-1

86. Thompson, C., & Brackett, H. (2019). Managing Constipation in the Cancer Care Setting. *Oncology Nursing News*, 13 (3).

87. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2017). Linhas de Consenso. *Radiodermite.* AEOP. https://www.aeop.pt/ficheiros/8ebb2d9b91f80becead7974cb661ae2d.pdf

88. Kwakman, J. J. M., Elshot, Y. S., Punt, C. J. A., & Koopman, M. (2020). Management of cytotoxic chemotherapy-induced hand-foot syndrome. *Oncology reviews*, 14(1), 442. https://doi.org/10.4081/oncol.2020.442

89. Faig, J., Haughton, M., Taylor, R. C., D'Agostino, R. B., Jr, Whelen, M. J., Porosnicu Rodriguez, K. A., Bonomi, M., Murea, M., & Porosnicu, M. (2018). Retrospective Analysis of Cisplatin Nephrotoxicity in Patients With Head and Neck Cancer Receiving Outpatient Treatment With Concurrent High-dose Cisplatin and Radiotherapy. *American journal of clinical oncology*, 41(5), 432–440. https://doi.org/10.1097/COC.0000000000000301

90. Abel, E., Silander, E., Nordström, F., Olsson, C., Brodin, N. P., Nyman, J., Björk-Eriksson, T., & Hammerlid, E. (2022). Fatigue in Patients With Head and Neck Cancer Treated With Radiation Therapy: A Prospective Study of Patient-Reported Outcomes and Their Association With Radiation Dose to the Cerebellum. Advances in radiation oncology, 7(5), 100960. https://doi.org/10.1016/j.adro.2022.100960

91. Abdel Gawad, D., Fareed, M., Abd El- Bary, N., & Attallah, H. (2020). Effect of Designed Nursing Education on Awareness of Patients Receiving Head and Neck Radiation Therapy. *Menoufia Nursing Journal*, 5(1), 1-18. doi: 10.21608/menj.2020.122670

92. Riba, M. B., Donovan, K. A., Ahmed, K., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W. S., Brewer, B. W., Corbett, C., Fann, J., Fleishman, S., Garcia, S., Greenberg, D. B., Handzo, G. F., Hoofring, L. H., Huang, C. H., Hutchinson, S., Johns, S., Keller, J., Kumar, P., Lahijani, S., ... Darlow, S. D. (2023). NCCN Guidelines® Insights: Distress Management, Version 2.2023. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 21(5), 450–457. https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.0026

93. Peeters, M. A. C., Braat, C., Been-Dahmen, J. M. J., Verduijn, G. M., Oldenmenger, W. H., & van Staa, A. (2018). Support Needs of People With Head and Neck Cancer Regarding the Disease and Its Treatment. *Oncology nursing forum*, 45(5), 587–596. https://doi.org/10.1188/18.ONF.587-596

94. Stone, M. A., Lissenberg-Witte, B. I., de Bree, R., Hardillo, J. A., Lamers, F., Langendijk, J. A., Leemans, C. R., Takes, R. P., Jansen, F., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2023). Changes in Sexuality and Sexual Dysfunction over Time in the First Two Years after Treatment of Head and Neck Cancer. *Cancers*, 15(19), 4755. https://doi.org/10.3390/cancers15194755

95. Sant'Ana, R., Santos, A. D. dos, Silva, F. da, Bastos, R., Lima, C., Maheu, C., et al. (2021). Head and neck cancer treatment and its sexual impact on quality of life: an integrative literature review. *International Health Trends and Perspectives*, 1(3), 368-378. doi:10.32920/ihtp.v1i3.1464

96. Freitas, E., Ribeiro, C., Machado, M., Alves, V., Soares, E., Ferreira, D., Carvalho, A., Gomes, S., Matos, M., Freitas, J., & Magalhães, B. (2022). *Abordagem da sexualidade na pessoa a realizar Radioterapia*. Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. ISBN 978-989-53475-0-6. https://www.aeop.pt/ficheiros/LC_Radioterapia_e_Sexualidade.pdf

97. Ribeiro, M. R. S. M. (2019). Os Registos de Enfermagem como uma Estratégia indispensável para assegurar a Continuidade dos Cuidados. *Revista Investigação em Enfermagem*, 36 Série 2-Agosto 2021, 59-71.

98. Ordem dos Enfermeiro (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2.* Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE XVIII – Campo de Estágio C – Diapositivos utilizados na apresentação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem

Plano Sessão Formativa						
Título: Cuidados de Enfermagem nas alterações psicoemocionais do pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia **Data/Hora:** 02/02/2023 às 15h **Duração:** 45min **Local:** Sala de Formação do Campo de Estágio C **População-alvo:** Enfermeiros do Campo de Estágio C						
Etapas	**Objetivo Geral**	**Objetivos Específicos**	**Conteúdos a abordar**	**Métodos**	**Recursos Materiais**	**Tempo previsto**
Introdução	Apresentar o artigo científico de revisão de literatura "*A systematic review of psychological interventions for patients with head and neck cancer*" (Richardson et al., 2019)	Que os enfermeiros reconheçam a importância da avaliação e intervenção no âmbito das alterações psicoemocionais das pessoas com cancro da cabeça e pescoço	Apresentação do artigo Síntese da introdução do artigo	Expositivo	*Power-Point* Computador Projetor	10 min
Desenvolvimento			Estratégia metodológica do artigo: Métodos Resultados Discussão	Expositivo	*Power-Point* Computador Projetor	20min
Conclusão	Discutir/refletir sobre a temática apresentada		Imagem/questão para reflexão Síntese das ideias-chave	Expositivo Interativo com recurso a ferramenta "Mentimeter"	*Power-Point* Computador Projetor	15min

Intervenção de Enfermagem promotora do autocuidado na pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia

Campo de Estágio C-Apresentação do Projeto

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Regente da Unidade Curricular:
Prof.ª Dr.ª Patrícia Vinheira Alves

Professora Orientadora:
Prof.ª Dr.ª Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Enfermeira Orientadora:

Discente:
Ana Rita Soares Lopes

Janeiro de 2023

AGENDA

1. Identificação do Projeto
2. Enquadramento
3. Pertinência do Projeto
4. Objetivos/Plano de Trabalho
5. Referências Bibliográficas

Fonte: https://www.guialat.com.br/?p=detalhar_produto&idproduto=193

1 IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título:

- Intervenção de Enfermagem promotora do autocuidado na pessoa com cancro dacabeça e pescoço sob quimioradioterapia.

Palavras-Chave:

- Autocuidado; cancro dacabeça e pescoço; Quimioradioterapia; Intervenções de Enfermagem; Acolhimento; *Follow-up*.

Data de Início/Término:

- 26 de Setembro de 2022 a 10 de Fevereiro de 2023.

Duração:

- 18 semanas durantes 3 períodos distintos.

2 ENQUADRAMENTO – Autocuidado

Filosofia do Cuidar
Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem de Dorothea Orem

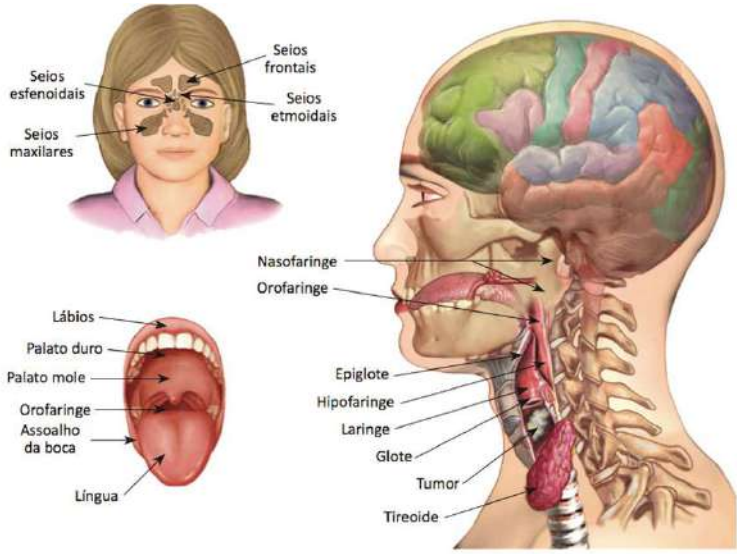
Fonte: https://en.wikipedia.org/wiki/Dorothea_Orem

- A principal preocupação da **Enfermagem** é a necessidade humana de agir em prol do autocuidado e da sua manutenção de forma contínua, de modo a manter a vida e a saúde, a recuperar da doença e lesão e a lidar com os seus efeitos (Orem, 2001).

