

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

CUIDAR DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM
PROGRAMA DE QUIMIOTERAPIA: desenvolvimento de
competências clínicas especializadas, na área de enfermagem
à pessoa em situação crónica

CARING FOR THE PERSON WITH CANCER UNDERGOING
CHEMOTHERAPY: development of specialized clinical skills, in
nursing area of people in chronic situations

Autor

Liliana Fernandes de Sousa

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

CUIDAR DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA
EM PROGRAMA DE QUIMIOTERAPIA:
desenvolvimento de competências clínicas
especializadas, na área de enfermagem à
pessoa em situação crónica

CARING FOR THE PERSON WITH CANCER
UNDERGOING CHEMOTHERAPY: development of
specialized clinical skills, in nursing area of
people in chronic situations

Orientador(es)

Inês Maria da Cruz Sousa
Professor Adjunto, Mestre

Luís Miguel Ribeiro Ferreira
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Liliana Fernandes de Sousa

Porto, 2025

RESUMO

O cancro é uma doença crónica cuja transformação epidemiológica, associada à complexidade do regime terapêutico, impõe desafios significativos à prática de enfermagem avançada. O controlo eficaz da doença requer um conjunto de abordagens terapêuticas potencialmente agressivas, entre as quais a quimioterapia assume um papel de destaque.

A pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia enfrenta diversos efeitos secundários resultantes da doença e dos tratamentos, com impacto a nível físico e psicológico. Torna-se, assim, essencial promover conhecimentos e competências que a capacitem para o autocuidado e para a autogestão dos sintomas e complicações associadas ao tratamento, apoiando uma tomada de decisão informada.

Perante a complexidade e as exigências dos cuidados à pessoa com doença oncológica, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica possui um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem dar uma resposta diferenciada às necessidades da pessoa e da sua família/cuidador neste contexto específico.

O presente relatório constitui o resultado formal da conclusão do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Com a sua elaboração, pretende-se demonstrar o percurso formativo e o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crónica, no contexto da oncologia e inserida num programa de quimioterapia.

A metodologia adotada assenta numa análise crítico-reflexiva do percurso formativo, que se traduziu num processo dinâmico e imprescindível à tomada de decisão, realizado ao longo de um estágio de natureza profissional, desenvolvido em dois contextos clínicos especializados em oncologia – um serviço de Onco-hematologia e um Hospital de dia. Esta experiência permitiu um contacto experiencial aprofundado, acompanhado de pesquisa de evidência científica, treino da explanação da conceção de cuidados, em múltiplos casos de pessoas com doença crónica, nas quais procurámos desenvolver competências especializadas. O relatório integra um estudo de caso e respetiva conceção de cuidados, documentado na plataforma académica E4Nursing, que permitiu ilustrar de forma concreta a aplicação dos conhecimentos e das competências desenvolvidas.

Palavras-chave: Doença crónica; Oncologia; Quimioterapia; Autogestão; Enfermeiro especialista.

ABSTRACT

Cancer is a chronic disease whose epidemiological transformation, coupled with the complexity of the therapeutic regimen, presents significant challenges to advanced nursing practice. Effective disease management requires a range of potentially aggressive therapeutic approaches, among which chemotherapy plays a prominent role.

The person with oncological disease undergoing chemotherapy faces various side effects resulting from the disease and the treatments, with an impact on both physical and psychological levels. It is therefore essential to promote knowledge and skills that empower people for self-care and self-management of the symptoms and complications associated with the treatment, supporting informed decision-making.

Given the complexity and demands of caring for individuals with oncological diseases, the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing for People in Chronic Situations has a set of scientific, technical and human skills that enable them to provide a differentiated response to the needs of the person and their family/caregiver in this specific context.

This report constitutes the formal outcome of the completion of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for People in Chronic Situations. It is intended to demonstrate the training and development of skills in the provision of specialised care to people in a chronic situation, within the context of oncology and as part of a chemotherapy programme.

The methodology adopted is based on a critical-reflective analysis of the training process, which resulted in a dynamic and essential decision-making process, carried out over the course of a professional internship, developed in two specialising oncology clinical settings – an onco-haematology service and a day hospital. This experience allowed for in-depth experiential contact, accompanied by scientific research evidence, and the training in the explanation of concepts of care with multiple cases of people with chronic diseases, where we sought to develop specialized skills. This report integrates a case study and respective care design, documented in the academic platform E4Nursing, which concretely illustrated the application of the knowledge and skills developed.

Keywords: Chronic disease; Oncology; Chemotherapy; Self-management; Nurse specialist

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AC – Ciclofosfamida e Doxorrubicina

ACS – American Cancer Society

AEOP – Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa

ASCO – American Society of Clinical Oncology

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CMF – Ciclofosfamida, Metotrexato e 5-FU

CNSA – Cancer Nurses Society of Australia

CTCAE – Common Terminology Criteria for Adverse Events

CVC – Cateter Venoso Central

DCIS – Carcinoma Ductal In Situ

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EE – Enfermeiro Especialista

EMA – European Medicines Agency

ENDA – European Network for Drug Allergy

EONS – European Oncology Nursing Society

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESPEN – European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

EV – Endovenosa

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

GR – Gestão de Risco

GRL – Gestor de Risco Local

HDO – Hospital de Dia de Oncologia

HER2 – Factor de Crescimento Epidérmico 2

HTA – Hipertensão Arterial

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IARC – International Agency for Research on Cancer

INS – Infusion Nurses Society

MEMCPSCR – Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação crónica

NCCN – National Comprehensive Cancer Network

NCI – Nacional Cancer Institute

NVIQ – Náuseas e Vómitos Induzidos por Quimioterapia

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development

ONS – Oncology Nursing Society

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em situação crónica

RAM – Resistências aos Antimicrobianos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIADAP – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

TANPS – Terapêuticas Antineoplásicas Sistémicas

TILs – Linfócitos infiltrantes do tumor

UCQ – Unidade Central de Quimioterapia

VHBC – Value-Based Healthcare

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	7
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. A PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA: CASO CLÍNICO NO HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DE ADULTOS	31
3.1. Enquadramento teórico	31
3.2. Clientes	65
3.3. Medicação	66
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	66
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	73
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	74
3.5. Domínios	76
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	76
3.6. Conceção de Cuidados	82
3.7. Especificação das intervenções	86
3.8. Síntese relativa ao caso	89
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	93
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	127
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
ANEXOS	159

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A crescente prevalência de doenças crónicas, caracterizadas pela alteração dos padrões de saúde das populações, impõe desafios significativos aos sistemas de saúde. O impacto social e económico deste fenómeno exige uma resposta eficaz e uma abordagem prioritária à sua prevenção a nível global.

Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) define as doenças crónicas como condições de longa duração e, geralmente, de progressão lenta, resultantes da interação entre fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. Entre as principais características destas doenças destacam-se a irreversibilidade, a progressiva acumulação de estados de doença ou incapacidade, a necessidade de acompanhamento multiprofissional de longa duração e a capacitação da pessoa para gerir a sua condição, através da adoção de um regime terapêutico complexo, com impacto na qualidade de vida (Bastos, 2012; Pinto, 2008).

Nestas doenças, que abrangem diversas entidades patológicas, o cancro destaca-se, indiscutivelmente, como uma das condições que se enquadra nesta categoria (Pituskin, 2022; Schmidt, 2016; Ward et al., 2014; World Health Organization [WHO], 2024). Esta classificação torna-se especialmente relevante ao considerarmos que as doenças oncológicas, um conjunto diversificado de patologias com características próprias, estão entre as doenças crónicas cuja incidência tem aumentado de forma mais expressiva a nível mundial (Santos & Lima, 2022). Este crescimento global é corroborado pelas previsões da WHO (2024), que apontam para mais de 35 milhões de novos casos de cancro até 2050, representando um aumento de 77% face aos 20 milhões de casos registados em 2022, dos quais 10,3 milhões ocorreram em indivíduos do sexo masculino e 9,7 milhões no sexo feminino (WHO, 2022a).

Em Portugal, no ano de 2022, foram diagnosticados aproximadamente 69.567 novos casos de cancro, tendo-se registado 33.762 óbitos devido a esta doença (WHO, 2022b). As doenças oncológicas continuam a ser a segunda principal causa de morte no país (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2023a). Estatisticamente, o cancro da próstata é o mais prevalente entre os homens, enquanto o cancro da mama é o mais comum entre as mulheres (Ferlay et al., 2024).

Apesar da elevada mortalidade associada ao cancro, a taxa de sobrevivência a cinco anos de pessoas com doença oncológica é elevada, resultado do aumento e da melhoria dos cuidados oncológicos (OECD, 2023b). Esse avanço é impulsionado pelos progressos na investigação em oncologia, que tem introduzido novas modalidades terapêuticas, contribuindo para o aumento das taxas de sobrevivência e possibilitando que as pessoas convivam com a doença durante

períodos mais longos (Mestdagh et al., 2023).

Na atualidade, os profissionais de saúde reconhecem que o conceito de doença transcende a mera disfunção ou alteração estrutural de um ou mais sistemas do organismo. Da mesma forma, a definição de doença oncológica não se restringe apenas às alterações no crescimento e divisão celular, com perda de controlo da proliferação, modificação das propriedades bioquímicas e capacidade de invasão de tecidos ou órgãos (National Cancer Institute [NCI], 2019). Segundo Santos (2006), o confronto com a doença oncológica configura-se como uma experiência de desconforto e de desorganização psicossocial, com impacto significativo e continuado na forma como as pessoas se percebem e interagem com o meio envolvente. Em constante interação com o meio, a pessoa, pode, perante a doença ou outros fatores de vulnerabilidade, entrar em desequilíbrio, resultando numa limitação das atividades de vida, aumento da dependência e diminuição da capacidade de autocuidado (Meleis, 2010).

Em linha com esta realidade o autocuidado é considerado um componente integral da gestão da doença, permite à pessoa observar-se, reconhecer sintomas, determinar a agressividade da sintomatologia e escolher estratégias apropriadas para lidar com esses sintomas, minimizando-os e maximizando a saúde (Sidani, 2011). No contexto da doença oncológica, a prática de autocuidado depende da etapa do ciclo da doença, bem como dos tratamentos em curso (Galvão & Batista, 2022).

A evolução da ciência e da tecnologia tem possibilitado avanços notáveis no diagnóstico e tratamento do cancro (Despacho n.º 13227/2023 do Diário da República). Embora a terapêutica antineoplásica sistémica (TANPS) seja a abordagem mais comum e promissora (Anand et al., 2022), é fundamental reconhecer que está associada a diversos efeitos secundários (Katta et al., 2023). Paralelamente, é importante referir que os tratamentos estão associados a diferentes toxicidades, nomeadamente hematológica, gastrointestinal, cardíaca, hepática, pulmonar, neurológica, renal e dermatológica, entre outras (Bonassa & Santana, 2005; Olsen et al., 2019). Contudo, os sintomas são, em grande parte, temporários e podem ser minimizados com tratamento adequado e adoção de comportamentos de autogestão (Gucuyener & Karabacak, 2025).

É importante referir que se tem verificado uma transição na administração de TANPS, do contexto hospitalar, em regime de internamento, para o hospital de dia de oncologia (HDO), em regime ambulatorio. Se, por um lado, esta mudança acarreta diversas vantagens para a pessoa, como a redução do risco de infeções e a continuidade do tratamento no domicílio (Mcbride & Persky, 2021), por outro, transfere para o próprio e, por vezes, para os familiares, a responsabilidade pela monitorização e gestão dos sintomas e complicações associadas ao tratamento, uma vez que é no domicílio que estes se manifestam (Rafael et al., 2021). Esta transferência de responsabilidade torna-se particularmente desafiante quando se consideram as complexidades associadas à autogestão de múltiplos sintomas. Para Charalambous (2019), a

ocorrência de múltiplos sintomas em simultâneo traduz-se num aumento do grau de complexidade dos mesmos e, por conseguinte, dificulta a autogestão.

Assim, evidencia-se que a pessoa necessita iniciar a construção de um novo projeto de vida, integrando a doença com flexibilidade e mobilizando recursos para lidar com as mudanças inerentes (Brito, 2012). Este desafio pode ser interpretado, à luz da teoria de Meleis e colaboradoras (2000), como uma transição com relevância para a enfermagem. Assume-se que a transição é um processo que implica a incorporação de mudanças no modo de viver, conduzindo a uma reorientação e redefinição do modo de ser e de estar da pessoa que a experiencia (Meleis et al., 2000).

Face ao exposto, é imperativo afirmar que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm um papel crucial em todo o percurso da pessoa com doença oncológica. Segundo Silva (2007), a enfermagem possui um *core* que caracteriza o seu conhecimento e prática, sendo central a forma como a pessoa vivencia a transição saúde/doença e a incorpora na gestão de um regime terapêutico complexo, constituindo esta uma dimensão essencial desse *core*.

Perante este cenário, é fundamental que os enfermeiros desenvolvam competências específicas, de modo a garantir cuidados holísticos, humanizados e de excelência, fundamentados na prevenção da doença, na promoção de estilos de vida saudáveis, nos processos de adaptação, bem como na adesão e gestão do regime terapêutico (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) estabelece que o enfermeiro especialista (EE) deve possuir um perfil de competências clínicas, estruturado em competências comuns a todas as áreas de especialidade e em competências específicas. Salienta-se que as competências comuns são “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, 2019, p. 4745). Por outro lado, as competências específicas resultam “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

O presente relatório insere-se no âmbito do plano curricular do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (MEMCPSCR), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), e está integrado na unidade curricular "Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II". Tem como propósito documentar o desenvolvimento de competências avançadas de EE nesta área, através da exposição objetiva e detalhada do percurso teórico e prático realizado no estágio.

Neste contexto, a sua elaboração baseia-se numa análise crítico-reflexiva, fundamentada nos conhecimentos adquiridos no MEMCPSCR, nas experiências vivenciadas nos contextos clínicos, no interesse pessoal pela temática e na reflexão sobre a prática profissional.

Para sustentar e orientar este percurso, antes do início do estágio profissional, foi imprescindível a elaboração de um projeto de desenvolvimento de competências, alinhado com as competências inerentes ao grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, Diário da República), bem como com as competências comuns e específicas preconizadas pela OE para o EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No âmbito do projeto, foi definido o seguinte objetivo geral: desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crónica, no contexto da oncologia e em programa de quimioterapia. Para alcançar as competências desejadas, foram delineados objetivos intermédios e específicos, bem como as atividades correspondentes (detalhados no ANEXO I). A seguir, apresentam-se os objetivos intermédios, e os respetivos objetivos específicos:

- Desenvolver competências na identificação das necessidades da pessoa com doença oncológica;
 - a) Aprofundar conhecimentos sobre autogestão da doença oncológica;
 - b) Desenvolver capacidades para identificar as necessidades relacionadas com os efeitos secundários induzidos pela quimioterapia;
 - c) Desenvolver capacidades na recolha de dados para a identificação das necessidades da pessoa no domínio da autogestão do regime medicamentoso;
 - d) Desenvolver capacidade na recolha de dados para a identificação das necessidades no domínio da autogestão do regime dietético.
- Desenvolver competências no planeamento de intervenções especializadas à pessoa com doença oncológica com vista à facilitação do processo de transição saúde/doença;
 - a) Desenvolver capacidades para promover a autogestão do regime medicamentoso na pessoa com doença oncológica;
 - b) Desenvolver capacidades para promover a autogestão do regime dietético da pessoa com neutropenia.
- Desenvolver competências na área dos procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos.
- Desenvolver competências na área da gestão do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança.

Importa referir que, embora a implementação do projeto tenha constituído um ponto de partida estruturante para a aquisição de competências especializadas, o percurso realizado não se esgotou na sua concretização. Além disso, a ausência de experiência prévia na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica representou um desafio adicional, exigindo um esforço acrescido na aquisição de conhecimentos e competências específicas, bem como uma adaptação contínua às particularidades desta área de intervenção.

Para alcançar estes objetivos, foi realizado um estágio integrado no curso, desenvolvido em dois contextos de cuidados direcionados ao acompanhamento de pessoas em situação crónica com doença oncológica, ambos num hospital especializado em oncologia. O estágio totalizou 360 horas de contacto direto (180 horas em cada local), decorrendo entre 17 de setembro de 2024 e 17 de janeiro de 2025. O primeiro período de estágio teve lugar num serviço de Onco-hematologia e o segundo num serviço de Hospital de dia, em regime ambulatorio. Foi nestes dois contextos que se procurou desenvolver e aprofundar competências especializadas, alinhadas com os objetivos definidos no projeto e com os objetivos do MEMCPSCR.

No decurso do estágio, foi explanado e fundamentado o processo de conceção de cuidados a vários “estudos de caso” aplicando competências de juízo crítico, planeamento e tomada de decisão em situações complexas na área de especialização profissional. Para este relatório, foi escolhido um estudo de caso que, pela sua abrangência, singularidade e pertinência, permite concretizar os objetivos delineados e impulsionar o desenvolvimento da perícia profissional (Benner, 2005).

O processo de conceção de cuidados do caso clínico selecionado, foi documentado por intermédio da plataforma académica *E4Nursing*, disponibilizada pela ESEP, a qual se fundamenta na Ontologia de Enfermagem.

O documento apresentado está estruturado em cinco capítulos. O primeiro corresponde à introdução, seguido pela caracterização dos contextos clínicos onde decorreram os estágios profissionais. No terceiro capítulo, é apresentado um caso clínico que ilustra a conceção de cuidados a uma pessoa com doença oncológica em tratamento com quimioterapia, em regime ambulatorio. O quarto capítulo aborda os contributos para o desenvolvimento de competências, tanto comuns como específicas, do EE em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crónica. Por último, é apresentada uma síntese final.

Este relatório foi estruturado na plataforma *E4Nursing*; contudo, a sua elaboração seguiu as orientações para trabalhos científicos estabelecidas pela ESEP, que adotam as normas da American Psychological Association (APA), 7.^a edição, para a formatação de citações e referências bibliográficas. Além disso, em conformidade com a legislação sobre proteção de dados, os princípios éticos e a deontologia da profissão, foram omitidas as informações pessoais da pessoa alvo dos cuidados, dos profissionais envolvidos ao longo deste processo, bem como a identificação da instituição onde decorreram os dois estágios.

Com o objetivo de sustentar as informações e reflexões apresentadas, foi realizada uma pesquisa da melhor evidência disponível, que incluiu a consulta de bases de dados científicas (CINAHL, PUBMED e MEDLINE), literatura cinzenta, assim como teses de mestrado e doutoramento.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

A aquisição de competências específicas é otimizada através da prática em contextos clínicos distintos, proporcionando uma maior amplitude de experiências, habilidades e conhecimentos, necessários para a conceção e prestação de cuidados. Neste sentido, no 3.º semestre do mestrado em enfermagem médico cirúrgica, na área de enfermagem à PSC, foi realizado o “Estágio de natureza profissional – módulo II”, em dois serviços diferentes de um hospital público da região norte de Portugal, vocacionado para o tratamento da pessoa com doença oncológica: o serviço de Onco-Hematologia e o Hospital de Dia de Oncologia de adultos. O desenvolvimento do estágio nestes contextos permitiu uma experiência prática abrangente e desafiadora. O facto de o estágio ter sido realizado na mesma instituição facilitou a integração e foi fundamental para o desenvolvimento do projeto de desenvolvimento de competências.

A instituição onde decorreu o estágio integra uma entidade pública empresarial, que dispõe de autonomia financeira, administrativa e patrimonial (Decreto-Lei n.º 52/2022). A sua missão consiste em prestar cuidados de saúde centrados na pessoa, com foco na prevenção, investigação, formação e ensino em oncologia, visando assegurar elevados padrões de qualidade, humanismo e eficiência.

A prestação de cuidados de saúde desta instituição visa garantir uma resposta eficaz às necessidades da população da sua área de influência. Na sua estrutura, dispõe de diversas clínicas e serviços que se encontram organizados por áreas de especialização.

Destaca-se, ainda, a presença de uma escola dedicada à transferência de conhecimento científico e ético no campo das ciências da saúde. Com um enfoque especial no ensino e na integração profissional dos colaboradores e das instituições parceiras, esta escola promove diversas atividades formativas. Essas iniciativas valorizam a confiança, a responsabilidade e o reconhecimento institucional, contribuindo para a excelência na qualificação dos profissionais e para a consolidação de uma cultura de aprendizagem contínua.

Reconhecendo o papel crucial dos contextos clínicos na experiência de aprendizagem, apresento um resumo das características orgânicas e funcionais dos ambientes de prática clínica onde decorreu o estágio. Ao abordar estes aspetos, pretende-se evidenciar a compreensão da complexidade dos cuidados prestados, os quais foram determinantes para o desenvolvimento profissional nestes contextos desafiantes.

Embora os serviços sejam distintos, estão integrados na mesma instituição, pelo que apresentam sobreposições funcionais. Assim, optou-se por, no final do capítulo, apresentar as semelhanças funcionais, após a caracterização individual de cada contexto.

Serviço de internamento de Onco-Hematologia

Este serviço está integrado no departamento de oncologia médica, orientado para o diagnóstico e tratamento de doenças do foro hemato-oncológico. A admissão no serviço pode ocorrer por internamento não programado, em casos de exacerbação da condição clínica, progressão da doença ou necessidade de controlo de efeitos secundários e complicações do tratamento, como a neutropenia febril. São igualmente admitidas pessoas para internamentos programados, para estudo da doença ou realização de tratamentos específicos, como ciclos de quimioterapia citotóxica de indução, remissão ou consolidação, bem como terapia com células T com recetores de antigénio quimérico (CAR-T). A modalidade de tratamento e/ou controlo das doenças oncológicas exige protocolos terapêuticos antineoplásicos complexos e prolongados. Neste contexto, para além dos tratamentos convencionais, como a quimioterapia citotóxica, que é definida por protocolos específicos para cada patologia, as pessoas também podem participar em ensaios clínicos que incluem terapêuticas inovadoras. Um dos avanços mais notáveis nesta área é a terapia com células CAR-T, que utiliza linfócitos T geneticamente modificados da própria pessoa, para reconhecer e destruir células malignas. A instituição é reconhecida a nível nacional como um centro de referência nesta área, destacando-se pelo elevado número de infusões de células CAR-T, com 85 infusões realizadas até 2024.

Relativamente à discriminação das patologias mais prevalentes no serviço, à média de dias de internamento, à taxa de reinternamento e à taxa de mortalidade, apesar de terem sido encetados esforços com o objetivo de obter dados estatísticos detalhados sobre estes parâmetros, os mesmos não foram disponibilizados pela instituição. Ainda assim, com base na literatura consultada, é possível referir que as pessoas submetidas a quimioterapia apresentam habitualmente protocolos terapêuticos antineoplásicos complexos e administrados por longos períodos (Penaforte, 2023; Ribeiro, 2015), o que prediz que os internamentos, neste contexto, tendem a ser prolongados no tempo.

Relativamente à idade das pessoas internadas, este abrange uma ampla faixa etária, desde jovens adultos até idosos.

Em relação aos recursos físicos, este serviço é constituído por 12 enfermarias, num total de 20 camas disponíveis, das quais quatro são quartos de isolamento individuais, e uma área de consultas com sete gabinetes. O serviço dispõe ainda de uma sala de tratamentos, preparada para a realização de procedimentos, nomeadamente a inserção de cateter venoso central (CVC).

No que concerne aos recursos humanos, o serviço conta com uma equipa multidisciplinar, composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, nutricionista e administrativa. Caso seja necessário, pode ser estabelecido contacto com outros profissionais da instituição, entre os quais se incluem o psicólogo, o assistente social e a equipa de fisioterapia.

A equipa de enfermagem é constituída por 29 elementos, incluindo a enfermeira gestora e uma

enfermeira especialista que colabora na gestão do serviço. Relativamente à formação pós-graduada nas áreas de Enfermagem, de referir que oito elementos possuem especialidade: dois em enfermagem comunitária, três em enfermagem médico-cirúrgica e três em saúde mental e psiquiátrica. Os enfermeiros estão distribuídos por diferentes grupos de trabalho, nomeadamente: Stop infeção (dois elementos); elo de ligação do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) (dois elementos); gestor de risco local (GRL) (um elemento); elo de ligação do grupo de prevenção das úlceras de pressão (um elemento); responsável pela formação em serviço (um elemento); elos com funções relativas aos sistemas de informação (três elementos); e, elemento responsável pela análise do sistema Btrac (*Right Sample, Right Patient, Safe Transfusion*) (um elemento). Adicionalmente, existe uma enfermeira responsável pela gestão e manutenção do carro de urgência.

Importa salientar que nenhum dos enfermeiros com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica é da área de enfermagem à pessoa em situação crónica, o que poderá estar relacionado com o facto de esta especialidade ser recente. Contudo, considero que, numa perspetiva de futuro, a integração de enfermeiros com esta especialidade na equipe constituiria uma mais-valia, tendo em conta as necessidades específicas de cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica. A presença de profissionais com esta pós-graduação permitiria uma maior proficiência na implementação de intervenções direcionadas para a promoção: do potencial da pessoa para a autogestão dos múltiplos sinais e sintomas decorrentes do tratamento; da autogestão do regime terapêutico; e do processo de transição saúde/doença, contribuindo assim para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas.

Relativamente ao número de enfermeiros por turno, estão previstos cinco enfermeiros no turno da manhã, quatro no turno da tarde e três no turno da noite. Diante do exposto, analisámos a experiência vivenciada à luz do que está estabelecido pelo Regulamento n.º 533/2014 da OE, que define os critérios para a determinação das dotações seguras. Este regulamento enfatiza a necessidade de utilizar critérios para determinar o número adequado de enfermeiros, em função das necessidades reais. A adequada dotação de enfermeiros, assim como as suas competências e níveis de qualificação, é essencial para garantir a qualidade e a segurança na prestação de cuidados. O regulamento ressalva ainda que a estimativa do número de enfermeiros deve considerar não apenas o número de horas de cuidados prestados por pessoa por dia e a duração média dos procedimentos, mas também as competências profissionais, as características da instituição ou serviço, bem como a formação e a investigação a ser realizada.

A OE disponibilizou no seu site uma Calculadora de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, complementar ao Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. Para realizar a análise comparativa anteriormente mencionada utilizámos os valores de referência descritos neste regulamento, e obtivemos como resultado um total de 28 enfermeiros, o que corresponde a um rácio adequado de enfermeiros para a prestação de cuidados. No entanto, segundo o

mesmo cálculo, é recomendado que o quadro de enfermeiros inclua, na sua composição global, pelo menos 10 enfermeiros especialistas, alocados em função das suas áreas de especialidade e em consonância com a tipologia dos cuidados prestados. Nos serviços de internamento de adultos, tanto nas especialidades médicas como nas cirúrgicas, o regulamento estabelece que deve haver, no mínimo, um EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica presente de forma contínua, 24 horas por dia. No entanto, esta recomendação não se verifica, uma vez que no serviço existem apenas três enfermeiros com essa especialidade.

No presente contexto, relativamente à organização dos cuidados e aos métodos de trabalho, está implementado o método de trabalho individual, que tem por base a responsabilidade total do enfermeiro pela prestação dos cuidados durante o turno, com base numa conceção de cuidados centrados na pessoa e numa tomada de decisão sustentada (Ventura-Silva et al., 2022). A adoção dos métodos de trabalho está intimamente relacionada com o desenvolvimento profissional e formativo do enfermeiro, com a gestão de enfermagem e com as particularidades institucionais de diferentes contextos de cuidados, influenciando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Ventura-Silva et al., 2021). No serviço em análise, a distribuição dos enfermeiros por turno é organizada de acordo com uma escala diária estabelecida pela enfermeira com funções de chefia, garantindo uma alocação estruturada dos recursos humanos, em função das necessidades dos clientes e das exigências do serviço. Em todos os turnos é designado um enfermeiro responsável, que não tem clientes atribuídos no turno da manhã e da tarde. Entre as suas funções, destacam-se a interligação com a equipa multidisciplinar, a validação da prescrição de quimioterapia com o serviço de farmácia, a validação e o envio dos pedidos de estudo analítico e de transfusão de hemoderivados, além de assegurar a prestação de cuidados, colaborando com os pares. No turno da noite o enfermeiro responsável tem a função de verificar o cofre de estupefacientes. Nos turnos da manhã, cada enfermeiro presta cuidados a quatro clientes; no turno da tarde e da noite, dois enfermeiros são responsáveis por um total de seis clientes cada, enquanto o outro enfermeiro cuida de oito.

A documentação dos cuidados de enfermagem é fundamental para a qualidade da assistência em enfermagem. Segundo Ribeiro et al. (2019), os sistemas de informação em enfermagem (SIE), nomeadamente os registos eletrónicos, devem refletir a prática diária. Os mesmos autores acrescentam que, a informação documentada nos SIE é fundamental para a gestão dos cuidados e otimização dos resultados em saúde. Neste contexto de estágio, para a documentação dos cuidados, foi possível constatar que é utilizado um sistema de informação clínica próprio, desenvolvido pela empresa Glinntt. Este sistema permite aos enfermeiros efetuarem um registo padronizado no aplicativo, com respeito à conceção de cuidados, com registo dos dados, diagnósticos e intervenções, bem como verificar e registar a medicação prescrita. No que se refere à conceção de cuidados é dado enfoque aos domínios do conhecimento sobre suscetibilidade à infeção, conhecimento sobre regime terapêutico e adesão ao regime terapêutico. Durante a observação, foi possível verificar que os enfermeiros

apresentavam maior dificuldade na recolha de dados centrada nos comportamentos de autocuidado e no processo de transição, apesar do seu empenho em intervir nestas áreas.

Ressalva-se que a adoção de estratégias educativas por parte dos enfermeiros surge como uma intervenção autónoma de enfermagem, com impacto comprovado na melhoria dos resultados em saúde, sobretudo em pessoas com condições crónicas (WHO, 2003). Estas estratégias ao promoverem a responsabilização e o envolvimento da pessoa no seu próprio processo de tratamento, favorecem a autonomia da pessoa e a sua capacidade de gerir a doença (Wilson et al., 2013).

De salientar que, neste contexto, são utilizadas outras aplicações informáticas com enfoque na segurança, nomeadamente o sistema Btrac. Este sistema é especialmente direcionado para assegurar a rastreabilidade, a segurança, a confirmação positiva e a monitorização na administração de componentes sanguíneos, assegurando o cumprimento dos requisitos legais, das diretrizes e das boas práticas (BIQ Health Solutions, n.d.). Importa mencionar que os períodos prolongados de aplasia requerem a reposição adequada de componentes sanguíneos (Ribeiro, 2015), resultando numa administração frequente destes produtos no serviço. A utilização do sistema Btrac, assume assim um papel crucial na prevenção de erros e na promoção da segurança do doente no processo transfusional.

A segurança dos cuidados de saúde constitui um dos pilares fundamentais para assegurar a qualidade da assistência prestada. A particularidade deste serviço exige uma ação diferenciada, com uma abordagem rigorosa, atenta e segura às pessoas internadas. Importa referir que o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 estabelece cinco pilares fundamentais para a promoção da segurança nos cuidados de saúde: a cultura de segurança, a liderança e governança, a comunicação, a prevenção e gestão de incidentes de segurança, e a implementação de práticas seguras em ambientes seguros.

As pessoas com doenças hematológicas apresentam elevada suscetibilidade a infeções de diversas etiologias. Esta vulnerabilidade resulta de múltiplos fatores, incluindo a leucopenia associada à própria doença ou ao tratamento, a imunodeficiência inerente a doenças linfoplasmocitárias, a imunossupressão terapêutica, lesões iatrogénicas da pele e mucosas (resultantes de fármacos ou procedimentos, como o cateterismo), alterações metabólicas, internamentos duradouros e uso prolongado de antibióticos de largo espectro (Silva-Pinto et al., 2018; Ribeiro, 2015; Viana Taveira et al., 2017).

Neste âmbito, o controlo e a prevenção de infeções assumem um papel cada vez mais relevante na obtenção de melhores resultados clínicos em pessoas com doença oncológica. Esta prioridade traduziu-se na obrigatoriedade da implementação de programas de prevenção em instituições de saúde, com a participação de equipas multidisciplinares. Nas últimas décadas, aspetos específicos dos programas de controlo de infeção em contexto oncológico ganharam particular destaque, como as infeções associadas a cateteres venosos centrais, a emergência de

organismos multirresistentes, as infeções virais adquiridas na comunidade e o papel do ambiente hospitalar na transmissão horizontal de microrganismos. Para responder eficazmente a estes desafios, é necessária uma abordagem estratégica multifacetada, que envolva não apenas os profissionais de saúde, mas também os próprios clientes, os seus familiares, a comunidade e o ambiente dos cuidados de saúde (Ariza-Heredia & Chemaly, 2018).

Assim, os EE desempenham um papel central na prevenção e controlo de infeções, através da implementação rigorosa de Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), das precauções baseadas nas vias de transmissão, da promoção de um ambiente seguro e da realização de ações educativas direcionadas à pessoa e à sua rede de suporte (Carrico et al., 2018; DGS, 2021).

A evidência científica revela que as infeções da corrente sanguínea associadas a CVC representam uma preocupação significativa, com uma incidência estimada de 10,6 casos por 1000 dias de utilização de CVC, em pessoas com doença hematológica e oncológica (Baier et al., 2020). O risco de infeção está intimamente relacionado com o estado clínico da pessoa no momento da inserção do cateter, sendo agravado por condições como a desnutrição ou a aplasia medular (Thom et al., 2013).

Apesar dos riscos associados, os CVC são frequentemente indispensáveis para a administração segura da terapêutica antineoplásica, sendo a sua utilização muito frequente neste contexto clínico. A sua correta utilização e manutenção são cruciais para a segurança da pessoa. O cumprimento rigoroso dos procedimentos de inserção, manipulação e vigilância do CVC é determinante para a prevenção de complicações infecciosas, sendo esta uma área em que os EE desempenham um papel fundamental (Sousa et al., 2015).

Durante a observação no estágio, constatei que o contexto assistencial adota uma abordagem alinhada com os diferentes níveis identificados anteriormente. Os EE demonstram elevado rigor na aplicação das PBCI e das medidas de isolamento, assegurando a segurança da pessoa em situação de vulnerabilidade.

Contudo, a eficácia das intervenções não depende apenas da atuação dos profissionais. É igualmente importante que a pessoa em tratamento e os seus familiares estejam devidamente informados e conscientes das medidas de precaução necessárias, como as restrições de visitas e a correta utilização de equipamentos de proteção individual. Esta consciencialização tem sido ativamente promovida pelos EE, que procuram garantir que as orientações sejam compreendidas e seguidas, reforçando, assim, a segurança das pessoas.

Entre as práticas mais valorizadas, destaca-se a desinfecção adequada das mãos — reconhecida como uma das medidas mais simples, mas também mais eficazes, na prevenção de infeções (Ariza-Heredia & Chemaly, 2018; DGS, 2017a). Esta prática está profundamente enraizada na prática clínica, sendo aplicada com rigor e consistência pela equipa.

No que diz respeito ao ambiente dos cuidados, destaca-se que o contexto observado está alinhado com as diretrizes estabelecidas para as unidades de saúde que prestam cuidados a pessoas com doença hematológica. Essas orientações recomendam a implementação de sistemas de ventilação especializados, nomeadamente unidades de fluxo de ar laminar com capacidade para realizar 12 trocas de ar por hora, bem como a utilização de filtros de ar de alta eficiência para partículas (HEPA) (Ariza-Heredia & Chemaly, 2018).

Com igual valor estratégico no PNSD (2021-2026), destacam-se os aspetos relacionados com a segurança da área do medicamento, que também mereceram atenção especial. Na receção da terapêutica antineoplásica, é realizada a dupla confirmação por dois enfermeiros, para a minimização dos erros de medicação. Neste processo, são verificados os cinco certos da medicação: a pessoa certa, o medicamento certo, a dose certa, o horário certo e a via de administração correta. Importa salientar que a TANPS é preparada na Unidade Central de Quimioterapia (UCQ) e enviada para o serviço numa mala de transporte. Antes de proceder à administração desta terapêutica, o enfermeiro responsável pela administração verifica novamente os cinco certos anteriormente mencionados e regista / documenta a administração e o horário correspondente. Salienta-se ainda que o serviço dispõe de um kit de derramamento de citostáticos, garantindo que, em caso de incidentes durante a administração da terapêutica, sejam adotadas as medidas adequadas para minimizar os riscos e assegurar a segurança tanto da pessoa como dos profissionais.

No que concerne à implementação de projetos de melhoria contínua, está previsto no futuro a implementação de um projeto de acompanhamento telefónico realizado por enfermeiros, destinado a pessoas que realizaram, no contexto do serviço, a infusão de células CAR-T.

Os enfermeiros, enquanto profissionais essenciais na prestação de cuidados de saúde, desempenham um papel único na prestação e coordenação de cuidados, bem como na implementação de atividades que visam a qualidade e segurança da pessoa (Regulamento n.º 613/2022, 2022). Concretamente, relacionado com a qualidade, importa referir que não tivemos acesso aos indicadores de qualidade do serviço, acreditando que o seu conhecimento seria um contributo relevante para a reflexão crítica.

Hospital de Dia de Oncologia de adultos

O aumento significativo da esperança média de vida das populações, aliado ao desenvolvimento de novos tratamentos para diversas doenças crónicas, como é o caso do cancro, que requerem administração sob vigilância criteriosa, mas que nem sempre exigem internamento, tornou fundamental a reorganização das instituições de saúde para melhor se adaptarem a esta nova realidade. Foi nesse contexto que surgiram os hospitais de dia, que desempenham um papel essencial na prestação de cuidados de saúde ajustados a estas necessidades.

De acordo com a circular normativa n.º 3/2021/DPS/ACSS, o hospital de dia é uma “unidade orgânico-funcional de um estabelecimento de saúde, com espaço físico próprio e meios técnicos e humanos qualificados, onde a pessoa recebe cuidados de saúde de diagnóstico ou de terapêutica de forma programada e permanece sob vigilância médica ou de enfermagem, por um período inferior a 24 horas” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2021, p. 30). Neste sentido, o HDO destaca-se como uma unidade importante na trajetória da pessoa a vivenciar a doença oncológica, revelando-se igualmente um local pertinente para o desenvolvimento das competências do EE em enfermagem médico-cirúrgica à PSC.

Na instituição onde decorreu o estágio de natureza profissional, este serviço é considerado uma unidade funcional, pertencente ao departamento de Medicina que se destina à administração, em regime de ambulatório, de terapêutica sistémica antineoplásica para o tratamento da doença oncológica. Nesta unidade não é só administrada terapêutica citotóxica, mas também imunoterapia, hormonoterapia, bifosfonatos e outras terapêuticas de suporte (componentes sanguíneos, antibioterapia, antieméticos). Adicionalmente, este contexto também desempenha um papel interventivo na investigação, através da integração do desenvolvimento em ensaios clínicos.

De acordo com os dados estatísticos deste hospital de dia, são realizados, em média, entre 320 e 350 tratamentos diários, totalizando aproximadamente 7700 tratamentos mensais e 92400 tratamentos anuais. Embora não existam dados específicos disponíveis sobre as tipologias de doença oncológica mais frequentemente tratadas no serviço, pode afirmar-se que estão presentes todos os tipos de doença oncológica, incluindo neoplasias sólidas e hematopoiéticas.

Relativamente à referenciação, as pessoas podem ser referenciadas para este serviço a partir das várias especialidades da consulta de oncologia médica, da consulta de grupo ou do internamento. Contudo, a sua admissão está sujeita a uma rigorosa verificação de critérios, entre os quais a verificação do processo clínico que engloba: a leitura da consulta de oncologia médica da especialidade; leitura da consulta de grupo multidisciplinar; verificação da existência de Consentimento Informado; verificação/comparação da prescrição em formato digital ou em papel (no caso de ensaio clínico); verificação dos valores analíticos segundo respetivo protocolo e dos meios complementares de diagnóstico; validação para a UCQ do protocolo prescrito, por via digital. De seguida, é efetuada a transcrição da prescrição médica para uma folha de terapêutica com o tratamento prescrito que contempla: soroterapia de hidratação/lavagem de linha; imunoterapia (quando presente); citostáticos por ordem de administração; medicação de suporte; periodicidade do tratamento e número de ciclos. Note-se que o médico assistente é o responsável pelo agendamento das consultas de follow-up, assegurando a continuidade dos cuidados. Na sua ausência, essa responsabilidade é assumida pelo médico de apoio ao hospital de dia.

O serviço onde foi realizado o estágio dispõe de uma estrutura física composta por quatro salas

de tratamento, equipadas com um total de oito camas e 45 cadeirões. A sala 1 está equipada com oito camas, enquanto as salas 2, 4 e 5 contam com 15 cadeirões cada. Além disso, inclui a sala 3, que dispõe de cadeirões de apoio, sendo que é neste espaço físico onde é acondicionada a terapêutica antineoplásica sistémica, previamente preparada na UCQ. O serviço conta ainda com um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, dois gabinetes destinados à administração de hormonoterapia, um gabinete de secretariado administrativo e outras áreas de apoio. Este serviço funciona de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 20h00, sem prejuízo da conclusão de tratamentos a decorrer.

Todos os tratamentos são marcados, antecipadamente, com atribuição de data, hora e local da sua realização (número de sala e número de cama/cadeirão), através de uma aplicação de agendamento informática parametrizada, sendo este agendamento realizado pelos administrativos. Sem dúvida, que este hospital de dia integra a Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro - Horizonte 2030, que tem como um dos seus vários objetivos “garantir acesso em tempo útil a tratamento farmacológico para o cancro, no sistema nacional de saúde, para toda a população elegível (Despacho n.º 13227/2023 do Diário da República, p. 72). Sabe-se que, apesar de Portugal dispor de uma legislação que estipula um modelo de tempos máximos de resposta para a prestação de cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde (Portaria n.º 153/2017 do Diário da República), a mesma não especifica o tempo máximo de resposta no caso da radioterapia ou do tratamento farmacológico oncológico, de acordo com a janela terapêutica indicada.

A estrutura organizacional deste serviço assenta na colaboração com diversas clínicas e outros serviços da instituição, com destaque para a central de colheitas, o laboratório de análises e a farmácia hospitalar, esta última com um papel determinante na preparação da terapêutica citotóxica administrada no serviço. Para além da vertente técnica, importa sublinhar que o serviço procura garantir, durante os tratamentos, que as pessoas possam usufruir de apoio de voluntariado, de apoio hoteleiro (com disponibilização da refeição nos casos de tratamentos prolongados), permitindo também, a possibilidade um acompanhante durante o tratamento, se necessário.

Quanto aos recursos humanos, estes são constituídos por uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte: médicos oncologistas, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos e uma farmacêutica. A equipa de enfermagem é composta por 43 enfermeiros, que apresentam diferentes posicionamentos na carreira de enfermagem. Verifica-se que, no total, existem 16 enfermeiros com as seguintes especialidades: especialidade em enfermagem comunitária (nove elementos), especialidade em enfermagem médico-cirúrgica (sete elementos), especialidade em saúde mental e psiquiátrica (um elemento) e especialidade em enfermagem de saúde materna e obstétrica (um elemento). Dada a especificidade do serviço, os enfermeiros envolvidos na gestão e prestação de cuidados são responsáveis pelo acompanhamento direto de um número de pessoas definido pelo plano de trabalho diário. Este plano é elaborado pelo enfermeiro

gestor, tendo por base a existência de 19 postos de trabalho.

A OE recomenda a existência “... preferencialmente, de EE em enfermagem médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Podem ainda integrar enfermeiros especialistas ou enfermeiros com competência acrescida, de outras áreas, tendo em consideração a necessidade em cuidados de enfermagem diferenciados” (Regulamento n.º 743/2019, 2019, p. 141). Este serviço assegura a segurança e a qualidade dos cuidados especializados, seguindo as recomendações da OE no que respeita à integração de enfermeiros especialistas. No entanto, a equipa não conta com um especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da PSC.

Nesta linha de pensamento, a OE preconiza que o cálculo de dotações seguras dos cuidados num hospital de dia “deve ser ajustado à realidade de cada organização, de acordo com as atividades de enfermagem realizadas, registadas e contabilizadas” (Regulamento n.º 743/2019, 2019, p. 142). Foi utilizada a calculadora de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, tendo por base os postos de trabalho, que aponta para a necessidade de 45 enfermeiros, número que não é atingido neste serviço.

A dotação adequada de enfermeiros, bem como o seu nível de qualificação e perfil de competências, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade de cuidados de saúde, tanto para a população alvo como para as organizações. Contudo, o cálculo da dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por pessoa e por dia, ou aos tempos médios utilizados por determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar também aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a descentralização de serviços, a formação e a investigação (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

O responsável de turno é, geralmente, um enfermeiro especialista, ou, na sua ausência, um enfermeiro sénior, que substitui o enfermeiro gestor. As funções dos enfermeiros estão organizadas por setores, sendo que as salas 1, 2 e 4 são os espaços destinados à leitura do processo clínico (prescrição, análises e consultas); confirmação e identificação da pessoa por pulseira; avaliação do estado de saúde da pessoa e, conforme necessário, solicitação de observação médica; ensino à pessoa e à família/pessoa significativa; avaliação ponderal e monitorização dos sinais vitais; preparação da terapêutica de suporte; punção do acesso venoso; validação, conferência e administração da terapêutica; vigilância de intercorrências; registos clínicos; apoio a determinados atos médicos (apoio no procedimento de punção lombar com administração de quimioterapia intratecal). Outras funções elencadas relacionam-se com: a solicitação do agendamento do ciclo seguinte e do respetivo bloco analítico, conforme protocolo; notificação de riscos clínicos e gerais; separação de resíduos; reposição da medicação no carro de apoio; colaboração na gestão de material e farmácia, considerando os stocks predefinidos; supervisão das funções dos assistentes operacionais; manutenção e organização de materiais e

equipamentos (cadeirões, máquinas infusoras, carros de apoio, entre outros); colaboração com os enfermeiros do gabinete de enfermagem na organização dos cuidados prestados, através da participação na revisão dos processos clínicos das pessoas agendadas para o dia seguinte. Esta organização contempla a verificação dos critérios mencionados anteriormente, além de ser necessário proceder à ativação da prescrição online de quimioterapia.

Importa salientar que determinados fármacos, pelo seu elevado custo, apenas devem ser autorizados para preparação pela UCQ após avaliação do estado geral de saúde da pessoa. Neste sentido, cabe ao enfermeiro de referência da pessoa proceder à ativação da preparação apenas no dia do tratamento, após contato com a mesma e avaliação da sua condição (nos setores de trabalho encontra-se afixada uma lista dos fármacos que necessitam de avaliação e justificação prévia).

A sala 5 integra todas as funções atribuídas às salas anteriormente mencionadas, acrescentando-se a validação de protocolos de terapêutica antineoplásica sistémica que incluam cisplatino, em conformidade com os protocolos de administração estabelecidos para esta terapêutica. Além disso, assegura a monitorização do peso corporal, seguindo o protocolo instituído, bem como a requisição da dieta ao serviço de nutrição. Nos gabinetes destinados à hormonoterapia, os enfermeiros desempenham as mesmas funções que nas salas de tratamento, quando o procedimento envolve a administração de hormonoterapia injetável por via subcutânea. Adicionalmente, são ainda responsáveis por solicitar à farmácia de ambulatório a medicação que requer justificação.

No gabinete de enfermagem, são realizadas diversas funções essenciais para garantir a segurança na administração da quimioterapia, assegurando, entre outros aspetos, o cumprimento rigoroso das decisões terapêuticas. Dois enfermeiros por turno são responsáveis pela receção e acondicionamento dos produtos citotóxicos enviados pela UCQ, de acordo com o plano de trabalho estabelecido.

Face ao que foi possível observar neste serviço, as pessoas submetidas a tratamento requerem, da parte do enfermeiro, uma monitorização permanente durante todo o processo, incluindo a avaliação da resposta ao tratamento e a identificação/gestão de complicações, nomeadamente as relacionadas com reações de infusão. Paralelamente, exigem uma atenção individualizada, centrada no processo de transição que vivenciam, o qual pode envolver a necessidade de incorporação de novos conhecimentos e habilidades, capacitação para a gestão de sinais e sintomas no domicílio, e autogestão do regime terapêutico. Todavia, a elevada rotatividade de tratamentos, aliada à necessidade de aumentar o número de tratamentos diários, face ao crescente número de casos propostos para TANPS, representa um desafio adicional para os enfermeiros na gestão dos cuidados, especialmente devido à limitação de tempo disponível. Neste sentido, a implementação de uma consulta de enfermagem poderá constituir um contributo na superação deste desafio, permitindo uma avaliação contínua, educação

personalizada e gestão individualizada de barreiras, promovendo um cuidado integrado e contínuo.

