

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção

Enfermagem Oncológica

**A Informação na Capacitação para o Autocuidado da
Pessoa com Doença Hemato-oncológica, sob Regime
de Quimioterapia de Alta Dose**

Ana Catarina Monteiro Cardeira

Sr.ª Prof.ª Antónia Espadinha

2014



“O homem converte-se aos poucos naquilo que acredita poder vir a ser.
Se me repetir incessantemente a mim mesmo que sou incapaz de fazer determinada
coisa, é possível que isso acabe finalmente por se tornar verdade.
Pelo contrário, se acreditar que a posso fazer, acabarei garantidamente por adquirir
a capacidade para a fazer, ainda que não a tenha num primeiro momento”.

Mahatma Gandhi (1984)

*Àqueles de quem cuidei,
A todos os que cuido,
E aos que continuarei a cuidar.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Sr.^a Professora Antónia Espadinha pela sabedoria, disponibilidade e compreensão, e pela preciosa e inesgotável forma como me orientou. Obrigada por me ter motivado a prosseguir este caminho e por ter sido tão empática na compreensão das minhas exaltações e dificuldades. Muito obrigada, sem si este percurso não teria sido possível.

À minha *amiga-colega* Ângela, pelas importantes conversas acerca da *essência da Enfermagem*, foi muito bom poder partilhar o meu percurso de aprendizagem com uma pessoa tão especial.

Às minhas companheiras de jornada Albertina, Andreia, Edite e Eunice, agradeço a forma partilhada e intensa como ultrapassámos as dificuldades do 1º ano do nosso Curso de Mestrado.

Às Sr.^a Enf.^a Cláudia Pinhão e Sr.^a Enf.^a Ondina Rabaça, pela preciosa colaboração no meu processo de desenvolvimento de competências. A observação da sua prestação enquanto enfermeiras especialistas, foi bastante inspiradora. Agradeço o afeto e disponibilidade demonstrados.

Ao Gu e à Marisa, pelo seu inigualável exemplo de resiliência e por me mostrarem o quão importante é continuar a acreditar.

À minha tia Lúcia, pelo seu carinho e pelo auxílio constante.

Agradeço à minha irmã, pelo mimo com que cuida de mim e, por na sua forma silenciosa, demonstrar o quanto somos importantes uma para a outra.

Ao João por estar sempre ao meu lado e por ter sido capaz de suportar as minhas ausências e tolerar os constantes acessos de *mau feitio*.

À minha mãe, obrigada por seres quem és, por me teres educado a ser quem sou e por me guiares neste caminho tortuoso que é a estrada da vida.

LISTA DE ABREVIATURAS

CMM – Clínica Multidisciplinar da Mama

CMPLE EMC EO – Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica

EONS – European Oncology Nursing Society

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

TMO – Transplante de Medula Óssea

UTM – Unidade de Transplantação Medular

RESUMO

A vivência da doença oncológica e seus tratamentos, induzem diversos sentimentos na pessoa doente, provocando alterações profundas no seu projeto de vida. A quimioterapia de alta dose, consiste numa modalidade terapêutica com efeitos secundários significativos e com repercussões a nível físico, psíquico e social. Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de apoiar, orientar e instruir os doentes na aquisição de conhecimentos, capacidades e habilidades no sentido do desenvolvimento da atividade de autocuidado.

Foi meu objetivo a aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais que me permitissem capacitar para o autocuidado o doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose.

Como metodologia recorri à pesquisa bibliográfica narrativa em livros e a bases de dados (CINHAL e MEDLINE).

Realizei ensinamentos clínicos em serviços de referência com a finalidade de integrar o saber científico na prática, visando o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, divulgadas pela Ordem dos Enfermeiros, e a obtenção do Grau de Mestre, conferido pela ESEL.

Nos estágios, utilizei o método reflexivo e efetuei o registo escrito de alguns momentos de interação em contexto de prestação direta de cuidados de enfermagem, de acordo com a didática do ciclo de Gibbs.

Como resultados, e para além do desenvolvimento das competências delineadas, elaborei um *Guia Orientador do Processo Educativo na Capacitação para o Autocuidado do Doente sob regime de Quimioterapia de alta dose*, uma *Checklist da Informação a transmitir ao Doente* e um *Guia de Alta*, que contempla recomendações sobre cuidados após a alta.

Palavras-chave: autocuidado, informação, quimioterapia.

ABSTRACT

Living with cancer induces different feelings in the patients, causing profound changes to their life planes. Treatment with chemotherapy constitutes a therapeutic modality associated with significant side effects and repercussions on the physical, psychological and social level. It is up to the nurse responsible for supporting, guiding and instructing patients in the acquisition of knowledge, skills and abilities towards the development of self-care activity.

It was my goal to develop technical, scientific and relational skills, with the aim of enabling self-care in patients with hemato-oncological diseases, treated with high-dose chemotherapy.

As research methodology, I resorted to narrative literature in books and databases (MEDLINE and CINHALL).

I proceeded to clinical teaching in reference medical services with the purpose to integrate scientific knowledge into practice, which allowed the development of Nurse Specialist competences, according to the Portuguese Nursing College, and the qualification of Master in Nursing, provided by ESEL.

During the internships the reflexive method was applied according to the Gibbs' cycle didactics, by the written register of some interaction periods taken in the context of direct nursing care activities.

As a result, and therefore to develop the defined competences, we prepared a *Practice-oriented Guide for Education and Training for the Self-care of Patients under high-dose Chemotherapy regimens*, a *Checklist of Information to transmit to the Patient*, as well as an *Outward Guide*, which includes recommendations on outward care.

Keywords: self-care, information, chemotherapy.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	11
1. QUADRO CONCEPTUAL	20
1.1. A pessoa com doença hemato-oncológica, sob regime de quimioterapia de alta dose	20
1.2. O papel do enfermeiro na transmissão de informação na capacitação para o autocuidado, de acordo com a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de Orem	23
2. METODOLOGIA DE TRABALHO	28
3. CAMINHO PERCORRIDO	30
3.1. O ensino clínico na UTM de um Hospital especializado em Oncologia	32
3.1.1. Objetivo específico: Identificar as necessidades de informação do doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose	33
3.1.2. Objetivo específico: Compreender as estratégias utilizadas e aplicadas pela equipa de enfermagem na capacitação para o autocuidado do doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose	36
3.1.3. Refletindo sobre esta etapa do percurso	41
3.2. O ensino clínico na CMM de um Hospital especializado em Oncologia	42
3.2.1. Objetivo específico: Compreender o papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente oncológico em ambulatório e em contexto de	43

Consulta de Enfermagem

3.2.2. Refletindo sobre esta etapa do percurso 49

3.3. O ensino clínico no Serviço de Hematologia de um Hospital especializado em Oncologia 50

3.3.1. Objetivo específico: Identificar a sensibilidade da equipa de enfermagem para a necessidade de transmitir informação na capacitação para o autocuidado do doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose 51

3.3.2. Objetivo específico: Capacitar para o autocuidado o doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose 55

3.3.3. Objetivo específico: Agir como elemento dinamizador da equipa de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose 59

4. QUESTÕES ÉTICAS 64

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES FUTURAS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM 66

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 70

APÊNDICES

APÊNDICE Nº 1 – Cronograma de Atividades

APÊNDICE Nº 2 – Reflexão Crítica nº 1

APÊNDICE Nº 3 – Plano da Sessão na UTM

APÊNDICE Nº 4 – Reflexão Crítica nº 2

APÊNDICE Nº 5 – Plano da Sessão na CMM

APÊNDICE Nº 6 – Apresentação da Sessão na CMM

APÊNDICE Nº 7 – Sondagem de opinião aplicada aos enfermeiros do Serviço de Hematologia

APÊNDICE Nº 8 – Reflexão Crítica nº 3

APÊNDICE Nº 9 – Plano da Sessão no Serviço de Hematologia

APÊNDICE Nº 10 – Guia Orientador do Processo Educativo na Capacitação
para o Autocuidado do Doente sob regime de Quimioterapia de alta dose:
Checklist da informação a transmitir ao doente

APÊNDICE Nº 11 – Guia de Alta com recomendações a ter no domicílio,
após a realização de tratamento com quimioterapia

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da Enfermagem assenta, cada vez mais, numa prática assistencial responsável, humanizada e fundamentada em evidência científica, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de excelência, que respondam eficazmente às necessidades de saúde das populações, promovendo o respeito pela autonomia e dignidade do ser humano. A prática deverá enfatizar as respostas humanas às transições que surgem ao longo do ciclo da vida, não se sustentando apenas na gestão de sinais e sintomas (particularidade do modelo-biomédico), tão comumente pilar da atuação dos enfermeiros.

As alterações demográficas da população, a evolução tecnológica e o conseqüente aumento da esperança de vida contribuem para a elevada prevalência de doenças crónicas, o que, aliado, à atual conjuntura socioeconómica e a alterações nas políticas de saúde, resulta em mudanças nas necessidades em cuidados de saúde da população, sendo estes mais complexos e requerendo maior exigência. Segundo Abreu (2007, p. 87), “devido aos sucessivos avanços do saber, tecnologias e comunicação, a sociedade também evolui e aumenta progressivamente as suas expectativas em matéria de sofisticação, qualidade de cuidados, segurança dos cuidados de saúde e ‘retorno’ dos investimentos”. As pessoas e a sociedade encontram-se mais informadas e anseiam por enfermeiros competentes que prestem cuidados de elevada qualidade e em segurança. Cabe ao enfermeiro capacitar aqueles de quem cuida, contribuindo para a manutenção e/ ou aumento da qualidade de vida e conferindo visibilidade aos cuidados prestados.

Perante esta realidade torna-se determinante que os enfermeiros procurem atualizar o seu saber e desenvolvam competências técnicas e relacionais para que prestem cuidados holísticos ao longo do ciclo de vida do ser humano, adequando a sua resposta à especificidade das necessidades em cuidados, tal como é mencionado no Modelo de Desenvolvimento Profissional da Ordem dos Enfermeiros (OE), 2009.

A figura do Enfermeiro Especialista apresenta-se como uma mais-valia para as equipas de enfermagem no que diz respeito à prestação direta de cuidados. “O aumento exponencial de enfermeiros especialistas no exercício da clínica impulsiona, em simultâneo, o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional, ao munir o enfermeiro de mais recursos para desenvolver respostas adaptadas em situações de grande complexidade.” (OE, 2009, p. 3).

A necessidade de desenvolver competências para responder às crescentes exigências da prática clínica levou-me a frequentar o Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica (CMPLE EMC EO). Considero a formação como parte fundamental do meu percurso de desenvolvimento profissional, pelo que a Especialidade e a obtenção do grau de Mestre constituem mais um passo na construção da minha carreira. No seu percurso formativo o Mestre desenvolve competências que lhe permitem evidenciar:

capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustentou e ou sustente a prática de enfermagem, (...) sendo capaz de comunicar as suas conclusões (...); compreensão aprofundada do(s) discurso(s) contemporâneo(s) sobre saúde, doença e cuidar/ tratar e sua implicação nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e na prática dos profissionais de saúde; capacidade de análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem; saber aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica, desenvolvendo projetos que reflitam e questionem práticas e paradigmas existentes a nível da enfermagem e processos de inovação ao nível das práticas de cuidados. (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ESEL, 2013, p. 6-7).

Desempenho a minha atividade profissional há cerca de dez anos num Hospital especializado em Oncologia, na área específica de Hematologia e, apesar da conturbada atualidade da profissão de Enfermagem, exerço uma profissão que me fascina e numa área encantadora, que me faz crescer pessoal e profissionalmente. No decorrer do referido curso foi-me proposto construir um Projeto de Intervenção relacionado com uma problemática de Enfermagem vivenciada no serviço (em que exerço a minha atividade) e sobre a qual planeei e implementei intervenções, no sentido de imprimir mudanças para a melhoria da qualidade dos cuidados. Em conformidade, determinei como área de interesse a dos cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica, sob regime de quimioterapia de alta dose.

A doença oncológica apresenta-se na vida de quem dela padece como um momento dramático, pautado por sentimentos negativos, estando associado ao sofrimento, à mutilação e à morte. Apesar dos contínuos avanços científicos e consequente aumento das taxas de sobrevivência, permanece como uma das doenças mais temidas pela população. Surge como uma agressão ao bem-estar físico e emocional, provocando alterações profundas na vida pessoal, familiar e social, suscitando incertezas face ao futuro e conduzindo ao questionamento sobre o sentido da vida. A vivência da doença oncológica apresenta-se como uma ameaça à integridade da pessoa e relembra ao ser humano a sua vulnerabilidade, em que “o sentimento de ameaça, de perda de finitude, incerteza, medo, ansiedade e angústia estarão mais vinculados e despertam desconforto e sofrimento.” (Apóstolo, Batista, Macedo e Pereira, 2006, p. 57). Os referidos autores acrescentam ainda que os sentimentos são mais profundos quando em situação de quimioterapia, uma vez que se associa o desconforto resultante do tratamento e consequente aumento da ameaça à integridade.

No serviço em que desempenho funções, a grande maioria dos doentes internados, são submetidos a tratamento com quimioterapia intensiva e de alta dose, cujos efeitos adversos são bastante severos, podendo acarretar graves complicações. “Perante este tratamento, o doente vai-se consciencializando acerca do seu problema/ patologia levando-o ao conhecimento dos efeitos secundários o que lhe poderá desencadear medos e ansiedade, pela dor e sofrimento que poderão advir deste tratamento.” (Correia e Santos, 2008, p. 25).

Durante o processo reflexivo questionei-me sobre os cuidados de enfermagem prestados e surgiram-se-me diversas questões, para as quais procurei encontrar resposta. Quais as necessidades de informação do doente sob quimioterapia? Quando deve ser transmitida a informação? Qual deverá ser o conteúdo da mesma? De que forma os enfermeiros registam os ensinamentos realizados? O registo realizado em folha diária de Enfermagem permite a continuidade de cuidados? Quais os efeitos secundários da quimioterapia mais incapacitantes para o doente? De que forma o doente é acompanhado em ambulatório? Serão os doentes capazes de implementar intervenções de autocuidado? Terão conhecimentos suficientes para

tal? De que forma os enfermeiros capacitam o doente e seus significantes para o autocuidado?