- **O autocuidado** tem um propósito e corresponde ao uso deliberado de meios válidos para controlar ou regular os fatores internos e externos que possam afetar o funcionamento e/ou desenvolvimento harmonioso de uma pessoa, ou que contribuam para o bem-estar de cada um (Orem, 2001).

2 ENQUADRAMENTO – cancro dacabeça e pescoço

Estévão et al., 2016



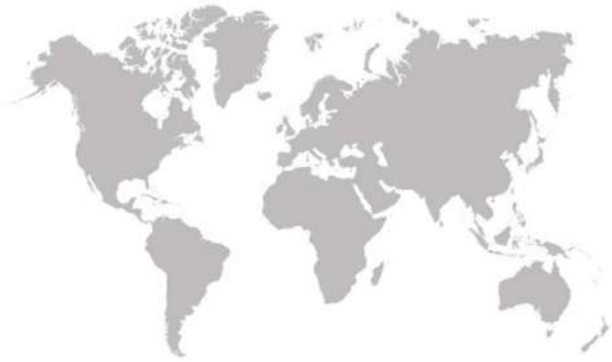
Fonte: https://drasabrinachagas.com.br/1902-2/

Intervenção de Enfermagem promotora do autocuidado na pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia

2 ENQUADRAMENTO – cancro dacabeça e pescoço

Dados Epidemiológicos

- O CCP é considerado o **sétimo tipo de cancro mais comum**, constituindo **5% de todos os casos de cancro** (Dhull et al., 2018).
- Estimativas de 2018 apontam para **700 mil novos casos e mais de 350 mil mortes** associadas conjuntamente aos cancros da cavidade oral, orofaringe, hipofaringe e laringe (Bravi et al., 2020).
- O sul da Ásia apresenta a taxa de incidência de CCP mais elevada, seguida da Europa, América do Norte e Austrália (Aupérin, 2020).



Fonte: https://br.freepik.com/fotos-vetores-gratis/mapa-mundo

2 ENQUADRAMENTO – cancro dacabeça e pescoço

Dados Epidemiológicos

CCP	Novos casos em Portugal em 2020	Óbitos em Portugal em 2020
Tiroide	1698	89
Lábios e Cavidade Oral	1103	382
Hipofaringe	412	174
Orofaringe	280	218
Nasofaringe	118	64
Glândulas salivares	116	60

The Global Cancer Observatory, 2021

Fonte: https://pt.depositphotos.com/stock-photos/mapa-portugal.html

Intervenção de Enfermagem promotora do autocuidado na pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia

2 ENQUADRAMENTO – cancro dacabeça e pescoço

Características Epidemiológicas da Pessoa com CCP

Sexo masculino

Sexta década da vida

Hábitos etílicos e tabágicos acentuados

Baixo nível educacional

Profissões pouco diferenciadas

Pouco suporte familiar

Fonte: imagens obtidas através do Google Imagens

Resultados de um estudo retrospectivo descritivo dos doentes referenciados entre janeiro de 2011 e dezembro de 2013 ao Serviço de Otorrinolaringologia do Instituto Português de Oncologia do Porto. Foram incluídos 566 doentes.

Estêvão et al., 2016

2 ENQUADRAMENTO – cancro dacabeça e pescoço

Fatores de Risco para o desenvolvimento de CCP

Cerca de 70% dos carcinomas de células escamosas de cabeça e pescoço poderiam ser **evitados com alterações no estilo de vida** (Dhull et al., 2018)

- Hábitos tabágicos e etanólicos, isolados ou em associação (Dhull, et al., 2018; Aupérin, 2020);
- Infeção pelo vírus humano do papilloma (VHP) (McDermott & Bowles, 2018);
- Mascar noz de bétele (McDermott & Bowles, 2018);
- Pobre higiene oral (McDermott & Bowles, 2018);
- Pessoas com hepatite C crónica e/ou com o vírus da imunodeficiência humana (McDermott & Bowles, 2018);
- Baixos estratos económicos e sociais (Estévão et al., 2016);
- Hábitos alimentares (Bravi et al., 2020);
- Fatores hormonais (Bravi et al., 2020);
- Exposição ocupacional (Bravi et al., 2020);
- Variações genéticas (Bravi et al., 2020);
- Interações entre os genes e o ambiente (Bravi et al., 2020).

Fonte: https://revista.abrale.org.br/fatores-de-risco-uma-realidade-para-as-leucemias/

Intervenção de Enfermagem promotora do autocuidado na pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia

2 ENQUADRAMENTO – cancro dacabeça e pescoço

Implementação de medidas que reduzem o risco de desenvolver CCP

Redução do consumo de álcool e tabaco

Aumento da taxa de cobertura vacinal contra o VHP

Redução do risco de exposição a carcinogéneos

Educação para uma dieta equilibrada que permita o acesso a frutas e legumes

Fonte: imagens obtidas através do Google Imagens

Aupérin, 2020

2 ENQUADRAMENTO – Quimioradioterapia

Fonte: https://www.wecareskin.com/blog?page=2

- Quando a resseção cirúrgica é menos viável ou resultaria em alterações funcionais significativas, a **quimioradioterapia é considerada a modalidade terapêutica standard** (Chow, 2020).
- A **gestão da doença localmente avançada** inclui a realização de **quimioradioterapia** exclusiva ou pós-cirúrgica (Cherifi et al., 2022).

- O tratamento para o CCP depende de inúmeros fatores e pode incluir cirurgia, quimioterapia, radioterapia, imunoterapia ou uma **combinação de várias modalidades terapêuticas** (*National Cancer Institute*, 2021).
- A **radioterapia** é utilizada em cerca de 80% das pessoas com CCP (Strojan et al., 2018)

Fonte: https://www.wecareskin.com/blog/quimioterapia-radioterapia-um-breve-comparativo

Intervenção de Enfermagem promotora do autocuidado na pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia

2 ENQUADRAMENTO – Intervenções de Enfermagem

- As pessoas com CCP devem ter o **acompanhamento de uma equipa multidisciplinar** durante o diagnóstico, tratamento e follow-up (Taberna et al., 2020).
- O enfermeiro representa "*the **anchor** that will guarantee the **continuity of care throughout the entire healthcare process**, including the follow up*" (Taberna et al., 2020, p. 2).
- As pessoas com CCP a cumprir tratamentos, necessitam de **cuidados de enfermagem especializados antes, durante e após os referidos tratamentos** (Miguel et al., 2019)

Fonte: https://www.eurodicas.com.br/enfermeira-em-portugal/

2 ENQUADRAMENTO – Acolhimento e Follow-Up

- O **acolhimento** é um **cuidado de enfermagem** que deve funcionar como uma ferramenta que fomente a **comunicação e relação** entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados (Costa et al., 2016).
- O **acolhimento** tem um papel fulcral na forma como a pessoa se **adapta à doença oncológica**, facilitando a **adesão ao tratamento e a redução do stress** (Machado et al., 2015).

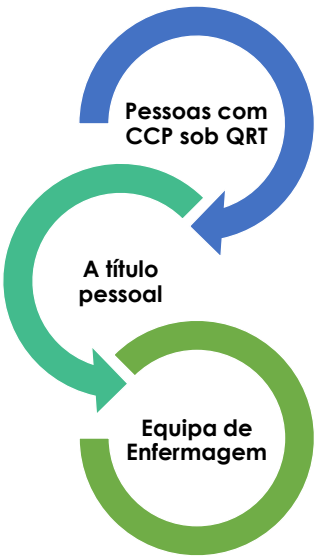
Fonte: https://nutritotal.com.br/pro/cuidados-paliativos-qual-o-papel-da-nutricao/

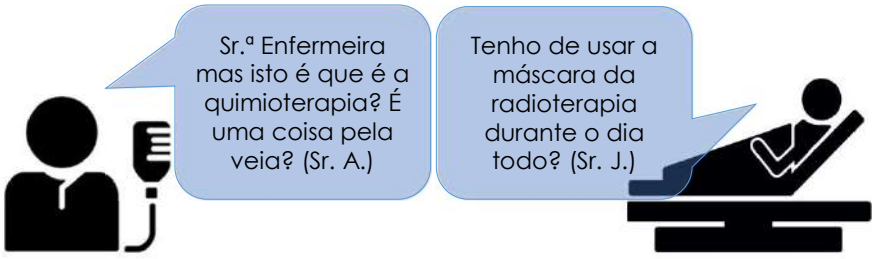
Fonte: https://faculdadeasa.com.br/titulo-de-redacao-do-enem/

- Os cuidados de **follow-up** têm como objetivo a **vigilância da saúde**, de forma a permitir a **deteção precoce da recorrência do cancro** e a r**esolução de complicações do tratamento** ou outras questões de saúde emergentes (Brennan et al., 2022).
- **O follow-up de pessoas com CCP** não prolonga a sua sobrevivência, mas **melhora a qualidade de vida** (Szturz et al., 2020).