Relativamente à documentação dos cuidados, à semelhança do contexto anterior, é utilizado o sistema informático já referido, em associação com um registo em suporte de papel. A utilização conjunta da documentação em papel e do sistema informático permite uma dupla verificação do tratamento a administrar, assim como dos dados inerentes à pessoa, reforçando a segurança do processo.

A organização dos cuidados de enfermagem neste contexto adota o método individual, alinhado com o conceito de cuidados de saúde humanizados, como mencionado no contexto anterior, onde foi destacada a importância deste método para a qualidade e segurança dos cuidados.

Neste contexto, e tendo em conta a exposição dos profissionais aos agentes antineoplásicos, a instituição está a promover um estudo para avaliar o impacto dessa exposição profissional. As TANPS representam riscos mutagénicos, carcinogénicos e teratogénicos para os profissionais de saúde devido à exposição a materiais ou fluidos corporais contaminados. O risco ocupacional ocorre durante a preparação, administração e eliminação destas substâncias (Penaforte, 2023). Segundo Celano et al. (2019), a exposição potencial ocorre por inalação, absorção cutânea durante o manuseamento e ingestão através do contacto mão-boca. Paralelamente, as normas da ASCO (2019) para o manuseamento seguro de medicamentos perigosos alertam para os efeitos da exposição prolongada, mesmo a baixos níveis destes medicamentos, reforçando a necessidade de medidas de proteção eficazes. Em virtude do exposto, a realização deste estudo demonstra o compromisso da instituição com a segurança e o bem-estar dos seus colaboradores, sublinhando a importância da monitorização dos impactos da exposição a estes agentes. Além de contribuir para o avanço do conhecimento nesta área, a investigação pode levar à adoção de medidas mais eficazes para minimizar os riscos, reforçando a necessidade de protocolos rigorosos, formação contínua e uso adequado de equipamentos de proteção individual.

No âmbito dos projetos de melhoria contínua, o serviço planeia desenvolver um fluxograma de decisão específico para a gestão de episódios de extravasamento de terapêutica antineoplásica sistémica, visando otimizar os processos e garantir a segurança na administração destes tratamentos.

Apesar da sua natureza distinta, ambos os serviços apresentam semelhanças na organização e gestão de cuidados. Em ambos, existem enfermeiros que desempenham o papel de elos de ligação, nomeadamente com o GLC-PPCIRA, promovendo uma cultura de segurança e integrando a prevenção e controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) nas atividades diárias. Este esforço contribui para a qualidade e segurança dos cuidados prestados às pessoas, por meio de auditorias internas à higienização das mãos e à manipulação do CVC. Além disso, existe um gestor de risco local, que articula com o serviço de saúde no trabalho e a

gestão de risco geral. Este enfermeiro atua como canal de divulgação, informação, participação e consulta, fortalecendo competências e qualificações, assegurando o cumprimento das exigências legais e regulamentares, e promovendo uma cultura de prevenção. As suas funções incluem auditorias internas de segurança, avaliação do controlo de riscos, observância de normas e medidas de prevenção, e a promoção de vigilância médica periódica aos profissionais do serviço. Entre as medidas observadas para a gestão do risco local, salienta-se a existência de um “cantinho do risco”, que tem como objetivo divulgar informação interna associada à gestão do risco, favorecendo a partilha de informações e a promoção de uma cultura de segurança.

Importa salientar que, em ambos os serviços, existe uma preocupação por parte dos profissionais de saúde com a utilização de diretrizes clínicas e protocolos, bem como com a adoção de práticas sustentadas pela evidência. Além disso realizam-se atividades de formação regulares, direcionadas às necessidades identificadas, que contribuem para a melhoria da aquisição de conhecimentos e da *performance* das competências da equipa. A capacitação dos profissionais de saúde é promovida por programas de formação contínua, tanto em contextos clínicos como académicos. Bogaert et al. (2018) demonstraram que o investimento no desenvolvimento profissional resulta em melhorias na qualidade dos cuidados, na eficácia na tomada de decisões, no trabalho em equipa e na satisfação profissional. As melhores práticas incluem programas de formação contínua focados em competências (conhecimentos e capacidades), bem como a criação de ambientes que incentivem a aprendizagem, a comunicação e a adaptação às mudanças. Verificou-se que o hospital organiza formações gratuitas em diversas áreas, dirigidas aos enfermeiros, mediante inscrição. A título de exemplo, destacam-se as formações “Investigação em Oncologia”, “Manipulação do CVC”, e “Conceção de cuidados no âmbito dos sistemas de informação em enfermagem – CIPE”. No que concerne à gestão de risco, são de carácter obrigatório a realização das seguintes formações: “Gestão de risco”; “Controlo de Infecção”; “Segurança contra incêndios e planeamento hospitalar”; “Gestão de resíduos hospitalares”; e “Suporte básico de vida”.

Releva sublinhar que a instituição assumiu o compromisso de integrar a Ildoneidade Formativa, alinhando-se com as diretrizes da OE, na valorização da enfermagem e na promoção da qualidade dos cuidados de saúde (Regulamento n.º 558/2017, 2017). Este processo certifica contextos de prática clínica favoráveis ao desenvolvimento profissional. Durante o estágio foi possível constatar que os enfermeiros têm trabalhado ativamente para consolidar este compromisso.

Por último, importa referir que os enfermeiros da instituição são avaliados anualmente através do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP), conforme estipulado no Decreto-Lei nº 12/2024, de 10 de janeiro.

3. A PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA: CASO CLÍNICO NO HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DE ADULTOS

Cliente do sexo feminino de 62 anos de idade, com diagnóstico de carcinoma ductal invasivo da mama direita. Proposta para início de quimioterapia adjuvante.

3.1. Enquadramento teórico

Contextualização do caso clínico

O caso aqui apresentado é sobre o qual é desenvolvida a explanação do processo de conceção de cuidados diz respeito a uma cliente com 62 anos de idade, diagnosticada com carcinoma da mama em 2024. Apresenta como antecedentes pessoais Hipertensão Arterial (HTA). História ginecológica e obstétrica: menopausa aos 49 anos; três gestações e três partos de termo. Sem história familiar de cancro. Medicada com Amlodipina/Valsartan 5/80 mg, um comprimido ao pequeno-almoço.

Foi submetida em outubro a mastectomia parcial à direita. O resultado anátomo-patológico revelou um carcinoma invasor, de padrão mucinoso, ductal e papilar sólido, grau 3 com 1,5 cm de dimensão. Foi realizado estadiamento ganglionar com recurso a biópsia de gânglio sentinela tendo sido isolados quatro gânglios, nenhum deles metastizado. O estudo imunohistoquímico revelou-se positivo em 90 a 100% das células para os recetores de estrogénio, negativo para os recetores de progesterona e para o recetor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 (HER 2). Em consulta de grupo multidisciplinar foi decidido tratamento adjuvante com quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia. Foi proposta para realização de quimioterapia em regime de ambulatório no Hospital de Dia, com esquema prescrito de seis ciclos de Docetaxel e Ciclofosfamida.

Quadro teórico

O cancro da mama, uma das neoplasias mais prevalentes a nível mundial, constitui um desafio complexo e multifatorial para os sistemas de saúde, para os profissionais e para as pessoas com este diagnóstico.

Neste contexto, explora-se de seguida o estado atual do conhecimento científico sobre esta

patologia, com particular enfoque no regime terapêutico e nos desafios que este coloca à pessoa com doença oncológica. São abordadas questões inerentes à autogestão da doença e do regime terapêutico, ao controlo dos sintomas decorrentes dos tratamentos e às implicações no autocuidado e ao processo de transição saúde-doença, vivenciado de forma singular por cada pessoa.

Este enquadramento teórico visa constituir uma base estruturante para a análise do estudo de caso que aqui se apresenta, contribuindo para sustentar uma tomada de decisão clínica fundamentada, orientada para a prestação de cuidados de enfermagem integrados, personalizados e centrados na pessoa.

Dados epidemiológicos

O cancro da mama representa um dos maiores desafios de saúde pública a nível mundial. Em 2022, foi responsável por aproximadamente 2,3 milhões de novos diagnósticos, o que corresponde a 11,6% de todos os casos de cancro, sendo assim a segunda neoplasia mais incidente globalmente. No que respeita à mortalidade, o cancro da mama ocupa o quarto lugar entre as principais causas de morte por cancro, com cerca de 666 mil óbitos registados nesse ano (Bray et al., 2024).

Em Portugal, o cenário epidemiológico reflete a elevada prevalência desta doença. O cancro da mama é a neoplasia mais frequentemente diagnosticada nas mulheres, representando 28,2% de todos os novos casos de cancro no sexo feminino. No total, foram identificados 8 954 novos casos em 2022, posicionando-o como o segundo cancro mais incidente na população em geral, apenas superado pelo cancro colorretal. Relativamente à mortalidade, o cancro da mama foi responsável por 2 211 mortes, sendo a quarta principal causa de morte por cancro no país. A sua prevalência a cinco anos é igualmente expressiva, com 36 117 casos registados, o que reflete os progressos alcançados ao nível do rastreio, do diagnóstico precoce e da eficácia das estratégias terapêuticas atualmente disponíveis (Ferlay et al., 2024).

Etiologia do carcinoma da mama

O carcinoma da mama constitui uma patologia altamente prevalente, de natureza heterogénea e etiologia multifatorial. O seu processo de causalidade é extremamente complexo, envolvendo múltiplas interações entre fatores genéticos, hormonais, ambientais e comportamentais. Embora existam mutações germinativas associadas a um risco claramente definido de desenvolvimento de carcinoma da mama, na maioria dos casos não é possível identificar um perfil de risco individual bem delimitado (Vaz Batista & Braga, 2020).

Fatores de risco

Embora em muitos casos não seja possível identificar um fator de risco isolado, a literatura aponta para um conjunto de condições associadas a maior suscetibilidade à doença (Abreu, 2020). De forma sistemática, os fatores de risco podem ser agrupados em não modificáveis, relacionados com características biológicas e genéticas, e modificáveis, associados ao estilo de vida e a exposições ambientais (Martins et al., 2020a).

Os principais fatores de risco não modificáveis incluem o género feminino e o aumento da idade, estando ambos associados a uma maior incidência de cancro da mama (Abreu, 2020). A história familiar é igualmente relevante, sobretudo quando existem casos em familiares de primeiro grau ou quando o diagnóstico ocorre em idades precoces. Estima-se que o risco relativo de cancro da mama possa aumentar até três vezes nesses contextos (Abreu, 2020; Martins et al., 2020a).

Cerca de 10% das neoplasias mamárias são classificadas como hereditárias, estando frequentemente associadas a mutações germinativas em genes de alta penetrância, como o BRCA1 e o BRCA2. Estas mutações, de padrão autossómico dominante, conferem um risco cumulativo de desenvolvimento de cancro da mama até aos 80 anos de 72% e 69%, respetivamente. Em homens, a mutação BRCA2 está associada a um risco relativo de 6% (Martins et al., 2020). Estão já descritas mais de 2000 alterações genéticas distintas nos genes BRCA, com prevalência variável entre grupos populacionais. Outros genes também implicados, embora com menor impacto, incluem o ATM, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11 e TP53, todos com funções associadas à reparação do ADN e à integridade genómica (Martins et al., 2020a).

Os fatores modificáveis abrangem diversos comportamentos e exposições, com destaque para a exposição prolongada a estrogénios, quer endógenos (menarca precoce, menopausa tardia), quer exógenos, como a terapêutica hormonal de substituição. Este tipo de terapêutica, sobretudo quando prolongada por mais de cinco anos, está associada a aumento do risco, que tende a reduzir após a sua suspensão (Abreu, 2020). A baixa paridade, idade avançada na primeira gravidez e ausência de amamentação são igualmente considerados fatores que prolongam a exposição hormonal e aumentam o risco de malignidade mamária (Abreu, 2020; Martins et al., 2020a).

Certas lesões benignas da mama, como a hiperplasia atípica ou o carcinoma lobular *in situ*, também se associam a maior risco de evolução para carcinoma invasivo. A elevada densidade mamária, identificada em exames imagiológicos, é outro fator a considerar na avaliação do risco (Abreu, 2020).

O excesso de peso, a obesidade e a gordura abdominal, especialmente em mulheres pós-menopáusicas, constituem fatores de risco importantes. Estes estados estão associados à conversão periférica de androgénios em estrogénios, promovendo a carcinogénese mamária

(Abreu, 2020). O relatório do *Continuous Update Project* da World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR, 2018) identificou que, por cada aumento de 5 kg/m² no índice de massa corporal, o risco de cancro da mama pós-menopáusico aumenta 12%, sobretudo nos tumores com recetores hormonais positivos.

A inatividade física é outro fator relevante. A atividade física regular, conforme definido pela WHO — pelo menos 150 minutos de exercício moderado ou 75 minutos de exercício vigoroso por semana — está associada a uma redução do risco de cancro da mama em cerca de 13% nas mulheres pós-menopáusicas (Abreu, 2020; WCRF/AICR, 2018).

O consumo de álcool é igualmente reconhecido como fator carcinogénico. Existe uma relação dose-dependente entre a ingestão alcoólica e o risco de cancro da mama, tanto na pré como na pós-menopausa, com aumentos de risco entre 1,23 vezes (consumo moderado) e 1,6 vezes (consumo elevado) (Abreu, 2020). O tabagismo, por sua vez, embora mais fortemente associado a outras neoplasias, constitui também um fator de risco para o cancro da mama, especialmente quando iniciado antes da primeira gravidez (Abreu, 2020).

Por fim, a exposição à radiação ionizante, em particular durante a infância ou adolescência, representa um fator de risco importante, dada a elevada sensibilidade do tecido mamário em desenvolvimento a este tipo de agressão (Abreu, 2020; Martins et al., 2020a).

Carcinogénese

O cancro engloba um conjunto de doenças (WHO, 2022) caracterizadas por: proliferação sustentada de células anormais com capacidade de replicação indefinida; crescimento e divisão celular descontrolados, associados à desregulação da reparação do ADN danificado; angiogénese; propensão para se disseminar para locais distantes no organismo (metástase); evasão dos mecanismos normais de controlo, como a supressão do crescimento, a resposta imunológica e a morte celular programada (apoptose); instabilidade genética, inflamação e fibrose que favorecem a transformação de células malignas (Block et al, 2015; Clark & Longo, 2022).

Entre os processos celulares fundamentais implicados no desenvolvimento e progressão do cancro, destaca-se o ciclo celular, cujo controlo rigoroso é essencial para a manutenção da integridade celular e tecidual. O ciclo de divisão celular divide-se em quatro fases: G1 (crescimento e preparação para a síntese de ADN), S (síntese de ADN), G2 (preparação para a divisão) e M (mitose, divisão celular). As células possuem a capacidade de sair do ciclo celular e entrar em um estado de quiescência (G0). A progressão de uma célula ao longo do ciclo celular é regulada por pontos de controlo — especialmente nas transições G1/S, G2/M e durante a mitose (ponto de controlo do fuso) — sendo estes controlados por uma série de genes que, no cancro, são frequentemente alvo de alterações genéticas específicas (Clark & Longo, 2022).

Biomarcadores no cancro da mama

Nos últimos anos, o tratamento do cancro da mama tem sido alvo de profundas transformações, impulsionadas sobretudo pelos avanços na biologia molecular e na imunohistoquímica. Este progresso permitiu a redefinição do cancro da mama como um conjunto de doenças biologicamente distintas, o que levou a uma mudança de paradigma na abordagem da terapêutica sistémica. Anteriormente baseada essencialmente na carga tumoral, esta passou a considerar de forma integrada diversos marcadores biológicos, como os recetores hormonais, o HER2 e o índice de proliferação celular Ki-67, bem como testes genómicos como o *Oncotype DX* e o *MammaPrint*. Estes avanços repercutiram-se igualmente na abordagem cirúrgica, tornando-a menos agressiva e promovendo melhorias significativas no controlo locorregional da doença (Mourato Ribeiro, 2020).

Neste contexto, torna-se essencial compreender o papel de cada um dos principais biomarcadores envolvidos no cancro da mama, dada a sua relevância na estratificação do tumor, na definição do prognóstico e na orientação terapêutica.

Os recetores de estrogénio (RE) pertencem à família dos reguladores da transcrição nuclear ativados por hormonas esteróides, como o estrogénio. Existem duas isoformas principais, RE- α e RE- β , codificadas por genes distintos, sendo o RE- α essencial para o desenvolvimento normal da glândula mamária. Há evidência sólida de que os estrogénios desempenham um papel central na carcinogénese mamária, estando os recetores de estrogénio expressos em cerca de 75% dos tumores da mama. A presença de RE apresenta elevado valor preditivo negativo para a resposta à terapêutica endócrina, embora o valor preditivo positivo seja limitado. Em tumores RE-negativos, a terapêutica endócrina não oferece benefício. Já nos tumores RE-positivos, o bloqueio da via estrogénica constitui uma estratégia terapêutica eficaz, associada à melhoria dos resultados clínicos, incluindo aumento das taxas de cura no cancro precoce, controlo da doença no estágio metastático e redução do risco em contextos de prevenção (Mourato Ribeiro, 2020).

O HER2 é um recetor pertencente à família das tirosina cinases do fator de crescimento epidérmico humano, composta pelos recetores HER1, HER2, HER3 e HER4. Estes recetores partilham uma estrutura comum, com domínio extracelular, transmembranar e intracelular com atividade tirosina cinase, sendo o HER3 a exceção, por não possuir domínio intracelular funcional. A ativação destes recetores, por dimerização e subsequente fosforilação, desencadeia a ativação de vias de sinalização intracelular como a MAPK e a PI3K (Mourato Ribeiro, 2020).

No contexto do cancro da mama, a amplificação do gene HER2, observada em cerca de 20 a 30% dos casos, está associada a um fenótipo tumoral mais agressivo, pior prognóstico e menor resposta à terapêutica endócrina e a alguns agentes antineoplásicos. No entanto, a identificação do estatuto HER2 tem importante valor preditivo, permitindo o acesso a terapêuticas alvo, como o trastuzumab, pertuzumab, T-DM1 e lapatinib, que melhoraram significativamente os

desfechos clínicos em pessoas com tumores HER2-positivos (Mourato Ribeiro, 2020).

O Ki67 é um biomarcador proliferativo associado à taxa de crescimento celular no cancro da mama. Uma alta expressão de Ki67 está relacionada com uma sobrevivência reduzida em pessoas não tratados e com uma resposta favorável à quimioterapia. Contudo, não está ainda claro se o Ki67 pode prever a resposta a regimes específicos de quimioterapia. A principal limitação do uso clínico deste biomarcador reside na falta de padronização das técnicas de deteção e nos valores de corte definidos de forma imprecisa. O Ki67 é um antigénio nuclear expresso nas fases G1, S, G2 e M do ciclo celular, e a sua avaliação é realizada por imunohistoquímica. Embora vários estudos mostrem que níveis elevados de Ki67 estão associados a pior prognóstico, a determinação do valor de corte para classificá-lo como alto ou baixo é ainda arbitrária, com limiares sugeridos entre 20-29%. A baixa reprodutibilidade na prática clínica impede a sua utilização rotineira (Mourato Ribeiro, 2020).

Os linfócitos infiltrantes do tumor (TILs) têm demonstrado valor prognóstico e preditivo no cancro da mama, sobretudo nos subtipos triplo negativo e HER2-positivo. Nestes contextos, a presença de uma infiltração abundante por células T CD8⁺ associa-se a melhor sobrevivência e maior resposta à terapêutica, atuando como um fator independente de bom prognóstico. A infiltração por células T CD4⁺ auxiliares foliculares, possivelmente associada à formação de estruturas linfóides terciárias, também parece contribuir para melhores desfechos no subtipo TN. Por outro lado, no subtipo RH-positivo, a presença de TILs tem sido associada a prognóstico menos favorável, sugerindo diferenças fenotípicas relevantes no infiltrado imunitário entre subtipos tumorais. O perfil funcional do infiltrado, nomeadamente a predominância de respostas imunes do tipo I (citotóxicas) versus tipo II (imunossupressoras), influencia significativamente a evolução clínica (Mourato Ribeiro, 2020).

Destaca-se o papel dos linfócitos T reguladores, definidos pela expressão da proteína FOXP3, que suprimem a resposta anti tumoral mediada por células T CD8⁺. A elevada presença de linfócitos T reguladores está associada a pior sobrevivência, especialmente no subtipo TN. Adicionalmente, estudos demonstram uma redução significativa de TILs nas metástases, comparativamente aos tumores primários, refletindo alterações no microambiente tumoral ao longo da progressão da doença (Mourato Ribeiro, 2020).

Classificação do cancro da mama

O cancro da mama é uma doença heterogénea que engloba um conjunto de subtipos com características biológicas, clínicas e prognósticas distintas. A sua classificação é essencial para a definição da estratégia terapêutica e para a estimativa do prognóstico, sendo baseada numa combinação de critérios histológicos, moleculares e genómicos.

O trabalho pioneiro desenvolvido por Perou et al. e Sorlie et al. marcou um ponto de viragem

nesta área, ao proporem uma classificação molecular dos subtipos de cancro da mama com base em padrões de expressão genética, designados como retratos moleculares. Esta abordagem permitiu identificar diferentes categorias tumorais, incluindo os subtipos luminal A e luminal B (tipicamente positivos para recetores hormonais), os tumores com amplificação do gene HER2 e o subtipo *basal-like*, associado à expressão de queratinas basais (Vinayak et al., 2015).

Estudos subsequentes, conduzidos por projetos como o *The Cancer Genome Atlas Network* e o *Molecular Taxonomy of Breast Cancer International Consortium*, validaram esta classificação inicial, enquanto proporcionaram uma caracterização molecular ainda mais detalhada, reforçando o papel da biologia tumoral na medicina de precisão (Vinayak et al., 2015).

Subtipos Histológicos

Os subtipos histológicos são definidos com base na morfologia das células tumorais — nomeadamente o seu tamanho, forma e padrão de organização. Cerca de 75% dos carcinomas invasivos da mama são classificados como carcinomas ductais invasivos (também designados como "de tipo não especial"). O carcinoma lobular invasivo é o segundo subtipo mais frequente, representando aproximadamente 10% dos casos. Outros subtipos menos comuns incluem os carcinomas mucinoso, medular, tubular, cribriforme e o carcinoma inflamatório da mama, este último raro e particularmente agressivo, com envolvimento da pele mamária (American Cancer Society [ACS], 2022).

Carcinomas *In Situ*

O carcinoma ductal *in situ* (DCIS) representa uma lesão pré-invasiva confinada aos ductos mamários. Embora não seja um cancro invasivo, está associado a risco aumentado de progressão para carcinoma invasivo, especialmente em mulheres pré-menopáusicas e com lesões de alto grau. Estudos indicam que entre 10% e 64% dos casos de DCIS não tratados evoluem para doença invasiva, refletindo a sua heterogeneidade. Investigações atuais procuram distinguir formas de DCIS de baixo risco, que possam ser monitorizadas, distinguindo-as daquelas que requerem tratamento imediato (ACS, 2022).

Subtipos Moleculares

A classificação molecular do cancro da mama baseia-se na expressão de recetores hormonais (RH) (recetores de estrogénio e de progesterona), do HER2 e de marcadores de proliferação como o Ki-67. Esta tipificação reflete diferenças na biologia tumoral, na resposta terapêutica e no prognóstico. As quatro categorias principais são:

- RH+/HER2- (Luminal A): subtipo mais frequente (68% dos casos), geralmente de baixo grau, com crescimento mais lento e boa resposta à terapêutica hormonal.
- RH+/HER2+ (Luminal B): representa cerca de 10% dos casos. Apresenta maior proliferação

celular e pior prognóstico comparativamente ao subtipo Luminal A, beneficiando de terapêutica hormonal e, por vezes, dirigida ao HER2.

- RH-/HER2+ (HER2-enriquecido): subtipo menos comum (4%), historicamente associado a mau prognóstico. No entanto, o desenvolvimento de terapêuticas alvo (como trastuzumab) melhorou significativamente os resultados clínicos.
- RH-/HER2- (Triplo Negativo/*Basal-like*): cerca de 10% dos casos. Subtipo agressivo, com maior risco de metástase e recidiva. É mais prevalente em mulheres jovens e em portadoras da mutação BRCA1.

Sinais e sintomas

Entre os sinais e sintomas associados ao cancro da mama destacam-se a presença de uma tumefação ou massa palpável, identificável através do autoexame ou durante o exame clínico, bem como a retração da pele e/ou do mamilo, edema cutâneo, eritema, ulceração, nódulos satélites e aumento dos gânglios linfáticos axilares ou supraclaviculares. Pode também ocorrer secreção mamilar, com conteúdo seroso ou sanguinolento. Em casos de doença metastática, podem surgir sintomas sistémicos, como fadiga, perda de peso, anorexia e icterícia, refletindo a extensão da doença a outros órgãos (Ferri, 2019).

Mulheres que apresentem estes sinais e sintomas mamários, devem ser submetidas a avaliação diagnóstica adequada, tal como aquelas com achados suspeitos em exames de rastreio mamográfico. O diagnóstico de cancro da mama baseia-se numa abordagem combinada, que inclui o exame clínico objetivo, estudos imagiológicos e confirmação histológica. O exame clínico deve contemplar a palpação bimanual da mama e dos gânglios linfáticos loco-regionais, bem como a pesquisa de possíveis metástases à distância. O exame neurológico só está indicado perante sintomas ou sinais sugestivos de envolvimento do sistema nervoso central (Martins et al., 2020).

Os exames de imagem recomendados incluem a mamografia bilateral e a ecografia mamária, com avaliação dos gânglios linfáticos axilares e supraclaviculares. A ressonância magnética mamária, embora não recomendada como exame de rotina, pode ser útil em situações específicas, como em casos de neoplasia familiar associada a mutações genéticas (como BRCA), presença de carcinoma lobular, mamas densas, suspeita de multifocalidade ou multicentricidade, discrepância entre o exame físico e os exames de imagem convencionais, ou ainda antes do início da terapêutica neoadjuvante e na avaliação da resposta à mesma. Pode também ser considerada em mulheres com próteses mamárias ou quando os achados dos exames convencionais são inconclusivos. Além das técnicas de imagem, a avaliação diagnóstica inclui o exame anátomo-patológico do tumor primário e, sempre que necessário, a citologia ou histologia dos gânglios axilares, caso apresentem características suspeitas. O diagnóstico

histológico deve ser estabelecido, preferencialmente, por “*core needle biopsy*”, orientada por ecografia (Martins et al., 2020).

Tratamento

O tratamento do cancro da mama é essencialmente orientado pelo estadió da doença, pelas características moleculares e clínicas do tumor, assim como pelas comorbilidades e pelo estado funcional da pessoa (Corti et al, 2024). A abordagem terapêutica é multidisciplinar, abrangendo modalidades de tratamento loco-regionais (como a cirurgia e a radioterapia), bem como terapêuticas sistémicas, incluindo a hormonoterapia, a terapêutica-alvo, a imunoterapia e a quimioterapia (Harbeck et al., 2019).

1. Cirurgia

A cirurgia no cancro da mama tem como principais objetivos a remoção completa do tumor e a determinação do estadió da doença. As duas principais opções cirúrgicas são a mastectomia, que consiste na remoção total da mama, e a cirurgia conservadora da mama, também designada por mastectomia parcial ou lumpectomia. Nesta última abordagem, apenas o tecido tumoral e uma margem de tecido saudável circundante são removidos, permitindo preservar a estrutura da mama. Contudo, esta opção não é recomendada em casos de tumores com dimensões elevadas em relação ao volume mamário, em situações de tumores múltiplos na mesma mama, ou em contextos de cancro inflamatório ou localmente avançado. Na maioria dos casos, a cirurgia conservadora da mama é complementada com radioterapia, com o objetivo de reduzir o risco de recorrência local, enquanto a mastectomia pode ser precedida ou seguida de quimioterapia, sobretudo em pessoas com doença em estadió III (ACS, 2022).

Independentemente da técnica cirúrgica adotada, é habitual proceder à remoção de gânglios linfáticos regionais da axila, com o intuito de avaliar a possível disseminação da doença. O procedimento mais utilizado é a biópsia do gânglio linfático sentinela, que permite identificar o gânglio para o qual o tumor tem maior probabilidade de metastizar inicialmente. A deteção de células tumorais nestes gânglios está associada a um risco acrescido de recorrência, podendo influenciar a necessidade de terapêuticas adjuvantes. Em pessoas com mais de 70 anos e tumores hormonodependentes em fase inicial, a biópsia do gânglio sentinela pode não ser necessária. Em determinadas situações clínicas, poderá justificar-se uma abordagem cirúrgica mais extensa aos gânglios axilares, conhecida como esvaziamento ganglionar axilar (ACS, 2022).

2. Radioterapia

A radioterapia constitui um componente essencial da abordagem terapêutica conservadora da mama, sendo rotineiramente recomendada após a cirurgia conservadora e, em contextos

específicos, nomeadamente no período pós-mastectomia, especialmente em pessoas com maior risco de recidiva local. O seu principal objetivo é a eliminação de doença residual microscópica, contribuindo para a redução da recorrência e melhoria do controlo locorregional (Clarke et al., 2005).

A radioterapia é frequentemente administrada após a cirurgia com o intuito de destruir células tumorais remanescentes na mama, parede torácica ou região axilar, contribuindo para a redução do risco de recidiva local. No contexto da cirurgia conservadora, trata-se de uma intervenção padrão, uma vez que demonstrou reduzir o risco de recidiva em cerca de 50% aos 10 anos e o risco de morte por cancro da mama em aproximadamente 20% aos 15 anos (ACS, 2022).

Apesar dos benefícios comprovados da radioterapia, ensaios clínicos aleatorizados sugerem que, em alguns subgrupos selecionados de pessoas submetidas a cirurgia conservadora, a radioterapia adjuvante pode ser omitida sem impacto na sobrevivência global. Tal aplica-se mulheres com idade igual ou superior a 70 anos, com tumores pequenos, localizados e com recetores hormonais positivos (HR⁺), desde que realizem terapêutica hormonal adjuvante. Nestes casos, a adesão rigorosa ao regime hormonal é ainda mais relevante para o controlo da doença (ACS, 2022).

Em pessoas submetidas a mastectomia, a radioterapia pode também ser indicada, nomeadamente quando o tumor excede cinco centímetros, quando há invasão de tecidos adjacentes ou envolvimento ganglionar. No contexto da doença avançada, a radioterapia pode ainda ser utilizada com finalidade paliativa, visando o alívio de sintomas, nomeadamente em casos de metástases ósseas ou envolvimento do sistema nervoso central.

A modalidade de radioterapia utilizada depende de vários fatores, incluindo o tipo, estadio e localização do tumor, bem como as características clínicas da pessoa. A forma mais comum é a radioterapia externa (feixe externo), em que a radiação é administrada a partir de uma fonte localizada fora do corpo, direcionada à área anatómica afetada. Alternativamente, em casos selecionados, pode recorrer-se à braquiterapia, que consiste na colocação de uma fonte radioativa no interior da cavidade mamária, geralmente através de cateteres, após cirurgia conservadora. Esta técnica é, por vezes, considerada em tumores em estágio inicial.

A evidência científica mais recente sustenta a eficácia de esquemas hipofraccionados, nos quais a dose total de radiação é administrada em menos sessões, com doses maiores por fração, permitindo uma duração total de tratamento mais curta, sem comprometer a eficácia. Outra abordagem emergente é a radioterapia intraoperatória, que consiste na administração de uma dose única de radiação diretamente na cavidade tumoral no momento da cirurgia, podendo ser considerada em casos muito selecionados de doença inicial (ACS, 2022).

3. Terapêutica sistémica adjuvante

[Hormonoterapia]

De acordo com a ACS (2022) a hormonoterapia, também designada por terapêutica endócrina, é uma das principais abordagens no tratamento do cancro da mama com expressão de recetores hormonais, representando cerca de 77% dos casos. Este tipo de tratamento atua através do bloqueio ou redução dos efeitos do estrogénio e da progesterona sobre as células tumorais, inibindo o seu crescimento. É importante distinguir estes fármacos das terapêuticas hormonais de substituição, uma vez que a hormonoterapia tem como objetivo reduzir a ação hormonal, e não a aumentar.

Aproximadamente 84% das mulheres diagnosticadas com tumores mamários com expressão de recetores hormonais positivos recebem hormonoterapia. Em mulheres pré-menopáusicas, o tratamento padrão consiste na administração de tamoxifeno por um período de até 10 anos. Contudo, em situações de maior risco de recorrência, recomenda-se a supressão ovariana combinada com tamoxifeno ou com um inibidor da aromatase (como letrozol, anastrozol ou exemestano). Já nas mulheres pós-menopáusicas, os inibidores da aromatase são geralmente a primeira escolha, devido à sua maior eficácia nesse grupo (ACS, 2022)

A decisão de manter o tratamento com inibidores da aromatase para além de cinco anos é individualizada, tendo em conta as características da pessoa e o risco estimado de recorrência ou de desenvolvimento de novos tumores mamários. Apesar da eficácia comprovada, a adesão à hormonoterapia continua aquém do esperado, em parte devido aos efeitos adversos e, por vezes, aos custos diretos do tratamento (ACS, 2022).

[Terapêutica-alvo]

Todos os casos de cancro da mama invasivo devem ser submetidos a testes para a expressão da proteína HER2, com o objetivo de identificar as pessoas que podem beneficiar de terapêuticas dirigidas específicas. O trastuzumab, o primeiro fármaco aprovado para o tratamento do cancro da mama HER2 positivo, é um anticorpo monoclonal que atua diretamente sobre a proteína HER2, inibindo a sua ação proliferativa. Atualmente, encontram-se disponíveis vários medicamentos dirigidos ao HER2, que podem ser utilizados em combinação com o trastuzumab ou como alternativa em casos de resistência ou progressão da doença. Entre estes, destacam-se os conjugados anticorpo-fármaco trastuzumab emtansina (T-DM1) e trastuzumab deruxtecan, que combinam um anticorpo específico com um agente citotóxico. Estes fármacos são habitualmente utilizados no tratamento da doença metastática HER2 positiva, após falência de terapêuticas anteriores. Mais recentemente, verificou-se que o trastuzumab deruxtecan também melhora a sobrevida global em pessoas com cancro da mama metastático que apresentam níveis baixos de expressão de HER2 (designado por HER2-low), em comparação com os regimes convencionais de quimioterapia. Para além dos agentes dirigidos ao HER2, existem outras terapêuticas alvo disponíveis para situações específicas. Os inibidores de CDK4/6 e PI3K são utilizados em pessoas com cancro da mama avançado

hormonodependente, frequentemente em associação com hormonoterapia. Os inibidores da PARP, por sua vez, são indicados em pessoas com mutações germinativas nos genes BRCA1 ou BRCA2. No caso do cancro da mama triplo negativo metastático, que tenha recidivado ou progredido após tratamentos anteriores, o sacituzumab govitecan — um conjugado anticorpo-fármaco — constitui uma opção terapêutica relevante (ACS, 2022).

[Imunoterapia]

A imunoterapia representa uma abordagem emergente no tratamento do cancro da mama, com particular interesse nos subtipos mais agressivos, como o triplo negativo. Estes fármacos atuam através da estimulação do sistema imunitário do próprio organismo, promovendo o reconhecimento e destruição das células tumorais de forma mais eficaz. Em condições normais, o sistema imunitário utiliza proteínas reguladoras conhecidas como "pontos de controlo", que funcionam como mecanismos de autolimitação para evitar respostas imunes excessivas. No entanto, este mesmo mecanismo pode ser explorado pelas células tumorais, permitindo-lhes escapar à vigilância imunitária. Os inibidores dos pontos de controlo imunológico, como o pembrolizumab, atuam bloqueando essas proteínas, restabelecendo a capacidade do sistema imunitário para atacar as células cancerígenas. Este tipo de imunoterapia tem vindo a ser utilizado em casos selecionados de cancro da mama triplo negativo, nomeadamente em fases avançadas ou metastáticas (ACS, 2022).

[Quimioterapia]

O benefício da quimioterapia no cancro da mama depende de diversos fatores, incluindo o tamanho do tumor, o número de gânglios linfáticos atingidos, bem como o status dos recetores hormonais e HER2. Embora a maioria das mulheres receba quimioterapia no período pós-cirúrgico (adjuvante), a utilização de quimioterapia neoadjuvante, tem vindo a aumentar nos últimos anos, especialmente em pessoas com cancros da mama HER2 positivo e triplo-negativos (ACS, 2022).

No contexto adjuvante, diversos agentes antineoplásicos têm demonstrado eficácia no tratamento da doença. Entre os principais fármacos utilizados, destacam-se: os agentes alquilantes, como a ciclofosfamida; as antraciclinas, incluindo a doxorrubicina e a epirrubicina; os antimetabólitos, como o 5-fluoruracilo (5-FU), a capecitabina e o metotrexato; os taxanos, como o paclitaxel e o docetaxel; e os sais de platina, nomeadamente a cisplatina e a carboplatina (Hayes & Lippman, 2022).

O regime de combinação de quimioterapia mais antigo para o cancro da mama consiste em ciclofosfamida, metotrexato e 5-FU. A inclusão de uma antraciclina neste esquema, ou a substituição dos antimetabólitos por uma antraciclina, tem demonstrando uma ligeira melhoria nos resultados clínicos, embora esteja associada a um pequeno aumento do risco de insuficiência cardíaca e leucemia secundária. A adição de um taxano a um regime baseado em

antraciclinas contribui para uma redução modesta das probabilidades de recorrência à distância e de mortalidade. De forma semelhante, a inclusão de uma antraciclina num regime baseado em taxanos demonstra ser ligeiramente mais eficaz do que a combinação de um taxano com ciclofosfamida isoladamente (Hayes & Lippman, 2022).

Os regimes padrão de quimioterapia adjuvante incluem esquemas de primeira geração, como o CMF (ciclofosfamida, metotrexato e 5-FU), e de segunda geração, como o AC (ciclofosfamida e doxorrubicina). Regimes de terceira geração, como o ACT (doxorrubicina e ciclofosfamida seguidas de taxano), também são amplamente utilizados na prática clínica (Hayes & Lippman, 2022).

Toxicidades e efeitos secundários da quimioterapia

Os agentes antineoplásicos provocam uma interrupção no ciclo celular, recorrendo a um ou mais mecanismos (Caley & Jones, 2012). Apesar do principal mecanismo de ação destes agentes ser impedir a divisão das células tumorais que se multiplicam rapidamente, a falta de especificidade na sua ação, conduz à ocorrência de efeitos citotóxicos tanto em células neoplásicas quanto em células saudáveis. Os principais tecidos afetados são o hematopoiético, germinativo, do folículo piloso e do epitélio de revestimento do sistema gastrointestinal (Bonassa & Santana, 2005). Outros órgãos podem igualmente ser comprometidos, seja de forma imediata ou ao longo do tempo, manifestando-se de forma aguda ou crónica. Em certos casos, os efeitos são cumulativos e permanentes. Trata-se de fármacos que, mesmo quando administrados em doses terapêuticas, apresentam um elevado potencial tóxico (Bonassa & Gato, 2012).

De seguida são abordadas as principais complicações decorrentes do tratamento antineoplásico, nomeadamente: a toxicidade hematológica; a toxicidade gastrointestinal; a cardiotoxicidade; a toxicidade dermatológica; a toxicidade neurológica; e, a fadiga.

1. Toxicidade hematológica:

A medula óssea contém uma população de células designadas por células estaminais (*stem cells*), responsáveis pela formação de todos os constituintes do sangue: eritrócitos, plaquetas, monócitos, granulócitos e linfócitos. Quase todos os fármacos antineoplásicos apresentam uma toxicidade variável para a medula óssea, o que pode resultar em efeitos adversos hematopoiéticos significativos (Bonassa & Gato, 2012; Olsen et al., 2019).

A mielossupressão ou mielotoxicidade constitui-se não apenas como o efeito adverso mais comum e relevante, mas também como aquele com maior potencial de letalidade. Representa um fator limitante da dose e é responsável pelo espaçamento obrigatório entre os ciclos de tratamento nos diversos protocolos terapêuticos (Olsen et al., 2019). A elevada vulnerabilidade do tecido hematopoiético aos citostáticos está relacionada com a sua rápida taxa de divisão

celular. Quando suprimida pela quimioterapia, a medula óssea torna-se incapaz de repor os elementos sanguíneos envelhecidos ou destruídos. Como consequência imediata, surgem a leucopenia, a anemia e a trombocitopenia (Bonassa & Gato, 2012).

As pessoas submetidas a terapêutica com antineoplásicos devem ser cuidadosamente monitorizadas, com o objetivo de detetar a ocorrência e duração da mielossupressão. O intervalo entre a administração do fármaco e o momento em que se observa a menor contagem hematológica é designado por *nadir* (Fioredda et al., 2023). Após este período, segue-se a recuperação da medula óssea até que se atinjam valores hematológicos próximos dos normais. A maioria dos antineoplásicos apresenta um *nadir* entre oito a 12 dias (Olsen et al., 2019).

A primeira alteração hematológica geralmente observada é a leucopenia, devido ao curto tempo de vida dos granulócitos (seis a oito horas). As plaquetas, com uma vida média entre sete e dez dias, correspondem à segunda linha celular a apresentar queda significativa. Já as alterações nos precursores dos eritrócitos apenas se tornam evidentes em tratamentos mais prolongados ou agressivos, dado que os glóbulos vermelhos têm uma vida média de cerca de 120 dias (Bonassa & Gato, 2012).

A leucopenia, e em particular a neutropenia, representa a forma mais grave de mielossupressão. A redução significativa do número de linfócitos e granulócitos, especialmente os neutrófilos, compromete tanto a imunidade celular como a humoral, aumentando consideravelmente a suscetibilidade a infeções graves. A neutropenia está associada a um risco elevado de infeções e a uma significativa redução na qualidade de vida da pessoa (Lyman, 2006). A infeção constitui uma das complicações mais frequentes associadas ao cancro e ao respetivo tratamento, com impacto direto na morbilidade e mortalidade. Devido à imunossupressão, as pessoas com doença oncológica apresentam maior risco de contrair infeções bacterianas, virais e fúngicas (Baden et al., 2024; Palmore et al., 2015; Taplitz et al., 2018; Wilson et al., 2018).

A suscetibilidade à infeção aumenta proporcionalmente com a gravidade e duração da neutropenia. Outros fatores que agravam este risco incluem a perda de integridade das barreiras mucocutâneas, como ocorre em presença de cateteres venosos ou mucosite, os regimes de condicionamento utilizados, alterações metabólicas (como diabetes ou uremia), infeções por vírus imunomoduladores, bem como alterações no microbioma (Taplitz et al., 2018).

Na maioria dos casos, a febre é o único sinal clínico de infeção, sendo definida como uma temperatura igual ou superior a 38,3°C, ou superior a 38,0°C mantida por pelo menos uma hora (Freifeld et al., 2011; Taplitz et al., 2018; NCCN, 2024). A presença de febre pode levar ao adiamento ou redução da dose dos antineoplásicos (Wilson et al., 2018), o que compromete a eficácia terapêutica. Por este motivo, é fundamental adotar medidas de prevenção adequadas (Bonassa & Gato, 2012; Wilson et al., 2018). Acresce que, as bactérias gram-negativas são

frequentemente implicadas nos casos de bacteriemia em doentes com patologia oncológica, e a emergência crescente de resistência aos antimicrobianos constitui uma preocupação adicional (Wilson et al., 2018).

Antes da administração de um novo ciclo de antineoplásicos, é essencial garantir uma recuperação medular total ou quase total. Regra geral, as pessoas com contagem leucocitária superior a $4.000/\text{mm}^3$ ou com níveis de granulócitos acima de $1.500/\text{mm}^3$ podem receber 100% da dose planeada. Valores inferiores implicam frequentemente o ajuste da dose ou o adiamento do tratamento por alguns dias. De salientar que nas pessoas com neutropenia as infeções tendem a ser mais frequentes e graves, especialmente quando o *nadir* persiste por mais de sete a dez dias. Nestes casos, os sinais clássicos de infeção podem estar ausentes devido à escassez de células fagocitárias (Bonassa & Gato, 2012).

Adicionalmente, os danos provocados pela terapêutica antineoplásica nas mucosas do trato gastrointestinal e respiratório favorecem a entrada de agentes patogénicos (Palmore et al., 2015). O EE deve manter uma vigilância apertada quanto aos sinais e sintomas das infeções mais comuns — periodontais, das vias aéreas superiores, pulmonares, gastrointestinais, cutâneas, perineais ou associadas a cateteres —, tendo sempre em consideração que, nas pessoas com neutropenia, o diagnóstico pode ser dificultado ou atrasado pela ausência dos sinais clássicos de resposta inflamatória (Bonassa & Gato, 2012; Palmore et al., 2015; Olsen et al., 2019).

Os EE desempenham um papel importante na prevenção da infeção em pessoas com neutropenia e doença oncológica através da prática de enfermagem baseada em evidência e da educação das pessoas para a autogestão (Wilson et al., 2017).

Entre as principais estratégias recomendadas para a prevenção de infeções em pessoas com neutropenia, destacam-se as seguintes:

- Higiene das mãos: a higienização adequada das mãos é reconhecida como a medida mais eficaz na prevenção da propagação de infeções. Esta prática reduz significativamente o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde, ao diminuir a transmissão de agentes patogénicos entre pessoas (Centers for Disease Control and Prevention, 2024; Olsen et al., 2019; Wilson et al., 2017).
- Dieta: estudos recentes não demonstraram uma associação entre dietas neutropénicas (com restrição de frutas e vegetais frescos) e uma redução do risco de infeção em pessoas com doença oncológica com neutropenia. Assim, as restrições dietéticas baseadas na exclusão de frutas e legumes frescos continuam a não ser recomendadas (Gardner et al., 2008). No entanto, deve assegurar-se uma lavagem cuidadosa destes alimentos, bem como a adoção de práticas seguras de manuseamento alimentar — como evitar carnes, mariscos e ovos crus ou malcozinhados, e o consumo de frutas e legumes não lavados (Olsen et al., 2019; Wilson et al.,

2017). Deve ainda ser evitada a partilha de utensílios alimentares (Olsen et al., 2019).

- Ambiente protetor: segundo Camp-Sorrell (2018, cit. in Olsen et al., 2019) estudos sobre o uso de isolamento rigoroso não demonstraram diferenças significativas quanto à incidência de infeções documentadas, episódios febris ou necessidade de antibióticos em doentes com neutropenia induzida por quimioterapia. O isolamento protetor não altera a flora endógena do hospedeiro nem tem impacto sobre organismos transmitidos por água ou alimentos.
- Prevenção de traumas cutâneos e nas mucosas: deve-se ter especial atenção à integridade da pele e das mucosas, de modo a evitar lesões que possam constituir portas de entrada para infeções (Wilson et al., 2017).
- Educação da pessoa doente: o conhecimento da pessoa acerca das medidas de autoproteção durante o período de neutropenia é fundamental para reduzir o risco de complicações. A educação deve incluir orientações sobre higiene, cuidados com a alimentação, ambiente e os sinais de alarme (Brown, 2015; Olsen et al., 2019).

2. Toxicidade gastrointestinal:

No âmbito da toxicidade gastrointestinal induzida pela quimioterapia, são abordadas as seguintes manifestações clínicas: náuseas e os vómitos, a mucosite, a anorexia e a diarreia.

As náuseas e os vómitos são efeitos adversos frequentes associados à quimioterapia sistémica. Quando intensos, comprometem significativamente o estado nutricional, o equilíbrio hidroeletrólítico e a qualidade de vida da pessoa, sendo ainda uma importante fonte de ansiedade e stresse. Torna-se, por isso, essencial realizar uma avaliação clínica rigorosa, com o objetivo de identificar as causas subjacentes e os fatores desencadeantes do fenómeno emético. O fenómeno da náusea e vômito devem ser avaliados de forma distinta, permitindo uma abordagem mais precisa e eficaz no controlo destes sintomas (Bonassa & Gato, 2012).

Relativamente à incidência, as náuseas e os vómitos podem afetar até 80% das pessoas com cancro, representando frequentemente os efeitos secundários mais debilitantes do tratamento oncológico (Lee et al., 2017; National Cancer Institute [NCI], 2024a). A adesão às diretrizes antieméticas demonstrou reduzir a incidência de náuseas e vómitos induzidos por quimioterapia (NVIQ) em pessoas submetidas a regimes com elevado ou moderado potencial emetogénico (Abunahlah et al., 2016; Gilmore et al., 2014). Assim, o EE deve possuir conhecimento baseado em evidência científica para a gestão da NVIQ (Olsen et al., 2019).