Num momento inicial, o doente além de ser confrontado com a gravidade do diagnóstico é submetido a tratamentos agressivos com repercussões a diversos níveis, nomeadamente, físico, psicológico e social, permanecendo internado durante um longo período de tempo (variável entre 3 a 4 semanas, podendo prolongar-se por mais tempo). Fisicamente os doentes experienciam frequentemente náuseas, vômitos, anorexia, diarreia, infeções, dor, fadiga, alopecia e emagrecimento, causadores de sofrimento e limitações que poderão levar a pessoa a questionar a utilidade de tantos sacrifícios. Aliado aos danos físicos surge o impacto psicossocial, visto os tratamentos de quimioterapia exigirem visitas frequentes ao hospital, que provocam alterações na dinâmica familiar e na sua capacidade de autorrealização (Rodrigues e Polidori, 2012), resultando em mudanças no desempenho de papéis. Na sua atuação o enfermeiro deve atender ao sofrimento físico causado pelos tratamentos, mas também ao desconforto psicoespiritual.

A deteção precoce de sinais e sintomas decorrentes da toxicidade da quimioterapia, inicialmente e, enquanto o doente se mantém internado, é realizada pelo enfermeiro. Contudo, nem todos os tratamentos com quimioterapia, mesmo de alta dose, são realizados em regime de internamento; em tratamentos subsequentes, habitualmente, após o ciclo de quimioterapia o doente tem alta clínica para o domicílio, no entanto, verifica-se frequentemente a necessidade de reinternamento, após um curto espaço de tempo, devido às intercorrências resultantes da aplasia provocada pelo tratamento.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental quer no ensino específico que deve ser efetuado, alertando o doente e família para a ocorrência destes efeitos secundários e para a necessidade de comunicarem o seu aparecimento, quer pela prevenção, deteção precoce e instituição de medidas específicas. (Nunes, 2004, p. 97).

A alta clínica assume-se, muitas vezes, como um momento de tensão em que doente e família/ pessoas significativas experienciam sentimentos de insegurança, fragilidade e vulnerabilidade, visto passarem do ambiente hospitalar que sentem como seguro e protetor, para o ambiente domiciliário que é, frequentemente,

encarado como ameaçador. O papel de cuidador deixa de ser desempenhado pelo enfermeiro, tornando-se necessário que o doente cuide de si próprio ou que passe a ser cuidado por familiares, que à partida não estão treinados para assumir esse papel. Desta forma é determinante que o enfermeiro capacite o doente e pessoas significativas para a adoção e implementação de comportamentos promotores de uma gestão eficaz da doença, adquirindo a capacidade de autocuidado.

Autocuidado é definido por Orem (2001) como um conjunto de ações que o ser humano desenvolve consciente e deliberadamente, em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, o bem-estar e a saúde, encontrando-se alterado em situação de doença ou dano à saúde. Ao transmitir informação acerca dos efeitos colaterais do tratamento com quimioterapia, o enfermeiro capacita o doente e os seus familiares para o cuidado de si próprio, tornando-os competentes para desenvolver atividades que promovam e mantenham a saúde, através da prevenção e gestão da doença.

No percurso formativo desenvolvido suporte-me na Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Orem para fundamentar os cuidados de enfermagem implementados. Embora a teoria se desenvolva em três outras que se interrelacionam e complementam, nomeadamente, Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem, sustento-me na Teoria do Autocuidado que estabelece o objetivo, os métodos e o resultado de cuidar de si próprio e no Sistema de Apoio-Educação com vista à promoção do autocuidado.

A informação é um dever ético para com o doente. Compete ao enfermeiro a responsabilidade de desenvolver esforços no sentido da disponibilização de informação clara, objetiva e correta, adequada à personalidade, ao grau de consciência e capacidade de entendimento e que considere a singularidade de cada ser humano, garantindo assim o direito à informação.

À transmissão de informação está subjacente a implementação da atividade de enfermagem “ensino”. Este deverá ser conciso, sistematizado e contínuo e pressupõe a realização do registo da atividade implementada de forma a conferir visibilidade e continuidade aos cuidados prestados, melhorando a qualidade dos

mesmos. A existência de uma *checklist* que contemple a informação a transmitir ao doente e que constitua um guia orientador para o enfermeiro é também importante, assim como, um documento escrito a fornecer ao doente com recomendações escritas acerca dos cuidados a ter no domicílio.

A continuidade de cuidados é vital no acompanhamento ao doente, aumentando a sua satisfação e incrementando sentimentos de segurança, reduzindo assim a possibilidade de não adesão ao regime terapêutico e mantendo a sua satisfação. O desenvolvimento de protocolos ou de guias orientadores são importantes para assegurar a existência de procedimentos escritos que conduzam o doente no seu processo de tratamento e recuperação, determinando se o mesmo compreendeu como gerir o seu regime terapêutico.

Os Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados, quando rigorosamente elaborados e utilizados, podem ser uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado (...) pode ser também uma estratégia de colaboração na equipa multidisciplinar de saúde. (OE, 2007, p. 10).

Após analisar os problemas existentes no serviço, considerando a minha capacidade de intervenção, refletindo sobre o meu percurso profissional, atendendo ainda aos conhecimentos teóricos adquiridos durante a frequência do COPLE EMC EO e com a finalidade de capacitar para o autocuidado o doente hemato-oncológico e sob regime de quimioterapia de alta dose, pretendo ser um enfermeira que:

- Presta cuidados de qualidade ao doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose;
- Aplica a evidência científica ao cuidar do doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose;
- Capacita o doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose com estratégias de autocuidado;
- Sensibiliza a equipa para a importância da capacitação do doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose;
- Age como dinamizador na equipa de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose.

O Enfermeiro Especialista, de acordo com a OE (2009, p. 10), é

um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.

São definidos domínios de competências comuns ao Enfermeiro Especialista, tais como, Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Melhoria Contínua da Qualidade, Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Considerando o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Oncológica proposto pela European Oncology Nursing Society (EONS), 2005, o enfermeiro perito em Oncologia demonstra capacidade de gestão de um ambiente terapêutico no qual doentes e familiares expressem as suas necessidades, prezando a circunstância cultural de cada um. É um profissional responsável pela sua prática, que identifica os limites do seu conhecimento e que presta assistência centrada no doente e baseada na evidência disponível. O enfermeiro reconhece o seu papel dentro da equipa multidisciplinar e colabora com a mesma, sendo capaz de apresentar claramente aos outros o valor terapêutico da Enfermagem.

A aquisição e o desenvolvimento de competências pressupõem a ocorrência de mudanças em cinco níveis consecutivos de proficiência, nomeadamente, iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). A autora menciona que é a teoria que guia os enfermeiros e lhes permite questionar a realidade, no entanto, o profissional “com experiência e conhecimento de tais teorias encontra diferenças que a teoria formal não consegue exprimir”. (2001, p.62). A competência surge com a experiência e o domínio, e a mudança resultante conduz ao melhoramento das atuações. A experiência não se refere apenas à passagem do tempo, funda-se num processo ativo “que consiste em formar e modificar teorias e ideias ligadas de muito perto à realidade.” (Benner, 2001, p. 202). A realidade de cuidados é complexa e é na interação entre a prática e a teoria que o enfermeiro desenvolve o seu processo de aprendizagem.

Tendo em conta o desenvolvimento de competências surgiu a necessidade de realizar três ensinamentos clínicos, o primeiro na Unidade de Transplantação Medular (UTM), o segundo na Consulta de Enfermagem da Clínica Multidisciplinar da Mama (CMM) e por último no Serviço de Hematologia, onde desempenho funções. A escolha dos campos de estágio relacionou-se com o facto de estes serem serviços de referência, focalizados numa abordagem em que o doente está no centro da atividade e utilizarem instrumentos na educação ao doente que poderiam enriquecer o meu percurso. Realizar os estágios permitiu-me integrar o conhecimento teórico de referência baseado na melhor evidência científica disponível, com a experiência prática na interação com peritos e utentes. Benner (2001, p. 209) alude à aprendizagem experimental e refere que é a “experiência que permite à especialista tomar decisões rápidas fundadas em exemplos concretos. Além da utilização, como modelo, de exemplos passados concretos, a perita age muitas vezes por intuição, coisa impossível de aprender ou ensinar de maneira conceptual.”

Desta forma determinei o seguinte objetivo geral, que se assumiu como guia norteador do meu percurso:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a capacitação para o autocuidado do doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose.

Em conformidade foram delineados objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos na temática dos efeitos secundários ao regime de quimioterapia de alta dose e de acordo com a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Orem;
- Identificar as necessidades de informação do doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose;
- Compreender as estratégias utilizadas e aplicadas pela equipa de enfermagem na capacitação para o autocuidado do doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose;
- Compreender o papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente oncológico em ambulatório e em contexto de Consulta de Enfermagem;

- Identificar a sensibilidade da equipa de enfermagem para a necessidade de transmitir informação na capacitação para o autocuidado do doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose;
- Capacitar para o autocuidado o doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose;
- Agir como elemento dinamizador da equipa de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose.

Os ensinamentos clínicos decorreram entre 1 de Outubro de 2012 e 15 de Fevereiro de 2013, conforme cronograma de atividades elaborado (Apêndice 1).

Este relatório de estágio tem como objetivo descrever de forma reflexiva e fundamentada as aprendizagens adquiridas ao longo do 3º semestre do COPLE EMC EO.

Para suportar este percurso, no que diz respeito às competências a atingir, baseei-me no Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista da OE (2009), no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Oncológica da EONS (2005), no Regulamento de Mestrado da ESEL (2013) e considerei ainda a filosofia de desenvolvimento de competências definida por Benner (2001).

Quanto à estrutura do presente documento, além da introdução, que inclui a definição e justificação da problemática, assim como as competências e os objetivos; apresento o quadro conceptual, em que foco a problemática relacionada com a pessoa com doença hemato-oncológica, sob regime de quimioterapia de alta dose e o papel do enfermeiro na transmissão de informação na capacitação para o autocuidado, de acordo com a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Orem. Seguem-se a metodologia de trabalho e a apresentação e reflexão cientificamente fundamentadas das atividades desenvolvidas e intervenções de enfermagem implementadas e competências adquiridas. Finalizo com uma reflexão final sobre as competências adquiridas, o trabalho desenvolvido e implicações práticas do mesmo para o meu contexto de trabalho. Surgem ainda os apêndices que evidenciam o trabalho desenvolvido durante os estágios.

1. QUADRO CONCEPTUAL

Seguidamente, proponho-me expor a evidência científica disponível e rever bibliografia existente relacionada com a capacitação para o autocuidado do doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose. Aprofundo duas áreas temáticas, que constituem o suporte teórico do trabalho desenvolvido. Foco a vivência da doença oncológica e enuncio os efeitos secundários ao tratamento com quimioterapia, referenciando aqueles que são mais frequentes e incapacitantes. Abordo a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, de Dorothea Orem, que constitui o referencial teórico para o desenvolvimento da problemática em estudo, enfatizando o papel do enfermeiro na transmissão de informação à pessoa doente enquanto estratégia utilizada na capacitação para o autocuidado.

1.1. A pessoa com doença hemato-oncológica, sob regime de quimioterapia de alta dose

A confrontação com o diagnóstico de cancro é indutora de grande sofrimento e exalta na pessoa e seus significantes sentimentos e emoções ambíguos, devastadores e perturbadores que se refletem nas relações interpessoais, profissionais e na sua vida futura. O aparecimento da doença apresenta-se como uma ameaça para a concretização de sonhos e projetos.

“As doenças oncológicas constituem a segunda principal causa de morte em Portugal e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral, sendo provavelmente as doenças mais temidas pela população em geral.” (Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, 2007, p. 5). O diagnóstico de cancro continua a ser encarado por muitos como fatal, apesar dos contínuos avanços científicos e tecnológicos. A doença oncológica comporta-se

cada vez mais como uma doença crónica, com remissões e recaídas ao longo da sua história natural. A doença hemato-oncológica não é exceção, as taxas de sobrevivência são cada vez maiores, apesar dos efeitos secundários dos tratamentos. Leucemias e Linfomas são patologias malignas, que se podem apresentar de forma aguda colocando em risco a vida do indivíduo, exigindo urgência no tratamento a implementar; surgem maioritariamente em crianças, adolescentes, jovens adultos e adultos.

O processo terapêutico passa muitas vezes por procedimentos com repercussões na autoimagem, na autoestima, estilos de vida, bem-estar físico, como tal na qualidade de vida dos doentes. Um dos tratamentos mais temidos pelos doentes e ao qual estão associadas representações muito negativas é a quimioterapia citostática. (Ribeiro, 2004, p. 30).

Além da veracidade do diagnóstico o doente depara-se também com os tratamentos, consciencializando-se dos seus problemas. Segundo Paupério (1998), o tratamento com quimioterapia é, “instituído imediatamente após o diagnóstico, tendo o doente de se adaptar aos dois novos impactos ao mesmo tempo. Enquanto procura ultrapassar os efeitos da doença começa já a sentir as repercussões do tratamento.” (Correia e Santos, 2008, p. 26).

Os sentimentos perante o tratamento são diversos e num estudo realizado por Correia e Santos (2008) sobre as vivências do utente oncológico submetido a quimioterapia, os autores identificam sentimentos e emoções positivos e negativos relativamente ao fenómeno em estudo. Esperança, aceitação, expectativa, confiança e paciência são sentimentos e emoções referidos pelos doentes como positivas. As emoções negativas verificam-se através da dor, ansiedade/ preocupação, desespero, depressão, tristeza, medo, rejeição, choque e revolta.

O sofrimento decorrente do tratamento leva o doente a questionar a utilidade de tantos sacrifícios. De acordo com Bulsara, Ward e Joske (2004), citados por Sá (2010), “manter a esperança e manter-se no controlo da doença e do tratamento são estratégias importantes para o sentimento de empoderamento em doentes hemato-oncológicos.” (Sá, 2010, p. 65).

O tratamento da doença hematológica maligna e aguda implica realização de quimioterapia citostática de alta dose e de forma intensiva. É um procedimento

agressivo, tanto em duração como em número e variedade de efeitos secundários e sequelas causadas. No tratamento das Leucemias a imunossupressão e a mielossupressão são severas e prolongam-se no tempo, dependendo de fatores, como sejam os medicamentos citostáticos utilizados, os tratamentos previamente realizados, a idade e o estado nutricional do doente.