Intervenção de Enfermagem promotora do autocuidado na pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia

3 PERTINÊNCIA DO PROJETO





- Enfermagem Oncológica como área **desafiadora e motivante**.
- **Interesse particular** nas pessoas com CCP.
- **Desenvolvimento de competências.**

- Realização de **sondagem de opinião** sobre a temática:
  - **Acolhimento:** 61,9% SIM; 38,1% NÃO.
  - ***Follow-Up:*** 19% SIM; 81% NÃO.
  - **Há espaço para melhorar?** 19% NÃO; 81% SIM.

Cara Equipa,

Como a maioria de vocês já sabe, encontro-me a realizar o curso de mestrado/especialidade Médico-Cirúrgica, na vertente Enfermagem Oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O desenvolvimento de um projeto de intervenção que permita a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados é uma parte integrante do curso e é, nesse sentido, que venho apelar à vossa colaboração.

Assim, na temática **da promoção do autocuidado à pessoa com cancro dacabeça e pescoço sob quimioradioterapia** gostaria de acolher a vossa opinião sobre a pertinência e áreas de maior preocupação no nosso serviço.

É uma sondagem de opinião anónima e confidencial. Tomarei apenas uns breves minutos do vosso tempo. Se tiverem alguma dúvida ou questão no seu preenchimento, por favor, é só dizer.

Um bem-haja a todos!

Sexo:
Feminino
Masculino

Idade:
20 a 30 anos
31 a 40 anos
41 a 51 anos
> 51 anos

Habilitações Académicas:
Licenciatura
Mestrado/Especialidade
Pós-graduação
Outras

Há quanto tempo é enfermeiro?
1 a 5 anos
6 a 10 anos
11 a 15 anos
15 ou mais anos

Há quanto tempo é enfermeiro no serviço de OM II?
1 a 5 anos
6 a 10 anos
11 a 15 anos
15 ou mais anos

Como classifica o seu conhecimento no que diz respeito às intervenções de Enfermagem que promovem o autocuidado da pessoa com CCP sob quimioradioterapia?
Muito Bom
Bom
Satisfatório
Pouco satisfatório
Insatisfatório

Considera existir acolhimento às pessoas com CCP que são admitidas para internamento para iniciar ou dar continuidade aos tratamentos?
Sim
Não

Enumere um ou dois motivos porque tem esta opinião.

Caso a sua resposta tenha sido NÃO, considere dos seguintes itens, aqueles que podem ser considerados obstáculos ao acolhimento da pessoa com CCP?
Pouco conhecimento/inexperiência com pessoas com CCP a cumprir quimioradioterapia
Inexistência de um protocolo/guia de acolhimento da pessoa com CCP para o enfermeiro
Inexistência de uma *checklist* que comtemple principais sinais e sintomas após o tratamento e sua gestão
Outros_____

Considera que a Equipa de Enfermagem consegue realizar *follow-up* às pessoas com CCP entre os ciclos de tratamentos?
Sim
Não

O que sugere que se faça?_____

Considerando as pessoas com CCP a cumprir quimioradioterapia, selecione, dos seguintes tópicos, 3 que considere pertinentes para explorar em contexto de formação no serviço:
Registos de Enfermagem no SClínico – acolhimento em internamento do doente a cumprir quimioradioterapia
Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações psicoemocionais
Cuidados de Enfermagem na alimentação/hidratação
Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações dermatológicas
Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações hematológicas
Cuidados de Enfermagem na gestão dos sintomas gastrointestinais
Cuidados de Enfermagem na gestão dos sintomas neurológicos
Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações reprodutivas e sexuais
Cuidados de Enfermagem nas Traqueostomias
Outros

Considera que a Equipa de Enfermagem tem espaço para melhorar no que diz respeito ao acolhimento e *follow-up* destas pessoas?
Sim
Não

O que sugere que se faça nesse âmbito?

Obrigada por ter respondido!

4 OBJETIVOS/PLANO DE TRABALHO

Apresentação do projeto de intervenção no serviço.

Realização de sessão formativa intitulada "Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações psicoemocionais da pessoa com CCP a cumprir QRT".

Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com CCP a cumprir QRT.

Desenvolvimento de guia de boas práticas no acolhimento às pessoas com CCP sob QRT (tabela com intervenções de Enfermagem promotoras do autocuidado, tabela com principais efeitos secundários QRT e sua gestão, folheto de acolhimento)

Fonte: imagens obtidas através do Google Imagens

Intervenção de Enfermagem promotora do autocuidado na pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aupérin, A. (2020). Epidemiology of head and neck cancers: an update. *Current opinion in oncology*, 32(3), 178–186. https://doi.org/10.1097/CCO.0000000000000629
- Bravi, F., Lee, Y. A., Hashibe, M., Boffetta, P., Conway, D. I., Ferraroni, M., La Vecchia, C., Edefonti, V., & INHANCE Consortium investigators (2021). Lessons learned from the INHANCE consortium: An overview of recent results on head and neck cancer. *Oral diseases*, 27(1), 73–93. https://doi.org/10.1111/odi.13502
- Brennan, K., Hall, S., Yoo, J., Rohland, S., Theurer, J., & Peng, P. (2022). Routine follow-up care for head and neck cancer after curative treatment: A 3-year experience of measuring patients' self-reported needs, preferences, quality of life and attitudes towards follow-up. *European journal of cancer care*, 31(3), e13581. https://doi.org/10.1111/ecc.13581
- Cherifi, F., Villemin, M., Bisiaux, F., Johnson, A., Solem Laviec, H., & Rambeau, A. (2022). Impact of Early Supportive Care Assessment on treatment decision in head and neck cancer before concomitant chemoradiotherapy. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(8), 6545–6553. https://doi.org/10.1007/s00520-022-07078-3
- Chow L. Q. M. (2020). Head and Neck Cancer. *The New England journal of medicine*, 382(1), 60–72. https://doi.org/10.1056/NEJMra1715715
- Costa, P. C. P., Garcia, A. P. R. F., & Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e Cuidado de Enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-7. https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014
- Dhull, A. K., Atri, R., Dhankhar, R., Chauhan, A. K., & Kaushal, V. (2018). Major Risk Factors in Head and Neck Cancer: A Retrospective Analysis of 12-Year Experiences. *World journal of oncology*, 9(3), 80–84. https://doi.org/10.14740/wjon1104w
- Estêvão, R., Santos, T., Ferreira, A., Machado, A., Fernandes, J., & Monteiro, E. (2016). Características Epidemiológicas e Demográficas dos Doentes Portadores de Tumores da Cabeça e Pescoço no Norte de Portugal: Impacto na Sobrevivência. *Acta medica portuguesa*, 29(10), 597–604. https://doi.org/10.20344/amp.7003
- Machado, G. C., Ouro, E. T. R. do, & Santana, F. P. G. de. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA. *Revista Brasileira De Saúde Funcional*, 3(2), 33-45. https://doi.org/10.25194/rebrasf.v3i2.696
- McDermott, J. D., & Bowles, D. W. (2019). Epidemiology of Head and Neck Squamous Cell Carcinomas: Impact on Staging and Prevention Strategies. *Current treatment options in oncology*, 20(5), 43. https://doi.org/10.1007/s11864-019-0650-5
- Miguel, S., Zamarioli, C. M., de Carvalho, E. C., & Caldeira, S. (2019). The human responses and nursing diagnoses of head and neck cancer patients: literature review and synthesis of evidence. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 19-29. https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5274
- National Cancer Institute (NCI) (2021). Cancer Types. Head and Neck Cancers. https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/head-neck-fact-sheet#what-are-cancers-of-the-head-and-neck
- Orem, D. (2001). Nursing Concepts of Practice (6ª edição). Mosby, Inc.
- Strojan, P., Hutcheson, K. A., Eisbruch, A., Beitler, J. J., Langendijk, J. A., Lee, A. W. M., Corry, J., Mendenhall, W. M., Smee, R., Rinaldo, A., & Ferlito, A. (2017). Treatment of late sequelae after radiotherapy for head and neck cancer. *Cancer treatment reviews*, 59, 79–92. https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2017.07.003
- Szturz, P., Van Laer, C., Simon, C., Van Gestel, D., Bourhis, J., & Vermorken, J. B. (2020). Follow-Up of Head and Neck Cancer Survivors: Tipping the Balance of Intensity. *Frontiers in oncology*, 10, 688. https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00688
- Taberna, M., Gil Moncayo, F., Jané-Salas, E., Antonio, M., Arribas, L., Vilajosana, E., Peralvez Torres, E., & Mesía, R. (2020). The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Frontiers in oncology*, 10, 85. https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00085
- The Global Cancer Observatory (2021). *Facts Sheets Portugal*. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf

Obrigada!