A náusea e o vômito são fenómenos independentes, que podem manifestar-se de forma sequencial ou como entidades distintas (Bonassa & Gato, 2012; Olsen et al., 2019). A natureza subjetiva da náusea dificulta uma compreensão inequívoca deste sintoma, enquanto os mecanismos fisiopatológicos do vômito induzido pela quimioterapia têm vindo a ser progressivamente elucidados.

O vômito é desencadeado pela estimulação de um processo complexo que envolve a ativação de múltiplas vias neuronais e recetores de neurotransmissores (Heckroth, et al., 2021; Olsen et al., 2019). A estimulação do centro do vômito origina impulsos eferentes do sistema nervoso central dirigidos ao centro de salivação, aos nervos cranianos, ao centro respiratório e aos músculos abdominais, culminando no início da emese (Olsen et al., 2019). Este centro pode ser ativado por vias periféricas ou centrais. As aferências vagais, provenientes do trato gastrointestinal e da faringe, têm um papel relevante neste processo. Acredita-se que as aferências vagais gastrointestinais constituem a principal via envolvida no vômito agudo induzido por quimioterapia (Hesketh, 2008). A quimioterapia estimula as células entero-cromafins localizadas no trato gastrointestinal, promovendo a libertação de serotonina (5-hidroxitriptamina-3 [5-HT3]). Esta libertação ativa o nervo vago, o qual estimula o centro do vômito (Heckroth, et al., 2021; Olsen et al., 2019).

Os recetores 5-HT3, localizados ao longo do nervo vago, também estão implicados na génese das náuseas e dos vômitos agudos associados à distensão abdominal, à radioterapia toracoabdominal e à irritação faríngea. Outros recetores envolvidos neste mecanismo incluem os recetores de neuroquinina-1 (NK1) e de colecistoquinina-1 (Heckroth, et al., 2021; Olsen et al., 2019).

Outro elemento central neste processo é a zona de ativação dos quimiorreceptores (CTZ), localizada na área postrema do quarto ventrículo cerebral (Heckroth, et al., 2021; Navari & Apro, 2016; Olsen et al., 2019). Esta região apresenta uma barreira hematoencefálica menos restritiva, o que permite a estimulação direta por emetogénios presentes no sangue ou no líquido cefalorraquidiano (Olsen et al., 2019). Substâncias como opiáceos, agonistas dopaminérgicos, agentes antineoplásicos e toxinas podem ativar a CTZ e desencadear o reflexo do vômito (Heckroth, et al., 2021). Para além dessas estruturas, os centros corticais superiores também intervêm na mediação da náusea e do vômito. Fatores como ansiedade, medo, dor, memória e até respostas condicionadas a estímulos visuais ou olfativos podem desencadear estes sintomas, ilustrando a complexidade da integração sensorial e emocional envolvida no processo emético.

O aparelho vestibular é outro componente relevante. Condições como labirintite e enjoo cinético podem provocar náuseas e vômitos. A estimulação vestibular, como ocorre em alguns tipos de cirurgia, também pode induzir o vômito.

Outras causas possíveis de náuseas e vômitos incluem metástases cerebrais, efeitos secundários de medicamentos, secreções gastrointestinais excessivas, gastroparesia, desequilíbrios eletrolíticos, uremia, disfunção vestibular, ascite maligna e estados de ansiedade (Olsen et al., 2019).

Existem cinco subtipos de NVIQ, nomeadamente:

- NVIQ antecipatória: ocorre antes da administração da quimioterapia e é, provavelmente, uma resposta condicionada que se desenvolve após experiências anteriores com NVIQ. Pode ser desencadeada por estímulos específicos (cheiro, sabor ou visão) associados a sessões de tratamento anteriores. A incidência varia entre 18% e 57%, sendo as náuseas mais frequentes do que os vômitos. Os principais fatores de risco incluem: ansiedade antes do ciclo de quimioterapia; histórico de NVIQ mal controlada em tratamentos prévios; idade inferior a 50 anos; género feminino; suscetibilidade a náusea; história de náuseas e vômitos durante a gravidez (NCI, 2024a; Olsen et al., 2019).
- NVIQ de fase aguda: pode surgir poucos minutos após a administração da quimioterapia, atingindo habitualmente o seu pico entre cinco a seis horas após o tratamento, e tende a resolver-se nas primeiras 24 horas (Olsen et al., 2019). A sua incidência está diretamente relacionada com o potencial emetogénico dos agentes antineoplásicos utilizados (NCI, 2024a).
- NVIQ de fase tardia: ocorre mais de 24 horas após a administração da quimioterapia e pode prolongar-se por vários dias. A ciclofosfamida está entre os fármacos frequentemente associados à sua ocorrência (Olsen et al., 2019).
- NVIQ avançada: ocorre apesar da administração de tratamento profilático adequado e pode requerer o uso de antieméticos de resgate para o controlo dos sintomas (Ferri, 2019).
- NVIQ refratária: ocorre quando a profilaxia antiemética não foi eficaz em ciclos anteriores de quimioterapia e continua a não apresentar eficácia nos ciclos subsequentes (NCI, 2024a; Olsen et al., 2019).

A emetogenicidade dos agentes antineoplásicos é classificada em quatro categorias, com base na percentagem de pessoas que desenvolvem emese aguda na ausência de profilaxia antiemética. De acordo com as diretrizes mais recentes publicadas pela NCCN (2025), a emese é considerada: alta, quando ocorre em mais de 90% dos doentes; moderada, quando afeta entre 30% e 90%; baixa, quando se verifica em 10% a 30% dos casos; e mínima, quando ocorre em menos de 10%. Neste contexto, sublinha-se que o Docetaxel é considerado com potencial emético baixo, enquanto a Ciclofosfamida é considerada como tendo potencial emético moderado.

Evoluindo na descrição das toxicidades, e no que concerne à mucosite, esta é uma complicação frequente associada à terapêutica oncológica, incluindo a quimioterapia citotóxica sistémica, a radioterapia e determinados agentes terapêuticos dirigidos, como os inibidores do recetor do fator de crescimento epidérmico e os inibidores da tirosina quinase (Eilers et al., 2014). Em casos graves, esta condição pode levar a consequências clínicas significativas, como hospitalização, necessidade de analgesia com opiáceos, suporte nutricional por via parenteral, interrupções ou alterações na terapêutica antineoplásica, bem como aumento da morbilidade e mortalidade (Mercadante et al., 2015).

A mucosite caracteriza-se por lesões inflamatórias e/ou ulcerativas da mucosa gastrointestinal, ocorrendo com maior prevalência na cavidade oral. Estas lesões são geralmente provocadas pela ação direta da quimioterapia ou da radiação ionizante nos tecidos (Peterson et al., 2015). A estomatite, por sua vez, refere-se a um conjunto de manifestações orais que incluem inflamação da mucosa, úlceras, fissuras labiais, secura e dor (Hartl et al., 2017).

Do ponto de vista fisiopatológico, trata-se de um processo multifásico e coordenado, desencadeado por agentes terapêuticos, que culmina na destruição das células estaminais epiteliais e na interrupção da renovação celular — um mecanismo essencial para a integridade tecidual (Yuan & Sonis, 2014). Este processo envolve uma interação dinâmica entre o epitélio e o tecido conjuntivo subjacente (Stringer & Logan, 2015).

A evolução da mucosite oral induzida por agentes citotóxicos pode ser descrita através de um modelo conceptual dividido em cinco fases (Olsen et al., 2019; Sonis, 2011):

- Fase de iniciação – a radiação e a quimioterapia causam danos ao DNA e às células da camada basal epitelial e submucosa. Adicionalmente, ocorre a produção de radicais livres, que interferem nos mecanismos biológicos das fases subsequentes.
- Fase de ativação e regulação – os danos celulares e a ação dos radicais livres ativam cascatas de sinalização, promovendo a produção de citocinas pró-inflamatórias. O fator de transcrição nuclear kappa B é ativado, promovendo a expressão de genes responsáveis pela produção de mediadores inflamatórios como o fator de necrose tumoral-alfa (TNF- α), interleucina-1 beta e interleucina-6 (Moslemi et al., 2016).
- Fase de sinalização e amplificação – as citocinas produzidas perpetuam a resposta inflamatória e provocam lesões adicionais, promovendo um ciclo de retroalimentação positiva que agrava o dano tecidual induzido pelos tratamentos oncológicos.
- Fase de ulceração – a integridade da mucosa gastrointestinal é comprometida, levando à formação de úlceras profundas que atingem a submucosa. A colonização bacteriana destas lesões ativa os macrófagos e intensifica a resposta inflamatória. Simultaneamente, ocorre estimulação da angiogénese.
- Fase de cicatrização – a regeneração da mucosa ocorre através da estimulação da proliferação epitelial induzida por sinais extracelulares. No entanto, a presença de neutropenia pode retardar significativamente este processo.

A apresentação clínica da mucosite oral varia de acordo com a modalidade terapêutica utilizada (quimioterapia, radioterapia, terapias-alvo ou imunoterapia), bem como com o tipo de agente, dose, intensidade e calendário de administração (Villa & Sonis, 2016). Os primeiros sinais surgem, habitualmente, três a quatro dias após o início da quimioterapia, com queixas de irritação da mucosa. As úlceras tendem a atingir o pico entre os dias sete e 14 e resolvem-se

cerca de uma semana após esse período (Villa & Sonis, 2016). Os sinais e sintomas mais comuns incluem: alterações da mucosa oral, como eritema, palidez, manchas esbranquiçadas, lesões descoloradas ou úlceras; edema da mucosa oral e da língua; úlceras de forma irregular, geralmente sem eritema periférico (Pilotte et al., 2011); lesões associadas a inibidores de mTOR, que se assemelham clinicamente a estomatite aftosa (Pilotte et al., 2011); dor, dificuldade em falar ou deglutir, alterações na voz; alterações na saliva, incluindo variações na quantidade e consistência (desde fluida até espessa e viscosa) (Olsen et al., 2019).

A implementação de boas práticas de higiene oral e de protocolos preventivos é essencial para reduzir a incidência, a gravidade e a duração da mucosite oral (McGuire et al., 2013). As medidas preventivas incluem: avaliação dentária pré-tratamento; realização de tratamentos dentários essenciais antes do início da quimioterapia; incentivo à ingestão de alimentos ricos em proteínas e a hidratação adequada (mais de 1500 ml/dia). A capacitação da pessoa para a autogestão da saúde oral assume um papel central neste processo. Deve ser incentivada a realização de autoexames orais diários, bem como a comunicação precoce de sintomas sugestivos de complicações orais (Olsen et al., 2019).

Apesar da anorexia poder ser entendida como uma alteração da percepção sensorial, nomeadamente, de acordo com a Ontologia de enfermagem, alguma literatura associa-a à toxicidade gastrointestinal, por isso a incluímos neste ponto na toxicidade gastrointestinal. Neste sentido, considera-se pertinente abordar este possível efeito secundário da quimioterapia.

Relativamente à anorexia, entendida como a perda do desejo de comer, trata-se de um sintoma comum em pessoas submetidas a terapias antineoplásicas (NCI, 2024b). É um fenómeno de natureza multifatorial, resultante de uma interação complexa entre fatores físicos, psicológicos, tumorais, efeitos adversos do tratamento e aspetos psicossociais (Olsen et al., 2019). Entre as alterações fisiológicas associadas à anorexia destacam-se modificações nos níveis hormonais, no metabolismo lipídico e glucídico, e alterações tróficas da musculatura e da mucosa gastrointestinal. Estas alterações comprometem o processo digestivo e geram uma sensação precoce de saciedade, mesmo após a ingestão de pequenas quantidades de alimento. Além disso, os tratamentos antineoplásicos contribuem frequentemente para distúrbios do paladar. Estas alterações gustativas estão frequentemente associadas a agentes como a Ciclofosfamida (Olsen et al., 2019).

A presença de náuseas, vômitos e estomatite agrava ainda mais o quadro de anorexia. Para além dos fatores fisiológicos, é fundamental considerar a dimensão psicológica. A ansiedade, o stress, a depressão e o medo desempenham um papel importante na perda de apetite durante o tratamento oncológico. O tratamento da anorexia tem como principal objetivo a manutenção do estado nutricional do doente. A abordagem passa, preferencialmente, pela via oral, através da ingestão de alimentos ricos em calorias e proteínas. A intervenção precoce por parte dos enfermeiros é essencial, devendo incluir a identificação das pessoas em risco, uma avaliação

nutricional rigorosa e a implementação de estratégias terapêuticas adequadas a cada situação (Olsen et al., 2019).

Ainda relativo às implicações gastrointestinais, a diarreia emerge como uma manifestação clínica frequente em pessoas com doença oncológica, cuja origem pode ser multifatorial, abrangendo tanto a doença de base quanto os tratamentos implementados. As terapias mais frequentemente associadas a este efeito adverso incluem a quimioterapia, a radioterapia, as terapias alvo, a imunoterapia e, a doença do enxerto contra o hospedeiro em pessoas submetidos a transplante (Olsen et al., 2019).

A diarreia induzida pela quimioterapia está associada a alterações no tratamento (60%), interferência nas atividades diárias (30%), atrasos na administração das doses (28%), interrupção do tratamento (15%) e morte relacionada com desidratação (5%) (McQuade et al., 2016).

O trato gastrointestinal é constituído por células de elevada taxa de renovação, o que as torna particularmente vulneráveis à ação da quimioterapia. Essa suscetibilidade resulta na descamação das células da mucosa, sem reposição celular eficaz, conduzindo a processos de irritação, inflamação e alterações funcionais, que podem culminar em episódios de diarreia (Bonassa & Gato, 2012). Os agentes antineoplásicos mais frequentemente associados a este efeito adverso são os antimetabólitos e os antibióticos antitumorais. As múltiplas complicações decorrentes da diarreia, tais como desidratação, febre, desnutrição, sépsis, hemorragia gastrointestinal, câibras de intensidade moderada a grave, insuficiência renal aguda, disfunção cardíaca e desequilíbrio eletrolítico grave, sublinham a importância de uma gestão eficaz desta complicação. Estas consequências podem comprometer significativamente a qualidade de vida da pessoa, exigir ajustes no plano terapêutico – nomeadamente atrasos, reduções ou descontinuação de doses – e, potencialmente, contribuir para um prognóstico desfavorável (Andreyev et al., 2014; Koselke & Kraft, 2012). A avaliação precoce e sistemática revela-se, por isso, essencial para a gestão eficaz da diarreia e para a prevenção de complicações associadas (NCI, 2023).

3. Cardiotoxicidade

A toxicidade cardíaca associada aos agentes antineoplásicos pode apresentar-se sob forma aguda ou subaguda — ocorrendo durante o tratamento ou até 14 dias após a sua conclusão — ou ainda sob forma crónica, podendo manifestar-se até um ano ou mesmo décadas após o fim do tratamento. A avaliação da cardiotoxicidade baseia-se, habitualmente, na medição da fração de ejeção do ventrículo esquerdo. A forma aguda caracteriza-se por alterações eletrocardiográficas transitórias, como taquicardia sinusal, contrações ventriculares prematuras, alterações nas ondas T e no segmento ST, complexos QRS de baixa voltagem, prolongamento do intervalo QT, bloqueios átrio-ventriculares ou de ramo, síndromes coronárias agudas, pericardite e miocardite. A elevação sérica da troponina T cardíaca pode constituir um marcador

precoce de lesão miocárdica. Já a cardiotoxicidade crónica manifesta-se mais frequentemente sob a forma de disfunção ventricular sistólica ou diastólica, podendo evoluir para insuficiência cardíaca congestiva (ICC) ou mesmo resultar em morte (Bonassa & Gato, 2012).

Os agentes antineoplásicos cardiotóxicos classificam-se, de forma geral, em dois grupos: os que causam lesão celular irreversível — como as antraciclinas e os agentes alquilantes — e os que não provocam danos irreversíveis. A ciclofosfamida, particularmente em doses elevadas (90 a 270 mg/kg em dose única), pode provocar toxicidade cardíaca, aparentemente através de ação direta sobre o endotélio. As lesões associadas incluem necrose hemorrágica, edema intersticial, depósitos de fibrina, danos endoteliais, trombos microvasculares e áreas de isquemia miocárdica. Podem ainda ocorrer derrame pericárdico transitório, arritmias e alterações eletrocardiográficas, sendo a manifestação mais comum a cardiomiopatia associada à pericardite, frequentemente expressa sob a forma de insuficiência cardíaca (Bonassa & Gato, 2012).

A toxicidade aguda pode ocorrer durante ou imediatamente após a administração do fármaco. Em geral, apresenta baixa morbilidade e mortalidade, não implicando suspensão das doses subsequentes, uma vez que não está associada à dose cumulativa. Os sinais e sintomas incluem: anomalias do pulso e da pressão arterial, decorrentes de alterações eletrocardiográficas transitórias (como taquicardia sinusal, alterações nas ondas T e ST, e contrações ventriculares prematuras); sensação de mal-estar, palpitações e dispneia.

A toxicidade cardíaca crónica, por sua vez, manifesta-se predominantemente através de sinais e sintomas compatíveis com insuficiência cardíaca congestiva e cardiomiopatia (Bonassa & Gato, 2012).

4. Toxicidade Neurológica:

As complicações neurológicas relacionadas com o tratamento antineoplásico podem ocorrer com maior frequência após o uso de docetaxel. A neuropatia periférica é a complicação neurológica mais comum, porém com menos intensidade e frequência. Aproximadamente 13% das pessoas em tratamento com docetaxel manifestam sinais e sintomas neurológicos periféricos (Bonassa & Gato, 2012).

5. Toxicidade dermatológica

Os efeitos secundários cutâneos da quimioterapia resultam de alterações nas fases do ciclo celular. A fase específica em que ocorre a interrupção determinará o tipo de reação cutânea apresentada. Os agentes alquilantes, como a ciclofosfamida, provocam danos em todas as fases do ciclo celular e estão frequentemente associados a hiperpigmentação cutânea. Por outro lado, os inibidores mitóticos, como os taxanos, actuam especificamente na fase M do ciclo celular. As reações cutâneas associadas a estes agentes incluem síndrome mão-pé, alterações ungueais e eritema multiforme (Olsen et al., 2019).

Entre os efeitos secundários cutâneos com um impacto psicológico significativo, destaca-se a alopecia, uma condição comumente associada à quimioterapia. Embora ocorra mais frequentemente no couro cabeludo, pode também afetar outras áreas do corpo, como os pêlos faciais, axilas e região púbica. Esta condição tem implicações significativas na percepção da imagem corporal, na autoestima e na sexualidade da pessoa em tratamento oncológico (Olsen et al., 2019).

A patobiologia da resposta dos folículos pilosos humanos à quimioterapia permanece, em grande parte, pouco compreendida. Sabe-se, no entanto, que as células responsáveis pelo crescimento capilar apresentam elevadas taxas mitóticas e metabólicas, o que as torna especialmente vulneráveis a determinados agentes citotóxicos, que perturbam a fase proliferativa do ciclo capilar. Cerca de 90% dos folículos capilares do couro cabeludo encontram-se na fase anagénica (fase de crescimento) (Fabbrocini et al., 2015).

Existem dois tipos principais de alopecia induzida por quimioterapia: o eflúvio anagénico e o eflúvio telogénico. O eflúvio anagénico é a forma mais comum e ocorre porque a quimioterapia danifica as células em crescimento rápido dos folículos na fase anagénica. Isto provoca lesões na bainha interna da raiz ou compromete a integridade da haste capilar, fazendo com que o cabelo se desprenda facilmente ou se parta ao nível do couro cabeludo. A queda pode ocorrer de forma espontânea ou ao pentear e lavar o cabelo. A Ciclofosfamida está associada a este tipo de dano. Após a lesão, os folículos permanecem na fase telógena até à interrupção da quimioterapia, altura em que podem retomar a fase anagénica e reiniciar o crescimento capilar (Paus et al., 2013). Entre os fármacos comumente associados a efeitos cutâneos significativos, incluindo a alopecia, destacam-se a ciclofosfamida e o docetaxel (Fabbrocini et al., 2015),

Clinicamente, a alopecia pode ser precedida por sintomas como secura do couro cabeludo, dor, prurido e erupções cutâneas, que podem surgir antes, durante ou após a queda do cabelo. O início da alopecia ocorre, geralmente, entre uma a três semanas após a administração da quimioterapia, podendo prolongar-se por um a dois meses após o início do tratamento (Olsen et al., 2019).

6. Fadiga

A fadiga relacionada com o cancro é descrita pelo NCCN (2018) como uma “sensação angustiante, persistente e subjetiva de cansaço ou exaustão física, emocional e/ou cognitiva relacionada com o cancro ou o tratamento do cancro que não é proporcional à atividade recente e interfere com o funcionamento habitual”. Esta condição pode comprometer significativamente as funções física, cognitiva, social e profissional (Olsen et al., 2019). Os mecanismos específicos envolvidos na fisiopatologia da fadiga relacionada com o cancro permanecem, em grande parte, desconhecidos. No entanto, vários processos têm sido propostos, incluindo a ação de citocinas pró-inflamatórias, a desregulação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, a dessincronização do ritmo circadiano, a perda de massa muscular esquelética e a desregulação genética. Estes

mecanismos poderão estar interligados e atuar de forma interdependente (NCCN,2018; Olsen et al., 2019).

A gestão da fadiga relacionada com o cancro envolve a adoção de comportamentos de autogestão, como o aumento da atividade física e do exercício, a aplicação de estratégias de conservação de energia e o recurso a práticas mente-corpo. No entanto, o envolvimento neste tipo de comportamentos pode ser complexo, exigindo frequentemente que os doentes e sobreviventes de cancro reconheçam, acompanhem, auto-monitorizem e relatem os seus sintomas, assim como desenvolvam competências de resolução de problemas para gerir a fadiga em conjunto com outras condições de saúde. Por este motivo, é fundamental que estas pessoas tenham acesso a um apoio holístico e continuado à autogestão (Agbejule et al., 2024).

No seguimento do exposto, é pertinente destacar que para a avaliação objetiva das toxicidades, o NCI desenvolveu uma terminologia descritiva intitulada *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE), para a notificação de acontecimentos adversos, que se tornou amplamente aceite. A versão 5.0 foi lançada em 2017 permitindo a utilização de uma escala de gravidade para acontecimentos adversos em ensaios clínicos de tratamento do cancro e noutros contextos oncológicos. Um evento adverso é definido como “qualquer sinal desfavorável e não intencional (incluindo um resultado laboratorial anormal), sintoma ou doença temporariamente associado à utilização de um tratamento ou procedimento médico que pode ou não ser considerado relacionado com o tratamento ou procedimento médico” (NCI, 2017, p. 2). O CTCAE classifica a gravidade dos eventos numa escala de um a cinco, através de descrições clínicas específicas para cada grau, com vista à padronização e comunicação dos eventos.

Como anteriormente referido, nas últimas décadas, tem-se observado uma mudança no paradigma da administração da quimioterapia, passando do contexto de internamento para o regime de ambatório. Esta transição transfere para a pessoa e/ou os seus familiares a responsabilidade pela monitorização e gestão dos efeitos secundários e das complicações associadas ao tratamento (Stark et al., 2012). Neste sentido, a promoção da autonomia da pessoa na autogestão da doença e do regime terapêutico, tem sido elencada como um dos principais fatores facilitadores na adaptação à doença, assistindo-a a adquirir tanto o autocontrolo como a autoeficácia (Gomes et al., 2016). Ballard e Marie (2016) acrescentam que são necessárias múltiplas competências para que as pessoas obtenham informações sobre saúde e tomem decisões acerca dos seus cuidados de saúde.

A prevenção ou a gestão adequada dos efeitos secundários melhora significativamente o estado funcional das pessoas, conduzindo, em última análise, a uma maior aceitação da quimioterapia por parte das mesmas (Kearney et al., 2008).

Regime dietético

A dieta com baixo teor microbiano foi implementada para reduzir o risco potencial de infeções alimentares causadas por microrganismos que colonizam o trato gastrointestinal. No entanto, a literatura evidencia que não existe um protocolo padronizado, resultando em variações significativas entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde, e até mesmo contradições nas práticas adotadas, devido ao facto de não existirem provas de eficácia na prevenção de infeções ou morte (Baumgartner & Schuetz, 2024; Heng et al., 2019; Ma et al., 2022; Ramamoorthy et al., 2020). Uma meta-análise conduzida por Ball e colaboradores (2019) sugere que a utilização de uma dieta neutropénica não está associada a uma diminuição do risco de infeção em pessoas com cancro e neutropenia. Assim, o uso continuado de dietas neutropénicas deve ser questionado.

A maioria das publicações atuais recomenda que as pessoas sigam consistentemente as diretrizes de segurança alimentar da *Food and Drug Administration* com foco no manuseamento e preparação (Ramamoorthy et al., 2020; Sonbol et al., 2019), e realizem uma higiene adequada das mãos (Baumgartner & Schuetz, 2024).

Os problemas nutricionais, incluindo a desnutrição, a sarcopenia e a caquexia, são frequentes em pessoas com cancro, independentemente da fase da doença. Em oncologia, a caquexia pode estar associada a um défice nutricional que compromete a capacidade do doente de “tolerar” a terapêutica antineoplásica, aumenta a probabilidade de complicações pós-cirúrgicas e influencia negativamente os resultados a longo prazo, incluindo a sobrevivência, a qualidade de vida e a funcionalidade. Entre os problemas nutricionais, a desnutrição destaca-se, sendo a depleção muscular uma característica clinicamente relevante (Muscaritoli et al., 2023).

Note-se que as alterações metabólicas e nutricionais podem influenciar a sobrevivência e a recuperação das pessoas com cancro (Ravasco, 2019; Mantzorou et al., 2017). Estima-se que entre 40% e 80% das pessoas diagnosticadas com cancro desenvolvam subnutrição ao longo do progresso da doença. Além disso, a malnutrição pode afetar negativamente os resultados e a eficácia dos tratamentos antineoplásicos, contribuindo para um prolongamento do internamento hospitalar, um maior risco de interrupções terapêuticas e, em última análise, uma redução na sobrevivência. Para além da doença, os tratamentos antineoplásicos e/ou a cirurgia têm um impacto significativo no estado nutricional das pessoas, devido à ocorrência de efeitos secundários decorrentes do tratamento (Ravasco, 2019). A anorexia, as alterações nas atividades da vida diária e as alterações psicológicas também desempenham um papel importante na desnutrição (Lee et al., 2016).

Recentemente, têm sido realizados apelos para que o rastreio, a avaliação, o tratamento e a monitorização nutricionais se tornem componentes integrais e consistentes dos cuidados prestados a todas as pessoas diagnosticadas com cancro (Muscaritoli et al., 2023). As diretrizes nutricionais, as sociedades científicas (DeLasPenas et al., 2018) e o Parlamento Europeu, através do Plano Europeu de Luta contra o Cancro (2022), recomendam a avaliação do risco de

subnutrição em todas as pessoas com cancro, tanto no momento do diagnóstico como periodicamente durante o tratamento. A intervenção nutricional é considerada essencial como adjuvante de qualquer tratamento, pois contribui para a melhoria dos parâmetros nutricionais, da composição corporal, dos sintomas e da qualidade de vida, tendo ainda um impacto positivo na sobrevivência (Ravasco, 2019).

Um estudo realizado por Abdollahi et al. (2019) destaca a importância das recomendações nutricionais, demonstrando uma melhoria significativa nos sintomas de obstipação, anorexia, náuseas e diarreia já após a primeira sessão de quimioterapia, com progressos contínuos observados até ao final do tratamento. De acordo com os autores, a intervenção baseada em educação nutricional e aconselhamento dietético individual mostrou um impacto positivo na redução dos efeitos gastrointestinais associados à quimioterapia.

A orientação prática desenvolvida por Muscaritoli et al. (2021), fundamentada nas diretrizes da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) sobre nutrição em pessoas com doença oncológica (Arends et al., 2017), recomenda que, na ausência de medições individuais, o gasto energético total seja considerado semelhante ao de pessoas sem a doença, situando-se geralmente entre 25 e 30 kcal/kg/dia. Recomenda-se, adicionalmente, uma ingestão proteica superior a 1 g/kg/dia, idealmente situada entre 1 e 1,5 g/kg/dia. Contudo, conforme observado por Deutz et al. (2011), muitas pessoas não atingem a ingestão proteica mínima recomendada, ficando frequentemente abaixo de 0,8 g/kg/dia. A ingestão proteica insuficiente causa um catabolismo muscular acentuado, devido à depleção das reservas de aminoácidos (Ford et al., 2022). Ressalva-se que, na doença oncológica, um conjunto de alterações anabólicas e catabólicas estão interligadas à inflamação sistémica, desequilíbrio bioquímico, perda tecidual, anorexia e perda de peso, como consequências do stress metabólico associado ao cancro (Ford et al., 2022).

Regime de exercício

A prática de exercício físico tem sido associada a uma gestão mais eficaz dos sintomas, à melhoria da função física e ao aumento da sobrevivência em pessoas com cancro da mama (Oza et al., 2025). A evidência científica indica que o exercício regular pode mitigar alguns dos efeitos adversos da quimioterapia sobre a aptidão cardiorrespiratória — uma medida que integra a função cardiovascular de todo o organismo — com reduções que variam entre 5% e 15% ao longo de quatro a seis meses de quimioterapia adjuvante padrão. Tal declínio é comparável à perda funcional observada durante cinco a 15 anos de envelhecimento natural (Scott et al., 2023).

Oza et al. (2025) destacam que o momento do diagnóstico pode representar uma oportunidade estratégica para incentivar a adoção de comportamentos promotores de saúde, como a prática

regular de exercício físico, com potencial impacto na gestão sintomática da doença e dos efeitos do tratamento.

Em conformidade com as diretrizes internacionais para a prática de exercício em contexto oncológico, recomenda-se a realização de treino aeróbico de intensidade moderada, com uma frequência mínima de três sessões por semana, cada uma com pelo menos 30 minutos de duração, durante um período de oito a 12 semanas. A inclusão complementar de treino de resistência, com pelo menos duas sessões semanais, envolvendo a realização de duas séries de oito a 15 repetições a uma intensidade mínima de 60% de uma repetição máxima, tem demonstrado benefícios comparáveis aos do treino aeróbico isolado (Campbell et al., 2019).

Apesar das evidências promissoras, há ainda domínios específicos onde a eficácia do exercício carece de validação robusta. Um desses exemplos é a neuropatia periférica induzida por quimioterapia. De acordo com Campbell et al. (2019), existem poucos ensaios clínicos de elevada qualidade que permitam avaliar com rigor o papel do exercício na prevenção e/ou gestão desta complicação. A neuropatia periférica, frequentemente associada a regimes quimioterápicos, pode originar efeitos secundários relevantes, como alterações do equilíbrio e aumento do risco de quedas, com impacto significativo na funcionalidade e na qualidade de vida das pessoas em tratamento oncológico.

Autocuidado e autogestão da doença

Com os avanços na deteção precoce, no diagnóstico e no tratamento do cancro, as pessoas estão a viver mais tempo, permitindo que o cancro seja frequentemente gerido como uma condição crónica. Encarar esta cronicidade coloca novas exigências às pessoas e famílias, sendo necessário assumir um papel mais ativo na gestão dos cuidados, desafiando os antigos paradigmas de que o trabalho em contexto oncológico termina após o tratamento (McCorkle et al., 2011).

Dado que os tratamentos de quimioterapia são, na sua maioria, realizados em regime de ambulatório ou nos internamentos de curta duração, torna-se essencial incentivar as pessoas a assumir um papel ativo na prevenção e gestão das complicações relacionadas com o tratamento ou com a própria doença. Importa sublinhar que a toxicidade associada à quimioterapia provoca o aparecimento de múltiplos sintomas (Bonassa & Gato, 2012; Henoch et al., 2018; Magalhães, 2020), tanto a curto como a longo prazo, que, na sua maioria, são temporários e podem ser evitados ou minimizados através de tratamentos adequados ou estratégias de autocuidado apropriadas, gerando, assim, necessidades específicas em cuidados de saúde (Magalhães, 2020).

Uma gestão de sintomas eficaz requer decisões cognitivas para manter a estabilidade fisiológica, bem como identificar e responder a esses sintomas (Richard & Shea, 2011). A

identificação precisa de um sintoma exige uma compreensão clara da sua natureza. Um sintoma é caracterizado como uma experiência subjetiva que conduz a alterações no funcionamento biopsicossocial, nas sensações ou na cognição na pessoa. Em contraste, um sinal pode ser definido como qualquer anormalidade indicativa de doença que é detetável pela pessoa ou por outros (Dodd et al., 2001). A compreensão destes dois conceitos deve ser considerada no âmbito da saúde e na doença, pela sua influência nas componentes física, mental e social.

Um sintoma agudo ou persistente é frequentemente o motivo que leva a pessoa a procurar o sistema de saúde, especialmente após esgotar as estratégias de gestão do mesmo. Neste contexto, o modelo *Symptom Management Model* (SMM), proposto por Dodd et al. (2001), revela-se pertinente, ao abordar três conceitos essenciais: a experiência dos sintomas, as estratégias de gestão dos sintomas e os resultados, sendo a alteração do estado do sintoma o principal motivo de interesse. A experiência do sintoma é descrita como uma perceção, avaliação e resposta simultânea a uma mudança no estado habitual de bem-estar de uma pessoa. As estratégias de gestão dos sintomas consistem em esforços direcionados para evitar, atrasar ou minimizar a experiência dos sintomas. Já os resultados dos sintomas são indicadores claros e mensuráveis, avaliados antes e após a aplicação de uma estratégia de intervenção. A estratégia elencada pode ser biomédica, profissional e de autocuidado (Dodd et al., 2001), com eficácia traduzida através da redução da intensidade do sintoma, diminuição da gravidade do sintoma, ou pelo alívio do sofrimento associado ao sintoma (Bender et al., 2018; Portenoy et al., 1994). Para que o autocuidado seja efetivo, é fundamental que as pessoas sejam capacitadas, uma vez que enfrentam desafios e diversas barreiras na autogestão dos seus sintomas, o que evidencia a importância de suporte contínuo e estratégias eficazes de capacitação (Magalhães, 2020).

Segundo Hibbard et al. (2007), a capacitação está intimamente relacionada com a aquisição de informação relevante, competências e confiança necessárias ao envolvimento na gestão dos sintomas. Neste contexto, o autocuidado e a autogestão são conceitos que se revestem de particular importância na conceptualização dos cuidados de enfermagem, especialmente do EE.

Abordando o conceito de autocuidado, este pode ser conceptualizado como o foco e o resultado das intervenções de promoção da saúde e gestão da doença, que visam a melhoria da saúde física, psicossocial e global dos clientes (Sidani, 2011). Sob este prisma, o autocuidado constitui uma base teórica para intervenções psicoeducacionais, cognitivas e comportamentais, implicando o planeamento de atividades de aprendizagem que procurem otimizar o repertório de conhecimentos e habilidades dos clientes, face à necessidade de tomar decisões decorrentes das transições ao longo do ciclo de vida (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). O conteúdo destas atividades de aprendizagem incorpora o conhecimento que os clientes possuem sobre a sua condição de saúde e a proposta de tratamento, bem como a instrução e treino em: monitorização de sinais e sintomas relacionados com a doença e identificação de possíveis complicações; interpretação do significado e avaliação das mudanças; análise das opções

disponíveis para gerir eficazmente essas mudanças; e, seleção e implementação de ações adequadas (Sidani, 2011). Neste sentido, este conceito está intrinsecamente ligado à autonomia, independência e responsabilidade pessoal (Petronilho, 2012).

Ainda neste âmbito, refere-se que os fatores que influenciam o autocuidado incluem a percepção da capacidade de cuidar de si mesmo, além de aspetos cognitivos, psicossociais, físicos, demográficos e socioculturais (Sidani, 2011). Entre os fatores que dificultam estão a falta de conhecimento, as restrições financeiras, as dificuldades logísticas no acesso aos cuidados, a necessidade de apoio social e emocional, o agravamento da condição de saúde devido a sintomas relacionados com outras doenças, os problemas associados ao uso de múltiplos medicamentos e o impacto da doença (Bayliss et al., 2003).

Nesta linha de pensamento, ressalta-se a necessidade de uma abordagem estruturada à promoção do autocuidado, recorrendo-se à Teoria do Autocuidado de Orem (2001). Esta teoria baseia-se em conceitos centrais, interligados entre si: ação de autocuidado, que abrange as atividades realizadas pelas pessoas de forma ativa, reflexiva e intencional; capacidade de autocuidado, referindo-se ao conjunto de conhecimentos e habilidades que as pessoas desenvolvem para executar essas atividades; necessidade de autocuidado, que representa as ações indispensáveis em determinado momento para atender aos requisitos de autocuidado; défice de autocuidado, definido como a discrepância entre a capacidade de ação da pessoa e as suas necessidades; e intervenção de enfermagem, que compreende as ações realizadas pelo enfermeiro para compensar essa diferença entre as capacidades do indivíduo e as suas necessidades (Brito, 2012).

Esta teoria geral engloba três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado; a Teoria do Défice de Autocuidado; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Na Teoria do Autocuidado, este refere-se à "prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar" (Orem, 2001, p. 43). Neste contexto, a autora descreve requisitos de autocuidado agrupados em três categorias: universais (correspondem a ações humanas fundamentais para promover e sustentar o desenvolvimento humano, comuns a todas as pessoas); de desenvolvimento (relacionados às necessidades específicas de cada etapa do ciclo de vida, como infância, adolescência e envelhecimento, bem como às condições associadas a eventos característicos dessas fases); e desvios da saúde (envolvem alterações no funcionamento normal do corpo, incluindo mudanças estruturais e funcionais, além de intervenções diagnósticas e terapêuticas) (Orem, 2001).

No que concerne à Teoria do défice de autocuidado, esta evidencia a relação entre a ação de autocuidado e a necessidade de autocuidado ao longo do tempo. Em particular, demonstra a diferença entre o padrão de necessidades de autocuidado terapêutico — necessário para satisfazer os requisitos de autocuidado — e a atividade de autocuidado efetivamente realizada pela pessoa.

Recorrendo à Teoria dos Sistemas de Enfermagem, esta "estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem" (Orem, 2001, p. 147). Esta teoria define de que forma os enfermeiros, as pessoas ou ambos podem responder às necessidades de autocuidado da pessoa. Para dar resposta aos requisitos de autocuidado, alicerçando a responsabilidade dos enfermeiros no exercício profissional em relação às necessidades da pessoa, Orem (2001) identificou três classificações de sistemas de enfermagem: o Sistema Totalmente Compensatório, o Sistema Parcialmente Compensatório e o Sistema de Apoio-Educação. Considera-se que o último sistema é o mais frequentemente utilizado no contexto dos cuidados a clientes com doença oncológica, uma vez que as intervenções auxiliam na tomada de decisões, promovem a aprendizagem e fornecem informação relevante (Orem, 2001; Brito, 2012).

Neste enquadramento, importa que a pessoa com doença oncológica desenvolva competências para lidar com as implicações impostas pela doença e tratamentos (Giesler & Weis, 2008). Tal competência implica a focalização nas necessidades e objetivos pessoais, recorrendo ao apoio de pessoas significativas ou dos profissionais de saúde como estratégia para enfrentar as adversidades.

Conforme referido anteriormente, a relação entre os enfermeiros e as pessoas com doença crónica — nomeadamente oncológica — tende a evoluir para uma parceria colaborativa de longo prazo, na qual o cuidado centrado na pessoa assume um papel central (Flagg, 2015; Grady & Gough, 2014; Jefford et al., 2022). O apoio à autogestão revela-se um componente essencial na transição de um modelo de cuidados centrado na fase aguda da doença para um modelo orientado para a gestão de condições crónicas (Barlow et al., 2002).

Segundo Barlow et al. (2002), a autogestão define-se como a adaptação contínua aos desafios médicos, emocionais e sociais decorrentes de uma doença crónica, visando a obtenção de qualidade de vida. Neste contexto, o conceito de autogestão encontra-se intrinsecamente ligado ao autocuidado, constituindo uma componente essencial deste último. Especificamente, a autogestão implica a participação ativa e a integração do cliente na tomada de decisões relativas ao seu regime terapêutico. Segundo Howell et al. (2021), uma autogestão eficaz pode implicar a auto-monitorização do estado de saúde, a identificação, comunicação e gestão de sintomas, bem como a abordagem dos efeitos secundários associados aos tratamentos. Neste enquadramento, Lorig e Holman (2003) identificaram cinco competências fundamentais para a autogestão: resolução de problemas, tomada de decisões, utilização de recursos disponíveis, desenvolvimento de parcerias com os profissionais de saúde e implementação de um plano de ação.

Desta forma, “a intencionalidade das terapêuticas de enfermagem reside, sobretudo, em promover o *empowerment* e não a concordância; mais autonomia, o que significa mais liberdade e mais responsabilidade” (Bastos, 2012, p. 324-325).

Desafios na autogestão da doença e do regime terapêutico

Ao longo deste enquadramento teórico, evidenciou-se a complexidade inerente ao regime terapêutico da pessoa com doença oncológica. Neste contexto, Fahmer et al. (2023) referem que as mulheres com cancro da mama, no que concerne à gestão da doença e tratamento, são confrontadas com uma multiplicidade de desafios. Estes desafios incluem, entre outros, necessidades de informação, impactos psicológicos e físicos bem como sequelas que podem manifestar-se desde o dia do diagnóstico e prolongar-se durante vários anos após a conclusão do tratamento, estendendo-se até à fase de sobrevivência. Padilha (2013) corrobora que, para a gestão da condição de saúde, é necessário o desenvolvimento de um reportório de recursos internos, sustentados em conhecimentos e capacidades instrumentais, que podem funcionar como condicionalismos pessoais positivos para o desenvolvimento da gestão eficaz da condição de saúde.

Centralizando os desafios associados à autogestão do regime medicamentoso, Smith et al. (2020) salientam que o receio da ocorrência de efeitos secundários é uma das razões mais frequentemente apontadas para a baixa adesão ao tratamento. Neste contexto, enfatizam a complexidade do tema ao destacar que a forma como as informações sobre os riscos e efeitos secundários são comunicadas às pessoas pode influenciar diretamente as suas expectativas. Ademais, as expectativas das pessoas em relação aos efeitos secundários podem ser determinadas por características demográficas, psicológicas e contextuais.

Um estudo desenvolvido por O'Donovan et al. (2019), com o objetivo de analisar as experiências das pessoas em relação aos efeitos secundários dos medicamentos, destacou várias questões importantes. Em primeiro lugar, muitos participantes referiram que a informação disponibilizada sobre os efeitos secundários era insuficiente ou apresentada de forma pouco clara, dificultando a sua compreensão. Em segundo lugar, observou-se que as pessoas, frequentemente, desenvolvem estratégias próprias para identificar e gerir esses efeitos secundários, baseando-se nas suas experiências anteriores e na relação temporal entre o início dos sintomas e a medicação. Este facto sublinha a necessidade de proporcionar apoio no reconhecimento e no reporte adequado desses efeitos. Por fim, o estudo revelou que as crenças das pessoas sobre os medicamentos e os respetivos efeitos secundários influenciam significativamente a adesão ao tratamento. Alguns participantes descreveram os efeitos como "incómodos ligeiros", o que, em determinados casos, levou a comportamentos de não adesão.

No que concerne aos desafios associados à autogestão do regime dietético, Ford et al. (2022) referem que o cancro e os tratamentos antineoplásicos comprometem o equilíbrio homeostático do organismo, provocando alterações na composição corporal, carga tumoral, inflamação sistémica e nos níveis de atividade física. Estas alterações influenciam significativamente a quantidade de ingestão alimentar.

Adicionalmente, fatores como os sinais de apetite – centrais e periféricos – e a presença de

sintomas como dor, náuseas, anorexia e alterações do paladar, configuram-se como determinantes diretos da ingestão alimentar, que muitas vezes é influenciada pelas escolhas alimentares. Outros elementos relevantes incluem as preferências gustativas, o conhecimento nutricional, o estatuto socioeconómico, a cultura, as crenças e aspetos internos de natureza biológica e psicológica (Ford et al., 2022).

Os mesmos autores sublinham que, apesar da elevada prevalência da desnutrição e das suas repercussões negativas, esta condição é frequentemente desvalorizada pelas pessoas afetadas. Muitas optam por modificar a sua dieta com o intuito de tratar o cancro ou atenuar os sintomas, embora nem sempre considerem, de forma adequada, o impacto dessas decisões na preservação da massa muscular e na manutenção da saúde (Ford et al., 2022).

Processo de transição saúde/doença

O desafio percecionado da gestão da doença e da cronicidade associada pode ser compreendido, à luz do referencial teórico de Meleis et al. (2000), como uma transição com particular relevância para a prática de enfermagem (Padilha, 2013). Esta importância manifesta-se claramente quando se considera que o diagnóstico e o tratamento oncológico envolvem um processo de transição saúde-doença, no qual a vivência deste processo está profundamente interligada aos cuidados de enfermagem (Magalhães, 2020).

As transições podem ser interpretadas como experiências humanas caracterizadas por um conjunto de respostas ao longo do tempo, influenciadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções das pessoas, pelos significados atribuídos a essas vivências, bem como pelos conhecimentos, habilidades na gestão das mudanças e pelo impacto dessas mudanças no nível de bem-estar (Meleis et al., 1994). A experiência de transição exige que cada pessoa adquira novos conhecimentos, proceda a ajuste dos comportamentos, redefina os significados atribuídos aos eventos e, conseqüentemente, reformule a sua própria identidade (Meleis et al., 2000).

A teoria das transições, desenvolvida por Meleis e colaboradores (2000), classifica as transições em quatro tipologias: saúde/doença, de desenvolvimento, situacional e organizacional. A transição saúde/doença refere-se a mudanças no papel desempenhado pela pessoa, devido a alterações na sua condição de saúde, seja pela instalação de uma doença crónica ou pelo agravamento de uma condição existente (Meleis, 2007).

Ao aprofundar a teoria, destaca-se a importância das propriedades da transição, nomeadamente: a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, o período temporal e os pontos ou eventos críticos. A consciencialização, entre as propriedades das transições, é referenciada como uma propriedade chave, por estar intrinsecamente ligada à

percepção, ao conhecimento e ao reconhecimento da experiência de transição (Meleis et al., 2000). Quanto ao conceito de envolvimento, este reflete a ideia de uma participação ativa e empenhada da pessoa no processo de transição, com a influência da pessoa e de fatores externos que envolvem o contexto e a situação. O nível de consciencialização desempenha um papel determinante ao influenciar diretamente o grau de envolvimento (Meleis et al., 2000).

As transições são tanto resultado quanto causa de mudanças (Meleis et al., 2000), pelo que a pessoa pode experienciar mudanças significativas em si, no ambiente e na sua percepção do mesmo (Canaval et al., 2007). A diferença manifesta-se no contraste entre expectativas e realidade, levando a pessoa a sentir-se, ser vista ou perceber o mundo de forma distinta. Consequentemente, esta diferença percebida pode desencadear mudanças comportamentais e de percepção. Outra propriedade elencada à teoria, é o período de tempo que também se reveste de importância, pois a vivência da transição decorre num processo de rutura que exige tempo (Kralik et al., 2006). Os eventos e pontos críticos, constituem-se em etapas imperativas no planeamento das terapêuticas de enfermagem, de modo a apoiar as pessoas ao longo do processo de transição. Segundo Meleis et al. (2000), estes eventos podem influenciar a experiência da transição, alterando a velocidade, a consciencialização e o envolvimento no processo.

A forma como a pessoa lida com a transição, no que respeita às condições facilitadoras e inibidoras, é influenciada por diversos fatores relacionados com o processo, o período em que ocorre e a percepção individual da experiência. As condições pessoais compreendem os significados, as crenças e as atitudes culturais, o estatuto socioeconómico, o nível de preparação e o nível de conhecimento e habilidades (Meleis et al., 2000).

Cada pessoa atribui um significado às situações de saúde e doença com base nos seus valores, crenças e desejos, que refletem a sua singularidade e o projeto de saúde pessoal (Meleis et al., 2000). A construção dos significados permite à pessoa definir a sua forma de agir, sentir, interpretar e ser, em relação a tudo o que considera importante para si e para aqueles que lhe são próximos (Brito, 2012).

Neste sentido, Kralik e Van Loon (2010) destacam que aprender a viver com uma doença crónica é um processo complexo, pois exige que a pessoa reavalie os significados atribuídos a diversos aspetos da sua vida e, quando necessário, incorpore medidas terapêuticas. Este processo requer que a pessoa atribua significado às aprendizagens adquiridas, mesmo em contextos de adversidade. Os significados, são construídos com base no conhecimento acumulado ao longo do percurso. A forma como os significados são interpretados – positivos, neutros ou negativos – pode atuar como condição facilitadora ou inibidora do processo de transição. Quando se atribui um significado positivo ou neutro à experiência, a transição tende a ser facilitada, pois isso promove o envolvimento e a adaptação necessária para enfrentar a nova condição. Por outro lado, quando o significado atribuído à mudança é negativo, o processo de

transição pode ser prejudicado ou comprometido (Brito, 2012).