De acordo com Esteves e Bizarro (2006, p. 27) a quimioterapia de alta dose implica “complicações associadas à supressão da medula óssea, incluem maior suscetibilidade à infeção secundária à neutropenia, fadiga associada à anemia e aumento do risco de hemorragia, devido à baixa contagem plaquetária.” Os autores referem ainda que além dos efeitos decorrentes da imunossupressão os doentes apresentam outros efeitos indesejáveis como sejam:

alopécia, que é mal tolerada pelos doentes, contribui para o isolamento social devido à transformação no aspeto físico; alterações gastrointestinais (náuseas, vómitos e diarreias), que podem levar a alterações na nutrição do doente; alterações cutâneas e das mucosas, que causam diminuição das barreiras e conseqüentemente o aumento das infeções; alterações da sexualidade e reprodução, diminuição da libido e histerilidade; toxicidade sobre outros órgãos como: coração, pulmão, fígado, sistema nervoso e outros. (Esteves e Bizarro, 2006, p. 23-24).

Temtap e Nilmanat (2011) efetuaram um estudo de investigação com o objetivo de descrever os sintomas experienciados assim como as estratégias utilizadas na sua gestão em pessoas com Leucemia Mieloblástica Aguda. Os achados indicam que os doentes experienciam múltiplos sintomas causados pela doença, bem como pelo tratamento do cancro. Febre alta, fraqueza, náusea e anorexia foram experienciados por todos os participantes e são vivenciados como mais severos. Apesar da menor expressão, surgem outros sintomas sentidos como adversos, tais como, hemorragia, alteração do paladar, alopecia, insónia e cefaleia. As abordagens e estratégias utilizadas pelos doentes para aliviar os sintomas são variadas e são empregues habitualmente em combinação. Os participantes usam frequentemente abordagens preventivas, diretas, complementares e reparadoras para controlar os sintomas físicos e aplicam estratégias de distração para controlar os sintomas psicológicos

Noutros estudos realizados com o propósito de examinar o autorrelato dos sintomas e autocuidado por parte dos adultos a receber quimioterapia ou radioterapia, os sintomas mais comumente identificados são fadiga, alterações gastrointestinais,

dor e alopecia, encontrando-se as estratégias de autocuidado relacionadas com alterações na dieta e estilo de vida, utilização de medidas de controlo da mente e do corpo e tratamentos biológicos. (Williams et al, 2006 e Williams et al, 2010).

Na fase aguda da doença e do tratamento os doentes frequentemente minimizam os problemas físicos e focam-se na sobrevivência, enfrentam os problemas como sendo parte inevitável do tratamento e, conseqüentemente, não tendem a pedir ajuda. (Persson, Hallberg e Ohlsson, 1997).

1.2. O papel do enfermeiro na transmissão de informação na capacitação para o autocuidado, de acordo com a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de Orem

O autocuidado remete para “a 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). É uma função humana reguladora e intrínseca que tem de ser aprendida e executada deliberadamente e continuamente de acordo com as necessidades reguladoras dos indivíduos. Estes desenvolvem comportamentos de autocuidado através das ações que implementam no interesse da manutenção da vida, do funcionamento saudável e na continuação do desenvolvimento pessoal e do bem-estar. O autocuidado é influenciado por fatores condicionantes básicos que Orem (2001, p. 245) define como sendo “fatores internos ou externos aos indivíduos que afetam a sua capacidade de envolver-se no autocuidado ou afetam o tipo e a quantidade de autocuidado necessário”. São fatores condicionantes básicos a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural, os fatores associados ao sistema de saúde, os fatores do sistema familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais e a adequação e disponibilidade de recursos.

“Os cuidados de enfermagem são exigidos quando existe um déficit de autocuidado entre aquilo que o doente pode realizar (ação de autocuidado) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado).”

(Petronilho, 2012, p. 25-26). Englobam atividades de ação deliberada e intervenções de diagnóstico, prescrição e regulação.

Em diversas situações o indivíduo possui capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento da atividade de autocuidado, neste campo a atuação dos enfermeiros incide no Sistema de Apoio-Educação. (Orem, 2001). De acordo com a autora “é o único sistema em que as necessidades de ajuda do doente estão confinadas a tomada de decisões, controle de comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades.” (2001, p. 354).

O enfermeiro tem o dever de informar o doente, é um direito, consagrado e enunciado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Direção Geral de Saúde, 1999) no seu artigo 6º “O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.” O dever de informação encontra-se também expresso no artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005), no que diz respeito ao direito pela autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família/significantes e atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo no âmbito dos cuidados de enfermagem.

Os objetivos da comunicação enfermeiro/ doente prendem-se como ato de informar, convencer, fazer agir, expressar sentimentos, atuar sobre o equilíbrio emocional e a saúde psíquica e induzir sentimentos. (...) todo o processo de comunicação deve estar centrado no desenvolvimento de uma relação de ajuda e na redução de incerteza, indicando deste modo uma direção ao doente e sua família. (Saraiva, 2003, p. 38).

O estabelecimento da relação de ajuda prevê a disponibilidade, capacidade de escuta e de compreensão; estar atento e preocupar-se com o outro, objetividade, autenticidade e franqueza e empatia são componentes indispensáveis ao desenvolvimento da comunicação; escutar o outro, atendendo às preocupações verbalizadas e à linguagem corporal são também fundamentais.

Ream (2000) menciona benefícios positivos quando se transmite informação adequada às necessidades do doente, tais como, aumento da satisfação, maior colaboração no tratamento, menores níveis de ansiedade perante procedimentos, sendo as expectativas mais realistas. Os doentes e familiares sentem maior controlo

e referem menos sofrimento relacionado com os efeitos secundários do tratamento porque estão cientes das estratégias de autocuidado que podem aplicar. A referida autora identifica ainda variáveis do indivíduo e do ambiente que podem influenciar o processo educativo. Género, idade, estado de desenvolvimento, personalidade, estratégias de *coping*, saúde e tratamento, experiências anteriores, educação e cultura como variáveis individuais. As variáveis do ambiente são: o próprio ambiente, o tempo, os materiais disponíveis e os recursos humanos.

O enfermeiro deve identificar o estilo de aprendizagem preferido pelo doente, as barreiras de aprendizagem incluindo linguagem e crenças culturais, bem como, avaliar o desejo do doente em adquirir informação.

Os adversos efeitos provocados pela quimioterapia, indutores de vivências de estados de bem-estar antagónicos, determinam a necessidade de cuidados de natureza relacional e técnica-instrumental, em que o processo de intervenção terapêutica de enfermagem se concretiza na gestão de sentimentos e na gestão de informação. (Lopes, 2006).

Os cuidados de suporte aos doentes com Leucemia são o maior contributo para aumentar a sobrevivência e promover a qualidade de vida. Durante todas as fases de tratamento os recursos dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar são imprescindíveis no apoio ao doente e seus significantes. Ao enfermeiro, como perito no conhecimento da doença e das suas potenciais complicações, compete apoiar o doente em três áreas: prevenir ou corrigir os efeitos laterais esperados, devido à doença ou tratamentos, antecipar e tratar complicações potenciais ou não esperadas e facilitar a adaptação psicossocial do doente e família. (Ososki, 2000).

Numa revisão sistemática da literatura realizada por Sá (2010) sobre as intervenções de enfermagem que contribuem para aliviar o sofrimento do doente hemato-oncológico internado, a autora refere que as intervenções de enfermagem que aliviam o sofrimento da pessoa com doença oncológica são, entre outras, ensinar sobre os efeitos secundários dos tratamentos e da doença e assegurar os cuidados de continuidade e de aconselhamento e a existência da continuidade dos profissionais.

A educação do doente relacionada com os diferentes aspetos da quimioterapia, requer enfermeiros competentes para realizar uma avaliação e implementar intervenções com base nas necessidades de cada indivíduo. O adequado acesso à documentação acerca dos efeitos colaterais, a resposta ao tratamento e subsequente impacto na qualidade de vida são vitais e constituem-se como pilares para a tomada de decisão. (Thomson, 2000).

Ao enfermeiro compete apoiar o doente e pessoas significativas na procura de comportamentos de autocuidado, auxiliando-os na mobilização de requisitos de autocuidado no desvio de saúde, exigidos em condições de doença. (Orem, 2001). A autora (2001, p. 235) enumera requisitos de autocuidado no desvio de saúde:

- procurar e garantir assistência médica adequada;
- estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos;
- realizar efetivamente as prescrições diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação recomendadas;
- estar consciente e atender ou regular os efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes de intervenções realizadas ou prescritas;
- modificar o autoconceito em aceitar estar num estado de saúde particular e necessitar de formas específicas de cuidados de saúde;
- aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções e diagnóstico médico e tratamento no estilo de vida que promovam um continuado desenvolvimento pessoal.

Uma das maiores responsabilidades do enfermeiro ao cuidar do doente em tratamento com quimioterapia é a educação do paciente sobre a gestão dos efeitos colaterais e a forma de atuação adequada às condições resultantes da quimioterapia. Facultar brochuras informativas contendo os efeitos secundários dos medicamentos assim como estratégias para a resolução dos mesmos torna-se fundamental. (Rigdon, 2010).

O ensino ao doente com leucemia deverá começar no momento do diagnóstico e continuar durante o curso da doença. (...) o ensino deverá fazer-se no doente hospitalizado durante a fase de indução e no período de cuidados de suporte intensivos e no doente ambulatorio durante a fase de terapêutica contínua e 'follow-up' a longo prazo. (Ososki, 2000, p. 339).

Thompson e Hogan (1995) reconhecem conteúdos a transmitir ao doente com Leucemia e com Linfoma e sua família, designadamente, natureza do processo da

doença e seus efeitos, prevenção da infeção, regime medicamentoso (método de administração e efeitos colaterais), sintomas que exigem atenção médica imediata (febre e hemorragia), recursos comunitários existentes e necessidade de continuidade de acompanhamento médico.

A verdade, clareza, honestidade, abertura, disponibilidade e uniformidade como a comunicação de informação acontece, determina a relação estabelecida, em que a confiança e segurança são elementos essenciais.

O enfermeiro está em posição privilegiada para perceber o momento certo de dar determinada informação; para perceber naquele momento qual a quantidade de informação que o doente é capaz de suportar; (...) para perceber quando o doente não entendeu o verdadeiro significado da mensagem e o ajudar dando as explicações necessárias. (Martins, 2007, p. 12).

É necessário que a equipa de saúde se articule, trabalhando em consonância, para que a informação transmitida seja coerente e acessível. Por vezes, a linguagem utilizada para esclarecer o doente e significantes é muito técnica. É importante que o enfermeiro conheça a informação que o doente detém acerca do seu estado, para que transmita informação de forma adequada. A informação contribui para a noção de controlo da situação e conseqüentemente para a diminuição da ansiedade. “A informação é uma atitude ética para com o doente e ao mesmo tempo uma mensagem de confiança.” (Almeida e Silva, 2004, p. 20).

Os pressupostos da Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de Orem, são corroborados por Williams et al (2006), quando referem que o objetivo geral da educação ao doente é proporcionar-lhe estratégias que o possam auxiliar no alívio de sintomas relacionados com o tratamento. Estas medidas podem ajudar os doentes a completar com sucesso o seu regime terapêutico.

2. METODOLOGIA DE TRABALHO

Durante o processo de aprendizagem foram aplicados procedimentos metodológicos distintos, que se constituíram como guia orientador da minha atuação.

Realizei pesquisa bibliográfica narrativa e crítica baseada em livros e em artigos científicos disponíveis em alguns motores de busca eletrónicos, nomeadamente, EBSCOhost (bases de dados: CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text). A pesquisa realizada teve como objetivo rever a narrativa existente, assim como a melhor evidência científica disponível, permitindo a contextualização da temática em estudo.

Aludindo a Benner (2001, p. 33) “os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem”. A referida autora menciona ainda que o conhecimento teórico é orientador da prática, contudo, é na transposição desse saber para o contexto de cuidados, que a aprendizagem da enfermeira surge e o crescimento acontece. Desta forma, defini três campos de estágio com o desígnio de integrar o saber científico na prática e desenvolver as competências intrínsecas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica.

Diferentes atividades foram promovidas durante o percurso formativo. Apliquei o método reflexivo, espelhado no registo escrito de alguns momentos de interação em contexto de prestação direta de cuidados de enfermagem, de acordo com a didática do Ciclo de Gibbs.

Com a finalidade de agir como dinamizadora da equipa de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose, efetuei uma sondagem de opinião com a finalidade de identificar a perceção dos enfermeiros sobre as necessidades de informação do doente hemato-oncológico e seus significantes. Elaborei documentos

orientadores da boa prática de cuidados, nomeadamente, um Guia Orientador do Processo Educativo na Capacitação para o Autocuidado do Doente sob regime de Quimioterapia de alta dose, que contém uma *Checklist* da Informação a transmitir ao Doente, assim como, um Guia de Alta com recomendações sobre cuidados a considerar no domicílio, após a realização de tratamento com quimioterapia.

Para finalizar, elaborei o presente relatório de estágio que reflete o percurso de aprendizagem e de aquisição de competências, sendo também um instrumento de avaliação, possibilitando a tomada de consciência das transformações e mudanças pessoais resultantes das experiências de estágio.

O relatório assume uma “potencialidade formadora, pois permite desenvolver a capacidade de explicar as situações da prática e construir saber a partir da reflexão sobre a prática.” (OE, 2010, p. 31).

3. CAMINHO PERCORRIDO

Ao longo do percurso de aprendizagem, correspondente ao 1º ano do COPLE EMC EO e, particularmente, na fase de conceptualização do projeto, adquiri e aprofundei conhecimentos teóricos que foram sendo mobilizados em contexto de ensino clínico, visando o desenvolvimento de competências inerentes ao título de Enfermeiro Especialista e ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica; neste caso particular, na área específica da prática de enfermagem especializada em oncologia e no âmbito da informação na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença hemato-oncológica, sob regime de quimioterapia de alta dose.

Iniciei esta componente prática do desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, refletindo sobre o meu percurso profissional e atendendo à minha capacidade de intervenção sobre os problemas com que me deparo diariamente. Para determinar as competências a desenvolver fundamentei-me no Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista, designado pela OE (2009), no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Oncológica, estabelecido pela EONS (2005), no Regulamento de Mestrado da ESEL (2013) e considerei ainda a filosofia de desenvolvimento de competências definida por Benner (2001).