Janeiro 2023

Avaliação da Sessão Formativa					
Título: Cuidados de Enfermagem nas alterações psicoemocionais da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia **Data/Hora:** 02/02/2023 às 15h **Duração:** 45min **Local:** Sala de Formação do Campo de Estágio C **População-alvo:** Enfermeiros do Campo de Estágio C					
O presente questionário destina-se aos profissionais de saúde que participaram na sessão formativa acima identificada. Tem como objetivo principal avaliar a sessão formativa no sentido de recolher contributos para sessões futuras. É anónimo, pelo que solicito a vossa sinceridade nas respostas. Sendo que (1) corresponde a "Não Concordo" e (5) corresponde a "Concordo Plenamente", por favor, assinale com (X) o que mais se adequou à sua experiência.					
1. Conteúdos Programáticos e Métodos	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
a) Os conteúdos abordados foram de interesse/utilidade.					
b) A organização e estrutura dos conteúdos abordados foi a adequada.					
c) Os métodos utilizados foram adequados aos conteúdos abordados e facilitaram a aprendizagem.					
d) A duração da sessão formativa foi a ideal.					
2. Formador(a)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
a) Expôs as ideias com clareza.					
b) Revelou domínio sobre a temática apresentada.					
c) Estimulou os formandos(as) à participação.					
d) Utilizou a bibliografia disponível mais adequada e recente.					
3. Organização	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
a) As condições físicas foram adequadas à sessão formativa.					
b) Os equipamentos mobilizados foram suficientes e de qualidade.					
4. Avaliação Global	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
a) Os objetivos definidos para a sessão formativa foram atingidos.					
b) Esta sessão formativa permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos.					

c) Recomendaria esta sessão formativa a outros profissionais de saúde.						
5. Sugestões/Comentários						

Um bem-haja a todos!

Resultados da Avaliação da Sessão Formativa					
Título: Cuidados de Enfermagem nas alterações psicoemocionais da pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia **Data/Hora:** 02/02/2023 às 15h **Duração:** 45min **Local:** Sala de Formação do Campo de Estágio C **População-alvo:** Enfermeiros do Campo de Estágio C					
Foram obtidas 14 respostas.					
1. Conteúdos Programáticos e Métodos	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
a) Os conteúdos abordados foram de interesse/utilidade.				14%	86%
b) A organização e estrutura dos conteúdos abordados foi a adequada.				7%	93%
c) Os métodos utilizados foram adequados aos conteúdos abordados e facilitaram a aprendizagem.					100%
d) A duração da sessão formativa foi a ideal.					100%
2. Formador(a)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
e) Expôs as ideias com clareza.					100%
f) Revelou domínio sobre a temática apresentada.					100%
g) Estimulou os formandos(as) à participação.				7%	93%
h) Utilizou a bibliografia disponível mais adequada e recente.				7%	93%
3. Organização	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
c) As condições físicas foram adequadas à sessão formativa.				7%	93%
d) Os equipamentos mobilizados foram suficientes e de qualidade.				7%	93%
4. Avaliação Global	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
d) Os objetivos definidos para a sessão formativa foram atingidos.					100%
e) Esta sessão formativa permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos.				7%	93%
f) Recomendaria esta sessão formativa a outros profissionais de saúde.				7%	93%
5. Sugestões/Comentários					

E[1]1: "*Foste muito sucinta e objetiva, permitindo a atenção e captação dos ouvintes. Assunto bastante importante e atual*."
E2: "*A ação desenvolvida pela discente Ana Rita Lopes tem elevada pertinência para a nossa prática clínica dado que lidamos diretamente com as alterações físicas e emocionais da pessoa com CCP. O artigo disponibilizado poderá servir de ferramenta para aquisição de novos métodos de trabalho que possam contribuir para melhor cuidar*".

[1] Enfermeiro.

APÊNDICE XIX – Campo de Estágio C – Sessão formativa intitulada “Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações psicoemocionais da pessoa com cancro da cabeça e pescoço a cumprir quimioradioterapia”

Cuidados de Enfermagem na gestão das alterações psicoemocionais da pessoa com cancro da cabeça e pescoço a cumprir quimioradioterapia

Apresentação de artigo de revisão de literatura

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Regente da Unidade Curricular:
Prof.ª Dr.ª Patrícia Vinheira Alves

Professora Orientadora:
Prof.ª Dr.ª Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Enfermeira Orientadora:

Discente:
Ana Rita Soares Lopes

Fevereiro de 2023

AGENDA

1. Apresentação de artigo de revisão de literatura
2. Introdução
3. Métodos
4. Resultados
5. Discussão
6. Conclusão

Fonte: https://formacao.fikaki.com/operacionalizacao-dos-objetivos/

1 APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

A systematic review of psychological interventions for patients with head and neck cancer

Amy E. Richardson[1] · Elizabeth Broadbent[2] · Randall P. Morton[3]

Received: 18 December 2018 / Accepted: 21 March 2019 / Published online: 1 April 2019
© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2019

Abstract

Aim The purpose of this systematic review is to identify psychological interventions that have been effective at improving quality of life and reducing psychological distress (depression and anxiety) in patients with head and neck cancer.

Methods All relevant peer-reviewed articles published between March 1980 and March 2017 were identified through an electronic search of five databases: Medline, Embase, PsycINFO, Scopus, and Academic Search Complete. Risk of bias was independently assessed by two reviewers using the Crowe Critical Appraisal Tool (CCAT). Following this, a narrative synthesis of the findings was completed.

Results Twenty-one unique intervention studies were identified. Interventions tested included cognitive behavioural therapy (CBT), psychoeducation, meditation/mindfulness, group therapy, and telehealth initiatives. Ten studies utilised a randomised controlled design. Five of these investigated CBT and three examined psychoeducation, with the greatest empirical support found for these intervention types. However, the majority of studies were underpowered to detect significant effects and did not examine whether improvements in quality of life and psychological well-being were sustained over time.

Conclusions Further research is needed to investigate the effects of psychological interventions among patients with head and neck cancer, using randomised controlled designs, adequately powered samples, and long-term follow-up. This would allow evidence-based recommendations to be made regarding the most appropriate interventions to implement in clinical practice.

Trial registration CRD42017069851

Keywords Anxiety · Depression · Head and neck cancer (HNC) · Health-related quality of life (HRQL) · Psychological intervention · Systematic review

Objetivo: Identificar as intervenções psicológicas que têm sido eficazes na melhoria da qualidade de vida e na redução do sofrimento psicológico (depressão e ansiedade) nas pessoas com cancro da cabeça e pescoço.

Métodos: Seleção de artigos relevantes por dois revisores entre março de 1980 e março de 2017 em cinco bases de dados: Medline, Embase, PsycINFO, Scopus e Academic Search Complete.

Resultados: Foram identificados 21 estudos que comtemplavam intervenções. As intervenções testadas incluíam: terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, meditação/*mindfulness*, terapia de grupo e iniciativas de telessaúde. A maioria dos estudos foi insuficiente para detetar efeitos significativos e não examinou se as melhorias na qualidade de vida e no bem-estar psicológico foram mantidas ao longo do tempo.

Conclusões: São necessárias mais pesquisas para investigar os efeitos das intervenções psicológicas nesta população, o que permitirá implementar intervenções baseadas na evidência.