A atitude é frequentemente compreendida como a predisposição da pessoa para responder ou agir de maneira característica em relação ao que a rodeia, funcionando como um indicador antecipado de comportamento, tendência ou inclinação para agir (Brito, 2012). Essa ação pode manifestar-se como aproximação ou afastamento em relação a elementos da realidade. Segundo Kendler (1985, cit. in Brito, 2012), a atitude é composta por três componentes fundamentais: cognitiva, afetiva e comportamental. A componente cognitiva está relacionada com a formação de crenças sobre a realidade, sendo construída a partir da informação obtida. A componente afetiva, por outro lado, envolve os sentimentos, sejam eles positivos ou negativos, em relação a um objeto ou situação específicos. Por fim, a componente comportamental reflete-se em comportamentos, muitas vezes verbais, que evidenciam preferências, aversões, entre outros.

As crenças pessoais, culturais e espirituais relacionadas com a causa do cancro, o impacto da doença ou mesmo a recidiva desempenham um papel significativo nos comportamentos de saúde, influenciando também a satisfação pessoal, a qualidade de vida e até a sobrevivência (Stewart et al., 2001). É relevante destacar que as crenças são moldadas pela educação, pelo ambiente, pela cultura, pelas experiências vividas e pelas pessoas tomadas como exemplos a seguir. Em essência, essas crenças atuam como princípios orientadores que conferem significado e direção à vida, influenciando a forma como a pessoa enfrenta o processo de transição (Brito, 2012).

Adicionalmente, as crenças exercem uma influência significativa nos processos de coping (Leventhal et al., 1997). De acordo com o Modelo Teórico de Autorregulação do Comportamento em Saúde, desenvolvido por Leventhal et al. (1997), perante uma mudança no estado de saúde, a pessoa tende a atribuir significado a essa alteração (seja ela relacionada com sintomas, sinais ou diagnóstico) e é impulsionada a adotar ações para resolver o problema, num processo que se caracteriza pela sua natureza dinâmica e contínua.

Outro fator que pode influenciar significativamente o decurso do processo de transição é o estatuto socioeconómico. Este conceito diz respeito à posição relativa da pessoa numa hierarquia social estruturada com base em atributos económicos e sociais, os quais se refletem no acesso desigual a recursos e bens valorizados. De acordo com Cardoso (2006), existem três indicadores para a avaliação do estatuto socioeconómico que são: o nível de rendimento, a ocupação profissional e o grau de instrução (Cardoso, 2006). A sua caracterização revela-se útil na identificação de pessoas potencialmente expostas a riscos associados ao contexto físico e social em que vivem e se desenvolvem.

Meleis et al. (2000) reconhecem que um baixo estatuto socioeconómico pode constituir uma condição dificultadora de uma transição saudável, na medida em que pode limitar o acesso a cuidados de saúde, dificultar o acesso à informação e comprometer a capacidade de

implementar as medidas necessárias à adaptação da condição de saúde.

No que se refere à preparação e conhecimento, a pessoa precisa de conhecimento para tomar decisões, e habilidades para gerir a nova condição, com consequente aquisição de competências, nomeadamente o desenvolvimento de mestria. Uma preparação antecipada facilita a transição, enquanto a sua ausência pode inibi-la.

O processo de transição ainda pode ser facilitado por outros elementos, como o suporte prestado pela rede familiar, o fornecimento de informação clara e baseada em evidência, o aconselhamento individualizado que explore diferentes alternativas, bem como o auxílio na tomada de decisões. Adicionalmente, o encaminhamento para recursos apropriados e a atenção às necessidades e dúvidas expressas pela pessoa contribuem positivamente para este processo (Meleis et al., 2000).

Para além da identificação dos fatores que promovem ou dificultam a transição, torna-se igualmente essencial compreender de que forma esta pode ser avaliada ao longo do tempo. Tal avaliação é possível através da monitorização de indicadores que reflitam, nomeadamente, o nível de conhecimento e o grau de desempenho da pessoa face às novas exigências. A análise destes indicadores fornece informações relevantes sobre o processo de transição e a sua evolução, permitindo, simultaneamente, uma adaptação contínua das intervenções às necessidades identificadas. De acordo com Meleis et al. (2000), os indicadores utilizados podem ser classificados como indicadores de processo ou de resultado. Na teoria, são considerados indicadores de processo: o sentir-se ligado, o interagir, o sentir-se situado e o desenvolver confiança e coping. Por sua vez, os indicadores de resultado incluem a mestria e o desenvolvimento de uma nova identidade. Refere-se ainda que as transições podem ser classificadas como saudáveis ou não saudáveis, de acordo com o modo como a pessoa se adapta à nova situação (Meleis, 2007).

Em última análise, salienta-se que a Teoria das Transições destaca as ações intencionais implementadas pelos enfermeiros no cuidado à pessoa, designadas por terapêuticas de enfermagem. Estas abrangem as intervenções realizadas como os objetivos delineados no processo de cuidar (Meleis, 2007). Estas terapêuticas articulam-se em três eixos: promoção, prevenção e intervenção, com foco no desempenho de papéis (Meleis, 2007).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 62 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-22 10:30:00	Nacl 0,9% 250 ml EV (Perfusão intermitente)	
2024-11-22 10:30:00	Prednisolona 50mg PO (ver especificação)	
2024-11-22 10:30:00	Ondansetrom 8 mg/4 ml EV (30minutos antes da quimioterapia)	
2024-11-22 10:30:00	Docetaxel 133.5 mg em 250 ml de Nacl 0,9% EV (perfusão de 1 hora) (Agora)	
2024-11-22 10:30:00	Ciclofosfamida 1068 mg em 250 ml de Nacl 0,9% EV (Perfusão 30 minutos) (Após administração de Docetaxel)	
2024-11-22 10:30:00	Filgrastim 30.000U SC (Dia 2, Dia 3 e dia 4) (medicação para o domicílio)	
2024-11-22 10:30:00	Metoclopramida 10 mg PO (SOS - 8/8 hs) (medicação para o domicílio)	
2024-11-22 10:30:00	Paracetamol 1000 mg PO (SOS - 8/8 hs) (medicação para o domicílio)	
2024-11-22 10:30:00	Loperamida 2mg PO (SOS - 4/4 horas) (medicação para o domicílio)	
2024-11-22 10:30:00	Benzidamina 5ml PO (solução - entre 2 a 6 vezes/dia) (medicação para o domicílio)	
2024-11-22 10:30:00	Nistatina Uso tópico bucal: 100.000 UI, 4 vezes/dia (medicação para o domicílio)	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A complexidade do tratamento oncológico e a necessidade de cuidados especializados ressaltam a importância de a prática clínica ser sustentada em recomendações que garantam cuidados seguros e de alta qualidade (Penaforte, 2023). Neste âmbito, o “Guia Orientador de Boas Práticas na Administração de Terapêuticas Antineoplásicas Sistémicas à Pessoa com Doença Oncológica” (TANPS), estabelece um conjunto de recomendações direcionadas aos enfermeiros que prestam cuidados a pessoas com doença oncológica, tomando como foco cinco domínios, nos quais se pressupõe que o enfermeiro: possua formação específica na área e, idealmente, uma qualificação reconhecida por uma entidade idónea; garanta a administração

segura do tratamento, aplicando os princípios técnico-científicos e deontológicos necessários, e capacite a pessoa e a família/cuidador para a gestão eficaz do regime terapêutico; apresente competências no domínio da segurança da prática clínica, assegurando a segurança do profissional, da pessoa alvo de cuidados e do ambiente em que se encontram; demonstre competências na prevenção, identificação e gestão do extravasamento e derrame; e, possua competências para prevenir, identificar e gerir eficazmente as reações de hipersensibilidade. Este guia constitui-se como uma ferramenta de excelência para apoiar os enfermeiros no processo de tomada de decisão (Penaforte, 2023).

Nesta parte do relatório, serão detalhados os medicamentos prescritos quanto à sua indicação e objetivo. Serão também descritos os aspetos relevantes relacionados com os cuidados de preparação e administração da terapêutica prescrita durante as sessões documentadas, bem como os principais efeitos secundários e as vigilâncias que se impõem.

[Primeira sessão]

• Nacl 0,9%:

O cloreto de sódio 0,9% pertence ao grupo farmacológico dos eletrólitos, e é usado como veículo ou diluente para administração intravenosa de outros fármacos (Índice, n.d.). Entre a administração dos antineoplásicos é realizada a administração de 50 a 200ml assim como após a conclusão da perfusão (Penaforte, 2023).

• Prednisolona:

Integra o grupo farmacológico dos corticosteroides. A prednisolona é um glucocorticoide derivado da hidrocortisona, com propriedades anti-inflamatórias e imunossupressoras (Infarmed, 2024a). A sua indicação terapêutica está orientada como pré-medicação na prevenção de reações de hipersensibilidade associadas à administração de terapêutica antineoplásica sistémica (Roselló et al., 2017). A sua ação traduz-se na supressão da inflamação e na alteração da resposta imunológica normal. Apresenta uma semivida de 2,1 a 3,5 horas (Vallerand et al., 2016). Os efeitos colaterais mais frequentes incluem suscetibilidade aumentada a infeções, náuseas, desequilíbrio hidroeletrólítico, efeitos musculares e ósseos, efeitos cutâneos, alterações neuropsiquiátricas, efeitos oftálmicos, efeitos endócrinos e casos raros de reações alérgicas (Infarmed, 2024a). A dose diária média é variável (entre 6-60mg/dia), e deve ser administrada às refeições para diminuir a irritação gastrointestinal (Vallerand et al., 2016). Como considerações para a ação do enfermeiro aponta-se a necessidade de instruir a pessoa acerca da forma correta de administração da medicação, e que o facto de omitir uma toma conduz ao adiamento do tratamento. Convém referir que a Prednisolona também integra a medicação prescrita para o domicílio com o seguinte esquema prescrito: dia anterior ao tratamento - 50mg ao jantar; Dia do tratamento: 50mg ao pequeno-almoço, 50mg uma hora

antes do tratamento e 50mg ao jantar; dia posterior ao tratamento: 50mg ao pequeno-almoço e 50mg ao jantar.

- **Ondansetrom:**

Integra o grupo farmacológico dos antagonistas 5HT₃, sendo classificado como antiemético. A sua indicação terapêutica está associada à prevenção de náuseas e vômitos relacionados à quimioterapia, particularmente quando esta é moderada ou altamente emetogénica. A sua ação traduz-se no bloqueio dos recetores 5HT₃ da serotonina localizados nos terminais nervosos vagais e na zona de disparo quimiorrecetora do sistema nervoso central. Os efeitos colaterais incluem cefaleias, diarreia ou obstipação. Podem ocorrer reações extrapiramidais. A dose habitual para a prevenção de náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia é de 0,15 mg/kg, com dose máxima de 16 mg. A administração deve ser realizada 30 minutos antes do início da quimioterapia, podendo ser repetida a cada quatro e oito horas, conforme orientação médica. Quanto ao perfil de atuação, o pico de ação ocorre entre 15 e 30 minutos após a administração. Para a administração por perfusão intravenosa intermitente, a dose deve ser diluída em 50 ml de solução salina 0,9% e administrada em um período de 15 minutos. Como considerações para a ação do enfermeiro aponta-se a necessidade de avaliação de náuseas, vômitos e/ou distensão abdominal, antes e após a administração, e a avaliação periódica dos efeitos extrapiramidais (movimentos involuntários, esgares faciais, rigidez, andar arrastado, trémulo nas mãos) (Vallerand et al., 2016).

- **Docetaxel:**

Integra o grupo farmacológico dos taxóides, sendo classificado como um antineoplásico. A sua indicação terapêutica está orientada ao tratamento do cancro da mama (num estadio avançado/metastizado ou em associação com outros fármacos, como a Ciclofosfamida como tratamento adjuvante). O seu efeito terapêutico conduz à interferência na função normal dos microtúbulos celulares requeridos à interfase e mitose das células, levando à morte das células de replicação rápida. O Docetaxel é amplamente metabolizado no fígado, e os metabolitos são excretados nas fezes. Apresenta uma semivida de aproximadamente 11,1 hora, e está contraindicado em pessoas com contagem de neutrófilos inferior a 1500/mm³ e com disfunção hepática. Os efeitos colaterais mais frequentes incluem fadiga, fraqueza, broncospasmo, dispneia, edema periférico, diarreia, náuseas, estomatite, vômitos, alopecia, alterações da pele e das unhas, anemia, trombocitopenia, neutropenia, mialgia e neuropatia periférica. Podem ainda ocorrer reações no local de injeção e reações de hipersensibilidade incluindo a anafilaxia. A posologia recomendada como terapêutica adjuvante no cancro da mama são 75mg/m² de três em três semanas durante seis ciclos (com Ciclofosfamida). É administrado por perfusão intermitente, para a concentração de 0,3mg/ml a 0,74mg/ml. Quanto às considerações para a ação do enfermeiro importa referir que é necessária a monitorização dos sinais vitais antes e depois da administração; e a avaliação da patência do local de administração da perfusão.

Salienta-se que deve ser monitorizada a ocorrência de reações de hipersensibilidade durante a perfusão (Vallerand et al., 2016; Índice, s.d.). Estas ocorrem frequentemente após a primeira e segunda dose de docetaxel (Vallerand et al., 2016; Pagani et al., 2021) nos primeiros 10 minutos de perfusão e podem comportar hipotensão, dispneia, broncoespasmo, urticária, reações cutâneas, angioedema, rubor, prurido, taquicardia, dores no peito ou nas costas (Roselló et al., 2017).

O pré-tratamento com administração de glicocorticoides é recomendado de forma a minimizar a ocorrência destas reações. Os cuidados de enfermagem implicam a instrução da pessoa quanto à importância de relatar, de forma imediata, qualquer sintoma sugestivo de reação de hipersensibilidade a um profissional de saúde. Entre os sinais e sintomas a considerar incluem-se: dificuldade respiratória, edema súbito da face, lábios, língua, e garganta, dificuldade em deglutir, bem como o aparecimento de rash ou eritema generalizado. Também deve ser notificada a ocorrência de febre, arrepios, garganta irritada, sinais de infeção, e hemorragia (gengival, petéquias, equimoses, hematúria, hematemese ou retorragia). A pessoa deve ainda ser alertada para o aumento da suscetibilidade à infeção e as medidas a adotar, assim como para a gestão dos sinais e sintomas decorrentes da quimioterapia (Vallerand et al., 2016).

• **Ciclofosfamida:**

Pertence ao grupo terapêutico dos antineoplásicos imunossupressores, e integra a classificação farmacológica de alquilante. A sua indicação está orientada ao tratamento do carcinoma da mama. A sua ação manifesta-se na interferência na replicação do DNA e transcrição do RNA, com descontinuação da síntese das proteínas, levando à morte das células de replicação rápida e também a uma ação imunossupressora. Apresenta uma semivida de 6,5 horas. Os principais efeitos colaterais incluem hipotensão, anorexia, náuseas, vômitos, hematúria, alopecia, anemia, trombocitopenia e leucopenia. Decorrente do ritmo de perfusão podem ocorrer as seguintes reações: edema facial, cefaleias, congestão nasal e ardor no couro cabeludo. Relativamente às implicações para o enfermeiro, é necessário avaliar a ocorrência de náuseas e vômitos, e a monitorização da função cardíaca e respiratória, uma vez que a toxicidade cardíaca pode ocorrer no início da terapêutica, caracterizando-se por sintomas de insuficiência cardíaca; a toxicidade pulmonar pode ocorrer após terapêutica prolongada. O nível mais baixo de leucócitos, ocorre geralmente entre o sétimo e o 12º dia após o tratamento, com recuperação esperada entre o 17º e o 21º dia. A contagem de plaquetas atinge o valor mais baixo entre o 10º e o 15º dia. A anemia é um efeito colateral menos frequente. Os cuidados de enfermagem implicam a instrução da pessoa acerca do relato imediato a um profissional de saúde na ocorrência de dificuldade respiratória, febre, odinofagia, sinais de infeção, coloração amarela nos olhos ou pele, lesões na cavidade oral, hemorragia (gengival, petéquias, equimoses, hematúria, hematemese ou rectorragia). A pessoa deve ainda ser alertada para o aumento da suscetibilidade à infeção e as medidas a adotar, assim como para a gestão dos sinais e sintomas decorrentes da quimioterapia (Vallerand et al., 2016).

- **Filgrastim: *Colony-stimulating factors (CSFs)***

No que concerne ao grupo farmacológico é considerado um fator de estimulação da hematopoiese. A sua indicação terapêutica está associada à prevenção de neutropenia e infeção nas pessoas que recebem antineoplásicos. Trata-se de uma glicoproteína que se liga e estimula a divisão e diferenciação dos neutrófilos imaturos, e por outro lado ativa os neutrófilos maduros. Quanto ao seu efeito terapêutico, este é atribuído à diminuição da incidência de infeção em pessoas com neutropenia induzida pela quimioterapia. Apresenta uma semivida de 3,5 horas (Vallerand et al., 2016). Os efeitos colaterais notificados com maior frequência são febre, dor (óssea e musculoesquelética), anemia, vômitos e náuseas (European Medicines Agency [EMA], 2023). A conservação adequada do filgrastim em ambiente domiciliário é essencial para garantir a sua eficácia e segurança. Este medicamento deve ser armazenado a uma temperatura entre 2°C e 8°C, preferencialmente na prateleira intermédia do frigorífico, de forma a evitar oscilações térmicas e o risco de congelação. Não se recomenda o armazenamento na porta do frigorífico, uma vez que esta zona está sujeita a variações de temperatura frequentes. A seringa pré-cheia deve permanecer dentro da embalagem exterior, de forma a protegê-la da exposição direta à luz. Sempre que necessário, a seringa pode ser retirada do frigorífico e mantida à temperatura ambiente (inferior a 25°C) por um período máximo de oito dias. Após este período, ou caso tenha sido retirada do frio, não deve voltar a ser refrigerada (Sandoz – Novartis Company, 2023). Ressalva-se que esta orientação pode variar consoante o fabricante e a formulação específica do produto. Os cuidados de enfermagem implicam a monitorização da dor e avaliação de náusea e/ou vômitos. De salientar que o uso concomitante com antineoplásicos pode causar efeitos adversos nos neutrófilos de proliferação rápida, pelo que deve ser evitada a sua administração nas 24 horas antes e após a quimioterapia (Vallerand et al., 2016).

[Medicação de suporte para o domicílio]

Na primeira sessão considerou-se pertinente englobar a medicação de suporte prescrita para a gestão dos sintomas associados à terapêutica antineoplásica, salientando-se que a mesma será gerida pela cliente no domicílio.

- **Metoclopramida:**

Integra o grupo farmacológico dos antieméticos. A sua indicação terapêutica está orientada à prevenção de vômitos induzidos pela quimioterapia. A sua ação traduz-se no bloqueio dos recetores da dopamina na zona de disparo quimiorrecetora do sistema nervoso central. Por outro lado, estimula a motilidade do trato gastrointestinal superior e acelera o esvaziamento gástrico. Apresenta uma semivida de 3,5 horas. Os efeitos colaterais mais frequentes incluem agitação, sonolência, fadiga e reações extrapiramidais. A dose habitual são 10mg trinta minutos

antes das refeições e ao deitar. Como considerações para a ação do enfermeiro ressalva-se a necessidade da avaliação da ocorrência de náuseas e vômitos, distensão abdominal e sons intestinais, antes e após a administração (Vallerand et al., 2016).

• **Paracetamol:**

Integra o grupo farmacológico dos antipiréticos e analgésicos não opiáceos. A sua indicação terapêutica está associada ao tratamento de dores ligeiras a moderadas, dores moderadas a severas (em associação com analgésicos não opiáceos) e febre. A sua ação traduz-se na inibição da síntese das prostaglandinas que podem servir como mediadores da dor e da febre. Os efeitos colaterais mais frequentes incluem sonolência ligeira, náuseas e vômitos. A dose usual é de um grama, administrado de duas a quatro vezes ao dia, com intervalos regulares de seis a oito horas. Se necessário, o intervalo pode ser reduzido para no mínimo quatro horas, desde que não se exceda a dose máxima de quatro gramas diários. Quanto ao perfil de atuação, o pico de ação ocorre entre uma a três horas após a administração. Como considerações para a ação do enfermeiro aponta-se a necessidade de instruir a pessoa acerca da autovigilância da temperatura corporal e a verificação de episódios de febre (Vallerand et al., 2016; Infarmed, 2024b).

• **Loperamida:**

Integra o grupo farmacológico dos antidiarreicos. A sua indicação terapêutica está orientada como terapêutica complementar no tratamento da diarreia aguda. Relativamente à ação, este fármaco leva à inibição do peristaltismo e prolonga o tempo de trânsito por efeito direto nos nervos da parede muscular intestinal; conduz à redução do volume fecal, com aumento da viscosidade fecal, enquanto diminui a perda de líquidos e de eletrólitos. Apresenta uma semivida de 10,8 horas. Os efeitos colaterais mais frequentes incluem sonolência, obstipação, náuseas, boca seca, dor e distensão abdominal. A administração pode ser iniciada com 4mg, e de seguida passar a 2mg após cada dejeção. A dose de manutenção comporta 4-8mg/dia dividida em várias doses. Como considerações para a ação do enfermeiro ressalva-se a importância de informar a pessoa acerca da automonitorização da frequência e consistência das fezes (Vallerand et al., 2016).

• **Benzidamina:**

Integra o grupo farmacológico dos anti-inflamatórios não esteroides de ação local. A solução é recomendada para o alívio dos sintomas de inflamação e irritação associados a condições dolorosas da cavidade orofaríngea, como gengivite, estomatite e faringite. Os efeitos colaterais mais frequentes incluem manifestações gástricas como náusea, ardor epigástrico e sensação de queimadura retroesternal. A recomendação do número de bochechos com 15 ml de solução bucal são duas a três vezes por dia. Como considerações para a ação do enfermeiro aponta-se a necessidade de informar a pessoa sobre a autovigilância da cavidade oral (Infarmed, 2023;

Vallerand et al., 2016).

- **Nistatina**

Pertence ao grupo farmacológico dos antifúngicos, e está indicada no tratamento local de candidíase orofaríngea. Esta liga-se à membrana da célula fúngica e permite o esvaziamento do conteúdo celular; em termos de espectro liga-se à maior parte das espécies patogénicas de *Candida* e a sua ação é local. Os efeitos colaterais mais frequentes incluem náuseas, vômitos e diarreia. A sua semivida é desconhecida. A dose habitual recomendada são 400000-600000 unidades (4 a 6 ml) quatro vezes por dia. Como considerações para a ação do enfermeiro aponta-se a necessidade de informar a pessoa que deve inspecionar as membranas mucosas antes e de forma periódica ao longo do tratamento. A suspensão oral deve ser mantida na boca durante alguns minutos antes de deglutir; deve manter a terapêutica durante mais 48 horas após o desaparecimento dos sintomas (Vallerand et al., 2016).

Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Ainda neste ponto do relatório, relacionado com os aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita, considerou-se pertinente fazer referência às complicações relacionadas com a administração e infusão da TANPS .

A maioria dos tratamentos antineoplásicos comporta um risco de reações de infusão (RI) (Roselló et al., 2017; Vogel, 2010), sendo que a incidência pode aumentar quando são administrados concomitantemente diferentes fármacos. As reações de infusão são reações alérgicas a proteínas estranhas (geralmente respostas alérgicas mediadas por imunoglobulina E) ou reações não mediadas por imunidade (Roselló et al., 2017).

Salientando as reações de hipersensibilidade, estas são eventos imprevisíveis que podem ocorrer durante a administração da terapêutica antineoplásica (Roselló et al., 2017). Estas reações provocam sinais e sintomas objetivamente reproduzíveis, desencadeados por um estímulo específico, mesmo em doses normalmente toleradas por indivíduos saudáveis (WHO, 2019).

A European Network for Drug Allergy (ENDA) classificou as reações de hipersensibilidade em dois tipos, com base no momento de início da exposição ao medicamento (Joerger, 2012). O primeiro tipo, denominado reação imediata, ocorre entre uma e seis horas após a última administração do medicamento, sendo tipicamente mediada por anticorpos da classe IgE. O segundo tipo, designado reação não imediata, pode surgir em qualquer momento a partir de uma hora após a administração inicial do medicamento, sendo mais comum após vários dias de exposição.

Os taxanos são amplamente descritos como agentes antineoplásicos sistémicos com potencial

para desencadear reações de hipersensibilidade aguda. No caso específico do docetaxel, a incidência de reações de hipersensibilidade sem pré-medicação é de cerca de 30%, enquanto com pré-medicação, as reações graves diminuem para aproximadamente 2%. Estas reações tendem a ocorrer durante a primeira ou segunda dose, geralmente nos primeiros 10 minutos de perfusão. A monitorização rigorosa e a implementação de medidas preventivas, como a administração de pré-medicação, são essenciais para minimizar o risco destas complicações (Roselló et al., 2017). Pensa-se que as reações aos taxanos são provavelmente causadas pela libertação direta de mediadores dos mastócitos, como a histamina e a triptase (Lenz, 2007; Vogel, 2010).

No que concerne à reação anafilática os fatores de risco para o seu desenvolvimento são: fatores relacionados com a idade, doenças concomitantes, tais como doenças respiratórias crónicas, doenças cardiovasculares, mastocitose ou doenças clonais dos mastócitos e doença atópica grave (Cardona et al., 2020).

Face ao exposto, antes da administração de qualquer medicamento, importa averiguar a história clínica, reações alérgicas anteriores, estado atópico e tratamentos concomitantes. É imprescindível a existência de um protocolo atualizado para a gestão das RI, bem como equipamento médico necessário para reanimação (Roselló et al., 2017). Paralelamente, os parâmetros vitais devem ser monitorizados antes do tratamento com agentes antineoplásicos, servindo os valores obtidos como linha de base para a administração de agentes antineoplásicos com potencial para causar reações de infusão (Neuss et al., 2016).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

22-11-2024 10:30

22-11-2024 10:30 - Cateter venoso periférico

22-11-2024 10:30 - Localização do cateter venoso periférico

22-11-2024 10:30 - Mão Esquerda(o)

22-11-2024 10:30 - Características do dispositivo: nº24G.

22-11-2024 10:30 - Ausência de dor.

22-11-2024 10:30 - Ausência de calor.

22-11-2024 10:30 - Ausência de rubor.

22-11-2024 10:30 - Ausência de tumefação.

22-11-2024 10:30 - Ausência de infiltração.

22-11-2024 10:30 - Determinar evolução da administração pelo cateter

22-11-2024 10:30 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso

periférico [Todos os contatos]

22-11-2024 10:30 - Assegurar funcionamento do cateter

22-11-2024 10:30 - Otimizar cateter venoso periférico [Todos os contatos]

22-11-2024 10:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

22-11-2024 10:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Todos os contatos]

13-12-2024 10:30 - Localização do cateter venoso periférico

13-12-2024 10:30 - Antebraço Esquerda(o)

13-12-2024 10:30 - Ausência de dor.

13-12-2024 10:30 - Ausência de calor.

13-12-2024 10:30 - Ausência de rubor.

13-12-2024 10:30 - Ausência de tumefação.

13-12-2024 10:30 - Ausência de infiltração.

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Os acessos venosos periféricos são frequentemente utilizados para administrar terapêutica antineoplásica na prática oncológica (Bertoglio et al., 2017). De acordo com Pittiruti et al. (2021) estes acessos estão indicados para infusão a curto e médio prazo de soluções com pH entre cinco e nove, fármacos com osmolaridade <600 mOsm/L, ou qualquer medicamento ou solução não associada a potenciais danos endoteliais, estando contraindicada a infusão de fármacos vesicantes ou infusão prolongada (>60 min) de soluções incompatíveis com a administração periférica. O acesso deve ser inserido utilizando *aseptic/no-touch technique* e deve ser verificada a permeabilidade antes da utilização, através de um *flush* com solução de cloreto de sódio a 0,9% (Bertoglio et al., 2017).

Ainda de acordo com as medidas elencadas por Nickel et al. (2024), que integram a 9.^a edição do “*Infusion Therapy Standards of Practice*”, para a administração segura de vesicantes por cateter intravenoso periférico é necessário:

- Avaliar os fatores de risco para extravasamento: veias pequenas ou frágeis, linfedema, obesidade, nível de consciência diminuído, histórico de múltiplas punções venosas;
- Selecionar uma veia grande, reta, lisa e palpável. Preferir a menor cânula possível para a maior veia disponível;
- Evitar locais como: dorso da mão, pulso, fossa antecubital, articulações, membros inferiores, locais distais a punções recentes ou com alterações de sensibilidade, circulação ou drenagem linfática.

Várias são as complicações que podem ocorrer durante ou imediatamente após a administração parentérica dos tratamentos oncológicos, nomeadamente (Pérez Fidalgo et al., 2012):

- Infiltração: passagem ou fuga de fármacos administrados por via intravenosa para o tecido;
- Extravasamento vesicante: fuga inadvertida de fármacos suscetíveis de causar lesões nos tecidos para o tecido subcutâneo ou subdérmico ou noutros locais;
- Irritação: uma reação inflamatória localizada no local da infusão ou da injeção;
- Reação de exacerbação: uma reação alérgica local ao longo de uma veia causada por medicamentos irritantes;
- Reações de infusão: reações mediadas pelo sistema imunitário (por exemplo, hipersensibilidade, anafilaxia, síndrome de libertação de citocinas). Estas reações foram anteriormente explanadas no capítulo da medicação.

Administração de Vesicantes Periféricos:

A administração de vesicantes por via periférica é uma prática atual, mas com um risco considerável de lesão por extravasamento (Spenser, 2019). O risco de extravasamento é maior com os cateteres periféricos devido ao menor diâmetro das veias, à reduzida hemodiluição, à proximidade das células endoteliais que são facilmente danificadas por traumas mecânicos e químicos e à flexibilidade dos locais das extremidades habitualmente escolhidos para a inserção de cateteres periféricos (Nickel et al., 2024).

A compreensão dos mecanismos pelos quais os vesicantes causam lesões durante o extravasamento é fundamental para a avaliação dos riscos relativos à administração e orientar as decisões de tratamento do extravasamento. Existem atualmente cinco mecanismos identificados através dos quais o extravasamento de vesicantes provoca lesões nos tecidos: pH não fisiológico, vasoconstrição, osmolaridade, absorção refratária e citotoxicidade (Nickel et al., 2024).

Olsen et al. (2019) dividem os vesicantes em dois grupos:

- Vesicantes de ligação ao ADN: estes vesicantes ligam-se aos ácidos nucleicos do ADN das células saudáveis no tecido, resultando na morte celular. As células apoptóticas libertam complexos que são absorvidos pelas células saudáveis adjacentes, perpetuando um ciclo contínuo de danos nos tecidos;
- Vesicantes que não se ligam ao ADN: estes vesicantes não causam danos diretos às células dos tecidos saudáveis. Em vez disso, são metabolizados no tecido e mais facilmente neutralizados. O docetaxel, por exemplo, enquadra-se neste grupo e é ainda classificado como um esfoliante, ou seja, um medicamento que pode causar inflamação e descamação da pele

sem provocar a morte dos tecidos subjacentes.

A prevenção do extravasamento e o reconhecimento precoce são favorecidos através de um planeamento adequado do dispositivo de acesso vascular, pela adoção de técnicas de punção venosa adequadas, pela monitorização contínua pelo reconhecimento e intervenção precoces quando existem sinais e sintomas de extravasamento (Nickel et al., 2024).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
22-11-2024 10:30	Sistema cardiovascular	
22-11-2024 10:30	Digestão	
22-11-2024 10:30	Autogestão do regime medicamentoso	
22-11-2024 10:30	Padrão alimentar	
22-11-2024 10:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
13-12-2024 10:30	Apetite	
13-12-2024 10:30	Eliminação intestinal	
13-12-2024 10:30	Pele e mucosas	
13-12-2024 10:30	Termorregulação	
13-12-2024 10:30	Conservação de energia	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Os domínios de atenção selecionados estão alinhados com o quadro teórico previamente explanado, sendo importante referir que, as toxicidades decorrentes do tratamento com terapêutica antineoplásica têm impacto na alteração dos processos corporais, bem como na ação de autocuidado, influenciando o estado de saúde da pessoa. Acresce que as respostas cognitivas, comportamentais e emocionais das pessoas perante os desafios colocados na autogestão do regime terapêutico, podem, em determinados momentos, transcender a sua capacidade de adaptação. Por isso, emerge a oportunidade para que os enfermeiros assumam um papel mais significativo e facilitador de um processo de transição saudável, que vise o desenvolvimento de mestria para lidar com os desafios impostos pela doença e tratamento, com vista à integração fluida. Este apoio visa promover a preservação da autonomia no autocuidado e a autogestão da condição de saúde (Bastos, 2012; Padilha, 2013).

Perante isto, é essencial que os enfermeiros integrem os fatores de vulnerabilidade da pessoa, de forma a compreender a dimensão das suas necessidades e a intensidade das intervenções

terapêuticas requeridas. Esta abordagem alude ao reconhecimento da vulnerabilidade, bem como implica aceitar que o potencial para a autonomia e autodeterminação varia entre as pessoas, mas que todas possuem a capacidade de responder melhor aos desafios em saúde, desde que recebam o suporte adequado (Bastos, 2013).

Neste subcapítulo, os domínios selecionados são apresentados e a sua pertinência para a conceção dos cuidados é justificada individualmente. Referem-se ainda as possíveis hipóteses de diagnóstico e a respetiva colheita de dados relevantes. Os domínios selecionados serão organizados por sessões, quer isto dizer, que na sua descrição, serão apresentados os da primeira e da segunda sessão.

[Primeira sessão]

• Sistema cardiovascular

Em consonância com o enquadramento teórico apresentado sobre a toxicidade cardíaca associada a agentes antineoplásicos, a seleção deste domínio justifica-se primeiramente pelo potencial da ciclofosfamida para induzir cardiotoxicidade, conforme evidenciado por Bonassa e Gato (2012). Paralelamente, a possibilidade de ocorrência de hipotensão secundária a reações de hipersensibilidade durante a administração da terapêutica antineoplásica sistémica prescrita, reforça a pertinência da inclusão deste domínio. Adicionalmente, o antecedente pessoal de HTA na pessoa aumenta a suscetibilidade a complicações cardiovasculares.

Desta forma, para a seleção deste domínio, consideram-se as hipóteses diagnósticas de “Hipertensão”, “Hipotensão” e “Arritmia”, sendo necessário recolher os dados sobre o pulso e a pressão sanguínea.

• Digestão

Dada a sua ação não seletiva, os agentes antineoplásicos afetam tanto células neoplásicas quanto células saudáveis, como as do epitélio gastrointestinal. Consequentemente, a sua atuação sobre células com elevada proliferação celular leva ao desenvolvimento de diversos efeitos secundários gastrointestinais. Clinicamente, os sintomas manifestam-se frequentemente como náuseas e vômitos (Akbarali et al., 2022; Herrstedt et al., 2024), afetando cerca de 80% das pessoas em tratamento oncológico (Olsen, LeFebvre & Brassil, 2019).

Como evidenciado no enquadramento teórico a adesão às diretrizes antieméticas tem demonstrado reduzir a incidência de náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia (NVIQ) nos tratamentos com elevado ou moderado potencial emetogénico (Abunahlah et al., 2016). Devido aos avanços na terapêutica antiemética, Grunberg et al. (2004) estimam uma redução da NVIQ entre 13% e 35%. Observa-se, porém, uma crescente preocupação de que a redução aparente na gravidade da emese seja decorrente de uma mudança na monitorização da sua ocorrência, ou seja, da emese aguda, que é mais facilmente identificada durante os cuidados hospitalares,

para a emese tardia, que tende a ocorrer após a alta, nomeadamente no domicílio, e pode ser menos monitorizada (Grunberg et al., 2004).

Adicionalmente, segundo as *guidelines* das entidades European Society for Medical Oncology (ESMO) e Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) de 2024, o antineoplásico Ciclofosfamida apresenta um risco moderado de emetogenicidade (entre 30% a 90%). Por outro lado, as náuseas também são descritas como um efeito secundário do medicamento Docetaxel. Considerando que estes dois antineoplásicos integram o esquema terapêutico de quimioterapia desta cliente, torna-se relevante e pertinente a digestão ser um domínio de atenção.

Face ao exposto, a seleção deste domínio revela-se essencial sendo colocadas como hipóteses diagnósticas “Náusea” e “Vomitar”. Para os diagnósticos mencionados é necessário recolher dados sobre a sensação de enjoo e o vómito.

• Autogestão do regime medicamentoso

Conforme salientado por Kwan et al. (2024), a gestão da terapêutica medicamentosa em pessoas com doença crónica adquire uma relevância crescente ao longo do tratamento oncológico e na fase de sobrevivência. Em particular, estudos com sobreviventes de cancro da mama evidenciam uma adesão frequentemente subótima à terapêutica cardiovascular prescrita. Este padrão de comportamento poderá ser atribuído à priorização do tratamento oncológico eficaz, tanto por parte dos profissionais de saúde como das pessoas afetadas, o que potencialmente resulta na desvalorização ou negligência da gestão da medicação para outras condições de saúde coexistentes (Kwan et al., 2024).

Desta forma, a obtenção de dados sobre a autogestão do regime medicamentoso assume um carácter imperativo, dada a complexidade inerente ao tratamento de quimioterapia e a necessidade da pessoa em gerir a terapêutica de suporte prescrita para mitigar as complicações associadas. Considerando tratar-se da primeira sessão de quimioterapia, não se julgou pertinente formular a hipótese diagnóstica de “Autogestão do regime medicamentoso comprometida”. Contudo, torna-se fundamental implementar uma recolha de dados com intencionalidade antecipatória, com o propósito de promover os comportamentos de autogestão relacionados com o regime medicamentoso no domicílio, capacitando a pessoa para a toma da medicação e gestão dos sinais e sintomas decorrentes dos efeitos do tratamento antineoplásico. Acresce que do plano terapêutico constam um conjunto de medicamentos prescritos para o domicílio que tem como propósito a gestão desses efeitos do tratamento.

• Padrão alimentar

Na doença oncológica, a deterioração e perda de massa muscular resultam de uma combinação de fatores, incluindo a redução da absorção de nutrientes, alterações no apetite, no paladar e/ou na ingestão alimentar, alterações metabólicas induzidas por hormonas e a ativação

imunológica relacionada com o cancro, que envolve a libertação de citocinas. Independentemente dos mecanismos subjacentes, a perda de peso associada ao cancro é uma manifestação multidimensional que compromete o bem-estar das pessoas, reduz a tolerância às terapêuticas antineoplásicas e agrava o prognóstico. Além disso, está relacionada com uma diminuição da capacidade funcional, uma maior incidência de toxicidade associada à quimioterapia, um aumento da duração e frequência dos internamentos, uma maior taxa de complicações e, conseqüentemente, uma maior mortalidade (Ravasco, 2019).

Concomitantemente, importa sublinhar que, embora a neutropenia induzida pelo tratamento oncológico aumente a suscetibilidade à infeção, a eficácia da dieta neutropénica na redução deste risco tem sido questionada (Ball et al., 2019). Não obstante, são preconizadas medidas de segurança alimentar, com particular ênfase no manuseamento e preparação dos alimentos (Ramamoorthy et al., 2020; Sonbol et al., 2019).

Deste modo, a autogestão do regime dietético é um pilar fundamental no cuidado às pessoas com doença oncológica, pois a condição nutricional e as medidas adotadas na preparação e ingestão alimentar, influenciam diretamente o curso da doença. A aquisição de conhecimento sobre a dieta permite à pessoa tomar decisões informadas sobre a sua alimentação, otimizando os resultados do tratamento. A escolha deste domínio não teve por base a inferência da existência de um compromisso na autogestão, mas uma possível necessidade de dotar a pessoa de competências para melhores escolhas alimentares, sendo encarada numa perspetiva antecipatória.

• Sondas, Drenos e Cateteres

Os acessos venosos periféricos são frequentemente utilizados para administrar terapêutica antineoplásica na prática oncológica (Bertoglio et al., 2017). Entre os princípios fundamentais a considerar durante a punção venosa para a administração de terapêutica antineoplásica sistémica, destaca-se a importância de conhecer o potencial de extravasamento dos medicamentos, a vigilância do local de inserção do cateter, e de garantir que a pessoa está devidamente informada sobre os riscos e os sinais de alerta de um possível extravasamento (Penaforte, 2023).

[Segunda sessão]

• Appetite

O cancro e os tratamentos antineoplásicos, em muitos casos, alteram o equilíbrio natural do corpo, como a renovação das proteínas musculares, levando a alterações na quantidade e na qualidade da ingestão alimentar. Estes tratamentos podem modificar o gasto energético ao influenciar a composição corporal, a carga tumoral, a inflamação sistémica ou a atividade física. O gasto energético total em condições de vida quotidiana determina as necessidades energéticas e pode ter um impacto indireto nas escolhas alimentares. Adicionalmente, os sinais

de apetite, tanto centrais como periféricos, e os sintomas relacionados com os efeitos nutricionais, como a dor e as náuseas, são frequentemente afetados pela doença oncológica e pelos tratamentos, constituindo fatores determinantes da ingestão alimentar, que, em muitos casos, está intrinsecamente ligada às escolhas alimentares (Ford et al., 2022).

De acordo com o explicitado no quadro teórico, consequentemente às alterações fisiológicas correlacionadas com a anorexia, existe um compromisso do processo digestivo e consequente sensação de saciedade precoce, que limita a ingestão alimentar mesmo em pequenas quantidades. Acresce que, os tratamentos antineoplásicos são frequentemente causa de disfunções gustativas. Estas alterações do paladar são comumente relacionadas com a administração de agentes como a ciclofosfamida (Olsen et al., 2019). Assim, é fundamental, na segunda sessão, que já ocorre após a realização do primeiro tratamento, identificar o domínio “Apetite”, colocando como hipótese diagnóstica “Apetite comprometido”, e recolher dados sobre a ingestão de alimentos às refeições e o paladar.

• **Eliminação Intestinal**

O trato gastrointestinal é constituído por células de elevada taxa de renovação, o que as torna particularmente vulneráveis à ação da quimioterapia. Essa suscetibilidade resulta na descamação das células da mucosa, sem reposição celular eficaz, conduzindo a processos de irritação, inflamação e alterações funcionais, que podem culminar em episódios de diarreia (Bonassa & Gato, 2012). De igual modo, os medicamentos administrados, nomeadamente o Ondansetrom e Docetaxel apresentam como efeito secundário descrito a ocorrência de diarreia. Desta forma, sublinha-se a necessidade de colher dados neste domínio sobre a eliminação intestinal, com a hipótese diagnóstica “Diarreia”.

• **Pele e mucosas**

O tratamento com agentes antineoplásicos pode causar toxicidade dermatológica local e sistémica. A taxa de renovação celular nos tecidos cutâneos é alta, tornando a pele vulnerável à ação desses agentes. Estão descritas as seguintes alterações referentes à toxicidade dermatológica sistémica: eritema, hiperpigmentação, fotossensibilidade, reações nas unhas e alopecia (Bonassa & Santana, 2015). Segundo Carvalho et al. (2018), os tratamentos oncológicos podem provocar alterações na cavidade oral, comprometendo a sua função. A inibição do ciclo celular durante a atividade mitótica afeta as células epiteliais normais, o que leva a uma mucosa oral mais fina e atrofiada, predispondo ao desenvolvimento de mucosite oral, o efeito secundário mais comum desses tratamentos. Em relação à mucosite, os primeiros sintomas desta toxicidade surgem normalmente três a quatro dias após o início da quimioterapia, sendo que as manifestações mais graves ocorrem sete a 14 dias depois (Al-Ansari et al., 2015). Os principais fatores identificados para o seu desenvolvimento incluem higiene oral inadequada, *status* nutricional, tipo de malignidade, agentes antineoplásicos específicos e alterações da cavidade oral pré-existent (doença periodontal e cáries). A

estomatite inicia-se frequentemente com uma queixa de sensibilidade maior a alimentos ácidos, e intolerância a alimentos muito quentes ou muito frios; caracteriza-se por hiperemia, edema, ulceração, dor, sialorreia, e algumas vezes dor e infecção secundária. Na etiologia das alterações estão descritos um efeito direto, que ocorre a nível celular, e um efeito indireto, associado a mielossupressão (estando a intensidade da mucosite diretamente relacionada com a queda dos granulócitos que ocorre durante o período de *nadir* da quimioterapia). Quanto à avaliação do risco de mucosite está recomendada a utilização de um instrumento válido, sendo frequentemente utilizada a escala da OMS, na presença e classificação de lesão da mucosa oral (Peterson et al., 2015).

Convém ainda referir que o medicamento Docetaxel pode causar alterações na pele e nas mucosas, incluindo erupções cutâneas, mucosite e alopecia. Portanto, a colheita de dados neste domínio sobre a alteração da integridade dos tecidos, permite a identificação de toxicidade dermatológica, sendo colocada como hipótese diagnóstica “Membrana mucosa comprometida”.

• Termorregulação

A suscetibilidade a infeções na doença oncológica torna-se significativamente maior com o aumento da gravidade e da duração da neutropenia. É importante destacar que a febre frequentemente surge como o único indicador ou sintoma de infeção (Freifeld et al., 2011; Taplitz et al., 2018). As pessoas com cancro apresentam um risco aumentado de desenvolver infeções virais, bacterianas ou fúngicas, devido à supressão do sistema imunitário (Baden et al., 2024; Wilson et al., 2018; Taplitz et al., 2018). Além disso, a administração de Filgrastim pode igualmente provocar episódios de febre. Neste sentido, ressalva-se a necessidade de colocar a hipótese diagnóstica “Hipertermia”, e recolher dados sobre a termorregulação, nomeadamente a temperatura corporal periférica.

• Conservação de energia

Entre os fatores etiológicos associados à ocorrência de fadiga, destacam-se os efeitos diretos da quimioterapia. No que concerne à sua incidência, a fadiga constitui um dos sintomas mais frequentemente relatados por pessoas submetidas a tratamento oncológico, persistindo, em muitos casos, mesmo após a conclusão da terapêutica ativa. Ao longo do processo de tratamento oncológico, as estimativas de prevalência da fadiga, variáveis consoante a sua definição e método de avaliação, oscilam entre 25% e 99% (Olsen et al., 2019).

Os enfermeiros têm a responsabilidade de garantir que a fadiga relacionada com o cancro seja devidamente rastreada e registada de forma regular ao longo de todas as fases do processo de controlo da doença (Howell et al., 2013). Sempre que a fadiga for identificada, deve ser realizada uma avaliação minuciosa das suas características, consequências e possíveis fatores causadores. Além disso, a sua gestão deve ser orientada por intervenções fundamentadas em evidências científicas (NCCN, 2018). Paralelamente, o medicamento docetaxel apresenta como

efeito secundário fadiga. Face ao exposto é relevante selecionar este domínio e considerar a hipótese diagnóstica “Intolerância à atividade”. No que concerne à recolha de dados esta deve incidir sobre a comunicação de cansaço.

3.6. Conceção de Cuidados

Apetite

13-12-2024 10:30

13-12-2024 10:30 - Ingeriu a totalidade das refeições.

13-12-2024 10:30 - Apetite conservado.

13-12-2024 10:30 - Paladar conservado.

13-12-2024 10:30 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

13-12-2024 10:30 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [Todos os contatos]

Sistema cardiovascular

22-11-2024 10:30

22-11-2024 10:30 - Localização do Pulso

22-11-2024 10:30 - Punho Direita(o)

22-11-2024 10:30 - Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.

22-11-2024 10:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

22-11-2024 10:30 - Pulso rítmico.

22-11-2024 10:30 - Pulso simétrico.

22-11-2024 10:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

22-11-2024 10:30 - Membro superior Direita(o)

22-11-2024 10:30 - Pressão sanguínea sistólica: 128 mmHg.

22-11-2024 10:30 - Pressão sanguínea diastólica: 83 mmHg.

22-11-2024 10:30 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

22-11-2024 10:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Todos os contatos]

13-12-2024 10:30 - Localização do Pulso

13-12-2024 10:30 - Punho Direita(o)

13-12-2024 10:30 - Pulso rítmico.

13-12-2024 10:30 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

22-11-2024 10:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

22-11-2024 10:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Todos os contatos]

13-12-2024 10:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

13-12-2024 10:30 - Membro superior Esquerda(o)

13-12-2024 10:30 - Pressão sanguínea sistólica: 121 mmHg.