Creto que a disponibilização de informação adequada é uma das estratégias fundamentais na capacitação para o autocuidado do doente hemato-oncológico em tratamento com quimioterapia de alta dose e apoiada por diversos autores, tais como, Ream (2000), Thomsom (2000), Orem (2001), Williams et al (2006), Rigdon (2010), Sá (2010) e Williams et al (2010), tracei o seguinte objetivo geral para o 3º semestre do COPLE EMC EO:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a capacitação para o autocuidado do doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose.

Em conformidade, determinei objetivos específicos e planeei atividades a incrementar durante as três experiências de estágio. Os objetivos definidos, bem como, as atividades implementadas foram delimitados com a orientação da docente tutora do projeto e discutidos com as diferentes orientadoras dos ensinamentos clínicos, tendo-se procedido às alterações necessárias, de acordo com as sugestões realizadas e especificidades dos serviços.

Algumas das atividades desenvolvidas foram comuns e intrínsecas a todos os locais de estágio, pelo que não as enuncio de modo particular e individual quando relato as experiências de aprendizagem.

A pesquisa de referencial teórico atualizado revelou-se como uma preocupação constante e fundamental, surgindo naturalmente e acompanhando todo o meu trajeto. Analisei de forma sintética clara, lógica e com rigor científico a evidência científica disponível em algumas áreas temáticas, nomeadamente, problemática relacionada com a vivência da doença oncológica, efeitos adversos do tratamento com quimioterapia de alta dose, transmissão de informação e consulta de enfermagem. Para suportar os cuidados de enfermagem prestados fundamentei-me na Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Orem.

O conhecimento científico adquirido foi sendo enquadrado na prática de cuidados em enfermagem oncológica no decurso da componente prática de aprendizagem. As intervenções de enfermagem implementadas foram acompanhadas de momentos de reflexão profundos e de análise crítica tal como é evidenciado no registo escrito de situações de interação em cuidados (Apêndices 2, 4 e 8).

Apresentei o projeto de estágio aos profissionais responsáveis pelos serviços e às enfermeiras orientadoras dos locais de estágio, negociando a viabilidade de cumprimento dos objetivos traçados. Conheci a estrutura física dos serviços, compreendendo a sua dinâmica de funcionamento. Procurei integrar-me na dinâmica da equipa e na organização dos serviços, divulgando aos demais elementos da equipa o propósito da minha presença.

Consultei processos clínicos da pessoa doente através dos quais tomei conhecimento da sua história de doença, possibilitando dirigir a minha avaliação,

consequente planeamento e intervenção, tendo em vista a promoção do autocuidado. Realizei registos de enfermagem objetivos e concisos, garantindo a continuidade de cuidados.

Pretendi que a minha passagem pelos diferentes locais não se restringisse somente à apropriação, pela minha parte, de saberes dos próprios serviços, pelo que procurei partilhar parte do meu conhecimento, através da realização de sessões de informação e da disponibilização de documentação escrita pertinente e atual.

3.1. O ensino clínico na UTM de um Hospital especializado em Oncologia

Decidi iniciar o meu trajeto de estágio na UTM visto ser um serviço cujos doentes têm problemáticas muito comparáveis àquele em que desempenho a minha atividade profissional. Os doentes internados são, na sua maioria, do foro hemato-oncológico e parte do seu tratamento consiste em realização de quimioterapia de alta dose.

A UTM organiza-se em duas valências complementares: unidade de internamento e hospital de dia; concretizei o estágio no internamento visto ser nesta valência que a preparação para a alta se efetiva e, sendo uma unidade de internamento, a sua realidade é mais semelhante à do meu contexto de trabalho. Apesar de no serviço serem assistidos adultos e crianças, durante o estágio apenas acompanhei doentes adultos.

O ensino clínico teve a duração de 144 horas. A integração ao serviço foi facilitada pelo facto de noutra momento do meu percurso académico ter estagiado no local. Este aspeto foi favorecedor já que os diferentes elementos da equipa multidisciplinar me conheciam, o espaço físico não me era estranho e estava familiarizada com os cuidados prestados na unidade. Fui muito bem recebida e a simpatia e disponibilidade demonstrada pelos profissionais foi sentido como confortador e motivador.

3.1.1. Objetivo específico: Identificar as necessidades de informação do doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose

Concebi este objetivo com o intuito de determinar as áreas em que os doentes necessitam adquirir mais conhecimentos a fim de serem capazes de cuidarem de si próprios após o tratamento com quimioterapia, focando-me na perspetiva da alta hospitalar.

Atividades desenvolvidas

a) Prestei cuidados aos doentes internados na UTM e na perspetiva da alta hospitalar

Durante o ensino clínico prestei cuidados a doentes em diferentes fases do transplante de medula óssea (TMO) e com histórias de tratamento anterior distintas. Na maioria das situações que acompanhei, os doentes antes de realizarem TMO, já haviam sido submetidos a tratamento com quimioterapia em doses elevadas e em internamento, no entanto, um dos senhores que acompanhei havia efetuado tratamento com agentes citostáticos cujos efeitos secundários foram pouco severos e em regime de ambulatório, pelo que nunca tinha sido internado. Tive oportunidade de assistir o doente desde a sua admissão à unidade e até ao momento da alta, observando a sua adaptação ao internamento, verificando as suas necessidades de informação e atuando de acordo com os problemas existentes. A experiência de acompanhamento do Sr. M. foi bastante enriquecedora e exigiu a mobilização de diversos conhecimentos e capacidades relativas à transmissão de informação, pelo que realizei o registo escrito de situações de interação de cuidados e procedi à reflexão e análise crítica das mesmas (Apêndice 2).

Os enfermeiros têm responsabilidades acrescidas nos cuidados a doentes a receberem agentes quimioterapêuticos. É importante que conheçam os objetivos do tratamento, as classificações das drogas e formas de aplicação, princípios do crescimento tumoral e da morte celular, bem como, protocolos da administração. (...) A educação do doente e família, sobre os vários aspetos da quimioterapia, requer uma avaliação e intervenção de enfermagem competentes. O

enfermeiro deve encorajar o doente e família a tornarem-se parte integrante do planeamento e concretização dos cuidados. (Langhorne, 2000, p. 613-619).

Através da observação, colaboração e prestação de cuidados, assistência das passagens de turno, consulta dos registos de enfermagem e posterior validação com a enfermeira orientadora, foi-me possível identificar as necessidades de informação dos doentes. Estas estão intrinsecamente relacionadas com os efeitos secundários do tratamento com quimioterapia, mucosite, cuidados de higiene (oral e corporal), alimentação (dieta neutropénica e dieta pobre em resíduos), controlo de infeção (lavagem das mãos e cuidados com cateter venoso central), vigilância de sinais e sintomas para despiste de hemorragia e de neutropénia febril e rotinas do serviço. Esta constatação é confirmada através da pesquisa bibliográfica efetuada (Esteves e Bizarro, 2006; Williams et al, 2006; Williams et al, 2010 e Temtap e Nilmanat, 2011). Os doentes submetidos a TMO confrontam-se com “variadas alterações que os preocupam e atormentam, para o qual não estão preparados, originando-lhes problemas no seu dia-a-dia, quando não apoiados.” (Carvalho, Soares e Guedes, 2000, p. 27). Náuseas e vômitos, mucosite, anorexia, perda de peso, alteração da pele e tegumentos, alopecia, ocorrência de hemorragias, risco aumentado de infeções e fadiga são apontados pelos autores citados como os problemas mais significativos para os doentes e que são consequência do tratamento com quimioterapia, repercutindo-se negativamente no autoconceito, na imagem corporal e na autoestima.

Os efeitos adversos são consideráveis, sendo importante que doente e significantes detenham conhecimentos acerca dos mesmos de forma a minimizar o impacto das alterações causadas. De acordo com Outhwaite (2000) é frequentemente necessário aconselhamento específico sobre diversos assuntos, tais como, dieta, contatos sociais, atividade sexual, e atividade laboral. O regresso a casa significa o retorno ao estilo de vida antigo e a pessoa necessita ser encorajada a abandonar o papel de doente enquanto adota medidas prudentes para minimizar futuras complicações.

Tal como evidenciado na interação de cuidados descrita na reflexão crítica nº 1 (Apêndice 2), procurei demonstrar respeito e consideração pelas dificuldades do Sr. M. aquando da admissão na UTM e estabelecer uma relação empática, como que

“conquistando” o doente, visando a promoção do autocuidado através da disponibilização de informação dirigida aos problemas identificados.

Pancitopenia, mucosite oral e diarreia apresentaram-se como as sequelas decorrentes do tratamento. Em conformidade, orientei o Sr. M. no desempenho de atividades para minimizar os referidos efeitos, tendo o mesmo demonstrado interesse e capacidade para o desempenho das ações de autocuidado propostas.

O facto de ter acompanhado o doente durante todo o internamento, permitiu-me preparar a alta hospitalar, realizando a leitura acompanhada do Guia de Alta “*O meu Transplante: Perguntas e Respostas*”, esclarecendo dúvidas e validando os ensinamentos realizados. As palavras de apreço do Sr. M., foram muito importantes, “*obrigado por me ter explicado*”, “*realmente tinha razão, eu sempre me consegui adaptar.*” Penso ter sido capaz de ajudar o Sr. M., proporcionando-lhe capacidades que mobilizará na fase de reabilitação pós TMO.

Cabe ao enfermeiro guiar o doente na procura de soluções para resolver problemas, orientando-o e transmitindo-lhe habilidades e conhecimentos que lhes permita lidar com as alterações decorrentes do TMO, tornando-se a pessoa doente capaz de cuidar de si próprio e envolvendo-se no autocuidado. Orem (2001, p. 254) define ação de autocuidado como “a capacidade adquirida, complexa, para atender as exigências de continuar a cuidar de si próprio, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como, do seu desenvolvimento e promoção do bem-estar.” Os doentes conservam a capacidade física e a habilidade necessária para cumprir os comportamentos de autocuidado, no entanto, carecem de suporte nos domínios cognitivo (conhecimento da condição de saúde e das habilidades cognitivas necessárias para cumprir a ação de autocuidado) e emocional ou psicossocial (atitude, valores, desejo, motivação e perceção de competência na realização da ação de autocuidado).

b) Elaborei um *dossier* de consulta com fichas medicamentosas de agentes citostáticos utilizados na UTM, enfatizando os cuidados de enfermagem

Durante a realização do estágio constatou-se a inexistência no serviço de um documento que abordasse especificamente os efeitos secundários dos

medicamentos citostáticos mais vulgarmente administrados na UTM. Foi-me proposta a organização de um *dossier* com fichas medicamentosas dos referidos fármacos. Este constitui um meio para esclarecimento de dúvidas, assim como, uma forma de consulta e de estudo para os enfermeiros recém-chegados ao serviço. O documento ficou disponível em suporte de papel e em formato PDF nos computadores da unidade.

3.1.2. Objetivo específico: Compreender as estratégias utilizadas e aplicadas pela equipa de enfermagem na capacitação para o autocuidado do doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose

Ao delimitar este objetivo procuro aprofundar conhecimentos através da observação da intervenção de profissionais na prática de cuidados de enfermagem, num contexto semelhante ao da minha atividade profissional, de forma a “encontrar” estratégias que possam ser transpostas e adotadas na minha atuação junto ao doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose na capacitação para o autocuidado.

Atividades desenvolvidas

a) Consultei documentação existente no serviço (normas e protocolos)

No decorrer da experiência de estágio tomei conhecimento de documentos escritos existentes na UTM e refleti acerca da elaboração e aplicação dos mesmos. As normas e protocolos existentes uniformizam e garantem a qualidade das intervenções de enfermagem implementadas, nomeadamente, em termos técnicos, mas também no que diz respeito ao ensino a realizar ao doente. Existem alguns documentos nesta área, dos quais, destaco, o “*Guia Orientador: Checklist para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao Transplante de Medula Óssea - Preparação e Alta*”, o Guia de Alta “*O meu Transplante: Perguntas e Respostas*” e o “*Passaporte do Doente Transplantado.*”

Estes foram elaborados por profissionais de enfermagem do serviço e com a colaboração da equipa médica.

O “*Guia Orientador: Checklist para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao Transplante de Medula Óssea - Preparação e Alta*” visa intervir no processo de aprendizagem ao doente submetido a TMO. Tem como finalidade consolidar o procedimento de transmissão de informação, uniformizar a informação disponibilizada pela equipa de enfermagem e registar de forma sistematizada a informação transmitida. O guia orientador é organizado por uma componente teórica que compreende os aspetos a considerar no processo educativo e por uma grelha (*checklist*) que apresenta esquematicamente os temas a incluir na educação ao doente, visando registar as temáticas abordadas e verificar o ensino realizado, evitando lapsos ou repetições dos conhecimentos transmitidos.

Os profissionais da UTM elaboraram o Guia de Alta “*O meu Transplante: Perguntas e Respostas*” com o objetivo de complementar o processo educativo ao doente submetido a TMO. É um documento escrito que contém informação acerca da “vida depois do transplante”, focando aspetos relacionados com a vivência do dia-a-dia após a alta, designadamente, cuidados de higiene, atividade/ trabalho/ escola, vida sexual, cuidados a ter com a alimentação (higienização da cozinha e manipulação dos alimentos) e vigilância de saúde. O guia é proporcionado ao doente quando este se encontra internado, sendo aconselhada a leitura do mesmo (frequentemente, a leitura do guia é acompanhada pelos enfermeiros da unidade). Os profissionais estimulam o doente e os significantes à exposição de dúvidas e confrontam-nos com situações reais que poderão vir a encontrar no domicílio.

Aquando da alta é fornecido ao doente o “*Passaporte do Doente Transplantado*” que contém informação acerca do tipo de transplante realizado, dos cuidados inerentes ao cateter venoso central, da medicação realizada e das consultas agendadas. É um documento que acompanha o doente na fase pós-transplante, onde são registadas e atualizadas informações acerca dos dados acima mencionados, norteando o doente no seu esquema terapêutico e na sua vigilância de saúde, sendo também um instrumento que permite a continuidade de cuidados.

b) Prestei cuidados ao doente internado na UTM e na perspetiva da alta hospitalar

A educação assume um papel essencial no processo de autocuidado, é através dela que os doentes recebem informação, sendo esta indutora de confiança; permitindo assim que os doentes adotem estratégias de autocuidado adequadas e confirmem a sua independência dos profissionais de saúde. (Ream, 2000).