Palavras-Chave: Ansiedade, Depressão, cancro da cabeça e pescoço, Qualidade de vida relacionada com a saúde, Intervenção Psicológica, Revisão sistemática.

2 INTRODUÇÃO

O CCP é uma doença que é **física e psicologicamente exigente** e está associada a **alterações negativas nas funções básicas** (como respirar, falar e comer) e na **aparência física**.

Os **efeitos dos tratamentos são duradouros** e têm um **impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde.** Doentes com CCP apresentam níveis mais baixos de qualidade de vida relacionada com a saúde durante e imediatamente após o tratamento.

As **taxas de sofrimento psicológico são altas nas pessoas com CCP** com sintomas significativos de **depressão** e **ansiedade** em toda a trajetória da doença.

Embora não exista uma definição clara de "intervenção psicológica", esta pretende provocar uma **mudança positiva no bem-estar psicológico** de forma a alterar o conhecimento, os pensamentos ou os comportamentos de um indivíduo perante uma situação desafiante.

As **intervenções psicológicas para doentes oncológicos** foram agrupadas em quatro tipos principais: **educação, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia individual e intervenções em grupo**.

As **intervenções educativas** são utilizadas para **melhorar o conhecimento e reduzir a incerteza**, fornecendo informações sobre o diagnóstico e o tratamento.

A **terapia cognitivo-comportamental envolve identificar e corrigir pensamentos, sentimentos e comportamentos** que possam estar a contribuir para o sofrimento psicológico.

Fonte: https://www.medindia.net/patients/patientinfo/swollen-lymph-nodes-faqs.htm

A **psicoterapia individual** é uma forma menos estruturada de intervenção, **onde o foco é ajudar o doente**, facultando apoio, compaixão e empatia.

As **intervenções de grupo envolvem reuniões semanais com outros doentes oncológicos** orientadas por um psicólogo/profissional de saúde mental.

A **terapia de aceitação e compromisso** e a ***redução do stress baseada em mindfulness*** são abordagens **cognitivo-comportamentais de 3ª geração**. Promovem o **desenvolvimento da consciência sustentada e sem julgamentos** para promover **maior flexibilidade** ao lidar com experiências de vida.

Apesar das pessoas com CCP enfrentarem desafios físicos, sociais e emocionais únicos, **poucos estudos investigaram a eficácia de intervenções psicológicas para esta população**.

3 MÉTODOS

População de Interesse

Pessoas com diagnóstico de cancro da cabeça e pescoço, independentemente do estadio.

Intervenções

Todas as intervenções psicológicas cujo objetivo seja provocar mudanças positivas no bem-estar psicológico.

Resultados

Os resultados primários incluíram qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), depressão e ansiedade. Os secundários incluíram imagem corporal, medo de recaída, cognições da doença, perceção de apoio social, stress prós-traumático e *coping*. Foram também incluídos domínios específicos da QVRS das pessoas com CCP desde que avaliados com métodos válidos, como, por exemplo, os domínios social, funcional e emocional.

Desenho do Estudo

Foram incluídos estudos randomizados e não randomizados. Não foi colocado nenhum limite no tamanho da amostra do estudo, período de acompanhamento ou análises estatísticas utilizadas de modo a obter uma visão abrangente das intervenções testadas nas pessoas com CCP até ao momento.

3 MÉTODOS

Estratégia de Pesquisa

A pesquisa foi realizada em cinco bases de dados principais: Medline, Embase, PsycINFO, Scopus e Academic Search Complete.
Foram utilizadas palavras-chave ou palavras de texto livre, dependendo da base de dados.
Cada pesquisa foi limitada a estudos publicados entre março de 1980 e março de 2017.
Todos os artigos resultantes da pesquisa foram exportados para o Endnote para remoção dos duplicados.
O título e o resumo de cada artigo foram examinados de forma a identificar os elegíveis para inclusão.
Só foram incluídos estudos publicados em inglês.

Extração de Dados

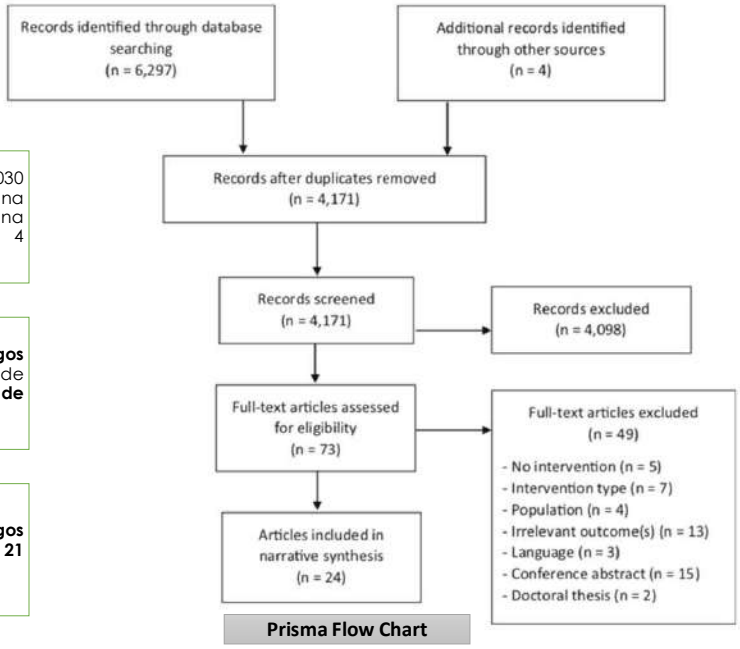
Foi preenchido um formulário de dados para cada estudo incluído.
Os dados extraídos utilizando a *Crowe Critical Appraisal Tool*, de forma a conseguir realizar uma avaliação da qualidade de cada estudo incluído.

4 RESULTADOS

Foram encontrados 6301 artigos: 2030 na Medline; 1990 na Embase; 133 na PsycINFO; 1382 na Scopus; 762 na Academic Search Complete; e 4 provenientes da literatura cinzenta.

Foram **removidos os artigos duplicados** nas diferentes bases de dados e **aplicados os critérios de inclusão/exclusão.**

No final, **foram considerados 24 artigos para revisão, representando 21 estudos** de intervenções únicas.



Prisma Flow Chart

4 RESULTADOS

Terapia Cognitivo Comportamental

Foram encontrados 10 estudos que comprovam que a TCC melhora os resultados psicológicos em pessoas com CCP, sendo que 5 deles são ensaios controlados e randomizados.
As pessoas que receberam 6 sessões de TCC conduzidas por enfermeiros tiverem menos sintomas depressivos aos 12 e 18 meses após tratamento quando comprados com aqueles que receberam o tratamento padrão.
As pessoas do grupo de intervenção demonstraram melhoria no funcionamento emocional e físico, deglutição, contacto social e abertura da boca aos 12 meses; melhor qualidade de vida global, funcionamento emocional, dor, deglutição e abertura da boca aos 18 meses; melhor funcionamento emocional e menos fadiga aos 24 meses.

Duffy et al. (2006) [31]	Randomised controlled trial comparing intervention with standard care	184 patients with HNC who screened positive for 1 or more of: smoking, alcohol, and depression (91 in intervention group and 93 in control group); 77 patients in each group with complete outcomes data	Nurse-led CBT and pharmacologic management as needed	9–11 telephone sessions	Self-reported smoking status, alcohol consumption (AUDIT), and depression (GDS-SF) collected at baseline and 6 months	Significantly lower 6-month smoking cessation rate for patients in the intervention group compared to those in the standard care group; no significant differences in 6-month depression and alcohol outcomes

4 RESULTADOS

Humphris and Rogers (2012) [35]	Randomised controlled trial comparing intervention with standard care	87 HNC patients approximately 3 months post initial treatment (53 in intervention group and 34 in control group); 77 patients with	Nurse-led CBT addressing illness perceptions	Up to six 60-min sessions	Anxiety/depression (HADS), cancer-related worry (WOC), HRQL (EORTC QLQ-C30), and mental adjustment to cancer (MACS)	Patients in the intervention group had a significantly greater reduction in fear of cancer recurrence and anxious preoccupation
van der Meulen et al. (2013, 2014) [46, 47]	Randomised controlled trial comparing intervention with standard care	205 patients to be treated for HNC (103 in intervention group and 102 in control group); 179 patients with complete outcomes data	Nurse-led psychoeducation/C-BT	Six 45–60-min sessions for 1 year following treatment completion (always combined with patients' 2-month medical check-ups)	Depressive symptoms (CES-D) and HRQL (EORTC QLQ-H&N35) collected prior to treatment and 3, 6, 9, 12, 18, and 24 months post-treatment completion	Patients in the intervention group had significantly lower levels of depressive symptoms at 12- and 18-month follow-up compared to those in the standard care group; patients in the intervention group also had greater improvements in a number of HRQL domains at 12, 18, and 24 months

Terapia Cognitivo Comportamental

4 RESULTADOS

Psicoeducação

Foram encontrados 7 estudos cujas intervenções se focaram na área da psicoeducação.
Três deles são ensaios controlados randomizados e referem que a **psicoeducação teve efeitos positivos no que diz respeito à autovaliação das alterações faciais; depressão, medo e ansiedade relacionados com a interação social; conhecimento; e imagem corporal**.
Um estudo documenta que **uma única sessão, onde se fornecem informações personalizadas sobre o CCP, reduziu significativamente a ansiedade** do doente em 3 e 6 meses quando comparado com o tratamento padrão.