13-12-2024 10:30 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

Digestão

22-11-2024 10:30

22-11-2024 10:30 - Sem sensação de enjoo.

22-11-2024 10:30 - Sem vômitos.

22-11-2024 10:30 - Determinar vômitos

22-11-2024 10:30 - Avaliar evolução do vomitar *[Todos os contatos]*

13-12-2024 10:30 - Sem vômitos.

13-12-2024 10:30

22-11-2024 10:30 - Determinar evolução da náusea

22-11-2024 10:30 - Avaliar evolução da náusea *[Todos os contatos]*

13-12-2024 10:30 - Com sensação de enjoo [PIOROU].

13-12-2024 10:30 - Gravidade da náusea: ligeira.

13-12-2024 10:30 - Náusea**13-12-2024 10:30 - Promover autocontrolo: náusea**

13-12-2024 10:30 - Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-12-2024 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea

13-12-2024 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea *[Próximo contato]*

13-12-2024 10:30 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento *[Neste contato]*

13-12-2024 10:30 - Ensinar sobre gestão do ambiente físico *[Neste contato]*

13-12-2024 10:30 - Ensinar sobre higiene oral *[Neste contato]*

Eliminação intestinal

13-12-2024 10:30

13-12-2024 10:30 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

13-12-2024 10:30 - Consistência das fezes: Fezes moles.

13-12-2024 10:30 - Número de defecações por dia: 1.

13-12-2024 10:30 - Determinar evolução da eliminação intestinal

13-12-2024 10:30 - Avaliar evolução da eliminação intestinal *[Todos os contatos]*

Pele e mucosas

13-12-2024 10:30

13-12-2024 10:30 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

13-12-2024 10:30 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

13-12-2024 10:30 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos *[Todos os contatos]*

Termorregulação

13-12-2024 10:30

13-12-2024 10:30 - Temperatura corporal periférica

13-12-2024 10:30 - Ouvido: 36.00 °C.

13-12-2024 10:30 - Determinar evolução da temperatura corporal

13-12-2024 10:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal *[Todos os contatos]*

Conservação de energia

13-12-2024 10:30

13-12-2024 10:30 - Não comunica cansaço.

13-12-2024 10:30 - Determinar evolução da intolerância à atividade

13-12-2024 10:30 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [Todos os contatos]

Autogestão do regime medicamentoso

22-11-2024 10:30

22-11-2024 10:30 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

22-11-2024 10:30 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - Organiza a medicação conforme horário.

22-11-2024 10:30 - Promover autogestão: regime medicamentoso

22-11-2024 10:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 10:30 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

22-11-2024 10:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-12-2024 10:30 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: efeitos secundários.

22-11-2024 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

22-11-2024 10:30 - Ensinar sobre regime medicamentoso [Neste contato]

22-11-2024 10:30 - Ensinar sobre resposta à medicação [Neste contato]

22-11-2024 10:30 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [Neste contato]

22-11-2024 10:30 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância [Neste contato]

22-11-2024 10:30 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia [Neste contato]

22-11-2024 10:30 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO] 13-12-2024 10:30

22-11-2024 10:30 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso [Próximo contato] [FIM] 13-12-2024 10:30

13-12-2024 10:30 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

13-12-2024 10:30 - facilitadora [MELHOROU].

22-11-2024 10:30 - Instruir a administrar medicação [Neste contato] [FIM]

13-12-2024 10:30

22-11-2024 10:30 - Treinar a administrar medicação [Neste contato] [FIM]

13-12-2024 10:30

13-12-2024 10:30 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso

13-12-2024 10:30 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso [Próximo contato]

13-12-2024 10:30 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [Neste contato]

13-12-2024 10:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [Daqui a dois contatos]

22-11-2024 10:30 - Promover autogestão: prevenção de complicações da

suscetibilidade à infeção

22-11-2024 10:30 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da suscetibilidade à infeção: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

22-11-2024 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações associadas à suscetibilidade à infeção

22-11-2024 10:30 - Ensinar sobre suscetibilidade à infeção [Neste contato]

22-11-2024 10:30 - Ensinar sobre medidas de prevenção de complicações associadas à suscetibilidade à infeção [Neste contato]

22-11-2024 10:30 - Ensinar sobre sinais de infeção [Neste contato]

22-11-2024 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações associadas à suscetibilidade à infeção [Próximo contato]

22-11-2024 10:30 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações da suscetibilidade à infeção [Próximo contato]

13-12-2024 10:30

13-12-2024 10:30 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

13-12-2024 10:30 - Organiza a medicação conforme horário.

13-12-2024 10:30 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

13-12-2024 10:30 - Prepara a medicação conforme a dose.

13-12-2024 10:30 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

13-12-2024 10:30 - Administra a medicação pela via adequada.

13-12-2024 10:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

13-12-2024 10:30 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

13-12-2024 10:30 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

13-12-2024 10:30 - Dispositivo: Dispositivos de refrigeração - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

Padrão alimentar

22-11-2024 10:30

22-11-2024 10:30 - Número de refeições diárias: 4.

22-11-2024 10:30 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

22-11-2024 10:30 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

22-11-2024 10:30 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

22-11-2024 10:30 - Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

22-11-2024 10:30 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

22-11-2024 10:30 - Défice de ingestão de proteínas face ao regime dietético aconselhado.

22-11-2024 10:30 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

22-11-2024 10:30 - Autogestão do regime dietético**22-11-2024 10:30 - Determinar evolução do padrão alimentar**

22-11-2024 10:30 - Avaliar evolução do padrão alimentar [Próximo contato]

13-12-2024 10:30 - Número de refeições diárias: 5.

13-12-2024 10:30 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no

padrão alimentar.

13-12-2024 10:30 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

22-11-2024 10:30 - Promover autogestão: regime dietético

22-11-2024 10:30 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 13-12-2024 10:30

22-11-2024 10:30 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Próximo contato] [FIM]* 13-12-2024 10:30

13-12-2024 10:30 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

22-11-2024 10:30 - *Ensinar sobre regime dietético [Neste contato] [FIM]*

13-12-2024 10:30

13-12-2024 10:30 - *Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [Daqui a dois contatos]*

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre resposta à medicação

- Com a administração de Filgrastim é esperado uma subida dos valores hematológicos.
- O medicamento Metoclopramida tem como efeito terapêutico a prevenção de náuseas e vômitos, e diminuir a sua ocorrência (Vallerand et al., 2016).
- O medicamento Loperamida tem como efeito terapêutico o alívio da diarreia (Vallerand et al., 2016).

Instruir a administrar medicação

- Demonstrar procedimento de auto-administração de seringa pré-cheia do medicamento Filgrastim:
- Retirar a seringa pré-cheia do frigorífico 15 a 30 min antes da hora da administração;
- Lavar as mãos;
- Desinfetar o local da injeção com compressa embebida em álcool 70° e deixar secar a pele;
- Retirar a tampa de proteção da seringa;
- Não remover a bolha de ar da seringa pré-cheia;
- Formar uma prega na pele, segurando-a com os dedos polegar e indicador no local da injeção;
- Inserir a agulha na prega cutânea formando um ângulo de 45 a 90°;
- Manter a pele presa e premir o êmbolo de forma lenta e contínua até ter sido administrada a totalidade da dose; não premir mais o êmbolo;
- Depois de injetar o líquido, esperar 10 segundos, manter a pressão no êmbolo e retirar a agulha, soltando a prega cutânea;
- Soltar o êmbolo – irá ocorrer a retração automática da agulha para proteção de

segurança;

- Pressionar ligeiramente o local da injeção com a compressa, sem massajar;
- Descartar a seringa no recipiente apropriado (na ausência de contentor para as agulhas, em alternativa pode colocar num garrafão de água, ou entregar na farmácia).
- (Sandoz – Novartis Company, 2023)

Ensinar sobre regime dietético

- Orientar a: ingerir várias refeições por dia, de pequeno volume; privilegiar a ingestão de horto-frutículas (sopa no almoço e no jantar); incluir 3 a 4 porções de fruta por dia, consumir moderadamente alimentos fornecedores de proteínas, optando pelos mais magros (carne, peixe, ovos, leite, iogurtes e queijo); utilizar apenas azeite para cozinhar e temperar (Capela et al., n.d.).

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Informar sobre objetivo e modo de administração da terapêutica antineoplásica sistémica (esquema terapêutico - frequência, via de administração e intervalo entre ciclos) (Penaforte, 2023).
- Informar sobre mecanismo de ação dos agentes antineoplásicos.
- Informar sobre a necessidade de cumprimento rigoroso do esquema referente à toma de Prednisolona no domicílio: A omissão de uma toma resulta no adiamento do tratamento; deve efetuar a toma da Prednisolona via oral da seguinte forma: Dia anterior ao tratamento - 50 mg ao jantar; Dia do tratamento: 50 mg ao pequeno-almoço, 50 mg uma hora antes do tratamento e 50 mg ao jantar; Dia posterior ao tratamento: 50 mg ao pequeno-almoço e 50mg ao jantar.
- Informar sobre plano de tratamento medicamentoso prescrito para o domicílio: nome do medicamento, dose e horário, incluindo a dose máxima; como os medicamentos podem ser obtidos (Olsen et al., 2019).
- Informar sobre medicamento Filgrastim: indicado na profilaxia da neutropenia sob regime de quimioterapia.
- Informar acerca da conservação do medicamento Filgrastim: deve ser conservado no frigorífico (numa prateleira intermédia) entre 2 e 8°; o congelamento accidental não afeta o medicamento; a seringa deve ser mantida dentro da embalagem exterior; a seringa pode ser retirada do frigorífico e colocada à temperatura ambiente (temperatura inferior a 25°C) até 8 dias – não voltar a refrigerar (Sandoz – Novartis Company, 2023).

Treinar a administrar medicação

- Treinar com a pessoa a auto-administração do medicamento Filgrastim com recurso a uma seringa de 2ml.

Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância

- Em caso de náusea pode tomar um comprimido de Metoclopramida de 8/8 horas, 30 minutos antes das refeições (Vallerand et al., 2016).
- Em caso de diarreia (iniciar a toma de Loperamida via oral com dois comprimidos - 4mg, e de seguida passar a 2mg de 4 em 4 horas) (Vallerand et al., 2016).
- Pode fazer a toma de Paracetamol 1gr via oral, 60 minutos antes da administração do

Filgrastim (para prevenção de dor).

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso através de informoterapia

- Fornecer guia de orientação sobre gestão dos sinais e sintomas do tratamento antineoplásico (Talwar et al., 2016)

Otimizar cateter venoso periférico

- Realizar avaliação de retorno de sangue no cateter venoso periférico antes da administração dos medicamentos (Nickel et al., 2024; Penaforte, 2023).
- Perfundir 50 a 200 ml de solução de NaCl 0,9% entre os fármacos e após a conclusão da perfusão (Penaforte, 2023).

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Os principais efeitos secundários da terapêutica antineoplásica são: fadiga, edema periférico, diarreia, náuseas, estomatite, vômitos, alopecia, alterações da pele e das unhas, anemia, trombocitopenia, neutropenia, mialgia, neuropatia periférica, anorexia, hematúria (Vallerand et al., 2016).
- Os principais efeitos secundários do Filgrastim: febre, dor (óssea e musculoesquelética), anemia, vômitos e náuseas (EMA, 2023).
- Informar a pessoa sobre a importância de comunicar imediatamente qualquer dor, ardor, alteração da sensibilidade ou sensação de líquido na pele durante a perfusão dos medicamentos (Nickel et al., 2024).

Ensinar sobre suscetibilidade à infeção

- Informar sobre fatores que concorrem para a suscetibilidade à infeção: neutropenia, ingestão nutricional alterada, alteração na integridade da pele e mucosas, nadir de quimioterapia.

Ensinar sobre medidas de prevenção de complicações associadas à suscetibilidade à infeção

- Informar sobre a importância de lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou desinfetar com gel antisséptico para as mãos (Wilson et al., 2017).
- Informar sobre medidas de prevenção de traumatismos na pele e mucosas: proteger a pele de cortes e queimaduras; limpar e tratar imediatamente qualquer ferida; usar luvas quando trabalhar no jardim; utilizar uma escova de dentes macia para a realização de cuidados orais frequentes, idealmente pelo menos três a quatro vezes por dia (Olsen et al., 2019).
- Informar sobre medidas de proteção: evitar a partilha de utensílios de cozinha; não comer alimentos que não tenham sido cozinhados ou lavados; adotar práticas seguras no manuseamento e preparação de alimentos e evitar alimentos cuja segurança de preparação ou armazenamento não esteja garantida; não prestar cuidados diretos a animais de estimação ou de criação (Olsen et al., 2019).
- Informar que deve contactar a instituição em caso de febre.

Ensinar sobre sinais de infeção

- Informar que a febre é um sinal de infeção (Freifeld et al., 2011; Taplitz et al., 2018).

Ensinar sobre higiene oral

- Informar que deve lavar a boca antes e após a refeição (NCCN, 2022).

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Informar sobre o uso de estratégias não farmacológicas para gerir as náuseas. Estas incluem: hipnose; acupressão; terapia comportamental, imagens guiadas, musicoterapia (NCI, 2022).

Ensinar sobre gestão do ambiente físico

- Informar sobre fatores ambientais que podem potenciar a ocorrência de náuseas (p. ex. cheiros abertivos, som e estimulação visual desagradáveis) (NCCN, 2022).
- Informar que cheiros comuns podem tornar-se desagradáveis. Alguns cheiros a evitar podem incluir: comida a cozinhar, velas perfumadas, produtos capilares, perfume e fumo (NCCN, 2022).

3.8. Síntese relativa ao caso

Como referido anteriormente, face ao diagnóstico de carcinoma ductal invasivo na mama direita, a cliente iniciou quimioterapia adjuvante. As duas sessões abordadas neste relatório referem-se ao contacto com a pessoa em regime de ambulatório, no hospital de dia de oncologia. A primeira sessão decorreu no primeiro tratamento de quimioterapia, e a segunda sessão no segundo ciclo do tratamento. O espaço decorrido entre as duas sessões foi de três semanas.

Face ao enquadramento teórico, e conforme mencionado por Magalhães (2022), novos desafios têm sido impostos aos enfermeiros, com o propósito de prestar cuidados e dar resposta de uma forma efetiva, integral e oportuna, às necessidades de cuidados da pessoa com doença oncológica, com enfoque no autocuidado e na autogestão.

Nesta perspetiva, esta conceção de cuidados visa explicar a intencionalidade na identificação das necessidades da pessoa, assim como a priorização dos cuidados e intervenções a desenvolver, tendo sempre em foco a individualidade da pessoa, e a complexidade do regime terapêutico associado à doença e tratamento.

Na primeira sessão, a conceção de cuidados foi orientada à identificação das necessidades da pessoa, com enfoque tanto das implicações como das complicações inerentes à doença e ao tratamento de quimioterapia. Neste sentido, identificámos domínios centrados nas respostas corporais à doença e aos tratamentos, nomeadamente "Digestão" e "Sistema cardiovascular". Esta seleção foi sustentada pela evidência da toxicidade associada ao tratamento e pela necessidade de intervir precocemente na gestão sintomática, de forma a minimizar ou prevenir o aparecimento de sintomas.

Importa ainda considerar que, em contexto de ambulatório, a atuação do enfermeiro é condicionada pela brevidade do contacto com a pessoa, o que exige uma avaliação focada e uma intervenção eficaz, mesmo num espaço de tempo reduzido.

Ainda na mesma sessão, e reconhecendo a importância da autogestão e da capacitação da pessoa para a gestão dos efeitos secundários no domicílio, procurou-se de forma antecipatória, fomentar estratégias de autogestão do regime terapêutico. Na colheita de dados, percebeu-se que a pessoa já demonstrava conhecimento sobre a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos, tendo nomeado os efeitos mais prevalentes. Sublinha-se que este facto se deve a uma consulta anterior com a médica assistente e com a enfermeira da clínica da especialidade, para explicação do protocolo de quimioterapia, principais efeitos secundários e terapêutica de suporte.

No decorrer do contato evidenciaram-se como áreas prioritárias a autogestão do regime medicamentoso e a autogestão do regime dietético, sendo selecionados os domínios “Autogestão do regime medicamentoso” e “Padrão alimentar”. Note-se que o autocuidado e a sua centralidade indissociável à autogestão da doença, são reconhecidos como cruciais na abordagem das complicações que podem decorrer no curso do tratamento. À pessoa, além de ser fomentado um papel ativo, é implicada a aquisição de novas competências (conhecimentos e habilidades) para a identificação e gestão dos sintomas decorrentes do tratamento. Além do referido, sublinha-se a importância de capacitar a pessoa para a administração autónoma da medicação Filgrastim, em consonância com a sua manifestação de preferência pela autoadministração no domicílio. Deste modo, procedeu-se à instrução e treino da medicação.

No processo de reflexão sobre as intervenções a implementar, tornou-se evidente a necessidade de considerar a suscetibilidade à infeção como uma consequência significativa do tratamento com quimioterapia. Esta constatação decorreu, fundamentalmente, da identificação de necessidades específicas em cuidados e, adicionalmente, da relevância de promover intervenções especializadas neste domínio. Inicialmente, foi ponderada a relevância de introduzir este domínio de forma autónoma na plataforma e4nursing. No entanto, após reflexão conjunta com os Professores orientadores, concluiu-se que a suscetibilidade à infeção resulta diretamente dos efeitos secundários do regime medicamentoso instituído à pessoa. Assim, considerou-se mais apropriado representar esta dimensão como parte integrante do conceito de autogestão do regime medicamentoso.

Neste enquadramento, optou-se por incorporar novos dados no domínio “Autogestão do regime medicamentoso”, centrando-se na avaliação do conhecimento da pessoa sobre a prevenção de complicações associadas à suscetibilidade à infeção. Esta decisão teve como base o modelo semântico da Ontologia de Enfermagem. Relativamente a esta área de atenção, importa referir que na intervenção “Ensinar sobre medidas de prevenção de complicações associadas à suscetibilidade à infeção”, a pessoa já demonstrava conhecimento sobre a importância do uso

de máscara cirúrgica e da evicção de locais com aglomerados de pessoas, pelo que esta informação não foi referida.

Quanto à segunda sessão, foram avaliados os aspetos relacionados com domínios selecionados na primeira sessão e relativos aos processos corporais. Acresce que, face à possibilidade de ocorrência de efeitos adversos do tratamento antineoplásico, após o primeiro ciclo de tratamento, foram adicionados outros domínios relativos, também aos processos corporais, com o objetivo de avaliar a presença de alterações, entre os quais: “Apetite”, “Eliminação Intestinal”, “Pele e mucosas”, “Termorregulação” e “Conservação da energia”. Salienta-se que em nenhum destes domínios se verificaram problemas.

Relativamente à náusea, a pessoa referiu ter apresentado náuseas após o tratamento no domicílio, mas que não tomou o medicamento metoclopramida por “não querer tomar mais químicos e pelo medo deste medicamento ainda poder provocar mais efeitos indesejados”. A associação da medicação à presença de “efeitos secundários” condiciona negativamente as escolhas pessoais e pode ser motivo para a sua descontinuação. Estas preocupações com os efeitos secundários também se relacionam com o receio da toxicidade associada aos fármacos (Cruz et al., 2024). Da análise do significado atribuído ao regime medicamentoso, foi assim possível inferir que o significado que a cliente atribuía ao antiemético era dificultador, podendo comprometer o seu processo de transição saúde/doença. Partindo do significado construído, a pessoa definiu a sua forma de agir, o que evidencia a influência dos significados atribuídos, também à medicação, na forma como a pessoa se adapta à doença. De acordo com Cruz et al. (2024), identificar os significados associados ao regime terapêutico proposto é fundamental para clarificar o tipo de ajuda profissional. Nesse sentido, foi planeada a intervenção “Assistir cliente a analisar o significado dificultador”, no sentido de ajudar a cliente a redefinir este significado.

Ainda sobre este condicionalismo do processo adaptativo, de referir que a construção do significado emerge do conhecimento progressivamente adquirido (Kralik & Van Loon, 2010), pelo que é essencial explorar a compreensão da pessoa sobre o propósito dos medicamentos de suporte e a sua capacidade de distinguir entre os efeitos adversos do tratamento e os benefícios esperados. Trata-se de um processo de reformulação dos significados, que permite à pessoa reinterpretar a sua experiência e reformular a sua atuação no contexto da autogestão. O processo de adaptação à nova condição exige tempo — e este caso revelou de forma clara essa necessidade.

Com o objetivo de avaliar a evolução do processo de autogestão, mas considerando, por um lado, que o processo exige tempo, e por outro lado, que não é linear, podendo ocorrer períodos de maior dificuldade em determinados momentos da trajetória do tratamento, seria relevante em próximos contactos (ciclos de tratamento) avaliar a forma como o processo estaria a decorrer. Neste sentido foi planeada a intervenção “Avaliar evolução da autogestão do regime

medicamentoso” para futuros contatos. Devido às características específicas do contexto e às limitações inerentes ao estágio, não foi possível estabelecer um terceiro contacto, por que o terceiro tratamento ocorreu após o término do estágio. Procurou-se mitigar esta limitação através da tentativa de contacto telefónico, que, contudo, não se concretizou por questões relacionadas com a proteção de dados.

Na globalidade, admite-se ter existido uma evolução positiva em relação aos processos corporais, assim como no processo de transição.

Cumprе ressaltar que, atendendo às especificidades da administração da quimioterapia, é necessário um conhecimento específico que permita a implementação de intervenções que garantam a segurança na administração da terapêutica. A conceção de cuidados promoveu a reflexão sobre as recomendações inerente à administração dos medicamentos prescritos, e sobre boas práticas na utilização de acessos venosos periféricos para a administração da terapêutica, com vista à prevenção, identificação e gestão de lesões, extravasamento e/ou derrame.

O presente caso, ilustra o desafio colocado ao EE na prestação de cuidados com as características do contexto visado, nomeadamente do HDO. Imprime importância à necessidade de identificação das necessidades, bem como à reflexão sobre a informação a transmitir num primeiro contato com a pessoa, face à complexidade da gestão do regime terapêutico. De igual modo, demonstra a priorização dos cuidados, assumindo-se como relevante estabelecer uma parceria de cuidados com a pessoa. Adicionalmente, ressalta-se a importância de conhecer antecipadamente o que se espera durante a transição, assim como de definir as estratégias necessárias para a gestão das mudanças ocorridas, enquanto elementos determinantes para potenciar uma transição saudável.

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A evolução da medicina e a complexidade crescente das doenças oncológicas têm imposto novos desafios aos profissionais de saúde. Para garantir respostas rápidas e eficazes que abranjam a totalidade das necessidades das pessoas com doença oncológica, torna-se imperativo o investimento contínuo na formação e desenvolvimento profissional. Neste contexto de contínua transformação, os enfermeiros desempenham um papel crucial, integrando a melhor evidência científica e o conhecimento disciplinar da Enfermagem, visando a prestação de cuidados de excelência.

A concretização destes cuidados requer, de forma inequívoca, o reconhecimento da importância da *expertise* do enfermeiro e a integração de competências especializadas na sua prática profissional. A OE define o EE como o profissional que possui um conhecimento especializado, fundamentado na análise das respostas humanas aos processos da vida e aos desafios de saúde, que demonstra um julgamento clínico e uma tomada de decisão eficaz. Tal proficiência resulta num leque de habilidades especializadas, aplicáveis num contexto de intervenção específico (Regulamento nº 122/2011, 2011).

De acordo com Mrayyan et al. (2023), numa análise conceptual sobre o conceito de competência em enfermagem, esta é entendida como um processo dinâmico que envolve a aquisição de conhecimentos, comportamentos, juízo clínico, aptidões, valores e atitudes, com o objetivo de prestar cuidados eficazes, seguros e de elevada qualidade.

Assim, espera-se que este processo de desenvolvimento de competências seja determinado por um processo dinâmico de transformação individual que "envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação que estas exigem)" (Dias, 2004, p. 58).

Com o intuito de sustentar o percurso de desenvolvimento de competências, procurou-se explicitar as intenções, os significados e os resultados que conferem sentido e especificidade à prática de enfermagem especializada (Benner, 2005).

Neste processo reflexivo, o modelo de níveis de competências de Benner (2005) foi uma referência fundamental. Benner (2005), na realização de um estudo sistemático sobre a aplicação do modelo Dreyfus na aquisição de competências em enfermagem, identificou cinco níveis de competências, nomeadamente: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. A fim de ilustrar esta progressão, procede-se à análise individualizada destes diferentes níveis de competência.

No nível de iniciado, o enfermeiro encontra-se numa fase inicial da prática profissional e não apresenta experiência das situações às quais pode ser confrontado. Dessa forma, para a aquisição de competências, são descritos elementos objetivos da condição da pessoa, nomeadamente características que possam ser identificáveis sem experiência clínica, além de serem ensinadas também normas que orientam as suas ações, independentemente dos contextos (Benner, 2005).

No nível iniciado avançado, o enfermeiro já teve contacto com situações reais em número suficiente, permitindo-lhe identificar os fatores significativos que se repetem em situações similares – “aspectos da situação” – pelo que o seu comportamento é considerado aceitável. Assim, pode formular princípios que ditam as ações em termos de atributos e aspetos, sem atribuir importância aos mesmos. Ademais necessita de ajuda na definição de prioridades pois pode agir tendo por base critérios gerais, com conhecimento posterior de situações repetitivas que são características do contexto da prática (Benner, 2005).

O enfermeiro competente estabelece um plano com atributos ou aspetos da situação presente ou prevista, integrando uma análise consciente, abstrata e analítica do problema, com vista ao ganho de eficiência e organização (Benner, 2005).

O enfermeiro proficiente “perceciona as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada, e as suas ações são guiadas por máximas” (Benner, 2005, p. 50). A percepção é a palavra-chave neste nível, determinada pela experiência e acontecimentos recentes.

Quanto ao nível de perito, o enfermeiro já não se apoia num princípio analítico para o seu agir, pois apresenta “uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder por um largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (Benner, 2005, p. 50).

Segundo Benner (2005), a progressão entre os diferentes níveis de competência decorre de três aspetos fundamentais integrados ao longo do processo de aquisição de competências. Estes incluem: a transição de uma confiança inicial em princípios abstratos para uma atuação orientada por experiências concretas anteriores; a evolução na percepção da situação clínica, que deixa de ser entendida como um conjunto de elementos isolados, passando a ser interpretada como um todo significativo, no qual apenas alguns aspetos se destacam como relevantes; e, por fim, a passagem de uma posição de observador externo para um envolvimento ativo na prática. Assim, uma das premissas centrais deste modelo assenta na ideia de que a experiência e o domínio progressivo da prática conduzem a uma transformação qualitativa da competência.

Desta forma, a perícia em matéria de tomadas de decisões complexas – como é o caso dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica – torna possível a interpretação das diversas situações clínicas. Adicionalmente, os conhecimentos incluídos na perícia são determinantes para o progresso da prática competente e desenvolvimento da profissão (Benner,

2005).

Não obstante, na abordagem interpretativa do seu estudo, Benner (2005) identificou sete domínios referenciando-os como representativos das competências. Estes domínios nos cuidados de enfermagem incluem: a função de ajuda; a função de educação; a função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização da pessoa; a função de gestão eficaz de situações de evolução rápida; a administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos; assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde; as competências em matéria de organização e de repartição de tarefas.

Durante o estágio, os pressupostos subjacentes à aquisição de competências foram alvo de atenção e reflexão contínuas, orientando uma trajetória de desenvolvimento pessoal e profissional. Este processo não se esgotou no simples cumprimento dos objetivos delineados no projeto de desenvolvimento de competências — ainda que estes se revelem essenciais —, mas foi igualmente sustentado por uma procura ativa de conhecimento fundamentado.

Neste sentido, a pesquisa de evidência científica assumiu um papel crucial, permitindo aprofundar a compreensão do fenómeno da doença oncológica e dos seus tratamentos, e contribuindo significativamente para a construção de um cuidar mais informado, centrado e ajustado à pessoa em programa de quimioterapia. Assim, a integração entre a prática reflexiva e o conhecimento científico reforçou a qualidade dos cuidados prestados e promoveu uma progressão significativa no percurso de formação.

Importa sublinhar que ao longo do percurso realizado o referencial teórico sustentou-se em duas teorias de enfermagem: a Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem, e a Teoria das Transições, de Afaf Meleis. Estas teorias foram fundamentais pela sua capacidade de inspirar e de estabelecer um legado. Os enfermeiros, como principais protagonistas no apoio à pessoa com doença oncológica em processo de tratamento, centram a sua ação no *core* que caracteriza o seu conhecimento teórico e a prática clínica, e por isso a sua intervenção é orientada à gestão da doença e ao desenvolvimento da capacitação da pessoa para o autocuidado, e para a vivência de uma transição saudável.

Neste capítulo, com base no perfil de competências regulamentado pela OE, desenvolve-se uma análise e reflexão aprofundada das competências comuns do EE desenvolvidas nos contextos, relevando o facto de existirem domínios fundamentais que transcendem áreas de especialização e são cruciais para a prática de enfermagem. Posteriormente, a análise centra-se nas competências específicas do EE em enfermagem médico-cirúrgica à PSC, bem como nas respetivas unidades de competência.

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do EE abrangem diversas dimensões, incluindo a educação das pessoas e dos pares, orientação, aconselhamento e liderança. Esta última envolve a responsabilidade de interpretar, divulgar e implementar investigação relevante, visando o avanço e a melhoria contínua da prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744-4745).

De acordo com o mesmo regulamento, os seguintes domínios, entendidos como esferas de ação, integram as competências comuns do EE: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e, desenvolvimento das aprendizagens profissionais. De seguida, realiza-se uma reflexão sobre a aquisição de competências em cada um destes domínios.

Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

Relativamente ao domínio da **Responsabilidade Profissional, Ética e Legal** as competências incluem: "**Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional**"; e "**Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

É imperativo que os EE atuem em conformidade com a Deontologia Profissional de Enfermagem, uma vez que a deontologia os incentiva a exercer a profissão "com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem" (OE, 2015b, p. 30). A Deontologia, enquanto "dever ser profissional", estabelece um conjunto de normas inerentes à profissão, fundamentadas nos princípios da moral e do direito, com o objetivo de definir as boas práticas e adequar as características específicas da profissão (OE, 2015b). A discussão sobre Deontologia na área da saúde visa assegurar o bom exercício profissional e definir "(...) os deveres, a liberdade no exercício da profissão, a responsabilidade pelos atos e a circunscrição do agir aos limites das qualificações e das competências" (Nunes, 2016, p. 12), com o intuito de proteger e salvaguardar as pessoas. Nesta perspetiva, a moral é entendida como o "conjunto de regras de conduta assumidas livre e conscientemente pelas pessoas, com a finalidade de organizar as relações interpessoais, segundo os valores do bem e do mal", enquanto a ética, ou filosofia da moral, se apresenta "mais abstrata, constituindo a parte da filosofia que se ocupa com a reflexão sobre as noções e os princípios que fundamentam a vida moral" (Figueiredo, 2008, p. 9).

Neste enquadramento ético-deontológico, torna-se evidente a importância de integrar o

conceito de humanização na prática dos cuidados de saúde, enquanto expressão concreta dos valores morais e do compromisso profissional com o bem-estar do outro. O conceito de "humanização" tem sido progressivamente adotado no âmbito dos cuidados de saúde, sendo crucial reforçar a prática do cuidar numa perspetiva holística e humanística. O respeito pela individualidade, a valorização das crenças e a comunicação eficaz constituem, de facto, elementos essenciais da humanização. Segundo Watson (2002, p. 65), "cuidar requer elevada consideração e reverência pela pessoa e pela vida humana, valores não paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha". Ao assumir-se o cuidar como um imperativo moral que protege e promove a dignidade humana, reconhece-se que a competência técnico-científica representa apenas um ponto de partida. Urge, por conseguinte, enquanto profissionais responsáveis pelo cuidado, cultivar uma prática verdadeiramente humanizadora (OE, 2015b).

Quando se fala em dignidade humana, esta encontra-se consagrada na Constituição da República Portuguesa, nomeadamente no artigo 1.º, onde se afirma que Portugal é uma República soberana baseada na dignidade da pessoa humana. Paralelamente, o artigo 13.º reconhece o princípio da igualdade, impedindo qualquer forma de discriminação. Acresce referir, que a liberdade de consciência, de religião e de culto é considerada inviolável, conforme estipulado no artigo 41.º. Do mesmo modo, o artigo 37.º, assegura o direito de todos à liberdade de expressão, incluindo o direito de exprimir e divulgar livremente o pensamento, seja por meio da palavra, da imagem ou de qualquer outro suporte (Decreto-Lei n.º 1/2005 do Diário da República).

O respeito pela dignidade humana centra-se no reconhecimento da singularidade de cada ser humano, dotado de liberdade e autonomia. Importa referir que, na *Declaração Universal dos Direitos do Homem* (1948, p. 489), todos os seres humanos "nascerem livres e iguais em dignidade e em direitos, dotados de razão e de consciência, devendo agir uns para com os outros em espírito de fraternidade". Face ao exposto, no exercício da sua atividade, o EE deve ter como princípio fundamental os direitos humanos e, consequentemente, a dignidade da pessoa humana, promovendo a sua capacidade de pensar, decidir e agir de forma autónoma.

À luz do que foi mencionado, a relação estabelecida no ato de cuidar rege-se por princípios e valores fundamentais. Esses princípios na área da saúde são apontados pelo modelo principalista de Beauchamp e Childress, incluindo a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça (OE, 2015b). Nesta perspetiva, qualquer intervenção na área da saúde só deve ser realizada após a pessoa conceder o seu consentimento livre e esclarecido. Para tal, deve ser-lhe previamente fornecida informação congruente com o seu estado de saúde, incluindo as possíveis consequências e riscos associados. O consentimento informado, livre e esclarecido pode ser expresso verbalmente ou por escrito representando, em essência, a salvaguarda do respeito pela pessoa enquanto ser humano, garantindo que qualquer decisão tomada assenta nos princípios da compreensão, da autorresponsabilização e da liberdade de

escolha (DGS, 2015a).

A aplicação efetiva do consentimento informado depende diretamente da compreensão da pessoa e da sua capacidade em utilizar informações de saúde, o que nos leva ao conceito de literacia em saúde. Salvaguarda-se que a literacia em saúde é determinada pela forma como as pessoas compreendem as informações relacionadas com a saúde e como fazem a aplicação dessa informação à sua vida, com o propósito de tomar decisões (Galvão, 2019). Sublinhando a relevância da literacia em saúde no contexto de cuidados oncológicos, os autores Shahsavar e Choudhury (2023) corroboram a importância do desenvolvimento da literacia em competências de autogestão da doença oncológica. Para tal, a adoção de estratégias promotoras da comunicação na relação entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados é fundamental.

Desta forma, considero que, nos estágios realizados, a minha conduta profissional foi pautada pelo respeito e pelo direito à liberdade de escolha (princípio da autonomia). Para tal, foi adotada uma comunicação assertiva que teve como pressuposto a explicação das intervenções realizadas, os riscos e os benefícios das mesmas, e o esclarecimento em caso de dúvidas, de forma a fomentar uma decisão livre e esclarecida por parte da pessoa.

Também a transmissão de informações à pessoa e à sua família se afigurou como um ponto importante na minha reflexão. A transmissão de informação por parte do enfermeiro está prevista no artigo 84.º do Código Deontológico da OE, que estabelece o “dever de informar” a pessoa e a família relativamente aos cuidados de enfermagem” (OE, 2015b). Em conformidade, o Estatuto da OE e o REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 2015a), no artigo 106.º, relativo ao dever de sigilo, estabelece que toda a informação relacionada com a pessoa e a sua família é confidencial. A partilha de informação pertinente com os envolvidos no plano terapêutico, deve ter como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social da pessoa e da família, bem como o respeito pelos seus direitos.

O respeito pela privacidade e confidencialidade foi sempre prioritário, dado que “o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (OE, 2015b, p. 78). A proteção da confidencialidade e privacidade da pessoa é um imperativo ético, resguardado pelo dever de sigilo profissional. A privacidade, entendida como “acessibilidade limitada” (OE, 2015b), assenta nos princípios de sigilo, anonimato e isolamento físico, elementos essenciais para garantir o respeito pela individualidade.

Face a este pressuposto, analisou-se o ambiente físico dos contextos de estágio para verificar a sua capacidade de assegurar a privacidade da pessoa, assim como a flexibilidade em alterar determinadas características ambientais. Ao comparar os diferentes contextos, verifica-se que no contexto de internamento, existem quartos individuais, ou enfermarias partilhadas por duas pessoas, com cortinas que permitem a adequação da privacidade. O espaço do hospital de dia é configurado como semiaberto, proporcionando simultaneamente a proximidade com a equipa de enfermagem e o equilíbrio entre a interação social e a privacidade da pessoa. A divisão do

espaço é feita através de painéis entre as unidades de tratamento, cortinas retráteis e cortinas nas camas, permitindo a adaptação do ambiente às necessidades individuais. Além disso, sempre que necessário, as pessoas foram transferidas para uma sala separada para a recolha de dados e foi verificado o conforto da pessoa em relação ao local.

Paralelamente à análise do espaço físico, a informatização dos registos clínicos exige o controlo do acesso à informação e o reforço do dever de sigilo deontológico dos profissionais de saúde. Consequentemente, exige-se um quadro de proteção de dados pessoais robusto e consistente, sustentado pela aplicação rigorosa das normas. A segurança dos dados pessoais foi assegurada nos locais de estágio, em consonância com o Regulamento 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, que estabelece a proteção dos programas informáticos com dados pessoais através de códigos de acesso restritos aos profissionais de saúde em todas as instituições.

Na prática, a responsabilidade de proteger o sigilo e a privacidade da pessoa torna-se particularmente evidente na passagem de turno, exigindo uma análise cuidadosa da informação partilhada para assegurar a continuidade dos cuidados. Segundo a DGS (2017b, p. 4) a transmissão de informação deverá ser "oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor". Especificamente no contexto de internamento de Onco hematologia, a passagem de turno é realizada em sala própria, pelo enfermeiro responsável, com recurso a folha própria, seguindo a técnica ISBAR. Esta ferramenta de padronização de comunicação estrutura a informação da seguinte forma: I: Identificação; S: Situação atual; B: Antecedentes; A: Avaliação; R: Recomendações, de forma a garantir uma transmissão de informação precisa e eficaz entre os elementos da equipa (DGS, 2017b). A passagem de turno no Hospital de Dia ocorre junto à pessoa, seguindo um protocolo estruturado que abrange a identificação da pessoa, o protocolo de TANPS e a medicação administrada. Para minimizar a exposição da informação, os antecedentes clínicos e diagnósticos médicos são referidos no posto de trabalho, resguardando a confidencialidade, visto que todos os dados clínicos estão registados no sistema informático já mencionado anteriormente.

A análise global dos estágios demonstra a prática consistente de intervenções pautadas por normas legais e princípios ético-deontológicos, assegurando a defesa dos direitos humanos e o respeito pela privacidade, autodeterminação e diversidade cultural. Ademais, a confidencialidade foi rigorosamente mantida na elaboração deste relatório, tanto em relação à instituição em que decorreram os estágios quanto à não identificação das pessoas a quem foram prestados cuidados.

A revisão de documentos e a aplicação dos conhecimentos adquiridos na unidade curricular de "Epistemologia e Ética em Enfermagem" foram cruciais para o desenvolvimento desta competência, promovendo a fundamentação e reflexão na tomada de decisões.

Domínio da Melhoria contínua da qualidade

No domínio da **melhoria contínua da qualidade**, o artigo 6.º do Regulamento das Competências Comuns do EE especifica as seguintes competências: **"Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; Garante um ambiente terapêutico e seguro"** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Num contexto de pressões sem precedentes sobre os sistemas de saúde, governos e profissionais de saúde têm vindo a priorizar a qualidade e os resultados dos cuidados prestados. A Organization for Economic Co-operation and Development (OECD, 2017) define a qualidade dos cuidados de saúde com base em três dimensões fundamentais: eficácia, segurança e centralização na pessoa, dimensões estas que se aplicam a todas as fases do processo de cuidados.

A qualidade e a segurança dos cuidados de saúde encontram-se salvaguardadas pela Base 2 da Lei de Bases de Saúde, a qual garante o direito das pessoas a “aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (Decreto-lei n.º 95/2019 do Diário da República, p. 56). Aprofundando este conceito, a Lei de Bases de Saúde, na sua Base 20, estabelece a qualidade como um princípio orientador do Serviço Nacional de Saúde (SNS), assegurando “prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (Decreto-lei n.º 95/2019 do Diário da República, p. 61).

Neste enquadramento, e em consonância com a crescente valorização da qualidade centrada na pessoa, salienta-se uma evolução dos modelos e políticas de saúde que tem vindo a orientar-se para o paradigma *Value-Based Healthcare* (VBHC), em substituição do modelo “*fee-for-service*”. Este novo paradigma centra-se na pessoa com o objetivo de maximizar os resultados clínicos e os *outcomes* reportados, através da avaliação dos custos associados (WHO, 2021).

A criação de plataformas de informação é um alicerce essencial para a implementação do VBHC (Cossio-Gil et al., 2021). A utilização destas plataformas, e de outras Tecnologias de Informação e Comunicação, é feita de forma ativa pelos enfermeiros, que utilizam a informação gerada pelos Sistemas de Informação para apoiar a prática clínica, a investigação, o ensino, os cuidados e o desenvolvimento como profissão (Martins et al., 2020b). Especificamente, na instituição onde os estágios foram realizados, o serviço *Outcomes Research Lab* assume a liderança nas iniciativas de gestão em saúde baseada em valor.

Note-se que o conhecimento gerado pelos Sistemas de Informação em Enfermagem permite a

produção de indicadores de saúde e a fundamentação de políticas hospitalares (Vaz & Lumini, 2022). Contudo, e em consonância com a descrição dos contextos de estágio, não foi possível aceder a estes indicadores, o que limita o seu potencial de análise. Reconhecendo a sua relevância, destacamos a visão de Pereira (2007) que refere que, o desenvolvimento de estratégias que tornem os cuidados de enfermagem visíveis e assegurem a interoperabilidade e comparabilidade dos dados é fundamental para maximizar a sua utilização. Assim, a aplicação destes dados na criação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem contribui para a consolidação do papel e da importância dos enfermeiros.

Com o objetivo de avaliar e garantir a qualidade em saúde, Donabedian (2003) criou o modelo que se baseia na tríade estrutura-processo-resultado. Em conformidade com o anteriormente descrito, procurou-se, em articulação com as enfermeiras tutoras, realizar um exercício de identificação de indicadores de processo e de resultado para um foco de intervenção relevante nos contextos clínicos. Para tal, recorreu-se à plataforma E4Nursing, tendo sido selecionado o domínio “Náusea”. No âmbito deste exercício, foram elaborados os seguintes indicadores: Taxa de clientes ensinados sobre estratégias de alívio da náusea; ganhos na intensidade da náusea; ganhos em conhecimento sobre regime medicamentoso; adoção de comportamentos de autocontrolo da náusea; satisfação do cliente com o autocontrolo da náusea. Este exercício ajudou a identificar indicadores, reforçando o papel do EE como agente fundamental na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Para além da importância dos indicadores de qualidade, a preocupação com a segurança dos cuidados de saúde foi igualmente alvo de atenção. O PNSD 2021-2026 enfatiza que a segurança da pessoa exige uma colaboração coordenada e persistente, com uma abordagem sistémica que fomenta uma cultura de segurança, assente na melhoria contínua e na ausência de punições (Despacho n.º 9390/2021 do Diário da República). Este plano apresenta como propósito "consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a tele saúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos" (Despacho n.º 9390/2021 do Diário da República, p. 97). Como referido anteriormente neste relatório, a sua estrutura assenta em cinco eixos principais: promoção de uma cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão adequada de incidentes de segurança; e, adoção de práticas seguras em ambientes seguros.

A DGS (2017b) identifica as transições de cuidados como um momento crítico para a segurança da pessoa, destacando que falhas de comunicação entre profissionais de saúde nestes momentos contribuem para cerca de 70% dos eventos adversos em saúde. A transição de cuidados é definida como “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a

continuidade e segurança dos mesmos” (DGS, 2017b, p. 4).

Face ao exposto, a comunicação é reconhecida como uma área prioritária onde as instituições de saúde devem padronizar procedimentos, com vista a aumentar a segurança dos cuidados. Neste âmbito, destaca-se a adoção da ferramenta ISBAR, como instrumento facilitador da comunicação estruturada entre profissionais (DGS, 2017b). A aplicação desta ferramenta na transição de cuidados foi considerada fundamental, sendo facilitada no contexto de Onco-hematologia devido à sua utilização prévia. A pertinência da utilização da ferramenta ISBAR foi objeto de reflexão conjunta com as enfermeiras tutoras, salientando-se a sua inclusão no PNSD 2021-2026, o qual prevê o “desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde” (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p. 100). Da reflexão concluiu-se que esta ferramenta assume especial relevância em contextos complexos. A padronização da comunicação contribui não só para a redução de eventos adversos associados à falha de comunicação, como também reforça a responsabilidade partilhada entre os profissionais.

A segurança da pessoa na prática clínica depende de um conjunto de medidas interligadas. Para além da comunicação eficaz, a prevenção de erros na administração de medicamentos é um aspeto fundamental. A DGS (2015b) sublinha a importância de minimizar erros, sobretudo com medicamentos de alerta máximo, devido ao seu potencial para causar danos significativos à pessoa em caso de administração incorreta. Neste âmbito, a DGS recomenda a adoção de práticas que assegurem o uso seguro de medicamentos de alto risco (DGS, 2015b), bem como de medicamentos com nomes ortográficos, fonéticos ou aspetos semelhantes, conhecidos como “*look-alike*” e “*sound-alike*”, através da sua sinalização (DGS, 2015c). Em virtude disso, analisou-se com a enfermeira gestora do serviço de Onco hematologia, a importância da criação de auditorias e listas de verificação na área do medicamento, que incidissem a sua atenção na utilização de medicamentos de alto risco a serem administrados às pessoas, assim como nas condições de armazenamento, metodologia de acondicionamento de medicamentos gerais, alerta e TANPS, bem como a manutenção do cofre de estupefacientes.

O papel do EE destaca-se como fundamental na promoção da segurança e da qualidade dos cuidados em contextos de elevada complexidade, como é o caso do serviço de Onco-Hematologia. A proposta de implementação de auditorias e listas de verificação na área do medicamento evidencia não só uma atitude proativa, mas também um compromisso com a excelência e a gestão de risco -pilares essenciais da prática avançada de enfermagem.

A segurança na administração de medicamentos de alto risco é uma preocupação central, amplamente reconhecida por diversas entidades de referência nacionais e internacionais. Nesse âmbito, a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2015b) recomenda a dupla confirmação e a formação contínua como medidas preventivas essenciais. Em linha com estas recomendações, a Infusion

Nurses Society (2024) apresenta, no seu documento "*Standards of practice 9ª edition*", orientações práticas para a administração de terapêutica antineoplásica. Adicionalmente, a OE, através do guia "*Guia Orientador de boas práticas na administração de TANPS*", elaborado por Penaforte (2023), reforça a importância de práticas seguras neste contexto. Desta forma, e em total concordância com estas diretrizes emanadas por órgãos de reconhecida *expertise*, a instituição, por via das suas normas internas, sublinha a necessidade do cumprimento rigoroso de etapas fundamentais para garantir uma administração de medicamentos segura e eficaz.

Aprofundando a reflexão, entre as diversas metas e soluções internacionais para a segurança da pessoa apresentadas pela WHO na "*World Alliance for Patient Safety*" em 2004, destaca-se a importância da identificação inequívoca do cliente (WHO, 2007), devendo ser confirmada a identidade da pessoa antes de qualquer intervenção (DGS, 2011). Esse cuidado torna-se ainda mais crucial em ambientes como o HDO, onde o elevado número de pessoas e profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados aumenta a probabilidade de incidentes, caso a pessoa não esteja corretamente identificada.

Durante o período de estágio, na prestação de cuidados procurou-se sempre garantir que os princípios essenciais para a segurança na administração de medicamentos fossem assegurados. Destes princípios, destaco a dupla confirmação da identificação da pessoa, do medicamento, da dose, da via de administração e do horário antes da administração; a utilização de rótulos; e a exigência de prescrição em sistema informático. Ao focalizar a atenção no cumprimento rigoroso dos protocolos de administração de medicamentos de alto risco e de terapêutica antineoplásica, na verificação das condições de armazenamento e na metodologia de acondicionamento, contribui-se inequivocamente para a prevenção de erros de medicação e, consequentemente, para a promoção da segurança da pessoa cuidada. Esta intervenção representou uma oportunidade relevante para o desenvolvimento de competências especializadas, através da aplicação criteriosa de normas técnicas e regulamentares, elementos cruciais para garantir a segurança da pessoa e a continuidade dos cuidados. Neste contexto, a compreensão aprofundada do EE e a sua participação ativa no desenvolvimento de processos de melhoria contínua da qualidade revelaram-se essenciais para o aperfeiçoamento de competências na promoção de um ambiente terapêutico seguro e na garantia da excelência dos cuidados prestados.