Colaborar na prestação de cuidados ao doente submetido a TMO, permitiu-me observar e identificar como os enfermeiros disponibilizam informação adequada ao doente e pessoas significativas como meio de os habilitar para o autocuidado. Diariamente os enfermeiros apoiam, orientam e instruem o doente para que este desempenhe atividades de autocuidado e recorrem a algumas estratégias, especificamente, disponibilização de informação oral, tendo como orientação a *checklist* referida na alínea anterior; repetição da informação e esclarecimento de dúvidas, sempre que necessário; disponibilização do guia de alta e aconselhamento da sua leitura; leitura do guia de alta em conjunto doente, significantes e enfermeiro; colocação de questões acerca dos conteúdos expressos no guia; confrontação do doente com situações reais do seu dia-a-dia. O processo educativo envolve a pessoa doente, tal como familiares ou pessoas significativas e desenvolve-se num ambiente de abertura, disponibilidade, privacidade e respeito mútuo.

Considero que durante o estágio planeei e transmiti informação pertinente aos doentes para promover a sua capacitação no autocuidado, tal como é evidenciado na reflexão e análise crítica de situações de cuidados (Apêndice 2).

O esclarecimento de dúvidas e a disponibilização de informação, assumem particular importância, e afiguram-se como meio de fomentar a segurança e o conforto naqueles que sofrem por causa da doença. A comunicação em enfermagem é fundamental na relação enfermeiro/ doente e é através da mesma que se “torna possível compreender o ponto de vista da pessoa alvo dos nossos cuidados.” (Barbosa, Lopes, Santos e Morais, 2007, p.13).

A equipa de saúde considera e respeita a ansiedade manifestada pelo doente e seus significantes, incentivando-os a verbalizar receios e angústias, esclarecendo dúvidas e respeitando silêncios, quando estes emergem.

O enfermeiro desempenha um papel indispensável e fundamental, na equipa multidisciplinar prestadora de cuidados na UTM. A equipa atua em regime de parceria e complementaridade e a informação detida por cada um dos profissionais acerca do doente, é utilizada em sintonia de forma a melhorar o estado de saúde do doente e pessoas significativas. “O êxito do processo de reabilitação do doente passa pela clareza, fluência e sistematização da informação entre os profissionais de saúde, a qual possibilita o acesso a uma visão holística das necessidades do doente.” (Matos e Pereira, 2005, p. 17).

Diariamente o enfermeiro assiste e participa na reunião clínica, em que é discutida a situação de doença de cada um dos doentes internados. Nesta reunião o profissional de enfermagem desempenha um papel preponderante, expondo o conhecimento que detém do doente e enunciando os problemas de enfermagem identificados, sendo estes valorizados e discutidos com a restante equipa. O facto de a reunião promover a colaboração dos diferentes elementos, permite que os enfermeiros detenham um conhecimento mais aprofundado do estado de doença do doente e do plano terapêutico a seguir, permitindo uma planificação mais adequada e individualizada das suas intervenções.

A relação entre os diferentes elementos que constituem a equipa multidisciplinar baseia-se na aprendizagem mútua, na partilha de conhecimentos, no respeito pelas competências e pela área de atuação específica de cada um, em busca da concretização de objetivos comuns: bem-estar e qualidade de vida do doente e família. O papel de cada um dos profissionais é único e insubstituível, em que todas as opiniões são valorizadas e todos os contributos bem-vindos.

c) Promovi espaços de partilha e reflexão com a enfermeira orientadora do ensino clínico e com outros elementos da equipa de enfermagem

No decorrer do estágio fomentei momentos de reflexão quando propícios. Em momentos de pausa entre os cuidados e perante situações de cuidados que me suscitavam dúvidas, tentei encaminhar o diálogo para a temática do autocuidado aplicando os conhecimentos adquiridos através da revisão teórica realizada. Em

algumas ocasiões, “limitei-me” a observar e escutar os colegas quando partilhavam experiências anteriores de cuidados e quando recordavam histórias passadas com doentes; lembranças de situações, muitas vezes, curiosas e até engraçadas, nas quais o enfermeiro teve de desmistificar ideias pré-concebidas dos doentes e seus familiares através da transmissão de informação correta e adequada às suas capacidades de entendimento.

As passagens de serviço foram, sem dúvida, momentos de partilha bastante pertinentes e interessantes e evidenciaram-se como oportunidades de grande aprendizagem; durante estas atendia aos aspetos que os enfermeiros focavam relacionados com a promoção do autocuidado. Os enfermeiros são conhecedores dos seus doentes, assim como dos seus problemas e conseqüentes dificuldades, individualizando e focando a sua intervenção na pessoa doente. Os problemas são discutidos em equipa de forma a encontrar estratégias para a resolução dos mesmos, verificando-se a presença de um clima de abertura e de interajuda.

Verifiquei que os enfermeiros se encontram despertados para a problemática em estudo e atendem à promoção do autocuidado na sua prática diária, conferindo visibilidade aos cuidados prestados através do registo em notas diárias, assim como, via oral, aquando da passagem de ocorrências.

Os momentos de debate e de partilha de experiências e inquietações foram sentidos como gratificantes e creio terem sido favorecedores do esclarecimento de ideias.

c) Realizei uma sessão de informação com a finalidade de partilhar com a equipa de enfermagem a experiência de estágio na UTM

O plano de sessão encontra-se em apêndice (Apêndice 3). A sessão teve lugar na sala de reuniões da UTM, durou aproximadamente 30 minutos, como planeado, e estiverem presentes oito enfermeiros, incluindo a enfermeira chefe, assim como a enfermeira orientadora do local de estágio.

Os elementos presentes revelaram interesse e demonstraram estar atentos no decurso da sessão. No final da mesma foram tecidos comentários relativamente à

pertinência e contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados do meu projeto de estágio.

Foi partilhada a experiência de aplicação da *checklist* para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao TMO na UTM, cuja elaboração e implementação foram bem-sucedidas, no entanto, a sua continuidade de aplicação não se verificou. As razões apontadas para o sucedido relacionam-se com a inexistência de um elemento responsável, em cada uma das quatro equipas de enfermagem, pela implementação e continuidade de aplicação da *checklist*. Outro aspeto apontado como dificultador da utilização do documento foi o facto de este ser considerado como “mais um registo” e os enfermeiros não reconhecerem o seu benefício para a continuidade de cuidados, para a facilitação dos registos diários de enfermagem e não certificarem a sua importância como instrumento promotor da visibilidade dos cuidados prestados.

Relativamente ao *dossier* por mim elaborado, foi considerado relevante para o serviço, como meio para o esclarecimento de dúvidas e sobretudo como forma de consulta para os enfermeiros recém-chegados à UTM.

Penso que os presentes compreenderam os contributos do ensino clínico para o meu percurso de desenvolvimento pessoal e profissional. Os participantes desejaram-me sorte, muita capacidade de resiliência e empenho para a implementação do projeto no meu serviço.

3.1.3. Refletindo sobre esta etapa do percurso

A passagem pela UTM permitiu-me o reencontro com doentes de quem tinha cuidado na fase anterior ao TMO. Revelou-se uma experiência bastante recompensadora e até motivadora, senti os doentes diferentes, mais serenos e esperançosos nesta nova fase do seu tratamento, sentimentos tão díspares daqueles que observei anteriormente, em que o medo e a angústia, tantas vezes, se encontravam presentes. Vivenciei o afeto com que me receberam como muito positivo.

A dinâmica entre a equipa de enfermagem e a restante equipa multidisciplinar constitui uma mais-valia em termos de aprendizagem, foi reconfortante saber que em alguns serviços, o esforço e dedicação dos enfermeiros é apreciado e valorizado, fomentando a troca e a partilha de experiências e melhorado claramente a qualidade dos cuidados prestados.

Os documentos consultados, nomeadamente, o “*Guia Orientador: Checklist para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao Transplante de Medula Óssea - Preparação e Alta*” e o Guia de Alta “*O meu Transplante: Perguntas e Respostas*” revelaram-se instrumentos de trabalho importantes na estruturação dos documentos posteriormente por mim elaborados.

Apesar da debilidade física do doente internado na UTM (devido às sequelas do regime de quimioterapia e do TMO), os cuidados de enfermagem prestados são promotores do autocuidado. Os enfermeiros incentivam o doente no cuidado de si próprio, através da implementação de algumas atividades, como sejam, os cuidados de higiene oral e a vigilância de sinais e sintomas.

De forma a promover o autocuidado aquando da alta hospitalar, doente e família são instruídos no sentido de adquirir novos conhecimentos e habilidades, que lhes permitam continuar o seu processo de recuperação.

3.2. O ensino clínico na CMM de um Hospital especializado em Oncologia

O segundo momento de estágio teve a duração de 144 horas e decorreu em contexto de consulta de enfermagem.

Aquando da apresentação e discussão do projeto de estágio com os responsáveis do serviço de Hematologia, afluíram-se a possibilidade de implementar uma consulta de enfermagem complementar à consulta médica. Esta realiza-se no espaço físico do serviço e destina-se aos doentes com patologia de Leucemia Aguda; frequentemente, os doentes e seus significantes abordam o enfermeiro do serviço

para o esclarecimento de dúvidas, já que em regime de ambulatório apenas são acompanhados em consulta médica, não existindo seguimento de enfermagem. Em conformidade, pretendi através da experiência prática de aprendizagem inteirar-me da realidade de cuidados de enfermagem à pessoa doente e em regime de ambulatório, na perspetiva da capacitação para o autocuidado.

Apesar do serviço e sua dinâmica de funcionamento serem distintos da minha prática diária, a integração aconteceu naturalmente, através da partilha do propósito do ensino clínico e pela observação e posterior colaboração na prestação direta de cuidados. Senti-me bem acolhida pela equipa de enfermagem, que demonstrou interesse na minha “passagem” pelo serviço, procurando momentos relevantes e facilitadores da minha aprendizagem.

3.2.1. Objetivo específico: Compreender o papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente oncológico em ambulatório e em contexto de consulta de enfermagem

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção do autocuidado junto da pessoa doente, sendo a consulta de enfermagem um momento privilegiado para a “intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado.” (Artigo 2º da Portaria nº 306-A/2011, de 20 de Dezembro).

Na CMM são acompanhadas doentes com patologia mamária durante o seu percurso clínico e nas diferentes fases e modalidades de tratamento. O apoio fornecido é multidisciplinar, existindo uma estrutura centralizada de cuidados especializados e uma rede de serviços de apoio organizada, melhorando os processos de diagnóstico, terapêutico e reabilitação e assegurando o conforto da pessoa doente. Nesta organização os profissionais de enfermagem assumem um papel preponderante, visto serem um elemento de referência para as doentes e também

para os restantes profissionais, mantendo a coesão entre as diferentes equipas e serviços e promovendo os fluxos de informação.

Atividades desenvolvidas

a) Colaborei na prestação de cuidados aos doentes oncológico em ambulatório e em contexto de consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem tem como finalidade a realização de ensino e aconselhamento individuais à doente e sua família ao longo do processo de tratamento do cancro da mama, sucede a consulta médica e ocorre em diversos momentos, nomeadamente, após transmissão de diagnóstico, após decisão para tratamento e aquando do início do tratamento com quimioterapia.

É responsabilidade do enfermeiro o planeamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem em todas as fases do tratamento. Cabe ainda aos enfermeiros oferecer cuidados específicos aos utentes submetidos a quimioterapia e assisti-los nos aspetos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, procurando minimizar os efeitos secundários decorrentes do tratamento. (Andrade, 2012, p. 29)

De forma a nortear a atuação da equipa de enfermagem foi elaborado *O Guia Orientador da Consulta de Enfermagem*, que define objetivos, sistematiza os procedimentos das consultas realizadas e se constitui como um instrumento orientador das boas práticas.

Durante a consulta, a enfermeira verifica a compreensão da doente sobre o tratamento proposto, confere dúvidas sobre possíveis efeitos secundários, tece orientações sobre o tratamento a implementar e explica a preparação necessária à realização de alguns exames, num clima de privacidade e de zelo pela individualidade de cada doente, sendo facilitada a presença da pessoa significativa. Na interação com o outro, a profissional de enfermagem evidencia uma conduta pautada pela honestidade, precisão, acessibilidade e calor humano, promovendo assim que as doentes se sintam apoiadas, aceites e compreendidas. Como condição facilitadora do ensino é fornecido à doente suporte informativo escrito na

forma de folhetos que contém explicação acerca dos procedimentos/ tratamentos a realizar.

A cada doente é atribuída uma enfermeira designada como enfermeira de referência, que assegura a articulação entre a doente e o médico assistente, o serviço de internamento e outros serviços considerados pertinentes. No primeiro encontro com a doente é disponibilizado o cartão da enfermeira de referência, que contém informações acerca do horário de funcionamento da clínica e respetivo contato, assim como os contatos telefónicos do serviço de atendimento não programado.

A enfermeira articula com outros serviços do hospital no sentido de agilizar marcações de consultas, tratamentos e exames, tentando programar os mesmos de acordo com a disponibilidade da doente e favorecendo que esta se desloque ao hospital o menor número de vezes possível.

O risco social é avaliado e, assim como, os critérios de intervenção psicológicos e psiquiátricos, estando definidas normas de referenciação com autonomia do enfermeiro para o serviço social e unidades de psicologia e psiquiatria.

Durante o estágio tive oportunidade de acompanhar doentes sob diferentes abordagens terapêuticas, no entanto, centrei a minha atuação nas doentes em tratamento com quimioterapia.

Na situação específica das doentes propostas para realização de quimioterapia, após a consulta médica, na qual é decidido o protocolo de quimioterapia a realizar, ocorre a consulta de enfermagem que visa fornecer apoio e orientação à doente e seus significantes sobre o tratamento prescrito e cuidados a ter no domicílio. Constitui-se como um momento de tensão em que a doente se confronta e consciencializa das alterações que poderão surgir decorrentes do tratamento. Além da vulnerabilidade originada pela vivência da doença oncológica, a pessoa sente a proposta de tratamento com quimioterapia como uma ameaça ainda maior à sua já fragilizada integridade.