Allison et al. (2004) [27, 28]	Pre/post study with no control group	66 patients 1–36 months post-treatment for a first primary HNC; 50 patients with complete outcomes data	Nurse-led psychoeducation delivered in 1 of 3 formats (individual, small group, and home)	2 or 3 2-h sessions delivered over a 4-week period	HRQL (EORTC QLQ-C30) and anxiety/depression (HADS) collected at baseline, 2 weeks, and 3 months post-intervention	Significant improvement in global quality of life and reduced fatigue, sleep disturbance, and depressive symptoms from pre- to post-intervention

4 RESULTADOS

Chen et al. (2016) [29]	Randomised controlled trial comparing intervention with standard care	66 female HNC patients with facial disfigurement more than 3 months post-treatment (32 in intervention group and 34 in control group)	Nurse and cosmetologist led psychoeducation (skin camouflage programme)	2 face-to-face individual sessions and 1 group session over a 3-week period and biweekly telephone follow-up 4–8 weeks after the first session	Disfigurement (observer-rated disfigurement scale), self-esteem (RSES), body image (the body image scale), social anxiety (LSAS), and anxiety/depression (HADS) collected at baseline, and 1, 2, and 3 months post-intervention	Patients in the intervention group had significantly less facial disfigurement, depression, and anxiety of social interaction than those in the standard care group at 3 months post-intervention	
D'Souza et al. (2013) [30]	Pre/post study with control group (standard care)	96 newly diagnosed patients with stage III or IV primary or recurrent HNC (47 in intervention group and 49 in control group)	Nurse-led psychoeducation	One 1.5–2 h face-to-face individual session	Anxiety/depression (HADS) collected at baseline (post-intervention), and 3 and 6 months later	Patients in the intervention group had a significantly greater reduction in anxiety (but not depression) over time compared to those in the standard care group	Psicoeducação

4 RESULTADOS

Hansson et al. (2017) [34]	Randomised controlled trial comparing intervention with standard care	96 patients with HNC to be treated with radiotherapy and/or chemotherapy (54 in intervention group and 42 in control group); 88 patients with complete outcomes data	Nurse-led psychoeducation and person-centred care	First meeting within 7 days of first visit to the oncologist and ongoing follow-up (weekly meetings during treatment followed by 3 monthly visits)	HRQL (EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-H&N35) collected at baseline and 4, 10, 18, and 52 weeks after the start of treatment	Patients in the intervention group had significantly less difficulty with HNC-specific problems (swallowing, social eating, and feeling ill) at 18 weeks compared to those in the standard care group; no significant differences in global quality of life scores	
van der Meulen et al. (2013) [45]	Post study only with control group (standard care)	48 patients surgically treated for HNC (22 in intervention group and 26 in control group)	Nurse-led psychoeducation	One 30-min interview delivered at discharge from hospital	Informational needs (PINQ) and satisfaction with information (SCIP) collected 5 days post-discharge from hospital	No significant differences between groups were found with respect to informational needs or satisfaction with information	Psicoeducação

4 RESULTADOS

Katz et al. (2004) [37]	Randomised controlled trial comparing intervention with standard care	19 newly diagnosed patients to be surgically treated for oral cavity cancer (10 in intervention group and 9 in control group)	Nurse-led psychoeducation	One 60–90-min pre-operative telephone session and one 60–90-min post-operative in-person session	Anxiety (STAI), depression (CES-D), well-being (Affect Balance Scale), body image, life satisfaction (Life Happiness Rating Scale), illness intrusiveness (IIRS), and HRQL (EORTC QLQ-C30) collected pre-operatively, post-operatively, and 3 months post-hospital discharge	Patients in the intervention group had a significant reduction in anxiety and higher knowledge and satisfaction with their appearance at 3-month follow-up relative to those in the standard care group

4 RESULTADOS

Petruson et al. (2003) [39]	Prospective case--controlled study comparing intervention with standard care	142 newly diagnosed untreated HNC patients (52 in intervention group and 92 in control group)	Nurse- and dietician-led psychoeducation	Sessions were offered once a week during treatment, once a month during the first 6 months post-treatment, and once again 1 and 3 years post-diagnosis	HRQL (EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-H&N35) and anxiety/depression (HADS) collected at diagnosis and 3, 12, and 36 months after the start of treatment	Patients in the standard care group reported significantly better HRQL at 1 year and felt significantly less ill at 3 years relative to those in the intervention group

4 RESULTADOS

Vilela et al. (2006) [48]—extension of Allison et al. (2004) [27, 28]	Prospective, non--randomised study	138 patients 1–36 months post-treatment for a first primary HNC (66 in intervention group and 72 in control group); 101 patients with complete outcomes data	Nurse-led psychoeducation delivered in 1 of 3 formats (individual, small group, and home)	2 or 3 2-h sessions delivered over a 4-week period	HRQL (EORTC QLQ-C30) and anxiety/depression (HADS) collected at baseline and 3–4 months post-intervention	Non-matched within group comparisons of baseline and follow-up scores showed statistically significant improvements in several HRQL domains and in the HADS depression scale for intervention participants; however, matched comparison of mean change scores between groups showed a significant difference in global HRQL only

Psicoeducação

4 RESULTADOS

Mindfulness

Foram encontrados 2 estudos nos quais foi utilizada a meditação/*mindfulness* em pessoas com CCP a cumprir radioterapia.
Um dos estudos era controlado e randomizado, não tendo sido encontradas diferenças significativas na melhoria do bem-estar psicológico das pessoas com CCP, após terem sido orientados por um treinador e/ou CD durante o período do tratamento. Porém, mais de metade da amostra não mostrou adesão regular a esta intervenção.
Num estudo piloto, onde se comparou o nível inicial de *mindfulness* das pessoas com CCP e o nível após a intervenção, constatou-se que um maior nível de *mindfulness* se correlaciona com um menor grau de depressão e ansiedade, maior qualidade de vida global e maior bem-estar emocional e social.
Ainda não está claro que as pessoas com CCP têm capacidade para praticar *mindfulness* enquanto gerem as toxicidades inerentes à radioterapia.

Intervenções em Grupo

Foi encontrado apenas um estudo nesta área, pelo que existe uma evidência limitada relativamente ao uso desta intervenção.
No estudo encontrado, as pessoas com CCP que participaram no grupo de apoio **relataram uma melhor qualidade de vida relacionada com a saúde nos domínios da alimentação, emoção e dor** e apresentaram uma **resposta mais positiva ao tratamento**. Contudo, não foi realizada nenhuma avaliação inicial da qualidade de vida relacionada com a saúde.

4 RESULTADOS

Intervenções de Telessaúde

Foram encontrados 2 estudos nos quais eram utilizadas intervenções de telessaúde.
Num deles, as pessoas com CCP tinham de responder diariamente a um algoritmo a propósito da gestão de sinais/sintomas expectáveis durante o tratamento, através de uma aplicação de mensagens. As pessoas que participaram apresentaram **uma redução da carga de sintomas nas 3 semanas de acompanhamento** quando comparado com o tratamento padrão.
No outro estudo, 39 pessoas com CCP submetidas a cirurgia tiveram acesso a um sistema electrónico que disponibilizada informações específicas sobre saúde, tendo reportado **melhoria significativa da qualidade de vida relacionada com a saúde**, quando comparado com o grupo de controlo.