Domínio da Gestão dos cuidados

O regulamento nº 140/2019 define as seguintes competências do EE no domínio da **Gestão dos Cuidados**: "**Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados**" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

A gestão de cuidados em oncologia é essencial para otimizar resultados e garantir uma articulação eficaz da equipa multidisciplinar. O enfermeiro, enquanto gestor de cuidados, é responsável pelo planeamento, organização, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem. Pode também delegar funções aos profissionais sob a sua responsabilidade, garantindo que possuem a formação necessária e tendo em consideração o grau de dependência da pessoa (OE, 2015).

Da observação informal durante os estágios, destaca-se que o papel do EE na coordenação dos cuidados e da equipa é fortemente influenciado pela sua postura exemplar, pela capacidade de manter um conhecimento contínuo sobre tudo o que ocorre no serviço e pela tomada de decisões fundamentadas no pensamento crítico, incluindo a delegação adequada de tarefas, sem nunca descurar a respetiva supervisão.

Nos estágios, foi notória a liderança dos enfermeiros responsáveis, na gestão de recursos e serviços. Reconhecendo a interdependência entre gestão e liderança, sublinha-se que a liderança tem um impacto significativo na equipa e nos resultados, exigindo que o líder guie e motive, inspirando confiança, respeito e credibilidade, para alcançar a qualidade dos cuidados através do esforço coletivo. Para além de envolver os enfermeiros nas metas institucionais, o líder deve promover a sua motivação no desenvolvimento pessoal e profissional, e no ambiente de trabalho (Lourenço et al., 2022).

Em consonância com o Parecer Conjunto nº 01/2017 do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017a), a função de responsável de turno era desempenhada por EE em Médico-Cirúrgica. Este documento estabelece que “a atribuição da função de responsável de turno compete ao enfermeiro especialista enquanto profissional mais bem preparado e com competência para a área da gestão” (OE, 2017a, p.2).

Durante o acompanhamento das enfermeiras tutoras e na função de responsáveis de turno, observou-se a dinamização do trabalho em equipa, bem como a necessidade de um vasto conjunto de conhecimentos e competências para a prestação de cuidados seguros e de qualidade, incluindo a gestão de tempo, recursos e prioridades. Além disso, verificou-se que as enfermeiras especialistas não só apoiavam ativamente os colegas em formação académica, como também incentivavam os colegas da equipa a participar em projetos de melhoria contínua e a investir no seu desenvolvimento profissional. Desta forma, evidenciou-se que a sua liderança transcendia a supervisão, ao promover um ambiente de empoderamento da equipa.

Para complementar esta experiência, no serviço de Onco hematologia, foi possível acompanhar a enfermeira subchefe ao longo de um turno, e participar nas reuniões semanais de discussão dos casos clínicos onde estão presentes a equipa médica, enfermeira gestora e enfermeira subchefe. O acompanhamento da enfermeira subchefe, bem como a participação na reunião permitiu reforçar a perceção da articulação interprofissional como elemento essencial na

tomada de decisão partilhada. Este envolvimento contribuiu ainda para o desenvolvimento de uma visão sistémica e integrada dos cuidados, consolidando competências no âmbito da comunicação efetiva e da liderança.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No que concerne ao domínio do **Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**, o artigo 8.º do Regulamento das Competências Comuns do EE estabelece as seguintes competências: **"Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica"** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Reconhecendo a importância do desenvolvimento emocional e do autoconhecimento, em paralelo ao desenvolvimento técnico-científico, este percurso de aprendizagem foi sustentado na unidade de competência **"detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro"** (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

No contexto complexo e desafiante da oncologia, o EE necessita de equilibrar competências técnicas e emocionais. Este equilíbrio inclui, por um lado, a gestão eficaz das suas próprias emoções e, por outro lado, o apoio emocional que deve proporcionar aos outros, uma vez que as decisões neste ambiente são frequentemente permeadas por fortes estímulos emocionais. Neste sentido, à medida que o enfermeiro detém inteligência emocional, a sua tomada de decisão melhora, visto que a interpretação e gestão de emoções acaba por impulsionar a cognição e o raciocínio (Hutchinson et al., 2018). Da mesma forma, os EE devem praticar a reflexão contínua para desenvolverem a sua capacidade de pensar, agir, comunicar e relacionar-se (Bratz & Sandoval, 2018).

A complexidade e o impacto emocional das situações vivenciadas no estágio, aliadas aos desafios profissionais e pessoais, impulsionaram a busca por uma resposta eficaz e equilibrada, como a inteligência emocional. De acordo com Goleman (2011), os elementos que compõem a inteligência emocional podem ser agrupados em quatro domínios: autoconsciência, autogestão, consciência social e gestão de relacionamentos. No âmbito da tutoria, a supervisão clínica especializada da enfermeira tutora, mestre na área, desempenhou um papel crucial neste processo. Com o objetivo de aperfeiçoamento contínuo, a prática crítico-reflexiva adotada nos estágios integrou teoria e prática, visando a melhoria constante dos cuidados de enfermagem. O pensamento crítico e reflexivo foi permanentemente incentivado pelas enfermeiras tutoras através de discussões/reflexões e partilha de conhecimentos. Estas reflexões proporcionaram-me a identificação e superação de limitações, que culminaram na adaptação e evolução nos contextos, assim como na aquisição de competências autónomas no cuidado à PSC.

Neste domínio, salienta-se que a prática baseada na evidência representa uma abordagem estruturada, segura e coerente para a prestação de cuidados, com vista à promoção de práticas

profissionais sustentadas que, na maioria dos casos, se revelam as mais adequadas. Adicionalmente, contribui para a melhoria dos resultados e para uma utilização otimizada dos recursos, garantindo a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e na tomada de decisão (Pereira et al., 2012).

No âmbito do Estatuto da OE e REPE, o artigo 100.º impõe ao enfermeiro a responsabilidade de “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (OE, 2015a, p. 78). De forma complementar, o artigo 109.º sublinha o dever de manter essa atualização contínua e utilizar competentemente as tecnologias, valorizando a formação em ciências humanas (OE, 2015a).

Nesta perspetiva, ao longo dos estágios, para além da consulta de documentos fundamentais, como o PNSD, as diretrizes da DGS, as recomendações do European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) e os padrões de qualidade da OE, a minha aprendizagem foi igualmente orientada pelas guidelines e documentos emitidos por entidades de referência em cuidados oncológicos, nomeadamente a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), a European Society for Medical Oncology (ESMO), a American Society of Clinical Oncology (ASCO), a National Comprehensive Cancer Network (NCCN), a International Agency for Research on Cancer (IARC), a European Oncology Nursing Society (EONS), a Oncology Nursing Society (ONS), a Infusion Nurses Society (INS) e a Cancer Nurses Society of Australia (CNSA).

Do mesmo modo, foram realizadas pesquisas em base de dados por forma a obter a evidência científica mais recente para a explanação do processo de conceção de cuidados. Acresce que a formação teórica também foi essencial, com destaque para a unidade curricular “Investigação em Enfermagem” que permitiu consolidar conhecimentos relativos à dinâmica e momentos de um processo de pesquisa científica.

Adicionalmente, destaca-se a conclusão do curso: “*Behaviour change support for the self-management of chronic disease*” (ANEXO II). Este curso, com duração de 50 horas, foi realizado em agosto de 2024. O programa curricular abordou os seguintes temas: conceitos e teorias sobre a mudança de comportamento em doenças crónicas; avaliação dos comportamentos-alvo; aplicação de estratégias de mudança de comportamento; e comunicação e mudança de comportamento centrada no indivíduo. Os conteúdos abordados aprofundaram conhecimentos teóricos e práticos essenciais para apoiar a autogestão eficaz de doenças crónicas, com uma abordagem centrada na pessoa. A formação desenvolveu competências na identificação de comportamentos-alvo, aplicação de intervenções baseadas em evidência e promoção de comunicação empática e colaborativa.

Nos contextos de estágio, foi possível participar numa tertúlia referente ao papel dos enfermeiros nos cuidados à pessoa submetida a terapia com células CAR-T com recetores de antigénio quimérico, bem como frequentar a formação realizada na instituição para os profissionais sobre “Segurança e saúde no trabalho com substâncias citotóxicas”.

Complementarmente, destaco a participação nas seguintes formações em serviço: “Transfusão de hemoderivados”, “Cuidados na manipulação e manutenção do CVC”, “Emergências em Onco-hematologia”, “As diferentes emergências oncológicas”, “Gestão do regime terapêutico da pessoa com doença oncológica sob terapêutica antineoplásica sistémica sob suporte de Filgrastim”, “Formação em Bombas de elastómero”, “Formação sobre extravasamento de citotóxicos em CVC e veia periférica”, e “A importância do autocuidado para os enfermeiros em oncologia: uma reflexão necessária”.

A formação contínua no contexto dos cuidados oncológicos assume um papel central no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem, permitindo uma prática informada, segura e alinhada com a complexidade das terapêuticas atualmente disponíveis. A participação em ações formativas constituiu-se como uma estratégia fundamental para garantir a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica, particularmente em áreas de elevado risco e tecnicidade, como a manipulação de citotóxicos, a terapêutica com células CAR-T ou a gestão de emergências em Onco-hematologia. Considera-se também que permitiram a aquisição de conhecimento técnico-científico, o reforço da tomada de decisão clínica e a consolidação de práticas baseadas na evidência. Paralelamente, favoreceram o trabalho em equipa e a partilha de experiências, contribuindo para a criação de uma cultura de segurança. Por outro lado, refere-se que a formação que abordou o autocuidado dos profissionais de saúde reforçou a importância de uma abordagem integrada e sustentável ao exercício profissional, reconhecendo o impacto emocional e físico do trabalho em contextos oncológicos.

4.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

A OE defende a excelência nos cuidados especializados de enfermagem à pessoa com doença crónica, com o objetivo de assegurar a continuidade desses cuidados. Esta abordagem foca-se na prevenção, promoção da saúde e adaptação à condição crónica em diversos contextos, como o hospitalar, domiciliar e comunitário. Além disso, visa capacitar a pessoa, a família e o cuidador para a gestão da doença e das suas implicações, promovendo também a redefinição do projeto de saúde individual (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O Regulamento n.º 429/2018 define detalhadamente duas competências específicas para o EE em enfermagem médico-cirúrgica na área da PSC: **“Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica; maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica”**.

Atendendo à primeira competência **“Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica”**, verifica-se que esta exige particular atenção do EE para a mobilização de

conhecimentos e habilidades na conceção de cuidados, estabelecendo uma parceria de cuidados promotora de segurança e qualidade (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Visando alcançar a unidade de competência — **“identifica as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19368) —, concentrou-se a ação no reconhecimento das necessidades de intervenção especializadas à pessoa com doença oncológica.

Os autores Mazhari e Khoshnood (2021) destacam que a análise das experiências das pessoas revela que os cuidados de enfermagem, especialmente a qualidade da comunicação, são cruciais para o tratamento e a melhoria da qualidade assistencial. Adicionalmente, nos cuidados oncológicos, a comunicação centrada na pessoa é essencial devido à magnitude do impacto físico e psicológico dos tratamentos à pessoa com doença oncológica, e à perceção frequentemente fatalista do diagnóstico, resultando em necessidades de comunicação significativas (Moser et al., 2022).

O processo de adaptação à doença não se limita à fase de diagnóstico e tratamento, prolongando-se para além do término das terapêuticas. Após o fim dos tratamentos, muitos sobreviventes de cancro continuam a enfrentar desafios físicos, psicológicos e sociais, decorrentes da doença e das suas consequências, que podem ser temporárias, com melhoria gradual, ou permanentes e progressivas (Denlinger et al., 2014; Rechis et al., 2013). Conhecer a trajetória da doença, pode aumentar a compreensão do processo de transição da pessoa, assim como permite adequar os recursos às necessidades efetivas da pessoa.

A reflexão sobre as fases da doença e a sua influência nos cuidados revela-se essencial. Para tal, analisou-se o percurso da pessoa na instituição e refletiu-se sobre o seu acompanhamento, tendo sido realizado um turno com uma EE na consulta externa da especialidade de Onco-hematologia. Esta atividade, programada durante o estágio na fase de implementação do projeto, permitiu uma compreensão aprofundada e holística do processo de cuidados. Em conjunto com a enfermeira tutora, analisou-se o papel do EE na transição de cuidados, os dados a recolher para capacitar a pessoa para a autogestão do tratamento, as principais informações a transmitir após o diagnóstico e antes da administração da TANPS, a promoção da esperança, as estratégias de coping, entre outros aspetos relevantes.

Segundo Roy e Andrews (1999), o processo de adaptação a uma doença crónica envolve várias etapas, que incluem: a reconciliação inicial com o estado de saúde, fundamental para que a pessoa compreenda a natureza crónica da doença e o impacto que esta pode ter na sua vida; a aceitação de si próprio como pessoa com uma doença crónica, um processo complexo que pode implicar mudanças significativas nos valores de vida e na procura de novos significados; e, a busca por objetivos pessoais, sociais e/ou profissionais, uma estratégia importante para superar os obstáculos que possam surgir ao longo do percurso.

De acordo com Pais (2004), o diagnóstico de cancro expõe a fragilidade da vida humana e pode provocar uma sobrecarga emocional, manifestada por sofrimento, medo, angústia, dor e a percepção da morte. As dificuldades decorrentes do processo da doença estendem-se ao núcleo familiar, aos amigos, ao contexto profissional e à situação económica. Nesta perspetiva, tornou-se essencial integrar, nos contextos de estágio, uma atitude de respeito pela condição de fragilidade e vulnerabilidade vivida pela pessoa com doença oncológica, reconhecendo as múltiplas dimensões do impacto emocional e social que o diagnóstico acarreta.

Reconhecendo o cancro como uma doença familiar, analisou-se o envolvimento da família, salientando o seu papel crucial como recurso para as pessoas com doença oncológica (McCarthy, 2011). No contexto da Onco-hematologia, a presença diária e prolongada de um familiar permitiu uma abordagem de cuidado centrada na pessoa e na família, com propósito de uma conceção de cuidados holística com identificação das necessidades multidimensionais de ambos. Na literatura são identificadas como necessidades familiares da pessoa doente: presença constante, apoio na evolução da doença, reconhecimento do seu contributo para o conforto da pessoa, informação sobre a condição clínica e apoio emocional (Cardoso et al., 2009). Além disso, o papel da família e amigos foi analisado ao longo das conceções de cuidados, tendo por base o seu contributo no contexto de cuidados, nomeadamente em questões relacionadas com o regime dietético e medicamentoso da pessoa, questões relacionadas com o isolamento de proteção, e também com instrução e treino sobre cuidados de manutenção do CVC no domicílio, visando uma parceria de cuidados.

Não obstante, na abordagem dedicada aos cuidados, e com o propósito de aquisição desta competência, foi dada particular atenção à identificação das necessidades de intervenção especializada relevantes no cuidado à pessoa com doença oncológica.

Para tal, determinou-se como essencial aprofundar conhecimentos sobre a autogestão. Importa referir que a autogestão é entendida como um processo dinâmico, influenciado pela habilidade da pessoa para gerir os sintomas, o tratamento e as complicações decorrentes da doença, com vista à manutenção de uma qualidade de vida satisfatória (McCorke et al., 2011; Richard & Shea, 2011). Sublinha-se, ainda, que a autorresponsabilização da pessoa no controlo da sua própria saúde é associada a um conjunto de conceitos que se interligam entre si, como o autocuidado, a autogestão, a gestão de sintomas, a adesão, a autoeficácia, e o *empowerment* (Magalhães, 2022; Richard & Shea, 2011).

Embora estes conceitos tenham sido abordados nas unidades curriculares ao longo do mestrado, considerou-se pertinente realizar uma pesquisa de evidência científica que estabelecesse uma correlação entre os mesmos e a especificidade do contexto oncológico. Segundo Lawless et al. (2023), a literatura demonstra que o autocuidado e a autogestão abrangem diversos aspetos e domínios, nos quais a pessoa mobiliza competências, atitudes e capacidades para enfrentar os desafios de viver com uma doença crónica. A análise desses

domínios pode contribuir para que as pessoas, os cuidadores e os profissionais de saúde compreendam, de forma mais aprofundada, os desafios específicos envolvidos. Apesar dos esforços de clarificação conceptual, os termos “autocuidado” e “autogestão” continuam a ser frequentemente utilizados de forma indistinta na literatura (Grady & Gough, 2014; Lawless et al., 2023; Richard & Shea, 2011), embora alguns autores sugiram que o conceito de “autogestão” seja mais utilizado para descrever o processo de gestão na doença crónica (Richard & Shea, 2011).

Após a pesquisa, a elaboração de um diagrama de conceitos emergiu como uma estratégia valiosa, permitindo organizar e representar de forma visual e estruturada a informação recolhida (ANEXO III). Este recurso não só facilitou a compreensão e integração do conhecimento teórico com a prática, como também serviu de base para uma discussão crítica com as enfermeiras tutoras, promovendo uma reflexão conjunta e partilhada. Além de se constituir como uma ferramenta de apoio à conceptualização dos cuidados. Evidencia-se a importância das reflexões, do pensamento crítico e da utilização de instrumentos de apoio à decisão clínica no quotidiano do EE, reforçando o seu papel enquanto agente de transformação e promotor de cuidados de excelência.

Ainda no que concerne a esta unidade de competência, importa realçar a importância do reconhecimento de situações de agudização e comportamentos de prevenção, e também o reconhecimento das implicações e complicações inerentes aos tratamentos antineoplásicos, previamente mencionadas. Dada a inexperience no cuidado à pessoa com doença oncológica em tratamento com TANPS, a necessidade de aprofundar conhecimentos emergiu como uma prioridade de forma a garantir uma prática competente. Determinou-se como essencial pesquisar evidência científica acerca dos principais efeitos secundários da quimioterapia e dos mecanismos fisiopatológicos que estão subjacentes. Para facilitar o desenvolvimento e o aperfeiçoamento desta competência, foi elaborado um quadro orientador com os principais efeitos secundários associados às TANPS, salientando-se que a terapêutica em causa foi previamente estudada, de forma a que a recolha de dados sobre as toxicidades fosse direcionada para os efeitos adversos mais relevantes associados a esse tratamento.

Adicionalmente, outro domínio de enfoque incidiu sobre a identificação e monitorização de complicações decorrentes do tratamento com TANPS.

Como já referido, a crescente incidência do cancro e a evolução das estratégias de tratamento oncológico têm levado a uma diversificação e complexidade acrescida da TANPS (Penaforte, 2023). De acordo com a Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO & ACIO, 2017), as TANPS correspondem a um conjunto de fármacos que podem ser utilizados isoladamente ou em combinação, com finalidade curativa ou paliativa, consoante o tipo de tumor, a extensão da doença e a condição física da pessoa. Estas terapêuticas, enquanto modalidades de tratamento sistémico, englobam a quimioterapia, a hormonoterapia, a terapêutica-alvo e a imunoterapia.

Verifica-se que os agentes antineoplásicos exercem os seus efeitos interrompendo o ciclo celular através de um ou mais mecanismos (Caley & Jones, 2012). Embora o principal mecanismo de ação da quimioterapia seja impedir a divisão das células neoplásicas que se multiplicam rapidamente, devido à falta de especificidade na sua ação, os agentes antineoplásicos causam efeitos citotóxicos tanto em células neoplásicas quanto em células saudáveis, resultando em efeitos adversos.

Assim, as pessoas com cancro apresentam uma variedade de sintomas resultantes da sua doença e das terapêuticas utilizadas no seu tratamento. Uma gestão inadequada destes sintomas tem implicações nos resultados, incluindo a funcionalidade, o bem-estar psicológico e a qualidade de vida das pessoas (Bonassa & Santana, 2005; Magalhães, 2020; Olsen et al., 2019; Ream et al., 2020; Sousa et al., 2020). Face a isto, determinou-se como essencial pesquisar evidência científica acerca dos principais efeitos secundários da quimioterapia e do mecanismo fisiopatológico subjacente.

Para facilitar o desenvolvimento e o aperfeiçoamento desta competência, foi elaborado um quadro orientador com os principais efeitos secundários associados às TANPS. Salienta-se que a terapêutica em questão foi previamente estudada, de forma a orientar a recolha de dados sobre as toxicidades, focando-se nos efeitos adversos mais relevantes associados a esse tratamento. Durante este processo, observou-se a atuação das enfermeiras tutoras na recolha de dados relativos à identificação dos efeitos secundários induzidos pela quimioterapia. Posteriormente, com a supervisão das mesmas, procedeu-se ao treino dessa recolha de dados. Neste contexto, o reconhecimento do papel fundamental do EE na identificação precoce e na gestão de múltiplos sintomas é essencial. Para tal, é necessário utilizar um instrumento fiável, válido e sensível para medir a frequência, a intensidade dos sintomas, que ajude a orientar uma gestão adequada (Cooley & Siefert, 2016). Importa mencionar que, em vez da criação de um instrumento de recolha de dados original, foram partilhados com as enfermeiras tutoras os seguintes instrumentos já existentes: *Edmonton Symptom Assessment System*, *MD Anderson Symptom Inventory*, *Memorial Symptom Assessment Scale*, *Symptom Distress Scale*, *Pain Reported Outcomes Measurement Information System* e *Patient Reported Outcomes-Common Terminology Criteria for Adverse Event*, CTCAE. A aplicabilidade destes instrumentos reside na sua capacidade de identificar de forma sistematizada, os sintomas reportados pela pessoa, permitindo uma intervenção clínica mais precisa. Por outro lado, a sua utilização valoriza o papel autónomo e diferenciado do EE na gestão de sintomas em contexto oncológico.

Ainda com o intuito de identificar as necessidades das pessoas com doença oncológica em tratamento de quimioterapia, foram conduzidas entrevistas a três enfermeiras gestoras de hospitais de dia de oncologia, pertencentes a três instituições diferentes localizadas nas regiões norte, centro e sul do país. A análise destas entrevistas permitiu compreender a metodologia utilizada na identificação de necessidades das pessoas em tratamento, tendo-se verificado que não existe, de forma generalizada, uma aplicação de escalas padronizadas. Contudo, numa das

unidades, verifica-se a realização de uma consulta telefónica de enfermagem após o primeiro ciclo de quimioterapia, com o objetivo de validação da sintomatologia apresentada e o esclarecimento de dúvidas. Foi ainda possível constatar a influência das variações geográficas no acesso aos cuidados, resultando num condicionalismo à gestão eficaz da doença. Paralelamente, as entrevistas possibilitaram a partilha de conhecimentos relevantes sobre o papel do EE no cuidado à pessoa em tratamento com quimioterapia, evidenciando-se o papel significativo que desempenha para uma prática competente, nomeadamente através da avaliação contínua das necessidades, na personalização do plano de intervenção e na promoção da autogestão do regime terapêutico. As entrevistas constituíram, assim, uma oportunidade valiosa para consolidar conhecimento e identificar boas práticas na prestação de cuidados especializados em oncologia.

Não obstante, este percurso revelou-se particularmente desafiante. O tempo de contacto limitado com as pessoas, no contexto do hospital de dia, condicionado pela periodicidade dos ciclos de quimioterapia, dificultou a realização de múltiplos contactos e a avaliação das intervenções intencionalmente implementadas. Ainda assim, este constrangimento incentivou uma recolha de dados focada, bem como a definição de prioridades e o planeamento da conceção de cuidados adequado às reais necessidades da pessoa, propiciando a prática reiterada do processo de tomada de decisão. Adicionalmente, este contexto fomentou uma reflexão crítica sobre o percurso da pessoa na instituição, destacando-se a ausência de acompanhamento por parte do hospital de dia através de uma consulta de enfermagem prévia ao início do tratamento e subsequente à sua realização. Observou-se, com frequência, a chegada de pessoas ao hospital de dia com efeitos adversos relevantes, um défice de conhecimento quanto à gestão de sinais e sintomas e sem terem contactado previamente a instituição ou a clínica de especialidade. Importa sublinhar que as estratégias de gestão dos sintomas são influenciadas pela compreensão da complexidade do fenómeno, das experiências dos sintomas percebidas pelas pessoas e até mesmo das causas subjacentes (Magalhães, 2020). Neste sentido, Bastos (2012) acrescenta que a necessidade de cuidados é variável, dependendo da gravidade da situação clínica e da capacidade individual da pessoa de resolução de problemas.

Neste enquadramento, a pessoa com doença oncológica, ao longo da sua trajetória, enfrenta a necessidade de adaptar comportamentos e reaprender a cuidar de si. Esta exigência contínua de ajustamento evidencia a importância da autogestão, especialmente no que se refere ao regime medicamentoso e dietético. A imersão nos contextos clínicos e o confronto direto com esta realidade reforçaram a perceção da necessidade de capacitar a pessoa para assumir um papel ativo e informado na gestão da sua saúde.

Com este propósito, e atendendo à complexidade inerente à situação, foram definidos os seguintes objetivos: desenvolver capacidades na recolha de dados para identificar as necessidades da pessoa na autogestão dos regimes medicamentoso e dietético.

No que concerne ao regime medicamentoso, procedeu-se a uma pesquisa sobre os instrumentos de avaliação da autogestão em pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia. A aplicação de instrumentos válidos e confiáveis para a avaliação da autogestão possibilita a identificação das necessidades de apoio nos contextos clínicos (Coulter et al., 2015; Lawless et al., 2023). Contudo, conforme salientam Forbes et al. (2018), a mensuração de constructos como a adesão terapêutica revela-se complexa e carece de adaptação às circunstâncias individuais, dada a ausência de uma metodologia de referência universal. Na pesquisa, foram identificadas escalas utilizadas no contexto da doença crónica, que visam avaliar a adesão à medicação, os comportamentos associados e as barreiras percebidas à adesão. Entre estas, destacam-se o *Brief Medication Questionnaire* (Svarstad et al., 1999), a *Medication Adherence Scale de oito itens de Morisky* (Morisky et al., 2008) e a *Medication Adherence Report Scale* (Cohen et al., 2009). Entre os instrumentos comportamentais específicos referidos na literatura para avaliar determinantes da adesão à medicação destacam-se o *Beliefs About Medicines Questionnaire - Specific* (Horne et al., 1999), o *Identification of Medication Adherence Barriers Questionnaire* (Brown et al., 2017), e a *Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale* (Risser et al., 2007).

Nos contextos dos estágios, verifiquei que nenhum destes instrumentos era utilizado sistematicamente. Observou-se a enfermeira tutora na recolha de dados no domínio da autogestão do regime medicamentoso, focando-se na avaliação do conhecimento sobre regime medicamentoso, consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo do processo patológico e significado atribuído ao regime medicamentoso. Posteriormente, sob supervisão, treinou-se a avaliação destes mesmos aspetos em diferentes pessoas com o intuito de melhorar a *performance* na recolha de dados.

Paralelamente, foram desenvolvidas capacidades na recolha de dados para identificar as necessidades do domínio da autogestão do regime dietético. Para tal, realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre o regime dietético em pessoas com neutropenia induzida pela quimioterapia. O conhecimento que resultou da pesquisa encontra-se espelhado no enquadramento teórico do caso clínico. Tal como nos aspetos relacionados com o regime medicamentoso, observou-se a enfermeira tutora na recolha de dados, centrando-se essa observação no conhecimento e significado atribuído ao regime dietético. Sob a supervisão da tutora treinou-se, a avaliação destes elementos.

Durante este período, aprofundou-se o processo de transição da pessoa, enquanto conceito central de enfermagem, com o propósito de compreender o processo de adaptação à doença oncológica. Como referido por Magalhães (2022, p. 9), “as transições que os doentes oncológicos vivenciam estão revestidas de singularidade, diversidade e complexidade”.

Em consonância com o exposto anteriormente, priorizou-se a recolha de dados relativos às seguintes propriedades/condicionalismos do processo de transição: conhecimento,

consciencialização e significados. Contudo, importa destacar que a pesquisa da evidência científica relativa à consciencialização e aos significados revelou-se mais desafiante na medida em que a literatura neste âmbito é parca. Neste sentido considero que é necessária mais investigação de enfermagem neste domínio, de forma a uma maior formalização do conhecimento nesta área tão significativa e sensível para o exercício profissional do EE. Esta lacuna torna a aquisição de competências nesta área particularmente desafiadora. Para colmatar esta dificuldade, foram importantes os momentos de discussão com os professores orientadores do projeto e com as enfermeiras tutoras, durante os quais foram analisadas a evidência científica disponível e discutidas estratégias de recolha de dados, identificação das necessidades bem como das intervenções a implementar.

Para além dos aspetos centrados na identificação das necessidades da pessoa, afigurou-se como fundamental desenvolver a unidade de competência **“promove intervenções especializadas, junto da pessoa, família/cuidador, tendo como objetivo a facilitação do processo de transição saúde-doença decorrente da doença crónica”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19368).

O EE, pela proximidade e acompanhamento contínuo da pessoa, encontra-se numa posição privilegiada para “ajudar a pessoa a gerir os processos de transição, trabalhando em profundidade, a natureza e as condições, de forma a promover intervenções que conduzam a respostas saudáveis e ao bem-estar” (Magalhães, 2022, p. 17).

Neste enquadramento, foi realizada uma pesquisa da evidência científica disponível, no intuito de identificar os fatores que facilitam e dificultam a autogestão, bem como as estratégias adequadas que concorrem para a sua promoção. Para analisar estes fatores e estratégias, a abordagem de Kantilal et al. (2023), com o seu modelo integrado, mostra-se pertinente. Os autores defendem que o apoio à autogestão por parte de pessoas com doença oncológica deve ser entendido numa perspetiva integrada, considerando simultaneamente os desafios físicos, psicossociais e organizacionais enfrentados. A gestão das consequências do tratamento, a adaptação emocional ao diagnóstico e a navegação no sistema de saúde são dimensões interligadas que exigem uma resposta multifacetada, envolvendo os profissionais de saúde, as políticas públicas e a reconfiguração dos serviços, tanto a nível organizacional como nacional. Compreender esta complexa relação entre as necessidades não satisfeitas das pessoas, as estruturas organizacionais de saúde e o papel das políticas públicas torna-se, assim, fundamental. A pessoa doente, no centro deste processo, enfrenta simultaneamente os efeitos físicos dos tratamentos, as exigências emocionais decorrentes do cancro e a complexidade da navegação no sistema de saúde. Estas experiências originam necessidades específicas que, frequentemente, não são atendidas, sublinhando a urgência de implementar estratégias eficazes de apoio à autogestão. Para dar resposta a estas necessidades de forma articulada, é essencial atuar ao nível organizacional, através da reorganização dos serviços comunitários, do reforço de programas de autogestão e da constituição de equipas multidisciplinares. Estas

ações, contudo, não ocorrem de forma isolada, sendo fortemente influenciadas pelas orientações políticas definidas a nível nacional (Kantilal et al., 2020).

Adicionalmente, releva mencionar a investigação de Magalhães (2020), que teve como objetivo a compreensão do processo de autogestão de sintomas em pessoas submetidas a quimioterapia. Os resultados do estudo identificaram como fatores que facilitam este processo: fatores internos, estratégias comportamentais, gestão emocional, adesão ao tratamento, esperança e grupos de apoio. Em contrapartida, a investigação destacou como fatores inibidores o impacto dos sintomas em várias dimensões, nomeadamente os efeitos físicos, a perda de controlo, as alterações emocionais e as mudanças no autocuidado. Não obstante, Magalhães (2020) realça que o suporte e os recursos de apoio desempenham um papel importante na experiência deste processo, moldando as necessidades percebidas pelas pessoas. Nesse sentido, o autor aponta a informação/conhecimento, os profissionais de saúde e a família como os intervenientes principais na provisão desse suporte.

Na sequência do exposto, considerou-se pertinente direcionar a pesquisa para a autogestão do regime medicamentoso e do regime dietético, e elaborar um quadro síntese com os fatores que facilitam e dificultam a autogestão dos regimes supramencionados, e as estratégias que concorrem para a promoção da autogestão (ANEXO IV e o ANEXO V, respetivamente).

Após a pesquisa, os resultados foram analisados em conjunto com as enfermeiras tutoras, tendo sido planeada a implementação de estratégias de intervenção personalizadas face ao compromisso da autogestão do regime medicamentoso e dietético da pessoa com doença oncológica.

Cumprе salientar que, para as conceções de cuidados, visando o desenvolvimento de competências na colheita de dados, identificação de objetivos, diagnósticos e planeamento de intervenções, utilizou-se a plataforma e4Nursing, disponibilizada pela ESEP. Esta plataforma de apoio ao desenvolvimento de competências de conceção de cuidados de enfermagem, é alicerçada na ontologia de enfermagem, que representa o conhecimento do domínio disciplinar da enfermagem.

Tendo em conta que os enfermeiros, enquanto profissionais de proximidade, assumem historicamente o papel de promotores e defensores do autocuidado (Magalhães, 2020), tornou-se evidente a importância de priorizar uma abordagem preventiva relativamente à gestão das complicações associadas ao tratamento com TANPS. Esta dimensão essencial dos cuidados, reforça o compromisso do EE com a capacitação da pessoa para a autogestão do regime terapêutico.

Neste sentido, conforme mencionado no estudo de caso descrito no relatório, sentiu-se necessidade de refletir acerca da suscetibilidade à infeção, enquanto consequência do tratamento de quimioterapia, por via, por um lado, da identificação da necessidade em

cuidados, e por outro lado, por via da promoção de intervenções especializadas neste domínio. Nesta reflexão, foi equacionada a relevância da introdução deste domínio na plataforma e4nursing, contudo, após reflexão e análise com os Professores orientadores, considerou-se que a suscetibilidade à infeção ocorre por via dos efeitos secundários do regime medicamentoso instituído à pessoa, pelo que nos fez sentido representar este aspeto como parte integrante do conceito de autogestão do regime medicamentoso. Neste contexto, optou-se por incorporar um novo dado, centrado no conhecimento da pessoa sobre prevenção de complicações associadas à suscetibilidade à infeção, no domínio "Autogestão do regime medicamentoso", não desvirtuando o modelo semântico que sustenta a Ontologia de enfermagem.

Importa aqui referir que a consciencialização dos enfermeiros para a importância da representação do conhecimento próprio da disciplina e da documentação dos cuidados revela-se fundamental, uma vez que esta permite registar o trabalho autónomo e colaborativo, reforçando a identidade profissional (Reis et al., 2016; Vieira, 2018). Compreende-se, assim, que a prática de enfermagem está intrinsecamente ligada à aquisição, análise e interpretação de informação, sendo constante a necessidade de documentar todos os itens de informação inerentes à prestação de cuidados (Mendes, 2013). Desta forma, durante o estágio assumiu-se o compromisso de documentar a implementação das intervenções especializadas tendo em conta o contexto dos cuidados.

Ainda no âmbito desta unidade de competência, durante a realização do estágio, refletiu-se sobre a falta de continuidade de cuidados e a consequente fragmentação no acompanhamento da pessoa, o que representa um obstáculo ao apoio prestado pelo EE. Neste sentido, considera-se necessário um esforço acrescido para padronizar os processos de fluxo de trabalho, com vista à melhoria da eficiência e da qualidade dos cuidados (Davis et al., 2020).

Ao analisar o percurso da pessoa com doença oncológica no HDO, verifica-se que o primeiro contacto com a equipa de enfermagem ocorre apenas no primeiro dia de tratamento, não existindo, entre os ciclos subsequentes, um acompanhamento sistemático que reforce a continuidade de cuidados. Ainda no que diz respeito ao primeiro contacto, constatou-se que a pessoa se deparava com uma quantidade significativa de informações com o objetivo da gestão da terapêutica de suporte, e para a promoção da capacitação para o autocuidado. Simultaneamente, a própria equipa de enfermagem enfrentava, diariamente, desafios relacionados com a gestão do tempo, devido à multiplicidade de tarefas associadas à administração da TANPS, assim como escassez de recursos humanos e consequente sobrecarga de trabalho.

Neste contexto, e segundo Brito et al. (2023), a consulta de enfermagem emerge como um instrumento relevante na promoção da qualidade assistencial em enfermagem. Paralelamente, é igualmente fundamental envolver as pessoas no processo de cuidados e identificar necessidades e expectativas relativamente ao atendimento em contexto ambulatorio.

Neste sentido, a literatura sublinha a relevância do acompanhamento telefónico de pessoas submetidas a terapêuticas antineoplásicas, através da teleconsulta de enfermagem. Esta modalidade permite a comunicação em tempo real, a monitorização e gestão de sintomas no domicílio, e o fornecimento de informações sobre os tratamentos, contribuindo, assim, para a capacitação da pessoa para o autocuidado (Doorenbos et al., 2020; Liptrott et al., 2018).

Neste âmbito, refere-se que foi promovida uma discussão com a enfermeira tutora do HDO e com os pares sobre a relevância da implementação de um gestor de caso ou de um *Oncology Nurse Navigator* no serviço. Para sustentar essa reflexão, realizou-se uma pesquisa de evidência científica que suportasse a pertinência desta função no contexto oncológico. Contextualizando, o *Oncology Nurse Navigator* é um enfermeiro com formação clínica específica e avançada em oncologia que apresenta conhecimentos e competências essenciais para prestar cuidados individualizados à pessoa, família e cuidadores. Este enfermeiro tem como objetivo facilitar a transição de cuidados, eliminar barreiras no sistema de saúde, promover o acesso atempado a cuidados de saúde e apoio psicossocial de qualidade, bem como apoiar a tomada de decisões informadas em todas as fases do continuum da doença oncológica (ONS, 2017). Como resultado da discussão, emergiu um consenso quanto à pertinência de explorar a implementação da figura do *Oncology Nurse Navigator* como uma estratégia viável para melhorar a continuidade e a qualidade dos cuidados no serviço. A análise da evidência científica disponível permitiu fundamentar os benefícios desta função, nomeadamente no que respeita à coordenação de cuidados, e à promoção de um acompanhamento mais próximo e personalizado da pessoa alvo de cuidados. Foi assumido um papel ativo enquanto elemento facilitador nesta reflexão conjunta, contribuindo com conhecimento atualizado e propondo uma abordagem centrada na pessoa, suportada por práticas internacionais. Esta dinâmica colaborativa não só potenciou o pensamento crítico da equipa, como também abriu caminho para futuras iniciativas de melhoria da organização dos cuidados, reforçando o papel do EE como agente de mudança.

Ainda no âmbito deste processo de reflexão sobre as competências específicas do EE em enfermagem médico-cirúrgica à PSC, revelou-se fundamental aprofundar conhecimentos sobre o seu papel na redução das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

A nível global e nacional, tem-se verificado um aumento significativo dos contributos de diversas organizações para a redução das IACS e para o controlo da Resistência aos Antimicrobianos (RAM). Entidades como a WHO, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), as Comissões de Controlo de Infeção e a DGS, emanam um conjunto de diretrizes e recomendações a serem implementadas pelos profissionais de saúde.

Em Portugal, a DGS, através do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), tem promovido, desde 2013, a divulgação de informação e a monitorização da vigilância epidemiológica, com o objetivo de fomentar práticas seguras e

melhorar a qualidade dos cuidados de saúde (Despacho n.º 10901/2022, Diário da República).

Neste alinhamento estratégico, o PNSD 2021-2026 definiu igualmente como prioridade a redução das IACS e das Resistências aos Antimicrobianos (RAM) (Despacho n.º 9390/2021, Diário da República).

A OE, ressalva o papel relevante do EE neste âmbito afirmando que, tendo em conta o elevado risco de infeção inerente aos cuidados de saúde (resultante da presença de doenças agudas ou crónicas, do ambiente hospitalar e da complexidade dos procedimentos médicos e cirúrgicos) o EE assume um papel diferenciador na prevenção, deteção precoce e controlo das infeções, bem como no combate à RAM (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Com o objetivo de alcançar a unidade de competência **“lidera o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19369), procedeu-se à consulta dos protocolos da instituição sobre a prevenção de infeção relacionada com o CVC e com o cateter vesical. Posteriormente, em conjunto com as enfermeiras tutoras de ambos os contextos, realizou-se uma análise comparativa entre os protocolos institucionais de controlo de infeção do CVC em HD, a evidência científica mais recente e as diretrizes da DGS (2022) — “Feixe de Intervenções” para a prevenção da infeção relacionada com o CVC (DGS, 2022a); “Feixe de Intervenções” para a prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical (DGS, 2022b). Esta análise revelou a existência de concordância entre os protocolos institucionais e os feixes de intervenções preconizados pela DGS.

Ainda no âmbito desta unidade de competência, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas aos elos de ligação do GCL-PPCIRA de ambos os contextos, com o objetivo de compreender a forma como desenvolvem as suas atividades. O âmbito das atividades desenvolvidas rege-se por várias orientações, entre as quais se destacam:

- Monitorização e comunicação de ocorrências: identificar e reportar eventos adversos relacionados com a prevenção e controlo de infeção; facilitar a comunicação entre as equipas assistenciais e o GCL-PPCIRA;
- Educação e capacitação: promover a disseminação de informações e a formação contínua sobre práticas de prevenção e controlo de infeção; garantir que todos os membros da equipa estejam atualizados em relação aos protocolos em vigor; incentivar a elaboração de trabalhos e projetos inovadores na área da prevenção e controlo de infeção;
- Supervisão de boas práticas: acompanhar e orientar a adesão às medidas de precaução básicas e específicas; realizar auditorias periódicas nos setores designados, avaliando o cumprimento das normas e procedimentos; efetuar, anualmente, no mínimo 200 observações à higiene das mãos por departamento ou serviço, ou observar pelo menos 50% dos profissionais

de cada grupo profissional; realizar, anualmente, no mínimo 100 observações ao uso de luvas por departamento ou serviço, também abrangendo pelo menos 50% dos profissionais; e conduzir uma auditoria anual ao cumprimento das PBCI;

- Participação em reuniões, relatórios e inquéritos: contribuir com relatórios e *feedback* para a avaliação contínua das estratégias de prevenção e controlo de infeção.
- Identificação de necessidades locais: sinalizar solicitações, exigências ou necessidades específicas, seja ao nível de materiais ou de capacitação, consideradas essenciais para a melhoria contínua das práticas de prevenção e controlo de infeção.

Nos contextos clínicos, foi possível participar, sob supervisão dos elos de ligação, na realização de auditorias, recorrendo a grelhas de verificação previamente definidas. Estas auditorias incidiram sobre a observação relacionadas com a higiene das mãos, o uso adequado de luvas e a manipulação do CVC pelos profissionais do serviço. Posteriormente, os resultados obtidos foram analisados em conjunto com os elos de ligação, promovendo a reflexão crítica orientada para a identificação de oportunidades de melhoria.

Durante o estágio do contexto de Onco-hematologia, foi ainda possível assistir ao procedimento de inserção de acesso vascular central tunelizado (tipo *Hickman*). A adequada inserção do CVC relaciona-se com o aumento ou diminuição dos riscos de infeção, e/ou dos riscos mecânicos associados ao dispositivo (Moreau, 2019). A observação deste procedimento permitiu não só reforçar conhecimentos, mas também sensibilizar para a complexidade e exigência dos cuidados inerentes ao correto manuseamento do CVC desde o momento da sua inserção. Neste contexto, destaca-se o papel do EE na monitorização contínua da integridade do acesso vascular, bem como na promoção de práticas competentes de manutenção, colaborando ativamente na minimização dos riscos e na segurança da pessoa.

Dada a elevada prevalência de pessoas portadores de CVC nos contextos de estágio torna-se imperativa a análise do papel do EE nestes contextos. No decorrer do estágio, incentivou-se a adoção de comportamentos preventivos, de intervenção e de controlo da infeção de CVC, tanto pela pessoa como pela família. Com a supervisão das enfermeiras tutoras, assegurou-se o cumprimento rigoroso dos padrões definidos nos planos de prevenção e controlo de infeções e de RAM através do procedimento de manutenção do CVC, e capacitou-se a pessoa e a família para a manutenção do CVC e gestão de complicações. Importa referir que as pessoas portadoras de CVC tipo *Hickman* regressam ao domicílio com o CVC, justificando-se a sua instrução para a vigilância do local de inserção de CVC e os cuidados para a prevenção das complicações associadas à presença do CVC.

No decorrer do estágio em Onco-hematologia, a presença de infeções associadas ao CVC impulsionou a análise da implementação das normas com as enfermeiras do GCL-PPCIRA e com a enfermeira tutora, para identificar os fatores predisponentes. Nesta análise, reconheceu-se a

complexidade envolvida na sua prevenção em contextos de elevada vulnerabilidade imunológica, como o da pessoa com doença onco-hematológica. Entre as hipóteses de fatores predisponentes, destaca-se a elevada rotatividade de profissionais, fator que pode comprometer a uniformização e consolidação de práticas seguras. Neste contexto, o EE assume um papel central, particularmente na identificação de lacunas no cumprimento dos protocolos institucionais. Evidencia-se, assim, a relevância da realização de auditorias sistemáticas e da promoção de sessões de *brainstorming* com as equipas, como estratégias facilitadoras da reflexão crítica e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Paralelamente, colaborou-se na documentação, juntamente com as enfermeiras tutoras, das intervenções implementadas nestes domínios. As vivências práticas durante o estágio foram determinantes para a aquisição das competências necessárias à liderança eficaz no combate às infeções associadas ao CVC em contexto oncológico, bem como para a garantia de um ambiente seguro para as pessoas.

Avançando na reflexão acerca do desenvolvimento de competências, destaca-se que desenvolver a unidade de competência **“avalia os resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores a vivenciar doença crónica”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19369), nomeadamente monitorizar a eficácia das intervenções implementadas, provou ser um desafio significativo durante o estágio.

No contexto de internamento, foi possível observar a evolução das respostas da pessoa à doença, evidenciada, por exemplo, pela melhoria na gestão sintomática. Neste contexto, a proximidade e a frequência dos cuidados permitiram uma observação mais detalhada e contínua da evolução da pessoa face à sua condição de saúde. Foi notório o progresso na forma como a pessoa passou a lidar com os sintomas, o que reflete tanto a eficácia das intervenções implementadas como o papel ativo da pessoa no processo de recuperação.

Em contexto de ambulatório, dada a natureza mais espaçada dos contactos, devido à periodicidade dos tratamentos, a avaliação dos resultados revelou-se um desafio. A periodicidade dos tratamentos impôs limitações à aplicação sistemática de algumas intervenções, como a avaliação da evolução do estado clínico ou da adaptação da pessoa à doença. Esta realidade, conduz à necessidade de repensar estratégias que promovam a continuidade da observação e da intervenção, mesmo fora do ambiente ambulatório, garantindo que a pessoa continue a sentir-se acompanhada e que o seu progresso seja devidamente monitorizado.

Neste sentido, a experiência obtida no contexto de estágio, evidencia a importância da adaptação dos cuidados às especificidades de cada contexto e a relevância de estratégias que promovam o seguimento eficaz no ambulatório, como o uso de registos clínicos atualizados, consultas de enfermagem entre tratamentos ou mesmo o recurso a meios tecnológicos para manter um contacto mais próximo.

Face ao exposto, acresce ainda destacar o papel da documentação sistematizada das conceções de cuidados e do julgamento clínico nos sistemas de informação, enquanto ferramenta essencial para avaliar os resultados relacionados ao plano de intervenção. O compromisso demonstrado ao longo do estágio refletiu-se numa prática focada na continuidade do seguimento, no uso eficaz dos sistemas de informação em enfermagem e na valorização da documentação clínica como suporte à tomada de decisão e à monitorização de resultados.

A segunda competência específica elencada no Regulamento n.º 429/2018, (2018) do EE em enfermagem médico cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica é **“maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica”**. Esta competência explicita que o EE deve fazer a gestão do risco e do ambiente favorável à prestação de cuidados especializados, com salvaguarda pela sua segurança e da pessoa alvo da conceção de cuidados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No processo de aquisição da referida competência, conferiu-se particular atenção à unidade de competência **“gere os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19369).

Neste âmbito, estabeleceu-se como relevante fomentar os comportamentos de autogestão do regime medicamentoso da pessoa. A WHO identifica diversos determinantes que influenciam o comportamento e a capacidade de adesão à terapêutica, não se limitando apenas aos fatores relacionados com a pessoa. São igualmente relevantes os fatores socioeconómicos, os associados à terapêutica, à equipa de cuidados de saúde, ao sistema de cuidados e à própria doença (WHO, 2003). Neste sentido, a adesão ao regime terapêutico é um fenómeno complexo, mas também dinâmico, que é influenciado por um conjunto de fatores pessoais, mas também sociais e estruturais.