A profissional de enfermagem desempenha um papel de apoio e de suporte emocional à doente e família visto, diversas vezes, a consulta médica ser um

momento perturbador e que envolve a comunicação de más notícias. É transmitida informação ao doente que acarreta implicações profundas na sua vida, podendo afetá-la negativamente e comprometer a sua visão de futuro.

A proximidade global da enfermeira ao doente, permite ter em conta os feitos do stress e as estratégias de adaptação como variáveis determinantes no processo de recuperação e cura. As funções educativas, relacionais e as observações da enfermeira têm um papel maior na readaptação do doente e na promoção da saúde. (Benner, 2001, p. 200).

No decurso da consulta, a enfermeira valida a informação retida pela doente relativamente à consulta realizada pelo médico assistente e explica em que consiste o tratamento, modo de administração, duração do mesmo e refere o local em que o procedimento é realizado e sua periodicidade. São avaliados os parâmetros antropométricos e também os acessos venosos da doente, detetando-se situações que apontem a necessidade de colocação de cateter venoso central. É transmitida informação acerca do tratamento a realizar e explicados alguns dos efeitos secundários ao mesmo, designadamente, sintomas gastrointestinais, neurológicos e dermatológicos e enunciadas medidas de autocuidado a implementar perante as diferentes consequências do tratamento, sendo distribuído um documento escrito que contempla orientações a ter com a alimentação.

Para responder às necessidades daqueles de quem cuida, a enfermeira

detém um conhecimento técnico-científico complexo, específico e essencial à prática, ligado a uma imprevisibilidade ditada pelos efeitos secundários comuns à terapêutica. Esse conhecimento necessita de tempo e dedicação para ser adquirido e revela-se nas ações do enfermeiro, articuladas com uma visão humanista no âmbito do quotidiano assistencial. (Andrade, 2012, p. 28).

Alguns fatores condicionam a capacidade da pessoa de cuidar de si própria, tais como, idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores associados ao sistema de saúde, fatores do sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais e adequação e disponibilidade de recursos (Orem, 2001). Estes fatores condicionantes básicos são explorados pela enfermeira e são ponderados aquando da apresentação das estratégias de autocuidado.

A reação das doentes ao que lhe vai sendo transmitido é bastante díspar e depende de alguns aspetos, como sejam, conceitos errados, ideias pré-concebidas e mitos

relacionados com a quimioterapia, experiências anteriores, idade e fase do seu ciclo de vida. “É importante que os doentes obtenham informação e esclarecimentos com os profissionais de saúde e não baseiem o seu conhecimento em fontes possivelmente enviesadas, como é o caso da comunicação social, família e amigos.” (Silva e Dias, 2007, p. 16).

Durante as consultas observei senhoras doentes que aparentavam resignação, com uma postura cabisbaixa e derrotada, enquanto outras transpareciam tranquilidade e segurança, exaltando a convicção de que iriam ultrapassar positivamente esta fase difícil das suas vidas. Das interações de cuidados em que colaborei realizei o registo escrito de uma delas, que é apresentado em apêndice (Apêndice 4). Na situação analisada a Sr.^a D.^a M. aparentou preocupação, cansaço e tristeza, sentimentos acompanhados de uma postura de conformação.

A doente verbalizou preocupação com alguns efeitos do tratamento, perguntando “*vou ficar muito enjoada? Irei vomitar muito? Posso tomar medicação*” e quando confrontada com a certeza da queda do cabelo chorou e disse “*já sei que o cabelo me vai cair, vai-me custar muito, ligo muito à aparência e até estou a pensar usar peruca.*” Segundo Sá (1996), citada por Correia e Santos (2008), “o medo da mutilação, do sofrimento, da dependência prolongada, da alteração da autoimagem e da perda de autoestima, é o sentimento dominante nos doentes submetidos a quimioterapia.” (Correia e Santos, 2008, p. 26). Cabe à profissional de enfermagem demonstrar empatia, apoiando a pessoa doente, transmitindo conhecimentos que permitam desmistificar alguns dos medos e receios sentidos, inculcando sentimentos de segurança, conforto e tranquilidade. As doentes reconhecem e valorizam o encorajamento e apoio emocional prestados pelas enfermeiras O encaminhamento para grupos de apoio, tal como evidenciado na reflexão nº 2 (Apêndice 4), é muito importante e promove sentimentos de partilha confiança, companheirismo e respeito mútuo.

Na consulta de enfermagem realizada antes do primeiro tratamento de quimioterapia, são novamente disponibilizados os contatos do serviço e a enfermeira de referência cerca de uma semana após a realização do tratamento, contacta a doente com o objetivo de reconhecer o seu estado, esclarecer dúvidas, verificar a

adesão ao esquema terapêutico e despistar sinais e sintomas de possíveis complicações.

O interesse e a disponibilidade demonstrados pelas enfermeiras, assim como, uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde, são fatores tranquilizadores para a doente. A CMM dispõe de uma linha telefónica, que funciona nos dias úteis e em horário de expediente para atendimento telefónico e visa o esclarecimento de dúvidas, orientação para cuidados a ter no domicílio, encaminhamento para o médico assistente ou serviço de atendimento não programado, validação do cumprimento da medicação prescrita e despiste de sinais e sintomas. Na última situação enunciada, é avaliada a presença de sintomas relacionados com o tratamento com quimioterapia, estando definido um protocolo de atuação para sintomas como sejam, febre, náusea, vômito, obstipação, diarreia, mucosite, síndrome palmo-plantar, onicólise, hemorroidas, retorragias.

Habitualmente, os motivos de contato relacionam-se com tempos de espera para realização de tratamento, dúvidas acerca da terapêutica e sequelas decorrentes do tratamento com quimioterapia. As orientações fornecidas aquando do contato telefónico evitam, comumente, deslocações desnecessárias ao hospital.

b) Realizei uma sessão de informação subordinada ao tema “*A Toxicidade Hematológica na Doente com Cancro da Mama sob Tratamento com Quimioterapia*”

No decorrer da experiência de aprendizagem constatei que a intervenção das enfermeiras se encontra mais vocacionada para a abordagem cirúrgica no tratamento do cancro da mama, existindo menos material de apoio para disponibilizar às doentes quando o tratamento assenta na vertente, nomeadamente, da quimioterapia. Sendo uma necessidade verificada pelas profissionais do serviço, optei por abordar a temática da toxicidade hematológica na doente com cancro da mama e sob tratamento com quimioterapia através da realização de uma sessão de informação.

A sessão teve a duração de cerca de 30 minutos, tal como agendado e assistiram à mesma quatro enfermeiras. O plano da sessão e respetiva apresentação estão

disponíveis em apêndice (Apêndice 5 e 6). Durante a sessão os elementos presentes evidenciaram interesse e consideraram os conteúdos transmitidos adequados e proveitosos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e reconheceram a necessidade de um investimento da equipa sobre a temática em questão.

O conhecimento dos efeitos colaterais e indesejáveis dos antineoplásicos levam a uma maior compreensão por parte do enfermeiro, dos problemas apresentados pelos pacientes, fornecendo deste modo, alicerces para uma intervenção de carácter preventivo, curativo e paliativo, tanto a nível físico, psicológico e social do doente e seus familiares. (Correia e Santos, 2008, p. 26).

Organizei também um *dossier* com artigos científicos sobre os efeitos secundários do tratamento de quimioterapia na doente com cancro da mama. O *dossier* elaborado resultou de algumas das pesquisas efetuadas para documentar a sessão de informação realizada, é composto por artigos científicos que evidenciam o impacto dos efeitos secundários da quimioterapia na qualidade de vida da mulher com cancro de mama, destacando a neutropenia febril com um dos problemas mais relevantes. O documento foi disponibilizado no final da sessão de informação e os artigos foram considerados pertinentes e apropriados à realidade de cuidados prestados, podendo ser utilizados como suporte para a elaboração de folhetos escritos explicativos dirigidos aos cuidados a implementar aquando da realização de tratamento com quimioterapia.

3.2.2. Refletindo sobre esta etapa do percurso

A minha aprendizagem foi-se sucedendo e desenvolvendo durante o período de tempo passado na CMM, através do aprofundamento de conhecimentos teóricos e da observação e colaboração na prestação direta de cuidados, mas também fruto da partilha de experiências e das reflexões realizadas com a enfermeira orientadora e restante equipa. Os momentos de debate incidiram sobre alguns aspetos relacionados com a prestação de cuidados, nomeadamente, gestão dos tempos de espera, qualidade dos cuidados prestados, articulação com os diversos serviços dentro da instituição, comunicação entre a equipa multidisciplinar e áreas de atuação

das enfermeiras. As enfermeiras atuam em complementaridade funcional com os demais profissionais de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competências de cada um, situando-se a informação na esfera de interligação entre os diferentes profissionais.

Foi motivador e compensador integrar uma realidade de cuidados em que a pessoa doente se encontra no cerne, estabelecendo-se uma autêntica relação de ajuda pautada pela honestidade e respeito entre enfermeira, doente e familiares.

A informação disponibilizada pelas enfermeiras às doentes relativa a ações de autocuidado a implementar em situação de tratamento com quimioterapia, demonstra a importância da participação do doente no processo de tomada de decisão, tornando-se assim sujeito ativo no decurso do seu tratamento, e promovendo a maior independência possível da pessoa doente.

Espero que a minha passagem pela consulta de enfermagem da CMM tenha contribuído para a melhoria dos cuidados prestados à doente com cancro da mama em tratamento de quimioterapia.

3.3. O ensino clínico no Serviço de Hematologia de um Hospital especializado em Oncologia

O caminho percorrido durante os dois primeiros ensinamentos clínicos culminou na implementação do projeto no serviço em que exerço funções, efetivado em 160 horas de estágio. O percurso anterior contribuiu para me apetrechar de conhecimentos, capacidades e competências para melhor cumprir o propósito de capacitar para o autocuidado a pessoa com doença hemato-oncológica, sob regime de quimioterapia de alta dose.

3.3.1. Objetivo específico: Identificar a sensibilidade da equipa de enfermagem para a necessidade de transmitir informação na capacitação para o autocuidado do doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose

Alguns aspetos inerentes à prestação direta de cuidados sugerem a importância do presente objetivo. Durante o período em que o doente se encontra internado é-lhe transmitida informação sobre o seu estado de doença, contemplando os efeitos secundários aos tratamentos. Os familiares e significantes são incluídos no processo educativo; contudo, o ensino não é realizado de forma sistematizada e o seu registo, quando cumprido, não é facilitador da continuidade de cuidados, não existindo documentos escritos que orientem ou complementem a informação disponibilizada oralmente.

A prática descrita comprova a importância atribuída pelos enfermeiros à transmissão de informação ao doente, capacitando-o para gerir a sua situação de doença.

Em conformidade, desenvolvi algumas atividades com o intuito de envolver a equipa de enfermagem no processo de transmissão de informação, enquanto estratégia promotora do autocuidado.

Atividades desenvolvidas

a) Realizei uma reunião formal e individual com a enfermeira chefe e diretora clínica do serviço de Hematologia

Reuni com a enfermeira chefe e diretora clínica do serviço para apresentar o projeto de estágio (anteriormente negociado enquanto projeto de formação), compartilhar o planeamento das atividades e das estratégias a desenvolver, garantindo a viabilidade de implementação do projeto. A reunião revelou-se bastante positiva, as intervenientes demonstraram interesse e corroboraram a pertinência do trabalho a desenvolver, disponibilizando os meios, de acordo com as suas competências, para a realização do projeto.

b) Realizei uma reunião individual com os diversos elementos da equipa de enfermagem com a finalidade de divulgar o projeto de estágio

Aquando do início do estágio, partilhei com os enfermeiros do serviço o objetivo do mesmo, descrevendo o contexto da problemática em estudo e perspetivando o desenvolvimento do projeto de estágio. Disponibilizei também um documento escrito acerca da apresentação do projeto e que permitia esclarecer dúvidas sobre o mesmo.

Este foi o meio escolhido para divulgar o projeto devido ao fato do serviço se encontrar dividido em dois locais (por motivo de obras) e os enfermeiros estarem distribuídos em ambos os espaços. Foi minha intenção cativar a equipa, atendendo à opinião particular de cada elemento e concomitantemente fomentar a reflexão sobre a problemática em questão.

Os enfermeiros revelaram-se entusiasmados e legitimaram a importância do tema em análise, no entanto, enunciaram alguns constrangimentos à implementação do projeto, nomeadamente, falta de motivação e indisponibilidade de tempo.

c) Realizei uma sondagem de opinião através da aplicação de um questionário (Apêndice 7) com a finalidade de identificar a perceção dos enfermeiros sobre as necessidades de informação do doente hemato-oncológico e seus significantes

O questionário aplicado é constituído por uma nota introdutória que contextualiza a problemática em estudo e por quatro perguntas abertas. Atempadamente, solicitei autorização à direção de enfermagem para a realização da sondagem de opinião, cuja resposta foi positiva. Foram distribuídos questionários à totalidade dos enfermeiros do serviço (23 enfermeiros) e todos responderam ao mesmo, o que reforça o interesse dos profissionais em colaborar no projeto.

Os participantes identificaram diversos temas sobre os quais disponibilizam informação ao doente e família, evidenciando os cuidados relacionados com a toxicidade do tratamento com quimioterapia como o assunto mais frequentemente abordado. Dos efeitos secundários, os efeitos sob a medula óssea e o sistema gastrointestinal são os que adquirem maior expressão. Alimentação, cuidados de

higiene, vigilância de saúde (despiste de sinais e sintomas e medicação) e atividade social são também focados como temas incluídos na informação fornecida.

Os efeitos secundários ao tratamento adquirem maior relevância visto ser através deles que o doente percebe a doença e se confronta com as limitações decorrentes da mesma. O regime alimentar é também considerado foco de intervenção visto a manutenção de uma dieta equilibrada ajudar a melhor suportar os efeitos secundários do tratamento.

Thomsom (2000) refere que a educação sobre os diversos aspetos da quimioterapia inclui o procedimento, potenciais efeitos secundários e toxicidades, e cuidados de *follow-up*, sendo as intervenções baseadas nas necessidades de cada indivíduo.