5 DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática incluiu 21 estudos que testaram intervenções psicológicas destinadas a melhorar o bem-estar psicológico das pessoas com CCP. A maioria dos estudos focaram-se nas intervenções de terapia cognitivo-comportamental e psicoeducação.

Vale a pena explorar outras intervenções como o *mindfulness* e as intervenções de telessaúde.

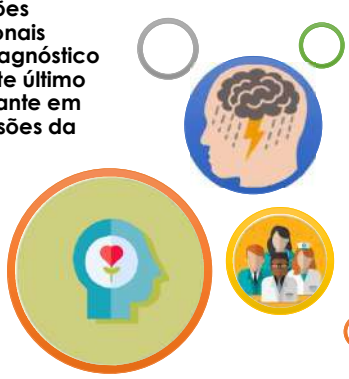
É fundamental aumentar a evidência científica disponível sobre esta temática através de mais investigações e com maior qualidade. É importante recorrer a medidas para aumentar a adesão dos participantes a estes estudos, nomeadamente permitindo flexibilidade em relação ao tempo e à frequência das sessões de intervenção de modo a permitir uma gestão de efeitos secundários concomitantes ao tratamento.

Estudos futuros sobre esta temática devem investigar os efeitos das intervenções a longo prazo para esta população.

Fonte: https://nationaltoday.com/national-mental-health-awareness-week/

6 CONCLUSÃO

As pessoas com CCP apresentam elevado risco de alterações psicoemocionais decorrentes do diagnóstico e tratamento, este último altamente mutilante em todas as dimensões da pessoa.



Assim, é fundamental avaliar o estado psicoemocional das pessoas com CCP.

Os enfermeiros têm um papel privilegiado na avaliação e atuação na promoção do autocuidado junto desta população.

Fonte: imagens obtidas através do Google Imagens.

7 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Richardson, A. E., Broadbent, E., & Morton, R. P. (2019). A systematic review of psychological interventions for patients with head and neck cancer. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 27(6), 2007–2021. https://doi.org/10.1007/s00520-019-04768-3

Obrigada!

Fevereiro 2023

APÊNDICE XX – Campo de Estágio C – Notas de campo descritivas das várias dimensões a ter em conta na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia

Nome	Tratamento	Diagnóstico	AP	Data	Autocuidado Ostomias	Efeitos secundários	Estratégias de autocuidado
F. (59 anos)	3º QT KEYNOTE com Carboplatina	CPC mucosa jugal submetido a cirurgia a 27/9/21. Reoperado a 13/10/21 por deiscência do retalho oral com fístula orofacial. QRT adjuvante que terminou a 13/01/22. PD em Setembro 2022 com metastização múltipla	HTA mal controlada; Dislipidémia; Hábitos tabágicos de 20 UMA. Hábitos alcoólicos moderados.	03/01		Febre e tosse – sob AB empírico com metronidazol Fraqueza MI e ataxia axial MSD – seguido pela Neurologia (ainda sem causa identificada)	Fé – "vivo um dia de cada vez" (sic) Proatividade – "ando sempre para a frente – o que tem que ser tem que ser" (sic) Apoio da equipa multidisciplinar "confiei muito nos meus médicos" (sic) Apoio emocional/familiar – "a minha esposa é mais que uma escrava"; "a minha filha não nos larga, liga todos os dias" (sic)
H. (50 anos)	2º QRT Cisplatina	CPC da Orofaringe sob QRT definitiva	2 cirurgias a hérnia discal lombar em 2008 e 2012 e hábitos tabágicos e etanólicos, que suspendeu em setembro 2022.	03/01	PEG.	Mucosite G3 – tolera apelas líquidos PO, mas alimenta-se essencialmente pela PEG.	Mucosite – BC e caphosol e alimentação pela PEG (é autónomo). Utiliza escova de dentes de cerdas suaves e pasta dentífrica de sabor suave. Apoio emocional/familiar – "família é espetáculo – a minha esposa e o puto" (sic)
J. (60 anos)	5º QT KEYNOTE com Cisplatina	CPC seio piriforme com envolvimento local e ganglionar extenso	DM II.	04/01	Traqueostomia – necessitava de reforço para o autocuidado.	Não aplicável	Autónomo com a traqueostomia – "logo no dia a seguir já sabia mexer em tudo" (sic) – colocou em Espanha. Foram reforçados ensinos/cuidados traqueais e colocação de filtro.
F. (63 anos)	3º QRT com Cisplatina – término de RT a 09/01	CPC Seio Piriforme operado 09/22 – laringectomia total, faringectomia parcial, hemitiroidectomia direita.	Alcoolismo e Tabagismo.	06/01	Traqueostomia – autónomo.	RD2 peri-traqueostomia – sob flaminal. RD1 cervical – dexpanthenol pomada.	Cirurgia – "custou-me muito olhar para o espelho pela 1ª vez" (sic) Comunicação alterada – "enerva-me não conseguir falar" (sic). Tem prótese fonatória. Mímica labial e linguagem gestual. Náuseas e vómitos "na segunda semana depois do 2º ciclo foi o pior porque vomitei duas vezes" (sic). Perda de peso de 49kg antes de QRT para 47,4kg neste ciclo.

							Família – “a minha esposa ajuda-me em tudo, de manhã à noite”.
M. (63 anos)	4º Extreme	2 Tumores- cavidade oral à esquerda+ hipofaringe parede posterior à esquerda + massa cervical à esquerda.	Dislipidémia; Hábitos tabágicos e alcoólicos; sopro cardíaco sistólico e disfunção do seio carotídeo; assimetria facial com desvio comissura labial para a esquerda.	09/01	PEG – autónomo (pele peri estoma ligeiramente macerada – sob aplicação de olidemril)	Mucosite G1 – bochechos compostos. Rash cutâneo G1 rosto e tórax – hidrocortisona tópica + doxicilina em SOS (se necessitar). Cansaço. Obstipação. Disfagia. “Escarro amarelado” – fez 3 dias de azitromicina AB.	Cansaço – “ia dormir e depois passava” (sic). Obstipação – “quando isso acontece como um kiwi e uma ameixa em jejum” (sic). Disfagia – alimentação exclusiva PEG – “vou tentando comer pela boca, mas com calma, porque tenho medo que vá para os pulmões. Queria ver se até à Páscoa conseguia comer qualquer coisa pela boca” (sic) Durante a RT – “na 3ª semana foi a pior, estava sempre cansado e tudo seco. Quando chegava a casa nem me apetecia comer” (sic) Fé – “rezo sempre à nossa senhora de Fátima, o resto logo se vê” (sic). Apoio familiar – “a minha senhora faz-me sempre rir, mas eu sei que por dentro ela chora” (sic) Coragem – “eu tenho coragem e muito força. Não de pode desanimar” (sic).
A. (48 anos)	1º QRT com Cisplatina	CPC orofaringe, proposto para QT com TPF (terminou a 16/1) seguido de QRT. PET 14/11: metastização ganglionar cervical bilateral.	Tabaco – C. cessão tabágica a 10/04. Álcool.	07/02	PEG profilática que cuida e manipula. Pele peri-PEG sem maceração.	Não aplicável.	Apoio familiar – “a minha família ajuda-me muito, não quis acreditar quando soube o que tinha” (sic). Equipa de saúde – “tenho muito a agradecer aos médicos e enfermeiros com quem me tenho cruzado” (sic).
M. (63 anos)	5o EXTREME (agora com carboplatina, atingiu dose cumulativa de cisplatina).	Cavidade oral esq. Cumpriu QRT até junho 22. Operado em Set 22 (excisão ganglionar) Por persistência doença iniciou QT	Dislipidémia. Hábitos tabágicos e etanólicos. Fibrocalcificação mitral e aórtica sem	07/02	Alimentação exclusiva pela PEG,	Alimentação exclusiva pela PEG – ligeiro exsudado peri-peg, vigiar. Lesão/crostas a nível cervical, leva pliazon e receitas de doxicilina.	Higiene oral – “tento bochechar para não piorar o ardor e as aftas que tenho na boca” (sic) Alimentação por PEG – “tenho sorte que a minha mulher me faz sopas e batidos para eu comer pelo tubo” (sic)