Vários autores referem que o desenvolvimento de estratégias eficazes e a adequação das intervenções às necessidades específicas das pessoas só são possíveis mediante uma avaliação cuidadosa dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica (Davey, 2013; Schneider et al., 2011).

Entre os fatores socioeconómicos com impacto na adesão, Davey (2013) e Schneider et al. (2011) destacam a atitude face ao tratamento, os custos associados, o apoio financeiro disponível, a distância até à instituição de saúde, a perceção social da doença, o suporte social e a supervisão do tratamento.

Schneider et al. (2011) sugerem, ainda, estratégias como a educação da pessoa, considerando que a compreensão da doença e do tratamento influencia positivamente a atitude face à terapêutica. Propõem também o encaminhamento para outros profissionais de saúde que possam prestar apoio em questões de natureza económica.

No que diz respeito aos fatores relacionados com a terapêutica, os mesmos autores defendem a

implementação de intervenções orientadas para a gestão de regimes terapêuticos complexos, o manuseamento seguro da medicação, a organização do fornecimento da terapêutica e o controlo dos efeitos adversos.

Por último, Schneider et al. (2011) propõem que as intervenções que considerem os fatores relacionados com a equipam de saúde e com o sistema de cuidados incluam o seguimento (*follow-up*) das pessoas, valorizando a comunicação com a pessoa, a utilização de orientações clínicas e o fornecimento de informação.

Apesar de, na prática, ser difícil instituir medidas de avaliação da adesão terapêutica, Spoelstra e Given (2011) preconizam, como essencial, a avaliação dos fatores de risco da não adesão e o questionamento sobre o cumprimento do regime, expectativas, experiências e dificuldades encontradas na adesão à terapêutica prescrita. Existem, no entanto, instrumentos que podem auxiliar na avaliação da adesão terapêutica, como, por exemplo, a Escala de Avaliação da Medicação de Morisky (Arthurs et al., 2015; Spoelstra & Given, 2011).

Refletindo sobre o exposto com a Ontologia de enfermagem, e face a situações clínicas em que o EE diagnostica necessidades em cuidados no domínio da autogestão do regime medicamentoso, e prescreve intervenções com vista a promover esses comportamentos de autogestão, importa, na relação de cuidados, avaliar a evolução desses comportamentos. O mesmo será dizer que, importa avaliar se a pessoa integrou ou não, as recomendações terapêuticas do profissional de saúde no seu comportamento diário.

Neste sentido, esta avaliação não é imediata e deve ser contínua, uma vez que o processo de mudança não é linear, ocorrendo momentos de progresso e retrocesso, que podem também ser influenciados pelos condicionalismos do processo de transição da pessoa. Exatamente por estes motivos é que as pessoas com doença crónica, nomeadamente doença oncológica, requerem acompanhamento profissional continuado, sem que haja fragmentação. Releva que o EE deve intervir de forma individualizada e humanizada, no sentido de ajudar a pessoa a viver com a doença e com as implicações da mesma. Nesta linha, em concordância com o mencionado ao longo do documento, reforça-se a importância de promover a autogestão da doença e do regime terapêutico. No que refere à Ontologia de enfermagem estes aspetos, podem a título de exemplo, ser concretizados através da importância da intervenção “Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso”, e a colheita de dados da mesma, nomeadamente: “Não adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso; Adota parcialmente comportamentos de autogestão do regime medicamentoso; Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso”.

Relativamente à importância da mobilização de conhecimentos no domínio das novas tecnologias, foi realizada uma pesquisa sobre as abordagens informáticas desenvolvidas para a gestão dos sintomas associados ao tratamento com quimioterapia. Segundo Magalhães (2020), as tecnologias de informação têm o potencial de fomentar o envolvimento ativo das pessoas na

continuidade do atendimento e na prestação de cuidados de saúde, garantindo que o mesmo nível de atenção dedicado à prevenção de eventos adversos ou complicações seja igualmente aplicado à compreensão e valorização das suas preferências, necessidades e valores. Neste contexto, em Portugal, foi desenvolvido o projeto *iGestSaúde: Quimioterapia*, com o objetivo de promover o *engagement* e a comunicação com a pessoa em tratamento antineoplásico, permitindo a monitorização à distância das toxicidades associadas.

A nível internacional, como exemplo da aplicação destas tecnologias, a National Foundation for Cancer Research (2020) identificou um conjunto de aplicações móveis úteis para pessoas com cancro, destacando-se as seguintes: *BELONG – Beating Cancer Together*, *Cancer.Net Mobile*, *CareZone*, *CaringBridge*, *My Medical* e *Moodfit*.

No processo de consolidação da unidade de competência — **“gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19369) — procurou-se aprofundar o conhecimento sobre os protocolos e cuidados necessários à segurança na administração de TANPS.

Complementarmente, em resposta aos requisitos da unidade de competência — **“promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação”** — (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19370), foram exploradas abordagens que reforçam a cultura de segurança e promovem práticas preventivas sustentadas.

A segurança nos cuidados especializados é um dos sete enunciados descritivos fundamentais, identificados e definidos nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC (OE, 2017c). Neste sentido, e em consonância com o domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, que integra as competências comuns do EE, foi contemplado no desenvolvimento do projeto o aprofundamento de competências na área da gestão do risco clínico e não clínico, visando a promoção de uma cultura de segurança.

Os riscos clínicos estão associados à prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde, podendo causar danos ou lesões aos doentes (Neiva, 2021); relativamente aos riscos não clínicos, estes dizem respeito às condições ambientais, às instalações e às práticas não clínicas (Tavares et al., 2019).

A complexidade dos protocolos terapêuticos antineoplásicos, referida por Penaforte (2023), que podem ser administrados por longos períodos e por diferentes vias de acesso, sublinha a importância da cultura de segurança na prática clínica. Esta complexidade exige uma compreensão profunda dos aspetos relacionados com a segurança da sua administração. Assim, efetuou-se uma pesquisa de evidência científica sobre: princípios técnico-científicos associados à administração de TANPS à pessoa com doença oncológica, promoção de práticas seguras nas

etapas de utilização de medicamentos antineoplásicos sistêmicos, e estratégias de prevenção e redução da incidência de eventos adversos relacionados com o uso de antineoplásicos sistêmicos.

No âmbito do estágio, integrado no domínio da gestão do risco e da segurança do ambiente de cuidados, foi possível desenvolver e consolidar competências essenciais ao EE, nomeadamente na área da terapêutica antineoplásica e na prevenção de eventos adversos.

Tal como delineado no projeto, frequentei a formação “Segurança e saúde no trabalho com substâncias citotóxicas” que se revelou particularmente útil para a consolidação de conhecimentos sobre esta temática. Nesta matéria, o estudo de Abu-Alhaija et al. (2023) analisa os fatores que influenciam a exposição dos enfermeiros à quimioterapia, incluindo o nível de conhecimento sobre as diretrizes de precaução, as influências interpessoais negativas na equipa e aspetos do ambiente de trabalho, como a elevada carga laboral e as crenças em saúde. Os autores destacam que estas crenças estão frequentemente associadas à perceção dos enfermeiros sobre a gravidade da exposição à quimioterapia, a sua suscetibilidade a efeitos secundários, os benefícios da adesão às diretrizes de manuseamento seguro, a autoeficácia na utilização de Equipamento de Proteção Individual e as barreiras à adesão a essas diretrizes.

De salientar que não foi possível entrevistar o gestor de risco geral da instituição, de forma a identificar o conteúdo funcional referente à área da segurança do medicamento relacionada com a terapêutica antineoplásica sistémica. Contudo, realizou-se uma entrevista a um enfermeiro perito do grupo hospitalar da gestão do medicamento, tendo sido analisado o percurso da instituição na área da segurança do medicamento, constatando-se uma preocupação constante pela promoção da segurança no circuito do medicamento, e com a segurança da pessoa alvo de cuidados e dos profissionais.

A função do GRL, já anteriormente descrita no enquadramento dos contextos, foi aprofundada através da realização de entrevistas com os profissionais responsáveis nos diferentes contextos. Estas entrevistas permitiram identificar as principais etapas do circuito do medicamento antineoplásico que apresentam maior risco, nomeadamente a prescrição, o armazenamento e a administração, destacando-se como desafios centrais o erro terapêutico e a exposição a substâncias citotóxicas.

Para além da clarificação do conteúdo funcional da função de GRL, foi possível acompanhar diretamente a sua prática ao longo de dois turnos. Esta observação permitiu compreender com maior profundidade as responsabilidades atribuídas, bem como os desafios inerentes à função. Verificou-se que, em ambos os contextos, os GRL seguem uma política institucional comum, com objetivos e responsabilidades claramente definidos. A nomeação de EE para o exercício deste papel reflete o reconhecimento institucional da complexidade associada.

No contexto do HDO, foram desenvolvidas atividades práticas que contribuíram diretamente

para o desenvolvimento de competências específicas na identificação, avaliação, classificação e notificação de riscos associados à terapêutica antineoplásica. Estas incluíram a verificação de equipamentos de emergência, como kits de derrame, duches de segurança, lava-olhos, caixas de primeiros socorros e carros de emergência, com base numa *checklist* padronizada pela GRL, garantindo a prontidão e segurança em caso de evento adverso.

Simultaneamente, foi possível observar intervenções implementadas para a proteção dos profissionais e da pessoa com doença oncológica, nomeadamente a disponibilização adequada de Equipamentos de Proteção Individual, utilização de sistemas de purificação de ar e contentores criogénicos, bem como a formação contínua como estratégia preventiva estruturada.

No âmbito da notificação de eventos adversos, foi analisado o sistema institucional, compreendendo o percurso das notificações desde o seu registo até à análise pela GRL ou pela equipa de Governação Clínica. Esta observação permitiu perceber como as notificações são geridas e transformadas em ações corretivas e preventivas, em consonância com o Pilar quatro do PNSD (2021), que promove uma cultura de notificação transparente através do Sistema NOTIFICA (Despacho n.º 9390/2021, Diário da República).

Ainda no serviço de Onco-hematologia, foi possível participar na análise do relatório trimestral de notificações de quedas e eventos de risco clínico, bem como na realização de uma auditoria interna aos processos de enfermagem com foco na prevenção de quedas. Esta atividade foi orientada pelo manual institucional de prevenção de quedas, que estabelece orientações baseadas na evidência, com destaque para a aplicação da Escala de Morse, e operacionalização das intervenções no sistema informático institucional.

A participação ativa nesta auditoria, aliada ao estudo aprofundado do manual e à compreensão do sistema de notificação, reforçou o compromisso assumido durante o estágio com a segurança da pessoa cuidada, o rigor na documentação sistematizada e a adoção de práticas baseadas na evidência.

Por fim, em articulação com a GRL, foi também possível acompanhar as etapas do procedimento institucional de autoinspeção do serviço, direcionado à identificação de fatores de risco no ambiente, na segurança e na saúde no trabalho. Esta atividade permitiu uma visão mais abrangente das responsabilidades do EE na promoção de um ambiente seguro e propício à prestação de cuidados especializados.

Em suma, o desenvolvimento das competências baseou-se numa reflexão constante e num sistema de saberes construído continuamente ao longo das oportunidades proporcionadas tanto pelo estágio quanto pelo curso.

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Na sua investigação sobre a busca pela excelência na prática de enfermagem no contexto da relação de cuidados com a pessoa, Benner (2005) identificou seis categorias de poder inerentes à profissão: o poder da transformação; o poder de cuidar na reintegração; o poder da advocacy; o poder da relação estabelecida no processo de recuperação, cura e promoção da saúde; o poder da participação/afirmação; e, por fim, o poder de resolução de problemas.

Considerando a evolução da prática de enfermagem e a pertinência das categorias de poder de Benner (2005) na análise dos cuidados prestados, tornou-se evidente a necessidade de formação contínua para acompanhar as exigências do contexto atual. Este mestrado emergiu como uma resposta pessoal à complexidade da prestação de cuidados à pessoa com doença crónica, representando um impulso para a mudança e transformação profissional.

A transformação observada neste percurso decorreu da frequência do curso de mestrado e da aplicação do projeto de desenvolvimento de competências no decorrer do estágio de natureza profissional. Importa referir que o estágio decorreu numa instituição de referência no cuidado à pessoa com doença oncológica. A escolha desta instituição foi criteriosa, alicerçada num propósito pessoal de desenvolver competências no âmbito da oncologia. Esta experiência permitiu o contacto com duas realidades distintas de cuidados, proporcionando vivências únicas, momentos privilegiados de aprendizagem e reflexão, que contribuíram significativamente para o desenvolvimento pessoal e profissional. Todos os momentos de aprendizagem foram vividos com empenho e determinação.

Neste percurso, e com referência ao processo de desenvolvimento de competências, Benner (2005) destaca que a visibilidade dos conhecimentos adquiridos pelas enfermeiras peritas facilita o reconhecimento da sua perícia, criando oportunidades para que outras enfermeiras desenvolvam níveis superiores de competência. Neste contexto, a tutoria proporcionada por enfermeiras peritas em oncologia, em particular as enfermeiras especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica dos locais de estágio, foi considerada uma mais-valia fundamental neste processo de aprendizagem.

O caso clínico explanado neste relatório pretende representar a necessidade de perícia do EE em contexto ambulatorio, para a identificação das necessidades da pessoa com doença oncológica em programa de quimioterapia, desde o início do tratamento. Além disso, desafia o papel do EE no suporte à promoção de comportamentos de autogestão da doença, do regime terapêutico e dos efeitos secundários do tratamento.

No que concerne à análise do contributo das experiências para o desenvolvimento das

competências, apesar de exigente, contribuiu para o fortalecimento do pensamento reflexivo, essencial na prática de enfermagem avançada. Ao longo do seu desenvolvimento, foi possível consolidar a capacidade de analisar o percurso realizado, identificando áreas do cuidado à pessoa com doença oncológica que requerem melhorias, e nas quais o julgamento clínico do EE é fundamental.

Como afirma Freitas (2022, p. 92) “o contexto da oncologia apresenta características de elevada especificidade, quer do ponto de vista do plano terapêutico, portanto no plano descritivo, quer do ponto de vista humano, das narrativas individuais da doença”, destacando as elevadas exigências que são colocadas às pessoas, mas também aos profissionais de saúde que delas cuidam.

Assim, a aquisição de competências especializadas no cuidado à pessoa com doença oncológica não se configurou apenas como uma meta profissional, mas como um compromisso ético e humano. Acresce o compromisso com a excelência na prática de enfermagem, com o objetivo de promover os processos de adaptação à doença nas pessoas com condições crónicas, no caso particular da oncologia. Considera-se que o percurso foi desafiante, mas manteve-se a perseverança e a dedicação ao propósito estabelecido. Sublinha-se ainda que, foi dado um especial enfoque à incorporação de evidência científica, associada à experiência e opinião de peritos de enfermagem no processo de julgamento clínico.

Finalizado este percurso, e à luz do exposto, considera-se que o objetivo “desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crónica, no contexto da oncologia e em programa de quimioterapia” foi plenamente alcançado. A frequência do curso permitiu-me a aquisição de competências especializadas que atenderam à identificação das necessidades da pessoa com doença oncológica, ao planeamento de intervenções especializadas com vista à facilitação do processo de transição saúde/doença, nos domínios da autogestão do regime medicamentoso e do regime dietético, ao desenvolvimento de capacidades na área dos procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos, bem como na área da gestão do risco clínico e não clínico, fomentando uma cultura de segurança.

Estou convicta que a experiência adquirida no curso em geral, e no estágio em particular, e as competências desenvolvidas ao longo deste percurso são essenciais para uma prática de enfermagem mais significativa para as pessoas.

Por fim, expresso a minha mais profunda gratidão a todos aqueles que, de alguma forma, caminharam ao meu lado e contribuíram para a concretização deste percurso. Aos Professores do MEMCPSCR, em especial à Professora Inês Cruz e ao Professor Luís Miguel, o meu sincero agradecimento pela dedicação, disponibilidade e orientação, que foram fundamentais ao longo deste processo formativo. Ao Professor Paulo Parente, agradeço pelas palavras sábias que me impulsionaram a iniciar esta jornada, mesmo quando a dúvida ameaçava prevalecer. Às

enfermeiras especialistas que me acompanharam, manifesto o meu reconhecimento pelo profissionalismo e pela generosa partilha de conhecimento. Às colegas de curso – em especial à Marisa, à Ana e à Carla – agradeço a presença nos momentos mais desafiantes e a partilha genuína da alegria nas conquistas. Este resultado é indissociável ao apoio incondicional da minha família, que viveu comigo esta transição. Ao meu marido João e à minha filha Flor, que são o meu alicerce e a minha essência, deixo todo o meu amor. À minha mãe, às minhas irmãs e à minha sobrinha Raquel, agradeço o incentivo, a compreensão, a paciência e o apoio incondicional.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdollahi, R., Najafi, S., Razmpoosh, E., Shoormasti, R. S., Haghighat, S., Raji Lahiji, M., Chamari, M., Asgari, M., Cheshmazar, E., & Zarrati, M. (2019). The Effect of Dietary Intervention Along with Nutritional Education on Reducing the Gastrointestinal Side Effects Caused by Chemotherapy Among Women with Breast Cancer. *Nutrition and cancer*, 71(6), 922-930. <https://doi.org/10.1080/01635581.2019.1590608>
- Abedin, K., Lean, Q. Y., & Wheelwright, S. (2024). Nutritional self-management in colorectal cancer patients and survivors: A scoping review. *Colorectal Disease. Advance online publication*. <https://doi.org/10.1111/codi.17108>
- Abreu, C. (2020). Dados epidemiológicos. In I. Fernandes & P. Cortes (Coord. Cient.), Manual de Oncologia SPO: Abordagem e tratamento do cancro da mama (pp. 11-21). edit.on.lab., lda.
- Abu-Alhaija, D., Bakas, T., Shaughnessy, E., & Miller, E. (2023). The Factors That Influence Chemotherapy Exposure Among Nurses: An Integrative Review. *Workplace health & safety*, 71(5), 212-227. <https://doi.org/10.1177/21650799221140583>
- Abunahlah, N., Sancar, M., Dane, F., & Ozyavuz, M. K. (2016). Impact of adherence to antiemetic guidelines on the incidence of chemotherapy-induced nausea and vomiting and quality of life. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38(6), 1464-1476. <https://doi.org/10.1007/s11096-016-0393-3>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2021, 26 de fevereiro). *Circular Normativa n.º 3/2021/DPS/ACSS: Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde que devam ser cobradas pelas instituições hospitalares ao abrigo dos Contratos-Programa 2020 e 2021*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/03/Circular_Normativa_3_2021.pdf
- Agbejule, O. A., Hart, N. H., Ekberg, S., & Chan, R. J. (2024). Development of a self-management support practice framework for addressing cancer-related fatigue: A modified Delphi study. *Journal of Cancer Survivorship*, 18(4), 972-982. <https://doi.org/10.1007/s11764-023-01348-7>
- Agência Europeia de Medicamentos. (n.d.). Filgrastim Hexal. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/filgrastim-hexal>
- Akbarali, H. I., Muchhala, K. H., Jessup, D. K., & Cheatham, S. (2022). Chemotherapy induced gastrointestinal toxicities. *Advances in cancer research*, 155, 131-166. <https://doi.org/10.1016/bs.acr.2022.02.007>

Anand, U., Dey, A., Chandel, A. K. S., Sanyal, R., Mishra, A., Pandey, D. K., De Falco, V., Upadhyay, A., Kandimalla, R., Chaudhary, A., Dhanjal, J. K., Dewanjee, S., Vallamkondu, J., & Pérez de la Lastra, J. M. (2022). Cancer chemotherapy and beyond: Current status, drug candidates, associated risks and progress in targeted therapeutics. *Genes & Diseases*, 10(4), 1367–1401. <https://doi.org/10.1016/j.gendis.2022.02.007>

Andreyev, J., Ross, P., Donnellan, C., Lennan, E., Leonard, P., Waters, C., Wedlake, L., Bridgewater, J., Glynne-Jones, R., Allum, W., Chau, I., Wilson, R., & Ferry, D. (2014). Guidance on the management of diarrhoea during cancer chemotherapy. *The Lancet. Oncology*, 15(10), e447–e460. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)70006-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)70006-3)

Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., Fearon, K., Hütterer, E., Isenring, E., Kaasa, S., Krznaric, Z., Laird, B., Larsson, M., Laviano, A., Mühlebach, S., Muscaritoli, M., Oldervoll, L., Ravasco, P., Solheim, T., Strasser, F., ... Preiser, J. C. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 36(1), 11–48. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015>

Ariza-Heredia, E. J., & Chemaly, R. F. (2018). Update on infection control practices in cancer hospitals. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(5), 340–355. <https://doi.org/10.3322/caac.21462>

Arthurs, G., Simpson, J., Brown, A., Kyaw, O., Shyrier, S., & Concert, C. M. (2015). The effectiveness of therapeutic patient education on adherence to oral anti-cancer medicines in adult cancer patients in ambulatory care settings: a systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 13(5), 244–292. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2057>

Baden, L. R., Swaminathan, S., Almyroudis, N. G., Angarone, M., Baluch, A., Barros, N., Buss, B., Cohen, S., Cooper, B., Dulanto Chiang, A., El Boghdadly, Z., Gregg, K., Hakim, H., Ho, D., Khawaja, F., Lee, R., Lee, F., Logan, C., Manley, K., Multani, A., Pande, A., Pergam, S., Pisano, J., Saullo, J., Schuster, M., Seo, S. K., Shoham, S., Taplitz, R., Topal, J., Wilson, J. W., Zimmer, A., Cassara, C. J., Kumar, R., & Diwan, Z. (2024). Prevention and treatment of cancer-related infections, version 3.2024, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *JNCCN – Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 22(9). <https://doi.org/10.6004/jnccn.2024.0056>

Baier, C., Linke, L., Eder, M., Schwab, F., Chaberny, I. F., Vonberg, R. P., & Ebadi, E. (2020). Incidence, risk factors and healthcare costs of central line-associated nosocomial bloodstream infections in hematologic and oncologic patients. *PloS one*, 15(1), e0227772. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227772>

Ball, S., Brown, T. J., Das, A., Khera, R., Khanna, S., & Gupta, A. (2019). Effect of Neutropenic Diet on Infection Rates in Cancer Patients With Neutropenia: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *American journal of clinical oncology*, 42(3), 270–274.

<https://doi.org/10.1097/COC.0000000000000514>

Ballard, D., & Hill, J. M. F. (2016). The nurse's role in health literacy of patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(3), 232-234. <https://doi.org/10.1188/16.CJON.232-234>

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)

Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde]. Universidade Católica Portuguesa.

Baumgartner, A., & Schuetz, P. (2024). Nutritional support. In A. Sureda, S. Corbacioglu, R. Greco, N. Kröger, & E. Carreras (Eds.), *The EBMT handbook: Hematopoietic cell transplantation and cellular therapies* (pp. 211-216). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-44080-9_25

Bayliss, E. A., Steiner, J. F., Fernald, D. H., Crane, L. A., & Main, D. S. (2003). Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Annals of family medicine*, 1(1), 15-21. <https://doi.org/10.1370/afm.4>

Bender, M. S., Janson, S., Franck, L. S., & Lee, K. (2018). *Theory of symptom management. In Middle range theory for nursing* (4th ed., pp. 147-177). <https://doi.org/10.1891/9780826159922.0008>

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem* (2ª ed.). Quarteto.

Bertoglio, S., van Boxtel, T., Goossens, G. A., Dougherty, L., Furtwangler, R., Lennan, E., Pittiruti, M., Sjøvall, K., & Stas, M. (2017). Improving outcomes of short peripheral vascular access in oncology and chemotherapy administration. *The Journal of Vascular Access*, 18(2), 89-96. <https://doi.org/10.5301/jva.5000668>

BIQ Health Solutions. (n.d.). Btrac. <https://biqhs.com/apps/btrac/>

Block, K. I., Gyllenhaal, C., Lowe, L., Amedei, A., Amin, A. R. M. R., Amin, A., Aquilano, K., Arbiser, J., Arreola, A., Arzumanyan, A., Ashraf, S. S., Azmi, A. S., Benencia, F., Bhakta, D., Bilsland, A., Bishayee, A., Blain, S. W., Block, P. B., Boosani, C. S., Carey, T. E., ... Zollo, M. (2015). Designing a broad-spectrum integrative approach for cancer prevention and treatment. *Seminars in cancer biology*, 35 Suppl(Suppl), S276-S304. <https://doi.org/10.1016/j.semcancer.2015.09.007>

Bogaert, P. V., Heusden, D. V., Slootmans, S., Roosen, I., Aken, P. V., Hans, G. H., & Franck, E. (2018). Staff empowerment and engagement in a magnet® recognized and joint commission international accredited academic centre in Belgium: a cross-sectional survey. *BMC health services research*, 18(1), 756. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3562-3>

- Bonassa, E., & Santana, T. (Eds.). (2005). *Enfermagem em terapêutica oncológica*. Atheneu.
- Bonassa, E. M. A., & Gato, M. I. R. (Eds.). (2012). *Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos* (4ª ed.). Atheneu.
- Bratz, J. K. A., & Sandoval-Ramirez, M. (2018). Ethical competences for the development of nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 4), 1810–1814.
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 74(3), 229–263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Brito, M. A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado* [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa.
- Brown, C. G. (2015). Oral mucositis. In C. G. Brown (Ed.), *A guide to oncology symptom management* (2nd ed., pp. 469–482). Oncology Nursing Society.
- Brown, M. T., Bussell, J. K., & Shilliday, B. B. (2017). Development and validation of the Identification of Medication Adherence Barriers Questionnaire (IMAB-Q). *Patient Preference and Adherence*, 11, 1101–1110. <https://doi.org/10.2147/PPA.S133564>
- Caley, A., & Jones, R. (2012). The principles of cancer treatment by chemotherapy. *Surgery (Oxford)*, 30(4), 186–190. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2012.01.004>
- Canadian Association of Nurses in Oncology. (2017, setembro). *National strategy for chemotherapy administration (NSCA): Standards and competencies for cancer chemotherapy nursing practice* (pp. 1–25).
- Campbell, K. L., Winters-Stone, K. M., Wiskemann, J., May, A. M., Schwartz, A. L., Courneya, K. S., Zucker, D. S., Matthews, C. E., Ligibel, J. A., Gerber, L. H., Morris, G. S., Patel, A. V., Hue, T. F., Perna, F. M., & Schmitz, K. H. (2019). Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. *Medicine and science in sports and exercise*, 51(11), 2375–2390. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002116>
- Canaval, G., Jaramillo, C., Rosero, D., & Valencia, M. (2007, abril). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Revista Aquichan*, 7(1), 8–24. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v7n1/v7n1a02.pdf>
- Capela, A., Teixeira, L., Madureira, E., & Parreira, S. T. (n.d.). *Guia de alimentação na pessoa com cancro*. Associação de Investigação de Cuidados de Suporte em Oncologia (AICSO). <https://www.aicso.pt/>
- Cardona, V., Ansotegui, I. J., Ebisawa, M., El-Gamal, Y., Fernandez Rivas, M., Fineman, S., Geller,

- M., Gonzalez-Estrada, A., Greenberger, P. A., Sanchez Borges, M., Senna, G., Sheikh, A., Tanno, L. K., Thong, B. Y., Turner, P. J., & Worm, M. (2020). World allergy organization anaphylaxis guidance 2020. *The World Allergy Organization journal*, 13(10), 100472. <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2020.100472>
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). *Aspetos psicológicos do doente oncológico. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*. <https://doi.org/10.25752/psi.4007>
- Carvalho, C. G., Medeiros-Filho, J. B., & Ferreira, M. C. (2018). Guide for health professionals addressing oral care for individuals in oncological treatment based on scientific evidence. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 26(8), 2651-2661. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4111-7>
- Carrico, R. M., Garrett, H., Balcom, D., & Glowicz, J. B. (2018). Infection prevention and control core practices: A roadmap for nursing practice. *Nursing*, 48(8), 28-29. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000544318.36012.b2>
- Celano, P., Fausel, C. A., Kennedy, E. B., Miller, T. M., Oliver, T. K., Page, R., Ward, J. C., & Zon, R. T. (2019). Safe Handling of Hazardous Drugs: ASCO Standards. *Journal of Clinical Oncology*, 37(7), 598-609. <https://doi.org/10.1200/JCO.18.01616>
- Charalambous A. (2019). Utilizing the Advances in Digital Health Solutions to Manage Care in Cancer Patients. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 6(3), 234-237. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_72_18
- Clarke, M., Collins, R., Darby, S., Davies, C., Elphinstone, P., Evans, V., Godwin, J., Gray, R., Hicks, C., James, S., MacKinnon, E., McGale, P., McHugh, T., Peto, R., Taylor, C., Wang, Y., & Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG) (2005). Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet (London, England)*, 366(9503), 2087-2106. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67887-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67887-7)
- Clark, J. W., & Longo, D. L. (2022). Cancer cell biology. In J. Loscalzo, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, & J. L. Jameson (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (21st ed., Vol. 1, pp. 508-529). McGraw-Hill Education.
- Cohen, J. L., Mann, D. M., Wisnivesky, J. P., Home, R., Leventhal, H., Musumeci-Szabó, T. J., & Halm, E. A. (2009). Assessing the validity of self-reported medication adherence among inner-city asthmatic adults: The medication adherence report scale for asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology : Official Publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 103(4), 325-331. [https://doi.org/10.1016/s1081-1206\(10\)60532-7](https://doi.org/10.1016/s1081-1206(10)60532-7)
- Cooley, M. E., & Siefert, M. L. (2016). Assessment of multiple co-occurring cancer symptoms in

the clinical setting. *Seminars in Oncology Nursing*, 32(4), 361-372. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2016.08.003>

Corti, C., Batra-Sharma, H., Kelsten, M., Shatsky, R. A., Garrido-Castro, A. C., & Gradishar, W. J. (2024). Systemic therapy in breast cancer. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 44, e432442. https://doi.org/10.1200/EDBK_432442

Cossio-Gil, Y., Omara, M., Watson, C., Casey, J., Chakhunashvili, A., Gutiérrez-San Miguel, M., Kahlem, P., Keuchkerian, S., Kirchberger, V., Luce-Garnier, V., Michiels, D., Moro, M., Philipp-Jaschek, B., Sancini, S., Hazelzet, J., & Stamm, T. (2022). The Roadmap for Implementing Value Based Healthcare in European University Hospitals-Consensus Report and Recommendations. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 25(7), 1148-1156. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.11.1355>

Coulter, A., Entwistle, V. A., Eccles, A., Ryan, S., Shepperd, S., & Perera, R. (2015). Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(3), CD010523. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010523.pub2>

Cruz, I.; Pereira, F.; Queirós, C.; Machado, N.; Gonçalves, V. & Bastos, F. (2024) - Significados atribuídos à autogestão do regime medicamentoso: resultados preliminares de uma scoping review. *RevSALUS - Revista Científica Internacional da RACS*, 7(Sup), 43-46. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v6iSup>

Dang, B. N., Westbrook, R. A., Black, W. C., Rodriguez-Barradas, M. C., & Giordano, T. P. (2024). Examining the role of health information technology in self-management of cancer: A scoping review. *Journal of Cancer Survivorship*, 18(1), 45-62.

Davey M. P. (2013). Improving adherence to oral anticancer therapy. *Nursing*, 43(9), 31-36. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000432915.51753.0c>

Davis, A., Bell, J., Reed, S., Kim, K., Stacey, D., & Joseph, J. (2020). Nurse-Led Telephonic Symptom Support for Patients Receiving Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 47(6), E199-E210. <https://doi.org/10.1188/20.ONF.E199-E210>

de Brito, R. A. S., de Souza, S. R., Pacheco, P. Q. C., Marques, C. A. V., da Silva, N. C. M., da Silva, C. M. C., de Vasconcellos, J. A., & Rosa, J. V. A. da S. (2023). Nursing consultation in chemotherapy: Facilitators and difficulties in the light of advanced practices. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 16(11), 24777-24792. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-002>

Declaração Universal dos Direitos do Homem. (1948). *Diário da República*: 1.ª série, n.º 57. <https://files.dre.pt/1s/1978/03/05700/04880493.pdf>

Decreto Lei n.º 1/2005, da Assembleia da República. (2005). *Diário da República*: 1.ª série, n.º 155. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/1-2005-457213>

Decreto Lei n.º 65/2018, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Diário da República: 1.ª série, n.º 157. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Decreto Lei n.º 95/2019, da Assembleia da República. (2019). Diário da República: 1.ª série, n.º 169. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/95-2019-123279819>

Decreto Lei n.º 52/2022, da Assembleia da República. (2022). Diário da República: 1.ª série, n.º 150. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

Decreto Lei n.º 12/2024, da Presidência do Conselho de Ministros. (2024). Diário da República: 1.ª série, n.º 7. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/12-2024-836437684>

de Las Peñas, R., Majem, M., Perez-Altozano, J., Virizuela, J. A., Cancer, E., Diz, P., Donnay, O., Hurtado, A., Jimenez-Fonseca, P., & Ocon, M. J. (2019). SEOM clinical guidelines on nutrition in cancer patients (2018). *Clinical & translational oncology : official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*, 21(1), 87-93. <https://doi.org/10.1007/s12094-018-02009-3>

Denlinger, C. S., Carlson, R. W., Are, M., Baker, K. S., Davis, E., Edge, S. B., Friedman, D. L., Goldman, M., Jones, L., King, A., Kvale, E., Langbaum, T. S., Ligibel, J. A., McCabe, M. S., McVary, K. T., Melisko, M., Montoya, J. G., Mooney, K., Morgan, M. A., O'Connor, T., ... Freedman-Cass, D. (2014). Survivorship: introduction and definition. *Clinical practice guidelines in oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN*, 12(1), 34-45. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2014.0005>

Despacho Normativo n.º 9390/2021, do Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: 2.ª série, n.º 187. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Despacho Normativo n.º 10901/2022, do Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2022). Diário da República: 2.ª série, n.º 174. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>

Despacho Normativo n.º 13227/2023, do Ministério da Saúde, Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde. (2023). Diário da República: 2.ª série, n.º 248. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13227-2023-835712442>

Deutz, N. E., Safar, A., Schutzler, S., Memelink, R., Ferrando, A., Spencer, H., van Helvoort, A., & Wolfe, R. R. (2011). Muscle protein synthesis in cancer patients can be stimulated with a specially formulated medical food. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 30(6), 759-768. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2011.05.008>

Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que Desempenho?* Lusociência.

Dineen-Griffin, S., Garcia-Cardenas, V., Williams, K., & Benrimoj, S. I. (2019). Helping patients

help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PloS one*, 14(8), e0220116. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220116>

Direção Geral da Saúde. (2011). *Norma n.º 018/2011, de 23 de maio de 2011: Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 029/2012, atualizada a 31 de outubro de 2013: Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI)*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Norma n.º 015/2013, atualizada a 4 de novembro de 2015: Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Norma n.º 014/2015 de 6 de agosto de 2015. Medicamentos de alerta máximo*. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-de-alerta-maximo.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015c). *Norma n.º 020/2014 atualizada a 14 de dezembro de 2015. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Direção-Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro de 2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos Relatório do Programa Prioritário PPCIRA 2021*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infeco-es-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Norma n.º 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022*.

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Direção-Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022b). Norma n.º 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022. "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção Associada ao Cateter Vesical. Direção Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Paul, S. M. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology nursing forum*, 28(3), 465-470.

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford.

Doorenbos, A. Z., Jang, M. K., Li, H., & Lally, R. M. (2020). eHealth Education: Methods to Enhance Oncology Nurse, Patient, and Caregiver Teaching. *Clinical journal of oncology nursing*, 24(3), 42-48. <https://doi.org/10.1188/20.CJON.S1.42-48>

Eilers, J., Harris, D., Henry, K., & Johnson, L. A. (2014). Evidence-based interventions for cancer treatment-related mucositis: putting evidence into practice. *Clinical journal of oncology nursing*, 18 Suppl, 80-96. <https://doi.org/10.1188/14.CJON.S3.80-96>

European Medicines Agency. (2023). Filgrastim Hexal: EPAR – Public assessment report. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/filgrastim-hexal>

Fahmer, N., Faller, H., Wöckel, A., Salmen, J., Heuschmann, P. U., & Meng, K. (2023). Patients' perceived challenges, competencies, and supportive care needs during acute clinical treatment of breast or gynecological cancer. *Psycho-oncology*, 32(5), 682-691. <https://doi.org/10.1002/pon.6112>

Fabbrocini, G., Panariello, L., Caro, G., & Monfrecola, G. (2015). Chemotherapy and Cutaneous Drug Reactions. *Cutaneous Drug Eruptions*, 309-321. https://doi:10.1007/978-1-4471-6729-7_29

Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., & Bray, F. (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer today*. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheet.pdf>

Ferri, F. F. (2019). *Oncologia e hematologia: Recomendações atualizadas de diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Figueiredo, A. M. (2008). Ética: origens e distinção da moral. *Saúde, Ética & Justiça*, 13(1), 1-9.

Fioredda, F., Skokowa, J., Tamary, H., Spanoudakis, M., Farruggia, P., Almeida, A., Guardo, D.,

Höglund, P., Newburger, P. E., Palmblad, J., Touw, I. P., Zeidler, C., Warren, A. J., Dale, D. C., Welte, K., Dufour, C., & Papadaki, H. A. (2023). The European Guidelines on Diagnosis and Management of Neutropenia in Adults and Children: A Consensus Between the European Hematology Association and the EuNet-INNOCHRON COST Action. *HemaSphere*, 7(4), e872. <https://doi.org/10.1097/HS9.0000000000000872>

Flagg A. J. (2015). The role of patient-centered care in nursing. *The Nursing clinics of North America*, 50(1), 75-86. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.10.006>

Forbes, C. A., Deshpande, S., Sorio-Vilela, F., Kutikova, L., Duffy, S., Gouni-Berthold, I., & Hagström, E. (2018). A systematic literature review comparing methods for the measurement of patient persistence and adherence. *Current Medical Research and Opinion*, 34(9), 1613-1625. <https://doi.org/10.1080/03007995.2018.1477747>

Ford, K. L., Orsso, C. E., Kiss, N., Johnson, S. B., Purcell, S. A., Gagnon, A., Laviano, A., & Prado, C. M. (2022). Dietary choices after a cancer diagnosis: A narrative review. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 103-104, 111838. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2022.111838>

Freifeld, A. G., Bow, E. J., Sepkowitz, K. A., Boeckh, M. J., Ito, J. I., Mullen, C. A., Raad, I. I., Rolston, K. V., Young, J.-A. H., & Wingard, J. R. (2011). Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 52(4), e56-e93. <https://doi.org/10.1093/cid/cir073>

Freitas, M. S. (2022). A vulnerabilidade na doença oncológica. In A. Galvão & B. Magalhães (Eds.), *Cuidar em oncologia: Reflexões para a prática clínica* (pp. 81-93). Euromédice. ISBN: 978-989-8808-08-0

Galvão, A., & Baptista, G. (2022). Literacia em doença crónica e autocuidados: Oncologia. In A. Galvão & B. Magalhães (Eds.), *Cuidar em oncologia: Reflexões para a prática clínica* (pp. 19-27). Euromédice. ISBN: 978-989-8808-08-0

Gardner, A., Mattiuzzi, G., Faderl, S., Borthakur, G., Garcia- Manero, G., Pierce, S., ... Estey, E. (2008). Randomized comparison of cooked and noncooked diets in patients undergoing remission induction therapy for acute myeloid leukemia. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 5684-5688. <https://doi.org/10.1200/JCO.2008.16.4681>

Gborogen, R., & Polek, C. (2018). Oral Agents: Challenges With Self-Administered Medication Adherence in Clinical Trials. *Clinical journal of oncology nursing*, 22(3), 333-339. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.333-339>

Giesler, J. M., & Weis, J. (2008). Developing a self-rating measure of patient competence in the context of oncology: a multi-center study. *Psycho-oncology*, 17(11), 1089-1099. <https://doi.org/10.1002/pon.1330>

- Gilmore, J.W., Peacock, N.W., Gu, A., Szabo, S., Rammage, M., Sharpe, J., ... Burke, T.A. (2014). Antiemetic guideline consistency and incidence of chemotherapy-induced nausea and vomiting in US community oncology practice: INSPIRE study. *Journal of Oncology Practice*, 10, 68-74. <https://doi.org/10.1200/JOP.2012.000816>
- Goleman, D. (2011). *Leadership: The Power of Emotional Intelligence*. More Than Sound LLC.
- Gomes, N. C. R. P., Santos, C. S. V. de B., de Jesus, M. M. G. R. B., & Henriques, M. A. da S. (2016). Effectiveness of nursing interventions in the postoperative recovery of gastric cancer patients: A systematic literature review. *Revista de Enfermagem Referencia*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://doi.org/10.12707/RIV16050>
- Gorski, L. A., Ong, J., Van Gerpen, R., Nickel, B., Kokotis, K., & Hadaway, L. (2024). Development of an Evidence-Based List of Non-Antineoplastic Vesicants: 2024 Update. *Journal of infusion nursing : the official publication of the Infusion Nurses Society*, 47(5), 290-323. <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000568>
- Grady, P. A., & Gough, L. L. (2014). Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. *American journal of public health*, 104(8), e25-e31. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041>
- Grunberg, S. M., Deuson, R. R., Mavros, P., Geling, O., Hansen, M., Cruciani, G., Daniele, B., De Pouvourville, G., Rubenstein, E. B., & Daugaard, G. (2004). Incidence of chemotherapy-induced nausea and emesis after modern antiemetics: Perception versus reality. *Cancer*, 100(10), 2261-2268. <https://doi.org/10.1002/cncr.20230>
- Gucuyener, B. G., & Karabacak, B. G. (2025). Effect of Chemotherapy Patient Education Using the Teach-Back Method on Symptom Management and Quality of Life: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Cancer Education: The Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 10.1007/s13187-024-02564-0. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s13187-024-02564-0>
- Harbeck, N., Penault-Llorca, F., Cortes, J., Gnant, M., Houssami, N., Poortmans, P., Ruddy, K., Tsang, J., & Cardoso, F. (2019). Breast cancer. *Nature reviews. Disease primers*, 5(1), 66. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0111-2>
- Hartl, D.M., Morel, D., Saavedra, E., Massard, C., Rinaldo, A., Saba, N.F., ... Soria, J.-C. (2017). Otorhinolaryngological toxicities of new drugs in oncology. *Advances in Therapy*, 34, 866-894. <https://doi.org/10.1007/s12325-017-0512-0>
- Hayes, D. F., & Lippman, M. E. (2022). Breast cancer. In J. Loscalzo, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, & J. L. Jameson (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (21st ed., Vol. 1, pp. 611-625). McGraw-Hill Education.
- Heckroth, M., Luckett, R. T., Moser, C., Parajuli, D., & Abell, T. L. (2021). Nausea and Vomiting in

2021: A Comprehensive Update. *Journal of clinical gastroenterology*, 55(4), 279-299. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001485>

Heng, M. S., Barbon Gauro, J., Yaxley, A., & Thomas, J. (2020). Does a neutropenic diet reduce adverse outcomes in patients undergoing chemotherapy?. *European journal of cancer care*, 29(1), e13155. <https://doi.org/10.1111/ecc.13155>

Henoch, I., Olsson, C., Larsson, M., & Ahlberg, K. (2018). Symptom Dimensions as Outcomes in Interventions for Patients With Cancer: A Systematic Review. *Oncology nursing forum*, 45(2), 237-249. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.237-249>

Herrstedt, J., Clark-Snow, R., Ruhlmann, C. H., Molassiotis, A., Olver, I., Rapoport, B. L., Aapro, M., Dennis, K., Hesketh, P. J., Navari, R. M., Schwartzberg, L., Affronti, M. L., Garcia-Del-Barrio, M. A., Chan, A., Celio, L., Chow, R., Fleury, M., Gralla, R. J., Giusti, R., Jahn, F., ... participants of the MASCC/ESMO Consensus Conference 2022. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org (2024). 2023 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting. *ESMO open*, 9(2), 102195. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.102195>

Hesketh, P.J. (2008). Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *New England Journal of Medicine*, 358, 2482-2494. <https://doi.org/10.1056/NEJMr0706547>

Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R., & Tusler, M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors?. *Health services research*, 42(4), 1443-1463. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00669>

Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The Beliefs about Medicines Questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14(1), 1-24. <https://doi.org/10.1080/08870449908407311>

Howell, D., Keller-Olaman, S., Oliver, T. K., Hack, T. F., Broadfield, L., Biggs, K., Chung, J., Gravelle, D., Green, E., Hamel, M., Harth, T., Johnston, P., McLeod, D., Swinton, N., Syme, A., & Olson, K. (2013). A pan-Canadian practice guideline and algorithm: screening, assessment, and supportive care of adults with cancer-related fatigue. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 20(3), e233-e246. <https://doi.org/10.3747/co.20.1302>

Howell, D., Mayer, D. K., Fielding, R., Eicher, M., Verdonck-De Leeuw, I. M., Johansen, C., Soto-Perez-De-Celis, E., Foster, C., Chan, R., & Alfano, C. M. (2021). Management of cancer and health after the clinic visit: A call to action for self-management in cancer care. *Journal of the National Cancer Institute*, 113(5), 523-531. <https://doi.org/10.1093/jnci/djaa083>

Hutchinson, M., Hurley, J., Kozlowski, D., & Whitehair, L. (2018). The use of emotional intelligence capabilities in clinical reasoning and decision-making: A qualitative, exploratory study. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), e600-e610. <https://doi.org/10.1111/jocn.14106>

Índice. (n.d.). *Cloreto de sódio - Informação geral*. Índice. <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/cloreto-de-sodio/informacao-geral>

INFARMED. (2023). *Benzidamina - Pesquisa avançada* - Infomed. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED. (2024a). *Prednisolona - Pesquisa avançada* - Infomed. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED. (2024b). *Paracetamol - Pesquisa avançada* - Infomed. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Jefford, M., Howell, D., Li, Q., Lisy, K., Maher, J., Alfano, C. M., Rynderman, M., & Emery, J. (2022). Improved models of care for cancer survivors. *Lancet (London, England)*, 399(10334), 1551–1560. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00306-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00306-3)

Joerger M. (2012). Prevention and handling of acute allergic and infusion reactions in oncology. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 23 Suppl 10, x313–x319. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds314>

Kantilal, K., Hardeman, W., Whiteside, H., Karapanagiotou, E., Small, M., & Bhattacharya, D. (2020). Realist review protocol for understanding the real-world barriers and enablers to practitioners implementing self-management support to people living with and beyond cancer. *BMJ open*, 10(9), e037636. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037636>

Kearney, N., Miller, M., Maguire, R., Dolan, S., MacDonald, R., McLeod, J., Maher, L., Sinclair, L., Norrie, J., & Wengström, Y. (2008). WISECARE+: Results of a European study of a nursing intervention for the management of chemotherapy-related symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(5), 443–448. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.07.005>

Kendler, H. (1985). *Introdução à psicologia* (6ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.

Keyworth, C., Epton, T., Goldthorpe, J., Calam, R., & Armitage, C. J. (2020). Acceptability, reliability, and validity of a brief measure of capabilities, opportunities, and motivations ("COM-B"). *British journal of health psychology*, 25(3), 474–501. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12417>

Koselke, E. A., & Kraft, S. (2012). Chemotherapy-induced diarrhea: Options for treatment and prevention. *Journal of Hematology Oncology Pharmacy*, 2(4), 143–151. <http://jhponline.com/jhop-issue-archive/2012-issues/december-2012-vol-3-no-4/15408-chemotherapy-induced-diarrhea-options>

Kralik, D., Visentin, K., & van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 55(3), 320–329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>

Kralik, D., & Van Loon, A. (2010). Transitional process and chronic illness. In D. Kralik, B. Peterson, & V. Coates (Eds.), *Translating chronic illness research into practice* (pp. 17–36).

United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.