De acordo com as repostas obtidas, a grande maioria dos enfermeiros transmite informação ao doente ao longo do período de internamento, no entanto, alguns profissionais explicitam momentos específicos em que disponibilizam informação, nomeadamente, acolhimento ao serviço, início do tratamento com quimioterapia, preparação da alta e quando solicitado pelo doente. Segundo Osoki (2000) o ensino ao doente deverá iniciar-se aquando do diagnóstico e persistir no decurso da doença. O referido autor define temáticas de ensino distintas e de acordo com as fases de tratamento, tais como, fase de pré-tratamento, fase de tratamento e quando o doente se encontra em regime de ambulatório. No período pré-tratamento os tópicos a abordar prendem-se com descrição da doença (sintomas e complicações da doença), descrição do tratamento (finalidade, duração e esquema de tratamento e agentes citostáticos), efeitos secundários do tratamento e procedimento de colocação de cateter (cuidados com o cateter). Na fase de tratamento, além dos temas enunciados, dever-se-á incluir cuidados de apoio relativos à prevenção de infeção e de traumatismos, transfusões sanguíneas e antibioterapia, complicações devidas à doença e tratamento e medidas de autocuidado, particularmente, cuidados orais, nutrição, cuidados com o cateter e cuidados dérmicos. Quando em regime de ambulatório, as temáticas de ensino compreendem o esquema de acompanhamento médico e de realização de exames complementares de diagnóstico, a medicação, a dieta, o exercício físico, a atividade profissional e a sexualidade. Identificação de estratégias de *coping*, referenciação para serviço social e apoio psicológico, assim

como, identificação de recursos da comunidade, são considerados assuntos comuns à fase pré-tratamento e aos cuidados de *follow-up*.

Segundo as respostas obtidas, o volume de informação a disponibilizar ao deonte é considerado elevado, sendo descrito como um processo contínuo e constante, em que os conteúdos deverão ser fornecidos adequada e faseadamente, e num ambiente tranquilo. Quando a informação é transmitida na totalidade poderá ser indutora de confusão, ansiedade e geradora de *stress*.

As pessoas precisam de certezas, necessitam interpretar o que se passa de forma a sentir que controlam (...) os profissionais devem contribuir informando, gradualmente e durante todo o processo de doença, sobre o que se passa e o que se vai passar. Os profissionais devem tentar manter ou recuperar o sentimento de autocontrole das pessoas. (Barbosa, Lopes, Santos e Morais, 2007, p.11).

Na perspetiva dos enfermeiros, a informação deve ser dirigida às necessidades, disponibilidade e interesse dos doentes; quando comunicada adequadamente é indutora de sentimentos de tranquilidade e encarada como estratégia de apoio, sendo a atividade “ensino” percecionada como um momento promotor de abertura e que viabiliza o esclarecimento de dúvidas. “O ensino é melhor sucedido quando é proporcionado no momento em que os pacientes e suas famílias se encontram mais recetivos, e quando a informação transmitida é considerada adequada, interessante e apresentado no nível certo.” (Ream, 2000, p. 144).

Segundo Silva e Dias (2007, p. 15) “enfermeiro, doente e família, devem trabalhar em parceria (...) e as iniciativas de educação não podem banalizar os aspetos sociais, emocionais, culturais e psicológicos que caracterizam a vida do doente.”

A grande maioria dos participantes concorda com a pertinência de existirem documentos escritos que suportem os conhecimentos a comunicar ao doente. Efeitos secundários do tratamento com quimioterapia e cuidados a ter em neutropenia e trombocitopenia, são referidos como os temas a contemplar nos documentos a elaborar. No que diz respeito ao tipo de documentos a organizar, folhetos, panfletos e guias informativos foram os mais enumerados. Langhorne (2000), Rigdon (2010) e Morrow e Conner-Garcia (2013) corroboram a existência de documentos escritos em linguagem simples e direta, que complementem e suportem

os conhecimentos transmitidos oralmente aos doentes, constituindo-se como um meio para o esclarecimento de dúvidas.

Foi também proposto pelos enfermeiros do serviço a composição de um documento tipo memorando que contemple os temas a abordar com o doente e seus significantes.

Além da transmissão de informação foram sugeridas outras estratégias que poderão ser aplicadas para otimizar a capacitação para o autocuidado da pessoa doente após a alta, nomeadamente, disponibilização de documentos escritos que suportem a informação comunicada oralmente, implementação de uma consulta de enfermagem, existência da figura do enfermeiro de referência e realização de contato telefónico após a alta.

3.3.2. Objetivo específico: Capacitar para o autocuidado o doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose

Na última etapa do percurso de aprendizagem mobilizei um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, decorrentes das experiências anteriores de estágio, bem como, das aprendizagens desenvolvidas durante todo o meu percurso profissional e suportadas em referencial teórico relevante e atual, com vista a capacitar o doente hemato-oncológico para o desempenho de comportamentos de autocuidado.

Petronilho (2012, p. 21), reportando-se a Orem (2001), afirma que “os comportamentos de autocuidado referem-se à prática de ações ou atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, nos prazos adequados, por si próprios e no interesse da manutenção da vida, do funcionamento saudável e na continuação do desenvolvimento pessoal e do bem-estar.”

Atividades desenvolvidas

a) Prestei cuidados aos doentes internados no Serviço de Hematologia

Ajudar o outro a cuidar de si próprio, constitui-se como um dos alicerces da minha praxis, no entanto, o aprofundamento de conhecimentos na área específica do autocuidado permitiu tomar maior consciencialização da minha atuação na prestação direta de cuidados.

Concordo com Benner (2001) quando refere que cabe à enfermeira encorajar o doente a “tomar conta de si mesmo”. No entanto, o desempenho do autocuidado em situação de doença grave poder-se-á tornar uma tarefa muito exigente e até irrealista. A autora acrescenta ainda que “enfermeiras especializadas não propõem apenas informações, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar e mesmo novas perspetivas ao doente” (2001, p. 104), auxiliando-o na aquisição de aprendizagens para enfrentar a doença e mobilizando a sua energia no sentido da cura.

Na circunstância específica da pessoa com doença hemato-oncológica, o enfermeiro assume a função de educação e de guia na aquisição de conhecimentos. Esta realidade é confirmada por Ream (2000, p. 136), quando refere que:

pacientes com cancro rapidamente se consciencializam do padrão de sintomas causados pela sua doença e tratamento (...) e se tornam autónomos na gestão da sua doença e seu tratamento, os prestadores de cuidados de saúde têm de garantir que lhes fornecem os conhecimentos, habilidades e energia para desempenhar esse papel.

“A educação do doente e família, sobre os vários aspetos da quimioterapia requer uma avaliação e intervenção de enfermagem competentes. O enfermeiro deve encorajar o doente e família a tornarem-se parte integrante do planeamento e concretização dos cuidados.” (Langhorne, 2000, p. 619).

Constatee que a disponibilização de informação ao doente sobre o seu tratamento, apresenta diversos benefícios, o doente sente-se valorizado e implicado no seu plano de tratamento, participando ativamente no mesmo. “Enfermeiro, doente e família devem trabalhar em parceria e a educação a efetuar deve basear-se nos princípios de aprendizagem da educação de adultos.” (Silva, Dias, 2007, p. 15).

Nas diversas abordagens educacionais que desenvolvi, além de ponderar os fatores condicionantes básicos (Orem, 2001), considerei os diferentes estádios de aceitação da doença, assim como a fase de tratamento da mesma (diagnóstico inicial ou recaída). Durante o estágio vivenciei uma situação bastante significativa de interação de cuidados, sobre a qual refleti pormenorizadamente (Apêndice 8). Na situação descrita evidencio de que forma o estádio de aceitação da doença, influencia a postura que o enfermeiro deve adotar junto da pessoa doente, nomeadamente, no que diz respeito à transmissão de informação.

Deparei-me com algumas dificuldades relativamente à disponibilização de informação, que fui tentando colmatar. A sobrecarga de trabalho e conseqüente falta de tempo, bem como, a dificuldade em promover um ambiente tranquilo e privado pelo fato dos doentes estarem em enfermarias, foram algumas das contrariedades que encontrei. Na maioria das interações, os doentes demonstraram vontade, disponibilidade e motivação para aprender, ocasionalmente, encontrei doentes com menor interesse porque se encontravam fatigados, nauseados ou sonolentos.

No decorrer do ensino clínico planeei e transmiti informação pertinente ao doente sob regime de quimioterapia de alta dose e apliquei estratégias de educação, definidas por Silva e Dias (2007, p. 16), para melhor adaptar e personalizar o ensino a realizar ao doente, que passo a enumerar:

- Efetuar o ensino durante o internamento e no momento da alta;
- Linguagem simples e acessível. Limitar a quantidade informação ao essencial. Dar tempo ao doente para assimilar a informação,
- Informar e consciencializar o doente dos sinais de alerta;
- Proporcionar ambiente calmo;
- Demonstrar disponibilidade para ouvir o doente e encorajar perguntas da sua parte;
- Pedir ao doente para fazer um resumo do ensino efetuado.

A proximidade que distingue o relacionamento entre enfermeiro e doente foi também uma fator facilitador na capacitação do doente para o autocuidado. “As enfermeiras experientes aprenderam a comunicar e a transmitir informações em situações extremas. Assim, são obrigadas a utilizar todos os seus recursos pessoais: a atitude, o tom de voz, o humor, a competência, assim como qualquer outro tipo de abordagem ao doente.” (Benner, 2001, p. 103).

Na reflexão crítica nº 3 (Apêndice 8) reflito sobre um momento de interação de cuidados em que respeitei o sofrimento do doente perante a confirmação do diagnóstico de cancro; distanciando-me do doente quando o mesmo me pediu, mas demonstrando disponibilidade para o apoiar quando assim o entendesse. Constituiu-se como um momento preponderante, em que o doente iniciou o processo de aceitação de *estar doente*. Demonstrei respeito pela vontade da pessoa em aprender, analisando “saber onde está o doente; em que medida está aberto às informações; decidir quando o fazer mesmo quando ele não parece pronto” (Benner, 2001, p. 105) e avaliando até que ponto o doente necessita de informações e quer ser informado.

Considero ter interiorizado na minha atuação a função de educação e de guia, tal como é preconizado por Benner (2001), quando designa as competências inerentes aos diferentes domínios dos cuidados de enfermagem. Ajudei os doentes a interiorizar as implicações da doença e na mobilização das suas capacidades com vista à recuperação do seu estilo de vida. Procurei compreender a forma como o doente interpreta e vivencia a sua doença, considerando a representação que tem da mesma. Na interação com o outro utilizei uma terminologia acessível, atendendo ao volume de conhecimentos comunicados e aos limites da capacidade de compreensão do doente. Concordo com a autora acima citada quando menciona que “é necessária uma compreensão profunda da situação, e muitas vezes as maneiras de ser e de enfrentar são transmitidas sem o uso da palavra, mas simplesmente pelo exemplo, pela atitude e pela forma de reagir.” (2001, p. 113).

3.3.3. Objetivo específico: Agir como elemento dinamizador da equipa de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente hemato-oncológico, sob regime de quimioterapia de alta dose

Enquanto futura enfermeira especialista, elaborei documentos orientadores da boa prática de cuidados, tais como, Guia Orientador do Processo Educativo na Capacitação para o Autocuidado do Doente sob regime de Quimioterapia de alta dose, que contém uma *Checklist* da Informação a transmitir ao Doente e Guia de Alta com recomendações a ter no domicílio, após a realização de tratamento com quimioterapia.

Atividades desenvolvidas

a) Realizei uma sessão de informação com a finalidade de divulgar os dados da sondagem de opinião e sensibilizar os enfermeiros para a aplicação dos instrumentos de trabalho elaborados, no sentido de promover a melhoria da qualidade dos cuidados.

O plano da sessão encontra-se em apêndice (Apêndice 9). Estiveram presentes doze enfermeiros, compreendendo a enfermeira chefe e enfermeira responsável do serviço e decorreu de acordo com o tempo previsto.

Relativamente aos resultados da sondagem de opinião, os profissionais suportaram positivamente os resultados obtidos, não se manifestando surpreendidos em relação aos mesmos. Mencionaram a utilidade da elaboração de documentação escrita para distribuir ao doente.

No que diz respeito às intervenções a implementar no serviço, nomeadamente, na implementação de uma *checklist* da informação a transmitir ao doente e na elaboração de um guia de alta, os presentes legitimaram a importância e utilidade dos mesmos.

b) Elaborei um Guia Orientador do Processo Educativo na Capacitação para o Autocuidado do Doente sob regime de Quimioterapia de alta dose: *Checklist* da Informação a transmitir ao Doente (Apêndice 10)

A elaboração do guia orientador do processo educativo surgiu da necessidade de uniformizar os conteúdos a transmitir ao doente, definindo o tipo de informação a disponibilizar de acordo com as diferentes fases de tratamento. Através das respostas à sondagem de opinião, os enfermeiros do serviço sugeriram a composição de um documento tipo memorando que contemple os temas a abordar junto do doente e seus significantes.

Para produzir o referido guia suportei-me em bibliografia disponível, nomeadamente, *Guideline* “Ensino ao doente a lidar com a toxicidade hematológica” (Silva e Dias, 2007) e Tópicos de ensino ao doente e família com leucemia (Osoki, 2000) e nortei-me pelo “Guia Orientador: *Checklist* para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao Transplante de Medula Óssea - Preparação e Alta” (Pinhão e Banha, 2009), documento elaborado pela UTM e consultado durante o estágio realizado no referido serviço. Atempadamente, pedi autorização às autoras do documento para a utilização do mesmo. Sustentei-me também nas “Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores de Boa Prática de Cuidados” divulgado pela OE (2007).

Os enfermeiros têm um papel fundamental na educação dos doentes submetidos a tratamento com quimioterapia e/ ou radioterapia. Daí a necessidade de se criar formas de standardizar e orientar os enfermeiros para a educação dos seus doentes através da definição de *guidelines*, que lhes permitam atuar de forma mais coerente e, conseqüentemente, obter melhores ganhos em saúde e uma resposta mais eficaz ao tratamento. (Silva e Dias, 2007, p. 16-17).

Os referidos autores mencionam ainda que quando o doente se encontra informado acerca das conseqüências do tratamento, melhor compreenderá as implicações do mesmo, contribuindo para a deteção de sinais e sintomas de alerta e conseqüente atuação mais precoce no processo de tratamento. “Um doente esclarecido reage com mais naturalidade e segurança, torna-se mais autónomo e sabe como atuar em cada situação.” (2007, p. 17).