		paliativa com EXTREME em Out 2022.	repercussão hemodinâmica significativa.			Apresenta mucosite G1, cumprindo BC de forma autónoma. Sem *rash* cutâneo associado ao cetuximab (cumpriu doxiciclina e aplicação tópica de eritromicina no ciclo anterior). Fornecido pliazon, restante pele íntegra.	Gestão da toxicidade cutânea – " bem você nem queira imaginar como é que eu fiquei, a minha cara parecia a de um adolescente, mas desde que comecei a pôr a pomada e depois os comprimidos que a médica receitou que estou melhor" (sic)
O. (65 anos)	2º QRT com Cisplatina	metástase cervical e supraclavicular esq de CPC primário oculto irresecável. Iniciou QRT 16/01.	ADC endométrio operada; HTA; Dislipidémia; patologia osteodegerativa.	07/02	PEG exclusiva – autónoma.	Nauseada; Hemorragia oral a 17/1 (episódio único). Odinofagia, usa PEG exclusivamente e autonomamente. Mucosite G1 – cumpre BC Ferida neoplásica na região cervical esquerda, com saída de exsudado sero-hemático – penso simples 2x/dia.	Náuseas e Vómitos – "o pior têm sido as náuseas. Vomitei só uma vez, mas ando sempre com este mau-estar. Tomo a medicação que a médica receitou e tento ir comendo um pouco de cada vez" (sic) Adaptação à PEG – "felizmente consegui orientar-me com a PEG porque me começou a doer muito a garganta" (sic)
J. (57 anos)	1º QRT com Cisplatina	CPC da laringe supraglótica submetido a laringectomia total, istmectomia e esvaziamento ganglionar a 28/10/22. Suspeita de metástase carcinoma papilar tiroideia.	Hábitos tabágicos - agora abstinente. (10 cigarros/dia)	14/02	Traqueostomia – substitui cânula a 06/02 – autónomo nos cuidados.	Não aplicável.	Apoio familiar - "A minha irmã é quem me está a ajudar muito em tudo" (sic) Adaptação à ostomia respiratória "foram os enfermeiros que me ajudaram" (sic)

L. (58 anos)	3º QRT com Cisplatina com redução de dose 80% (tinha N 900 e Cr. 1,16)	CPC da orofaringe com invasão da região retrocricoideia. Submetido a microcirrugia laríngea a 13/10/23.	HTA; fumador; hábitos alcoólicos severos: atualmente 1l por dia; DPOC; Insuficiência venosa dos membros inferiores; ansiedade; lombalgias; FA com RVR.	14/02	PEG – autónomo.	Hipoacúsia. Odinofagia. Mucosite G3 – sob BC e de caphosol. RD III – sob trolamina.	Apoio da equipa de enfermagem – "as enfermeiras lá da RT têm sido uma santas a ajudarem-me com o pescoço quase em carne viva" (sic) Xerostomia – "tenho sempre a boca seca e tento ir chupando uns rebuçados para ajudar, mas, tem dias, que nem isso consigo por doer" (sic)

APÊNDICE XXI – Folheto de acolhimento destinado às pessoas com cancro da cabeça e pescoço sob quimioradioterapia

PELE FERIDA/RADIODERMITE

- Privilegie a utilização de produtos de higiene suaves para lavar o cabelo e a pele como, por exemplo, sabão de glicerina.
- Não utilize qualquer creme sem ser o prescrito pelo médico (biafine, bepanthene, entre outros) e aplique-o, no mínimo, 3x/dia numa camada fina, com a ressalva de não aplicar qualquer creme 3 a 4h antes do sessão de radioterapia.
- Desfaça a barba de acordo com o método que utiliza habitualmente (privilegie a máquina de barbear se possível, no caso de utilizar lâmina garanta que o movimento é sempre no sentido do pêlo) no máximo 2x/semana - uma durante a semana e outra durante o fim de semana.
- Utilize roupa de fibras suaves (por exemplo algodão) na região irradiada de forma a não promover desconforto e/ou irritação.
- Evite a exposição solar direta, utilizando sempre chapéu com abas para proteção da cabeça, face, orelhas e pescoço e outras fontes de calor.

SAÚDE MENTAL

- Comunique com os profissionais de saúde que o acompanham sempre que sentir medo, angústia, tristeza e/ou ansiedade.
- Tente manter atividades que são prazerosas para si.
- Mantenha um estilo de vida saudável.
- Partilhe o que está a sentir com os seus ente-queridos.

Deve contactar o hospital nas seguintes situações:

Febre com temperatura igual ou superior a 38ºC;
Tosse persistente e/ou falta de ar;
Náuseas, vómitos e diarreia persistentes não controlados com a medicação prescrita pelo seu médico;
Dor não controlada com a medicação prescrita pelo seu médico;
Perda de sangue.

CONTACTOS ÚTEIS:

CANCRO DA CABEÇA E PESCOÇO

Recomendações para gerir os sintomas associados aos tratamentos de quimioterapia e radioterapia

Aqui vai encontrar algumas recomendações que o podem ajudar a si e à sua família a lidar com alguns dos sintomas mais frequentes associados ao tratamentos de quimioterapia e radioterapia.

FERIDAS NA BOCA/MUCOSITE

- Deve realizar uma higiene oral meticulosa pelos menos 4x por dia com escova com cerdas macias e pasta dentífrica com sabor suave.
- Utilize os bochechos prescritos 3 a 6x/dia.
- Evite alimentos quentes, ácidos, picantes e com texturas ásperas.
- Evite fumar e o consumo de bebidas alcoólicas.

ALTERAÇÃO DO PALADAR

- Se a comida tiver um sabor insosso ou não tiver sabor: adicione sabores mais fortes aos alimentos com condimentos, molhos, temperos e especiarias.
- Se a comida tiver sabor metálico: utilize utensílios de plástico.
- Se não tiver paladar de todo tenha em atenção a temperatura dos alimentos.

BOCA SECA

- Aumente a hidratação.
- Minimize a ingestão de produtos com cafeína e álcool.
- Opte por alimentos macios e húmidos e adicione molhos aos alimentos.
- Evite alimentos ácidos ou muito condimentados.
- Experimente mascar pastilhas ou rebuçados sem açúcar para ajudar a produzir salvia.

DIFICULDADE EM ABRIR A BOCA

- Realize os seguintes exercícios pelo menos 3x/dia: imitar o movimento de mascar pastilha elástica, imitar o movimento de "beijo para o ar", sorrir, abrir e fechar uma mola colocada entre os lábios.

PERDA DE PESO/POUCO APETITE

- Garanta uma alimentação adequada com ingestão de 1,5/2L de líquidos por dia.
- Opte por refeições leves várias vezes ao longo do dia.
- Opte por se alimentar num ambiente agradável e na companhia da família e/ou amigos.
- Tenha em casa alimentos fáceis de comer e de preparar.
- Vigie o peso.

NÁUSEAS/VÓMITOS

- Evite odores que aumentem as náuseas como perfumes, fumos e cheiros de cozinha.
- Opte por refeições fracionadas, mastigando bem os alimentos.
- Opte por alimentos com baixo teor de gordura e ricos em amido, como arroz, torradas de pão branco, biscoitos, entre outros.
- Beba pequenas quantidades de líquidos entre as refeições, várias vezes ao longo do dia.
- Experimente beber chá de gengibre ou rebuçados que contenham gengibre verdadeiro.
- Evite deitar-se após uma refeição.

PRISÃO DE VENTRE

- Aumente a ingestão de líquidos - opte por bebidas quentes como chá de ervas e café descafeinado.
- Opte por alimentos mais ricos em fibra como fruta, legumes, pão de sementes ou integral, nozes e feijão.
- Tente realizar exercício físico ligeiro como caminhadas, alongamentos e ioga.

DIARREIA

- Aumente a ingestão de líquidos - opte por água de coco, caldos, bebidos eletrolíticas e sumos de fruta diluídos.
- Opte por alimentos pobres em fibra (maçã ou puré de maçã, banana, queijo, arroz branco, aveia, batatas simples sem casca, frango, peru ou peixe assado, frutas enlatadas).
- Evite cafeína, álcool, refrigerantes ou outros alimentos que possam irritar o tubo digestivo.

FADIGA

- Tente priorizar a energia disponível: estabelecendo prioridades, planeando as atividades de forma pausada, agendando as atividades para períodos do dia onde sinta mais energia.
- Mantenha níveis adequados de atividade física.