Kvarnström, K., Westerholm, A., Airaksinen, M., & Liira, H. (2021). Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review of Qualitative Research. *Pharmaceutics*, 13(7), 1100. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13071100>

Kwan, M. L., Pimentel, N., Izano, M., Iribarren, C., Rana, J. S., Nguyen-Huynh, M., Cheng, R., Laurent, C. A., Lee, V. S., Roh, J. M., Rillamas-Sun, E., Hershman, D. L., Kushi, L. H., Greenlee, H., & Neugebauer, R. (2024). Adherence to cardiovascular medications and risk of cardiovascular disease in breast cancer patients: A causal inference approach in the Pathways Heart Study. *PloS one*, 19(9), e0310531. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310531>

Lawless, M. T., Tieu, M., Chan, R. J., Hendriks, J. M., & Kitson, A. (2023). Instruments Measuring Self-Care and Self-Management of Chronic Conditions by Community-Dwelling Older Adults: A Scoping Review. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 42(7), 1687-1709. <https://doi.org/10.1177/07334648231161929>

Lee, J. L. C., Leong, L. P., & Lim, S. L. (2016). Nutrition intervention approaches to reduce malnutrition in oncology patients: a systematic review. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(1), 469-480. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2958-4>

Lee, J., Cherwin, C., Czaplewski, L. M., Dabbour, R., Doumit, M., Lewis, C., Selm-Orr, D. L., Thoele, K., Wesmiller, S., Whiteside, S., Ginex, P., Irwin, M. M., Maloney, C. M., Moriarty, K. A., & Vrabell, M. (2018). Chemotherapy-induced nausea and vomiting—Adult. *Oncology Nursing Society*. <https://www.ons.org/clinical-tools/pep/chemotherapy-induced-nausea-and-vomiting-adult>

Lenz H. J. (2007). Management and preparedness for infusion and hypersensitivity reactions. *The oncologist*, 12(5), 601-609. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.12-5-601>

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (pp. 19-45). Harwood Academic Publishers.

Liptrott, S., Bee, P., & Lovell, K. (2018). Acceptability of telephone support as perceived by patients with cancer: A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), 1-28. <https://doi.org/10.1111/ecc.12643>

Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01

Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão*

E Desenvolvimento, (30), 557-578.
<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Lyman, G. H. (2006). Risks and Consequences of Chemotherapy-Induced Neutropenia. *Clinical Cornerstone*, 8, S12-S18. [https://doi:10.1016/s1098-3597\(06\)80054-2](https://doi:10.1016/s1098-3597(06)80054-2)

Magalhães, B. (2020). *Autogestão dos sintomas associados ao tratamento de quimioterapia na pessoa com doença oncológica*. Tesis Doctoral. Universidad de Jaen. <https://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/1061/1/Tesis%20PhD.pdf>

Magalhães, B. (2022a). A teoria das transições como um modelo conceptual no âmbito da enfermagem oncológica. In A. Galvão & B. Magalhães (Eds.), *Cuidar em oncologia: Reflexões para a prática clínica* (pp. 7-18). Euromédice. ISBN: 978-989-8808-08-0

Magalhães, B. (2022b). Conceitos centrais no âmbito da gestão da doença oncológica e das complicações associadas à sua abordagem terapêutica. In A. Galvão & B. Magalhães (Eds.), *Cuidar em oncologia: Reflexões para a prática clínica* (pp. 44-56). Euromédice. ISBN: 978-989-8808-08-0

Mantzorou, M., Koutelidakis, A., Theocharis, S., & Giaginis, C. (2017). Clinical Value of Nutritional Status in Cancer: What is its Impact and how it Affects Disease Progression and Prognosis?. *Nutrition and cancer*, 69(8), 1151-1176. <https://doi.org/10.1080/01635581.2017.1367947>

Martins, M. E., Pais, H. L., & Ribeiro, L. A. (2020a). Abordagem diagnóstica da neoplasia da mama. In I. Fernandes & P. Cortes (Coord. Cient.), *Manual de Oncologia SPO: Abordagem e tratamento do cancro da mama* (pp. 83-95). edit.on.lab., lda.

Martins, M., Trindade, L., Vandresen, L., Leite, M., Pereira, C., & Landeiro, M. (2020b). Tecnologias utilizadas por enfermeiros gestores em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190294>

Mazhari, F., & Khoshnood, Z. (2021). Exploring the care needs of Iranian patients with cancer: a qualitative content analysis. *BMC nursing*, 20(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00659-3>

Mcbride, A., & Persky, D. (2021). Transitioning Select Chemotherapeutics to the Outpatient Setting Improves Care and Reduces Costs. *Oncology Issues*, 36(4), 56-64. <https://doi.org/10.1080/10463356.2021.1927629>

McCarthy B. (2011). Family members of patients with cancer: what they know, how they know and what they want to know. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 15(5), 428-441. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.10.009>

McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L. S., Lorig, K., & Wagner, E. H. (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a

chronic illness. *CA: a cancer journal for clinicians*, 61(1), 50-62. <https://doi.org/10.3322/caac.20093>

McGuire, D. B., Fulton, J. S., Park, J., Brown, C. G., Correa, M. E., Eilers, J., Elad, S., Gibson, F., Oberle-Edwards, L. K., Bowen, J., Lalla, R. V., & Mucositis Study Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). (2013). Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 21(11), 3165-3177. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1942-0>

McQuade, R. M., Stojanovska, V., Abalo, R., Bornstein, J. C., & Nurgali, K. (2016). Chemotherapy-Induced Constipation and Diarrhea: Pathophysiology, Current and Emerging Treatments. *Frontiers in pharmacology*, 7, 414. <https://doi.org/10.3389/fphar.2016.00414>

Mercadante, S., Aielli, F., Adile, C., Ferrera, P., Valle, A., Fusco, F., ... Porzio, G. (2015). Prevalence of oral mucositis, dry mouth, and dysphagia in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 23, 3249-3255. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2720-y>

Meleis, A. I., Hall, J. M., & Stevens, P. E. (1994). Scholarly caring in doctoral nursing education: promoting diversity and collaborative mentorship. *Image--the journal of nursing scholarship*, 26(3), 177-180. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00309.x>

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mestdagh, F., Steyaert, A., & Lavand'homme, P. (2023). Cancer Pain Management: A Narrative Review of Current Concepts, Strategies, and Techniques. *Current Oncology*, 30(7), 6838-6858. <https://doi.org/10.3390/curroncol30070500>

Milliron, B. J., Klobodu, C., Deutsch, J., Martyn, K., Dychtwald, D., Riahi, E., Carro, S., Hisek, T., Darcy, N., & Klassen, A. C. (2023). "Keep Your Chin Up, and Keep Eating": Perceptions of Barriers and Facilitators to Healthful Dietary Behaviors Among Individuals With Gastrointestinal Cancer and Caregivers. *Cancer control : journal of the Moffitt Cancer Center*, 30, 10732748231208316. <https://doi.org/10.1177/10732748231208316>

Ministério da Saúde. (2017, 4 de maio). *Portaria n.º 153/2017: Define os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência*. Diário da República, 1.ª série, n.º 86.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/153-2017-106970981>

Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.)*, 10(5), 348–354. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>

Moser, R. P., Trivedi, N., Murray, A., Jensen, R. E., Willis, G., & Blake, K. D. (2022). Patient-Centered Communication (PCC) scale: Psychometric analysis and validation of a health survey measure. *PloS one*, 17(12), e0279725. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279725>

Mourato Ribeiro, J. (2020). Biologia do carcinoma de mama. In I. Fernandes & P. Cortes (Coord. Cient.), *Manual de Oncologia SPO: Abordagem e tratamento do cancro da mama* (pp. 39–67). edit.on.lab., lda.

Mrayyan, M. T., Abunab, H. Y., Abu Khait, A., Rababa, M. J., Al-Rawashdeh, S., Algunmeeyn, A., & Abu Saraya, A. (2023). Competency in nursing practice: a concept analysis. *BMJ open*, 13(6), e067352. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067352>

Muluneh, B., Muir, M. A., Collins, J. B., Proco, D., Mackler, E., Leak Bryant, A., Wood, W. A., Tilkens, M., Reichard, J. S., Foster, M., Gatwood, J., Wheeler, S. B., Zullig, L. L., & Elston Lafata, J. (2023). Barriers and facilitators associated with implementing interventions to support oral anticancer agent adherence in academic and community cancer center settings. *PloS one*, 18(7), e0286630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286630>

Muscaritoli, M., Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., Hütterer, E., Isenring, E., Kaasa, S., Krznaric, Z., Laird, B., Larsson, M., Laviano, A., Mühlebach, S., Oldervoll, L., Ravasco, P., Solheim, T. S., Strasser, F., de van der Schueren, M., ... Bischoff, S. C. (2021). ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 40(5), 2898–2913. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005>

Muscaritoli, M., Bar-Sela, G., Battisti, N. M. L., Belev, B., Contreras-Martínez, J., Cortesi, E., de Brito-Ashurst, I., Prado, C. M., Ravasco, P., & Yalcin, S. (2023). Oncology-Led Early Identification of Nutritional Risk: A Pragmatic, Evidence-Based Protocol (PRONTO). *Cancers*, 15(2), 380. <https://doi.org/10.3390/cancers15020380>

National Comprehensive Cancer Network. (2018). *NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines®): Cancer-related fatigue (Version 2.2018)*. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf

National Comprehensive Cancer Network. (2024). *NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines®): Prevention and treatment of cancer-related infections (Version 3.2024)*. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/infections.pdf

National Comprehensive Cancer Network. (2025). *NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines®): Antiemesis (Version 1.2025)*.

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis.pdf

National Cancer Institute. (2023, August 24). *Gastrointestinal complications (PDQ®): Health professional version*. In PDQ Cancer Information Summaries. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65768/>

National Cancer Institute. (2024a). *Nausea and vomiting related to cancer treatment (PDQ®): Health professional version*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/nausea/nausea-hp-pdq>

National Cancer Institute. (2024b, 20 de setembro). *Nutrition in cancer care (PDQ®) – Health professional version*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/appetite-loss/nutrition-hp-pdq>

National Foundation for Cancer Research. (2020, 17 de março). *Cancer: There's an app for that (2020 update)*. <https://www.nfcr.org/blog/cancer-theres-an-app-for-that-2020-update/>

Neiva, C. (2021). *A gestão do risco clínico e do risco não clínico no serviço de urgência da unidade de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve: A segurança do doente no processo contínuo de melhoria* [Master's thesis, Faculdade de Economia, Universidade do Algarve]. Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.1/18713>

Neuss, M. N., Gilmore, T. R., Belderson, K. M., Billett, A. L., Conti-Kalchik, T., Harvey, B. E., Hendricks, C., LeFebvre, K. B., Mangu, P. B., McNiff, K., Olsen, M., Schulmeister, L., Von Gehr, A., & Polovich, M. (2016). 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for Pediatric Oncology. *Journal of oncology practice*, 12(12), 1262–1271. <https://doi.org/10.1200/JOP.2016.017905>

Nickel, B., Gorski, L., Kleidon, T., Kyes, A., DeVries, M., Keogh, S., Meyer, B., Sarver, M. J., Crickman, R., Ong, J., Clare, S., & Hagle, M. E. (2024). Infusion Therapy Standards of Practice, 9th Edition. *Journal of infusion nursing : the official publication of the Infusion Nurses Society*, 47(1S Suppl 1), S1–S285. <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000532>

Nizet, P., Toucheffeu, Y., Pecout, S., Cauchin, E., Beaudouin, E., Mayol, S., Fronteau, C., & Huon, J. F. (2022). Exploring the factors influencing adherence to oral anticancer drugs in patients with digestive cancer: a qualitative study. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 30(3), 2591–2604. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06663-2>

Nunes, L. M. (2016). Os limites ao agir ética no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, 59(2), 8-17.

O'Donovan, B., Rodgers, R. M., Cox, A. R., & Krska, J. (2019). 'You feel like you haven't got any control': A qualitative study of side effects from medicines. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 0(0), 1-12. <https://doi.org/10.1177/2516043518821499>

Olsen, M. M., LeFebvre, K. B., & Brassil, K. J. (Eds.). (2019). *Chemotherapy and immunotherapy guidelines and recommendations for practice*. Oncology Nursing Society.

Oncology Nursing Society. (2017). *Oncology nurse navigator core competencies*. https://www.ons.org/sites/default/files/2017-05/2017_Oncology_Nurse_Navigator_Competencies.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *REPE ESTATUTO*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Parecer Conjunto no 01/2017 do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica* (Regulamento n.º 558/2017). Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/558-2017-108317777>

Ordem dos Enfermeiros. (2017c). *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médica Cirúrgica: Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. Mosby.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). *Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality*. Organization for Economic Cooperation and Development. https://www.oecd.org/en/publications/caring-for-quality-in-health_9789264267787-en.html

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023a). *State of Health in the EU Portugal Perfil de saúde do país 2023*. Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://doi.org/10.1787/6be7d83c-pt>.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023b). *Perfil sobre cancro por país: Portugal 2023*. Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://doi.org/10.1787/40186a6b-pt>.

Padilha, J. M. S. C. (2013). *Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/14958>

Pagani, M., Bavbek, S., Alvarez-Cuesta, E., Dursun, A., Bonadonna, P., Castells Guitart, M., Rodrigues Cernadas, J., Chiriac, A., Sahar, H., Madrigal-Burgaleta, R., & Sanchez, S. (2021).

Hypersensitivity reactions to chemotherapy: An EAACI Position Paper. *Allergy*, 77. <https://doi.org/10.1111/all.15113>

Pais, F. (2004). Implicações da doença oncológica no doente e família. In F. J. Regateiro & M. E. Bilro (Eds.), *Enfermagem oncológica*. Formasau.

Palmore, T. N., Parta, M., Cuellar-Rodriguez, J., & Gea-Banacloche, J. C. (2015). Infections in the cancer patient. In V. T. DeVita, T. S. Lawrence, & S. A. Rosenberg (Eds.), *Cancer: Principles & practice of oncology* (10th ed., pp. 1931–1959). Wolters Kluwer Health.

Paus, R., Haslam, I. S., Sharov, A. A., & Botchkarev, V. A. (2013). Pathobiology of chemotherapy-induced hair loss. *The Lancet. Oncology*, 14(2), e50–e59. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(12\)70553-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(12)70553-3)

Peng, Q., & Wu, W. (2020). Development and validation of oral chemotherapy self-management scale. *BMC cancer*, 20(1), 890. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07404-0>

Pereira, F. M. S. (2007). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Institucional do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. <http://hdl.handle.net/10216/7182>

Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 55–62. <https://doi.org/10.12707/RIII11146>

Pérez Fidalgo, J. A., García Fabregat, L., Cervantes, A., Margulies, A., Vidall, C., & Roila, F. (2012). Management of chemotherapy extravasation: ESMO-EONS clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 23(Suppl. 7), vii167–vii173. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds294>

Penaforte, M. H. (Coord.). (2023, março). *Guia orientador de boas práticas na administração de terapêuticas antineoplásicas sistémicas à pessoa com doença oncológica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29937/gobp_doncologica_ok.pdf

Peterson, D. E., Srivastava, R., & Lalla, R. V. (2015). Oral mucosal injury in oncology patients: perspectives on maturation of a field. *Oral diseases*, 21(2), 133–141. <https://doi.org/10.1111/odi.12167>

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem* (1ª ed.). Coimbra: Formasau

Pilotte, A. P., Hohos, M. B., Polson, K. M., Huftalen, T. M., & Treister, N. (2011). Managing stomatitis in patients treated with Mammalian target of rapamycin inhibitors. *Clinical journal of oncology nursing*, 15(5), E83–E89. <https://doi.org/10.1188/11.CJON.E83-E89>

Pinto, C. (2008). *Jovens e adultos sobreviventes de cancro: Variáveis psicossociais associadas à*

otimização da saúde e qualidade de vida após o cancro [Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação].

Pittiruti, M., van Boxtel, T., Scoppettuolo, G., Carr, P., Konstantinou, E., Ortiz Miluy, G., Lamperti, M., Goossens, G., Simcock, L., Dupont, C., Inwood, S., Bertoglio, S., Nicholson, J., Pinelli, F., & Pepe, G. (2021). European recommendations on the proper indication and use of peripheral venous access devices (the ERPIUP consensus): A WoCoVA project. *The Journal of Vascular Access*, 24, 11297298211023274. <https://doi.org/10.1177/11297298211023274>

Portenoy, R. K., Thaler, H. T., Kornblith, A. B., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Kiyasu, E., Sobel, K., Coyle, N., Kemeny, N., & Norton, L. (1994). The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, 30A(9), 1326-1336. [https://doi.org/10.1016/0959-8049\(94\)90182-1](https://doi.org/10.1016/0959-8049(94)90182-1)

Pituskin E. (2022). Cancer as a new chronic disease: Oncology nursing in the 21st Century. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique*, 32(1), 87-92.

Rafael, M., Magalhães, B., Sousa, C., Fernandes, C., & Santos, C. (2021). iGestSaúde – Revisão Integrativa sobre a autogestão de sintomas decorrentes do tratamento de Quimioterapia. *Onco.News - Investigação e Informação em Enfermagem Oncológica*, (42), 45-55. <https://doi.org/10.31877/on.2021.42.06>

Ramamoorthy, V., Rubens, M., Appunni, S., Saxena, A., McGranaghan, P., Veledar, E., Viamonte-Ros, A., Shehadeh, N., Kaiser, A., & Kotecha, R. (2020). Lack of Efficacy of the Neutropenic Diet in Decreasing Infections among Cancer Patients: A Systematic Review. *Nutrition and cancer*, 72(7), 1125-1134. <https://doi.org/10.1080/01635581.2019.1675723>

Ravasco P. (2019). Nutrition in Cancer Patients. *Journal of clinical medicine*, 8(8), 1211. <https://doi.org/10.3390/jcm8081211> Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>

Ream, E., Hughes, A. E., Cox, A., Skarparis, K., Richardson, A., Pedersen, V. H., Wiseman, T., Forbes, A., & Bryant, A. (2020). Telephone interventions for symptom management in adults with cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD007568. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007568.pub2>

Rechis, R., Arvey, S. R., & Beckjord, E. B. (2013). Perspectives of a lifelong cancer survivor--improving survivorship care. *Nature reviews. Clinical oncology*, 10(2), 117-120. <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2012.212>

Regulamento n.º 122/2011. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República: 2.ª série*, n.º 35, 8648 - 8653. Ordem dos Enfermeiros.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>

Regulamento n.º 533/2014. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República, 2.ª série, n.º 233, 2 de dezembro de 2014. Ordem dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/533-2014-60651797>

Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho. (2016). Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados. Jornal Oficial da União Europeia, L119. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

Regulamento n.º 588/2017. (2017). Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica. Diário da República: 2.ª série, n.º 200, 23640 - 23642. Ordem dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/558-2017-108317777>

Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, Paliativa, Perioperatória e Crónica. Diário da República n.º 135/2018 - 2ª Série. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República - 2ª Série, n.º 26/2019. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 743/2019. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2ª Série, n.º 184, 128-155. Ordem dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-12498\1040>

Regulamento n.º 613/2022. (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República: 2ª Série, n.º 131, 179-182. Ordem dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>

Ribeiro, I. S. (2015). *Hematologia: Da prática clínica à teoria*. Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 43(3), 255-264. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>

Risser, J., Jacobson, T., & Kripalani, S. (2007). Development and psychometric evaluation of the self-efficacy for appropriate medication use scale (SEAMS) in low-literacy patients with chronic disease. *Journal of Nursing Measurement*, 15(3), 203-219. <https://doi.org/10.1891/106137407783095757>

Roselló, S., Blasco, I., García Fabregat, L., Cervantes, A., Jordan, K., & ESMO Guidelines Committee (2017). Management of infusion reactions to systemic anticancer therapy: ESMO

Clinical Practice Guidelines. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 28(suppl_4), iv100-iv118. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx216>

Roy, C., & Andrews, H. (1999). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Appleton & Lange.

Sandoz - Novartis Company. (2023, fevereiro). Zarzio® (filgrastim) [bula]. <https://www.sandoz.com>

Santos, C. (2006). *Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família*. Formasau.

Santos, C., & Lima, L. (2022). Autogestão na doença oncológica: contributos para as. Em A. Galvão, & B. Magalhães, *Cuidar em Oncologia: reflexões para a prática clínica* (pp. 105-120). Euromédice. ISBN: 978-989-8808-08-0

Schmidt, H. (2016). Chronic Disease Prevention and Health Promotion. In D. H. Barrett, L. W. Ortmann, A. Dawson, C. Saenz, A. Reis, & G. Bolan (Eds.), *Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435779/>

Schneider, S. M., Hess, K., & Gosselin, T. (2011). Interventions to promote adherence with oral agents. *Seminars in oncology nursing*, 27(2), 133-141. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2011.02.005>

Scott, J. M., Lee, J., Herndon, J. E., Michalski, M. G., Lee, C. P., O'Brien, K. A., Sasso, J. P., Yu, A. F., Rowed, K. A., Bromberg, J. F., Traina, T. A., Gucalp, A., Sanford, R. A., Gajria, D., Modi, S., Comen, E. A., D'Andrea, G., Blinder, V. S., Eves, N. D., Peppercorn, J. M., ... Jones, L. W. (2023). Timing of exercise therapy when initiating adjuvant chemotherapy for breast cancer: a randomized trial. *European heart journal*, 44(46), 4878-4889. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad085>

Shahsavari, Y., & Choudhury, A. (2023). Examining influential factors in newly diagnosed cancer patients and survivors: Emphasizing distress, self-care ability, peer support, health perception, daily life activity, and the role of time since diagnosis: PloS one. *PloS One*, 18(9), e0291064. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291064>

Sidani, S. (2011). Self care. In D. Doran (Ed.), *Nursing outcomes: The state of the science* (pp. 131-200). Jones & Bartlett Learning.

Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 01-02. Janeiro-Abril. Vol.55:11-20.

Silva-Pinto, A., Rocha-Pereira, N., Andrade, J., Sarmiento, A., & Santos, L. (2018, June 29). Protocol for the prevention of infections related to the treatment of hematological malignancies. *Acta Médica Portuguesa*, 31(6), 347-361. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/10035>

Smith, L. E., Webster, R. K., & Rubin, G. J. (2020). A systematic review of factors associated with

side-effect expectations from medical interventions. *Health Expectations*, 23(6), 1135-1155. <https://doi.org/10.1111/hex.13059>

Sonbol, M. B., Jain, T., Firwana, B., Hilal, T., Deleon, T., Murad, A., Murad, M. H., & Khera, N. (2019). Neutropenic diets to prevent cancer infections: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ supportive & palliative care*, 9(4), 425-433. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001742>

Sonis S. T. (2009). Mucositis: The impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis. *Oral oncology*, 45(12), 1015-1020. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2009.08.006>

Sousa, B., Furlanetto, J., Hutka, M., Gouveia, P., Wuerstlein, R., Mariz, J. M., Pinto, D., Cardoso, F., & ESMO Guidelines Committee (2015). Central venous access in oncology: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 26 Suppl 5, v152-v168. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv296>

Sousa, C., Magalhães, B., Rafael, M., Fernandes, C. & Santos, C. (2020). IGestSaude - a autogestão dos sintomas na pessoa em tratamento de quimioterapia: uma revisão integrativa da literatura. *Onco.News*, 41, 6-17. DOI: <https://doi.org/10.31877/on.2020.41.01>

Spoelstra, S. L., & Given, C. W. (2011). Assessment and measurement of adherence to oral antineoplastic agents. *Seminars in oncology nursing*, 27(2), 116-132. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2011.02.004>

Stark, L. L., Tofthagen, C., Visovsky, C., & McMillan, S. C. (2012). The symptom experience of patients with cancer. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 14(1), 61-70. <https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e318236de5c>

Stewart, D. E., Cheung, A. M., Duff, S., Wong, F., McQuestion, M., Cheng, T., Purdy, L., & Bunston, T. (2001). Attributions of cause and recurrence in long-term breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 10(2), 179-183. <https://doi.org/10.1002/pon.497>

Stringer, A. M., & Logan, R. M. (2015). The role of oral flora in the development of chemotherapy-induced oral mucositis. *Journal of oral pathology & medicine : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology*, 44(2), 81-87. <https://doi.org/10.1111/jop.12152>

Svarstad, B. L., Chewning, B. A., Sleath, B. L., & Claesson, C. (1999). The Brief Medication Questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Education and Counseling*, 37(2), 113-124. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00107-4](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00107-4)

Taplitz, R. A., Kennedy, E. B., Bow, E. J., Crews, J., Gleason, C., Hawley, D. K., Langston, A. A., Nastoupil, L. J., Rajotte, M., Rolston, K. V., Strasfeld, L., & Flowers, C. R. (2018). Antimicrobial prophylaxis for adult patients with cancer-related immunosuppression: ASCO and IDSA clinical practice guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 36(30).

<https://doi.org/10.1200/JCO.18.00374>

Tavares, A., Soares, E., André, S., Barreiros, C., Pité-Madeira, C., Sá, R., & Haddad, I. (2019). Gestão de risco não clínico. In A. Bridi, A. Alves, A. Teles, A. Tavares, B. Fontes, C. Pité-Madeira, C. Barreiras, C. Corrêa, E. Santos, E. Pina, E. Soares, E. Ferreira, I. Haddad, I. Castro, J. Tavares, J. Pontes, L. Pinto, L. Reis, L. Zambon, ... W. Shcolnik (Orgs.), *Segurança do paciente: Conhecendo os riscos nas instituições de saúde* (Cap. 15). Fiocruz.

Thom, K. A., Kleinberg, M., & Roghmann, M. C. (2013). Infection prevention in the cancer center. *Clinical Infectious Diseases*, 57(4), 579–585. <https://doi.org/10.1093/cid/cit290>

U.S. Department of Health and Human Services. (2017, November 27). *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) (Version 5)*. National Institutes of Health. Retrieved from <https://www.cancer.gov>

Vallerand, A. H., Sanoski, C. A., & Deglin, J. H. (2016). *Guia farmacológico para enfermeiros* (14^a ed.). Lusodidacta.

Vaz Batista, M., & Braga, S. (2020). Etiologia do carcinoma da mama. In I. Fernandes & P. Cortes (Coord. Cient.), *Manual de Oncologia SPO: Abordagem e tratamento do cancro da mama* (pp. 21–39). edit.on.lab., lda.

Vaz, I., & Lumini, M. J. (2022). Utilidade e facilidade no uso de recursos tecnológicos pelos enfermeiros gestores. *Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 4(3), 1-12. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v4i3.236>

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (n.d.). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*. <https://doi.org/10.30681/252610105480>

Viana Taveira, M. R., Lima, L. S., de Araujo, C. C., & de Mello, M. J. (2017). Risk factors for central line-associated bloodstream infection in pediatric oncology patients with a totally implantable venous access port: A cohort study. *Pediatric Blood & Cancer*, 64(2), 336–342. <https://doi.org/10.1002/pbc.26225>

Villa, A., & Sonis, S. T. (2016). Pharmacotherapy for the management of cancer regimen-related oral mucositis. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 17(13), 1801–1807. <https://doi.org/10.1080/14656566.2016.1217993>

Vinayak, S., Gilmore, H. L., & Harris, L. N. (2015). Molecular biology of breast cancer. In V. T. DeVita Jr., T. S. Lawrence, & S. A. Rosenberg (Eds.), *DeVita, Hellman, and Rosenberg's cancer: Principles & practice of oncology* (10th ed., pp. 1107–1115). Wolters Kluwer Health.

Vogel W. H. (2010). Infusion reactions: diagnosis, assessment, and management. *Clinical journal of oncology nursing*, 14(2), E10–E21. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.E10-E21>

Ward, B. W., Schiller, J. S., & Goodman, R. A. (2014). Multiple Chronic Conditions Among US Adults: A 2012 Update. *Preventing Chronic Disease*, 11. <https://doi.org/10.5888/pcd11.130389>

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Lusociências.

Wilson, B. J., Ahmed, F., Crannell, C. E., Crego, W., Erb, C. H., Foster, J., ... Zitella, L. (2017, April 20). *ONS putting evidence into practice: Prevention of infection*. Oncology Nursing Society. <https://www.ons.org/practice-resources/pep/prevention-infection>

Wilson, B. J., Zitella, L. J., Erb, C. H., Foster, J., Peterson, M., & Wood, S. K. (2018). Prevention of Infection: A Systematic Review of Evidence-Based Practice Interventions for Management in Patients With Cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 22(2), 157-168. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.157-168>

Wilson, F., Mood, D., Nordstrom, C.K. (2013). The influence of easy-to-read pamphlets about self care management of radiation side effects on patients knowledge. *Oncology Nursing Forum*, 37(6), 774-781. <https://doi.org/10.1188/10.ONF.774-781>

World Cancer Research Fund, & American Institute for Cancer Research. (2018). Body fatness and weight gain and the risk of cancer (p. 142). <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Body-fatness-and-weight-gain.pdf>

World Health Organization. (2003). *Adherence to LongTerm Therapies: Evidence for Action*. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>

World Health Organization (2005). *Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital*. Edição em Português: Formatos. https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf

World Health Organization. (2007). *Patient identification*. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution-2-patient-identification.pdf>

World Health Organization. (2021). *From value for money to value-based health services: a twenty-first century Shift*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340724/9789240020344_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2022a). *Global Cancer Observatory*. World Health Organization. https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900_world-fact-sheet.pdf

World Health Organization. (2022b). *Global Cancer Observatory: Portugal*. World Health Organization. https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/620_portugal-fact-sheet.pdf

World Health Organization. (2024). *Carga global de câncer aumenta em meio à crescente necessidade de serviços*. World Health Organization.

<https://www.paho.org/pt/noticias/1-2-2024-carga-global-cancer-aumenta-em-meio-crescente-necessidade-servicos>

7. ANEXOS

Anexo I

Objetivos e atividades definidas no projeto de desenvolvimento profissional

1.1 Desenvolver competências na identificação das necessidades da pessoa com doença oncológica.

1.1.1 Aprofundar conhecimentos sobre autogestão da doença oncológica.

- Pesquisar evidência científica nas bases de dados (CINAHL, MEDLINE, PUBMED) sobre conceitos centrais no âmbito da autogestão da doença oncológica;
- Elaborar um diagrama de conceitos sobre a evidência reunida;
- Analisar o diagrama com a enfermeira tutora.

1.1.2 Desenvolver capacidades para identificar as necessidades relacionadas com os efeitos secundários induzidos pela quimioterapia.

- Pesquisar evidência científica nas bases de dados (CINAHL, MEDLINE, PUBMED) e na literatura nomeadamente em teses de mestrado e doutoramento sobre: principais efeitos secundários da quimioterapia;
- Desenvolver um quadro de orientação que nomeie os principais efeitos secundários, inerentes ao tratamento de quimioterapia;
- Entrevistar os enfermeiros gestores do hospital de dia de oncologia de três instituições acerca das principais necessidades identificadas à pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia;
- Elaborar uma síntese das necessidades identificadas após a pesquisa e as entrevistas, e refletir sobre as implicações para a prática;
- Analisar e refletir, em conjunto com a enfermeira tutora e com os professores orientadores do projeto individual, acerca da síntese elaborada;
- Observar a enfermeira tutora na recolha de dados relativa à identificação dos efeitos secundários induzidos pela quimioterapia;
- Treinar, sob a supervisão da enfermeira tutora, a recolha de dados referentes à identificação dos efeitos secundários induzidos pela quimioterapia;
- Analisar com a enfermeira tutora a minha performance na recolha de dados.

1.1.3 Desenvolver capacidades na recolha de dados para a identificação das necessidades da pessoa no domínio da autogestão do regime medicamentoso.

- Pesquisar instrumentos que avaliam a autogestão do regime medicamentoso na pessoa com doença oncológica a efetuar quimioterapia;
- Observar a enfermeira tutora na recolha de dados relacionada com a autogestão do regime medicamentoso, nomeadamente na avaliação do conhecimento, consciencialização e do significado atribuído ao regime medicamentoso;
- Treinar, sob a supervisão da enfermeira tutora, a avaliação do conhecimento, consciencialização e significado no processo de autogestão do regime medicamentoso;
- Analisar com a enfermeira tutora a minha performance na recolha dos dados mencionados.

1.1.4 Desenvolver capacidade na recolha de dados para a identificação das necessidades no domínio da autogestão do regime dietético.

- Pesquisar na literatura sobre regime dietético na pessoa com neutropenia induzida pela quimioterapia;
- Observar a enfermeira tutora na recolha de dados relacionada com a autogestão do regime dietético, nomeadamente na avaliação do conhecimento e do significado atribuído ao regime dietético;
- Treinar, sob a supervisão da enfermeira tutora, a avaliação do conhecimento e dos significados no processo de autogestão do regime dietético;
- Analisar com a enfermeira tutora a minha performance na recolha dos dados mencionados.

1.2. Desenvolver competências no planeamento de intervenções especializadas à pessoa com doença oncológica com vista à facilitação do processo de transição saúde/doença.

1.2.1 Desenvolver capacidades para promover a autogestão do regime medicamentoso na pessoa com doença oncológica.

- Pesquisar evidência científica nas bases de dados (CINAHL, MEDLINE, PUBMED), em livros e teses de mestrado e doutoramento, sobre: quais os fatores que facilitam e dificultam a autogestão do regime medicamentoso, bem como as estratégias adequadas para promover a autogestão;

- Elaborar um quadro síntese com os fatores que facilitam e dificultam a autogestão do regime medicamentoso, e as estratégias que concorrem para a promoção da autogestão;
- Validar o quadro síntese com a enfermeira tutora, e analisar as estratégias descritas referentes à promoção da autogestão do regime medicamentoso;
- Treinar a intervenção: “contratualizar experiência indutora de consciencialização à pessoa com doença oncológica”;
- Treinar a intervenção: “assistir a pessoa a analisar o significado dificultador” atribuído ao regime medicamentoso;
- Analisar com a enfermeira tutora a minha performance no planeamento e execução das intervenções para promover a consciencialização da pessoa com doença oncológica, e assistir a pessoa a analisar o significado dificultador;
- Discutir com a enfermeira tutora as estratégias de intervenção personalizada no compromisso da autogestão do regime medicamentoso da pessoa com doença oncológica;
- Conceber cuidados de enfermagem, utilizando o *E4Nursing* a pelo menos uma pessoa nos dois contextos de estágio;
- Analisar as principais dificuldades encontradas na conceção de cuidados de enfermagem, com a enfermeira tutora e com os professores orientadores.

1.2.2 Desenvolver capacidades para promover a autogestão do regime dietético da pessoa com neutropenia.

- Pesquisar evidência científica nas bases de dados (CINAHL, MEDLINE, PUBMED), em livros e teses de mestrado e doutoramento, sobre: quais os fatores que facilitam e dificultam a autogestão do regime dietético, bem como as estratégias adequadas para promover a autogestão;
- Elaborar um quadro síntese com os fatores que facilitam e dificultam a autogestão do regime dietético, e as estratégias que concorrem para promoção da autogestão;
- Validar o quadro síntese com a enfermeira tutora, e analisar as estratégias descritas referentes à promoção da autogestão do regime dietético;
- Treinar a intervenção: “ensinar sobre regime dietético”;
- Treinar a intervenção: “assistir a pessoa a analisar o significado dificultador” atribuído ao regime dietético;

- Analisar com a enfermeira tutora a minha performance no planeamento e execução das intervenções para promover o conhecimento da pessoa com doença oncológica, e assistir a pessoa a analisar o significado dificultador atribuído ao regime dietético;
- Conceber cuidados de enfermagem, utilizando o *E4Nursing* a pelo menos uma pessoa nos dois contextos de estágio;
- Analisar as principais dificuldades encontradas na conceção de cuidados de enfermagem, com a enfermeira tutora e com os professores orientadores.

1.3 Desenvolver competências na área dos procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos.

- Consultar as Diretrizes da Instituição bem como Nacionais acerca da Prevenção, Intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos relativos à prevenção de infeção do cateter venoso central (CVC);
- Pesquisar nas bases de dados (CINAHL, MEDLINE, PUBMED) e em guidelines sobre prevenção de infeção do cateter venoso central (CVC);
- Entrevistar a equipa dos elos de ligação do GLC-PPCIRA dos contextos sobre prevenção de infeção associada ao CVC;
- Acompanhar os elos de ligação na realização de duas auditorias referentes aos cuidados na prevenção de infeção associada ao CVC;
- Analisar o resultado das auditorias com os elos de ligação do GLC-PPCIRA dos contextos sobre a prevenção de infeção associada ao CVC;
- Assistir ao procedimento de inserção de acesso vascular central tunelizado (tipo Hickman) no serviço de onco-hematologia.

1.4 Desenvolver competências na área da gestão do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança.

- Consultar as normas internas da instituição sobre a política de administração de medicamentos antineoplásicos sistémicos;
- Pesquisar evidência científica em bases de dados (CINAHL, MEDLINE, PUBMED), e em guidelines sobre: princípios técnico-científicos associados à administração de terapêuticas antineoplásicas sistémicas à pessoa com doença oncológica, promoção de práticas seguras nas etapas de utilização de medicamentos

antineoplásicos sistêmicos, estratégias de prevenção e redução da incidência de eventos adversos relacionados com o uso de antineoplásicos sistêmicos;

- Entrevistar o enfermeiro gestor de risco da instituição de forma a identificar o conteúdo funcional referente à área da segurança do medicamento relacionada com a terapêutica antineoplásica sistêmica;
- Frequentar a formação “Segurança e saúde no trabalho com substâncias citotóxicas”;
- Entrevistar os elos de ligação de risco dos contextos, para identificar quais as etapas na utilização de antineoplásicos que se constituem como desafios maiores na segurança da utilização dos medicamentos;
- Acompanhar os elos de ligação de risco dos contextos, durante as suas atividades ao longo de dois turnos.

Anexo II

Behaviour change support
for the self-management of
chronic disease



EMITIDO EM:
agosto 27, 2024

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
f9e198004cd74a5cb111768beac16b3c



CERTIFICATE

This is to certify that LILIANA FERNANDES DE SOUSA successfully completed the Massive Open Online Course entitled "**Behaviour change support for the self-management of chronic disease**" with a duration of 50 hours corresponding to 2 ECTS.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Afonso Cavaco'.

(Afonso Cavaco)
MOOC Team Leader
Train4Health project

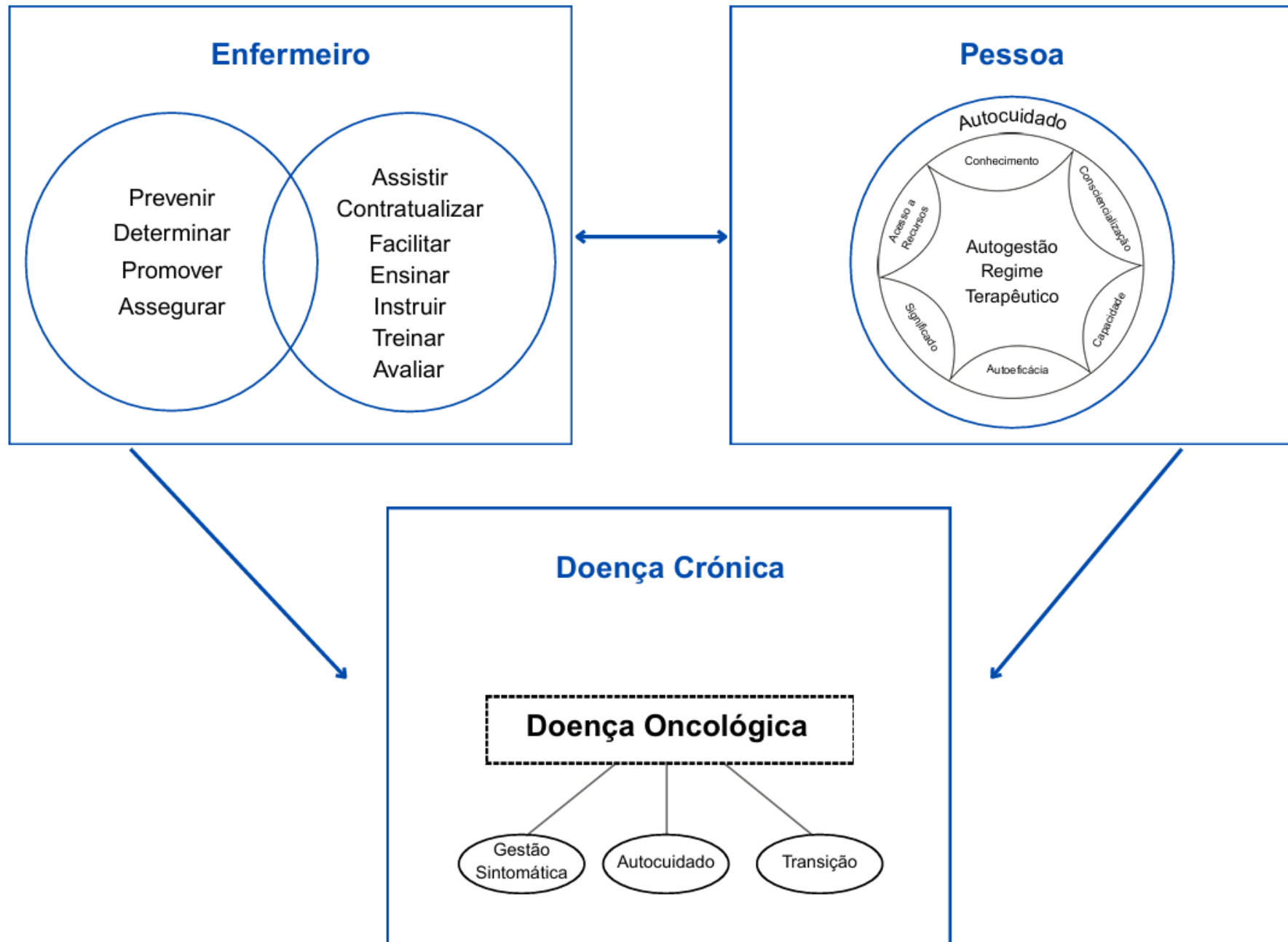


Financiado pela
União Europeia
NextGenerationEU

A pessoa mencionada neste certificado completou todas as atividades relativas ao curso em questão. Para mais informações sobre Certificação na plataforma NAU e requisitos para a sua obtenção visite nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao. Este certificado é uma prova de aprendizagem, não tendo qualquer validade formal como prova de qualificação ou como formação conferente de grau.

Anexo III

Diagrama de conceitos:



Anexo IV

Quadro Síntese:

Fatores que condicionam a autogestão do regime medicamentoso e estratégias de promoção da autogestão

Fatores Facilitadores	Fatores Dificultadores	Estratégias de Promoção da Autogestão
Boa relação com a equipa de saúde e confiança no profissional de referência (Dineen-Griffin et al., 2019; Kvarnström et al., 2021)	Esquecimento e falta de rotinas estruturadas (Washburn & Thompson, 2020)	Recurso a tecnologia: mensagens de texto e aplicativos móveis (Dang et al., 2024; Magalhães, 2020)
Fatores internos: esperança, crenças, motivação, autoconhecimento (Magalhães, 2020)	Efeitos secundários dos medicamentos (Nizet et al., 2021)	Entrevistas motivacionais (Bandiera et al., 2022)
Utilização de lembretes, caixas de medicação e aplicações móveis (Erickson et al., 2023; Dang et al., 2024; Magalhães, 2020)	Baixa literacia em saúde ou dificuldade em compreender instruções (Dineen-Griffin et al., 2019; Kvarnström et al., 2021)	Educação terapêutica individualizada (Grady & Gough, 2014; Peng & Wu, 2020) e redefinição de objetivos (Dineen-Griffin et al., 2019); Educação sobre interações entre condições e comorbilidades (Bayliss et al., 2003)
Educação sobre a doença e regime terapêutico (Magalhães, 2020; Peng & Wu, 2020)	Falta de apoio familiar ou social (Grady & Gough, 2014; Magalhães, 2020; Muluneh et al., 2023)	Uso de instrumentos validados de autoavaliação da gestão da medicação (Peng & Wu, 2020)
Motivação pessoal e perceção positiva do tratamento (Bayliss et al., 2003; Keyworth et al., 2020)	Complexidade do regime terapêutico - medicamentoso (Bayliss et al., 2003; Gborogen & Polek, 2018)	Promoção da autonomia com suporte supervisionado (Erickson et al., 2023; Magalhães, 2020)
Envolvimento ativo da pessoa no planeamento dos cuidados e tomada de decisão (Grady & Gough, 2014)	Desigualdades socioeconómicas e ambientais (Grady & Gough, 2014; Dineen-Griffin et al., 2019)	Desenvolvimento de competências em resolução de problemas e gestão emocional (Grady & Gough, 2014)
Apoio de familiares, comunidade e equipa de saúde como rede de suporte (Bayliss et al., 2003; Grady & Gough, 2014; Magalhães, 2020; Nizet et al., 2021)	Falta de clareza conceptual e terminológica na aplicação clínica da autogestão (Grady & Gough, 2014)	Integração do Chronic Care Model e intervenções interprofissionais domiciliárias (Grady & Gough, 2014); Implementar programas de autogestão da doença crónica (Santos & Lima, 2022)

Programas de intervenção estruturados e adaptados culturalmente (Grady & Gough, 2014)	Limitações nos sistemas de saúde para sustentar intervenções de autogestão (Grady & Gough, 2014)	Profissionais de saúde como suporte contínuo (Bandiera et al., 2022; Bayliss et al., 2003; Magalhães, 2020)
Seguimento regular e utilização de materiais de apoio (Dineen-Griffin et al., 2019)	Sintomas físicos como dor, fadiga, náuseas bem como outros efeitos colaterais (Magalhães, 2020)	Utilização de modelos teóricos (Dineen-Griffin et al., 2019)
Capacitação da pessoa: aquisição de competências, gestão emocional e decisão partilhada (Dineen-Griffin et al., 2019)	Sintomas emocionais como tristeza, medo, perda de controlo (Magalhães, 2020)	Informação clara e compreensível adaptada à literacia em saúde (Magalhães, 2020)
Adaptação da intervenção à prontidão da pessoa para a mudança (Dineen-Griffin et al., 2019)	Alterações no autocuidado (Magalhães, 2020)	Família e grupos de pares como apoio emocional e organizacional (Magalhães, 2020)
Adaptação e priorização de doenças com maior impacto (Bayliss et al., 2003)	Ausência de um plano personalizado e contínuo de autogestão (Dineen-Griffin et al., 2019)	Reconhecimento das prioridades da pessoa no planeamento dos cuidados (Bayliss et al., 2003)
Condições pessoais: significados, expectativas, crenças culturais, atitudes, status socioeconómico, nível de preparação, nível de conhecimento/ habilidades (Meleis et al., 2000)	Efeitos combinados de comorbilidades (Bayliss et al., 2003)	Promover comunicação eficaz (Magalhães, 2020)
	Défice de formação dos profissionais em intervenções de autogestão (Dineen-Griffin et al., 2019)	Intervir no processo de transição como agente facilitador de uma transição saudável (Magalhães 2022a)
	Condição de doença dominante prejudica o cuidado de outras (Bayliss et al., 2003)	
	Condições pessoais: significados, expectativas, crenças culturais, atitudes, status socioeconómico, nível de preparação, nível de conhecimento/ habilidades (Meleis et al., 2000)	

Anexo V

Quadro Síntese

Fatores que condicionam a autogestão do regime dietético e estratégias de promoção da autogestão

Fatores Facilitadores	Fatores Dificultadores	Estratégias de Promoção da Autogestão
Apoio social e familiar na escolha e preparação dos alimentos (Magalhães, 2020; Milliron et al., 2023)	Informação contraditória e confusa disponível online (Ford et al., 2022)	Acompanhamento por profissionais de saúde treinados em nutrição oncológica (Milliron et al., 2023)
Estratégias comportamentais e comportamentos de autocuidado (Magalhães, 2020)	Alterações no olfato e paladar durante a quimioterapia (de Vries et al., 2018)	Envolvimento do cuidador no processo de educação alimentar e planeamento (Milliron et al., 2023)
Responsabilidade no autocuidado e adesão ao tratamento (Magalhães, 2020)	Falta de preparação dos cuidadores e baixa autoeficácia na gestão de sintomas (Milliron et al., 2023)	Fornecimento de materiais educativos visualmente acessíveis e contextualizados (Abedin et al., 2024)
Personalização das recomendações alimentares (Abedin et al., 2024)	Dificuldade de acesso a alimentos adequados (condições económicas ou geográficas) (Ford et al., 2022)	Intervir no processo de transição como agente facilitador de uma transição saudável (Magalhães, 2022a)
Fatores internos, estratégias comportamentais, gestão emocional, adesão ao tratamento, esperança, grupos de ajuda (Magalhães, 2020)	Efeitos físicos decorrentes da doença e do tratamento, perturbações emocionais, perda de controlo, alterações no autocuidado (Magalhães, 2020)	
Condições pessoais: significados, expectativas, crenças culturais, atitudes, status socioeconómico, nível de preparação, nível de conhecimento/ habilidades (Meleis et al., 2000)	Condições pessoais: significados, expectativas, crenças culturais, atitudes, status socioeconómico, nível de preparação, nível de conhecimento/ habilidades (Meleis et al., 2000)	