O guia orientador do processo educativo tem como finalidade melhorar a qualidade da dimensão da prática clínica, através da fundamentação, uniformização, registo sistematizado e validação da informação disponibilizada ao doente e sua família e consequente melhoria da continuidade de cuidados. O documento elaborado organiza-se em quatro partes. Inicia-se pela introdução que contextualiza a realização do guia, assim como a sua finalidade; sucede-se a fundamentação teórica, que justifica a pertinência da informação na capacitação para o autocuidado e aborda a problemática inerente ao doente hemato-oncológico e sob regime de quimioterapia de alta dose. Seguidamente, apresentam-se as duas *checklist* que contêm as áreas temáticas a incluir no processo educativo, com o objetivo de capacitar para o autocuidado o doente hemato-oncológico. Uma das *checklist* destina-se aos momentos de admissão ao serviço e tratamento com quimioterapia e a outra dirige-se à preparação para a alta. Por último, emerge o algoritmo de operacionalização da *checklist* de informação a transmitir ao doente.

O guia elaborado foi apresentado e discutido com a enfermeira orientadora de estágio e com a docente tutora do projeto, procedendo-se às alterações sugeridas.

Durante a realização do estágio procedi à divulgação do guia orientador do processo educativo aos elementos da equipa de enfermagem, explicitando a forma de aplicação das *checklist* elaboradas. A receptividade da equipa foi positiva.

Após a fase de divulgação iniciou-se a aplicação das *checklist*. Em conjunto com a enfermeira chefe do serviço, foi proposto um elemento de cada uma das equipas de enfermagem responsável pela supervisão da aplicação da *checklist*, com o objetivo de facilitar a implementação da mesma e permitir o esclarecimento de dúvidas. Além do guia orientador do processo educativo sobre os cuidados inerentes ao regime de quimioterapia de alta dose, disponibilizei também um documento com os conteúdos temáticos utilizados no processo educativo sobre os cuidados inerentes ao regime de quimioterapia de alta dose, com o objetivo de orientar os enfermeiros nos assuntos a abordar.

A *checklist* da informação a transmitir ao doente foi aplicada aos doentes sob tratamento com quimioterapia de alta dose e com diagnóstico recente, verificando-se o preenchimento adequado do processo educativo realizado na grelha de registo.

Numa fase mais tardia, constatou-se que os doentes cujo processo educativo tinha sido realizado com base na *checklist*, demonstravam um nível superior de conhecimentos acerca da sua doença e maior segurança na deteção precoce de sinais e sintomas de complicações, implementando ações de autocuidado.

A manutenção da utilização da *checklist* verificou-se durante cerca de 6 meses, no entanto, a equipa de enfermagem descontinuou o preenchimento das grelhas. As razões para o sucedido relacionam-se com a sobrecarga de trabalho, com a multiplicidade de registos, e ainda com algumas crenças e atitudes erradas que continuam a persistir. Verifico que alguns profissionais de enfermagem tendem a implementar atitudes paternalistas junto do doente, considerando que ao não informar o doente dos riscos a que estão sujeitos estão a protegê-los. Sá, Silva, Oliveira, Filipe e Gonçalves (2012) através de um estudo de investigação realizado, demonstram que a falta de informação é influenciadora da conceção individual de sofrimento e que, em oposição, o esclarecimento de dúvidas é entendido pelos doentes como um efeito dos cuidados de enfermagem espirituais.

A convicção que o dever de informar é do médico ainda subsiste, no entanto, o enfermeiro tem o dever ético de informar o doente na sua esfera de competência e no que respeita aos cuidados de enfermagem. “Informar significa ‘transmitir dados sobre qualquer coisa’ sendo aquilo que reduz ou elimina a incerteza, e contribui para o processo de adaptação e para a tomada de decisão.” (OE, 2005, p. 110).

c) Elaborei um Guia de Alta com recomendações a ter no domicílio, após a realização de tratamento com quimioterapia (Apêndice 11)

O guia de alta produzido contempla um conjunto de recomendações a considerar pelos doentes no domicílio e relacionadas diretamente com os efeitos secundários ao tratamento com quimioterapia. Segundo Ream (2000), no internamento os doentes aprendem um novo repertório de linguagem e habilidades que lhe permite gerir a sua situação de doença e lidar com os efeitos adversos dos tratamentos, e

quando regressam a casa gerem os seus sintomas e tratamento autonomamente ou com o apoio de outros membros da família.

A elaboração do guia vida capacitar o doente para o autocuidado, habilitando-o para a tomada de decisões esclarecidas e promovendo a sua participação no processo de tratamento. Organiza-se em conformidade com a *checklist* de preparação para a alta e em torno de diferentes áreas, especificamente, cuidados de higiene, cuidados de higiene oral, alimentação, dieta neutropénica, atividade social e laboral, vida sexual, vigilância de saúde, situações em que deve contactar o hospital e contatos.

O documento elaborado foi apresentado e discutido com a docente tutora do projeto e com a enfermeira chefe e diretora clínica do serviço. Foram sugeridas alterações, posteriormente realizadas e, atualmente, o guia aguarda aprovação final pela equipa médica do serviço para posterior publicação.

4. QUESTÕES ÉTICAS

Durante a análise que realizei ao caminho percorrido nas diferentes experiências de estágio, evidenciei algumas das questões éticas presentes aquando da transmissão de informação, todavia, considero pertinente salientar alguns aspetos no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal das competências comuns do Enfermeiro Especialista.

No decorrer da minha atuação respeitei a pessoa no seu carácter único e na sua dignidade, considerando-a na sua vulnerabilidade, enquanto doente e ser fragilizado; atendi aos princípios éticos da beneficência e autonomia e o meu comportamento norteou-se por valores, como sejam, solidariedade, responsabilidade, verdade e autenticidade. A relação terapêutica estabelecida com o outro desenvolveu-se num processo dinâmico e de parceria, assente no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, com a finalidade de ajudar o doente a tornar-se capaz de cuidar de si próprio.

Promovi, quer no meu desempenho, quer no seio da equipa de enfermagem, o respeito pelo direito dos doentes no acesso à informação e fomentei o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas dos indivíduos, reconhecendo e aceitando os seus direitos.

Refleti acerca da atuação do profissional de enfermagem num contexto de atuação multiprofissional, considerando a transmissão de informação uma atividade autónoma de enfermagem, mas em regime de complementaridade funcional, visando o melhor interesse e benefício da pessoa doente e a melhoria contínua da qualidade em saúde.

O dever de informar é intrínseco à atividade de enfermagem e encontra-se expresso no artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro, no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro tem o dever de:

dar resposta, com responsabilidade (logo, com exatidão e incluindo apenas os conteúdos pertinentes à sua finalidade) e cuidado (gentileza, atenção, utilizando os instrumentos básicos da profissão, como a observação e a relação de ajuda). Na área da explicação, poderemos estar a falar de explicitação de mensagens, encaminhamento, validação de ensinamentos. (OE, 2005, p. 112-113).

O direito à informação está patente na Carta dos Direitos do Doente Internado (Direção Geral de Saúde), no seu artigo 6º, definindo que “o doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde”, devendo as informações ser comunicadas adequadamente às características do doente e num contexto de empatia, confidencialidade e privacidade, respeitando que o doente pode desejar não receber ou até conhecer toda a informação disponível.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES FUTURAS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Refletindo detalhadamente sobre o meu percurso de aprendizagem, concluo ter desenvolvido competências técnicas, científicas e relacionais que me permitem desempenhar uma prática profissional que capacita para o autocuidado o doente hemato-oncológico e sob regime de quimioterapia de alta dose.

A educação assume um papel preponderante no processo de autocuidado, é um processo dinâmico que depende da vontade do doente e da perceção da sua situação de doença. Através da educação, os doentes adquirem conhecimentos e habilidades que lhes permitem a tomada de decisão e o desempenho do autocuidado. (Orem, 2001).

As experiências de estágio, bem como a pesquisa de bibliografia e de evidência científica disponível, favoreceram o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e competências, promotoras da prática reflexiva, do julgamento clínico, da autonomia na tomada de decisão, da inovação da prática e da segurança e melhoria da qualidade dos cuidados.

Durante as interações de cuidados e atendendo ao processo de tomada de decisão, ajuizei as situações recorrendo ao saber teórico, mas também ao saber consequente da experiência, integrando-os e suportando a decisão em princípios, valores e normas deontológicas. “A teoria é fundamental, porque ajuda a pôr as boas perguntas (...) mas há sempre numa situação elementos que a teoria não prevê. É este conhecimento das exceções que somente a experiência no terreno pode trazer.” (Benner, 2001, p. 203).

Apliquei conhecimentos relevantes e respeitantes aos efeitos secundários do tratamento com quimioterapia, interpretando a informação para facilitar a adaptação do doente à sua doença e promovendo o autoconhecimento dos doentes

relativamente às sequelas do tratamento, de forma a garantir o autocuidado relativamente à vigilância de sinais e sintomas e implementação de estratégias de suporte com vista à obtenção do bem-estar.

Demonstrei atitude empática, valorizando a pessoa com cancro e seus significantes e compreendendo a sua interpretação da doença oncológica. Na minha atuação avaliei o impacto da vivência da doença oncológica, bem como, as necessidades de informação e apliquei técnicas de comunicação para promover o bem-estar da pessoa doente, permitindo a expressão de dúvidas e preocupações.

Não podemos deixar de tomar consciência que o meio de chegarmos até ao outro, de transmitirmos a imagem de um profissional competente e confiante, é através da comunicação. Grande parte da nossa atuação como enfermeiros reside em saber comunicar, é área de eleição no desenvolvimento das nossas competências. (Barbosa, Lopes, Santos e Morais, 2007, p. 11).

Colaborei ativamente nas decisões da equipa multidisciplinar, intervi melhorando a informação para o processo de cuidar e reconheci quando negociar ou referenciar as situações para outros profissionais de saúde com o desígnio de otimizar o processo de cuidados a nível da tomada de decisão.

Promovi um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção do doente e seus significantes, através de uma prática holística e tolerante e respeitadora da identidade cultural e das necessidades espirituais de cada um, envolvendo familiares e pessoas significativas no ambiente terapêutico.

No decorrer dos estágios, e também na fase de conceptualização do projeto, refleti sobre o meu percurso profissional e aprofundei o conhecimento sobre a minha pessoa, assim como sobre as minhas capacidades, enquanto ser humano e enfermeira, reconhecendo os meus recursos e limitações pessoais e profissionais.

A faceta pessoal tem a ver com a análise feita pela própria pessoa sobre as suas aprendizagens, competências adquiridas e motivações, em função de objetivos ou projetos pessoais, sociais ou profissionais, com vista à sua valorização (reconhecimento de si para si próprio). (OE, 2010, p. 25).

A capacidade de conhecimento de mim própria é fundamental na relação que estabeleço com o outro, consentindo a tomada de consciência da influência pessoal na relação profissional, possibilitando a gestão de sentimentos e emoções em ordem

a uma resposta eficiente e desenvolvendo em mim uma elevada capacidade de adaptação e de resposta ao imprevisto.

O referencial teórico pesquisado permitiu, e continuará a permitir, sustentar os cuidados prestados, alicerçando os processos de tomada de decisão e as intervenções implementadas em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes. O fato de ser detentora de conhecimentos mais aprofundados na área dos cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica e sob regime de quimioterapia de alta dose, assim como o saber adquirido nas experiências de estágio, tornam-me um elemento de referência no seio da equipa de enfermagem, permitindo-me atuar como agente dinamizador e facilitador da aprendizagem.

No desenvolvimento do presente percurso formativo norteiei-me pelo Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem e definido por Benner (2001). Considerando os cinco níveis de aquisição de competências proposto pela autora, posiciono-me nestes como enfermeira *proeficiente*. Perceciono, na grande maioria das vezes, as situações de cuidados como um todo e não apenas em termos isolados, compreendendo os problemas, sendo a minha atuação dirigida aos mesmos. Sinto que ao longo dos tempos tenho desenvolvido a minha capacidade de intuição e de prever os acontecimentos. Tal tem sido possível pela experiência adquirida na prática clínica, mas também pela integração da teoria, que reconheço como essencial. Estou convicta que as competências adquiridas neste trajeto de aprendizagem me colocam mais próxima do patamar de enfermeira *perita*. “A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis.” (Benner, 2001, p. 58).

Em termos práticos, a implementação do projeto no serviço em que desempenho funções, evidenciou resultados funcionais, nomeadamente na elaboração de um *Guia Orientador do Processo Educativo na Capacitação para o Autocuidado do Doente sob regime de Quimioterapia de alta dose*, de uma *Checklist da Informação a transmitir ao Doente* e de um *Guia de Alta com recomendações a ter no domicílio*, após a realização de tratamento com quimioterapia.

Os dados obtidos através da aplicação da sondagem de opinião confirmam a necessidade da criação de documentos escritos, em forma de folhetos, panfletos ou guias informativos, que contemplem informação acerca dos efeitos secundários do tratamento com quimioterapia e cuidados a ter em neutropenia e trombocitopenia.

Aquando da apresentação do projeto e na fase de implementação do mesmo aflorou-se a possibilidade de implementar uma Consulta de Enfermagem, que complemente a Consulta de Hematologia que decorre no serviço. A pertinência da consulta foi validada pela enfermeira chefe e diretora clínica do serviço, assim como pelas respostas fornecidas pelos enfermeiros aquando da sondagem de opinião, no entanto, o desenvolvimento da consulta acarreta recursos humanos e materiais que atualmente não se encontram disponíveis.

Sintetizando as aprendizagens ocorridas e as competências desenvolvidas no caminho percorrido durante o 3º semestre do CMPLE EMC EO, penso que futuramente serei uma enfermeira capaz de “desenvolver uma prática baseada na evidência, promover o aumento da qualidade dos cuidados, cultivar a liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados e influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem”, tal como preconizado, no Regulamento de Mestrado da ESEL (2013).

O presente relatório é o retrato escrito da experiência vivida nos estágios realizados, espelha o processo de aprendizagem; este não foi construído apenas pela acumulação de conhecimentos teóricos ou técnicos e nem aconteceu de um momento para o outro. Tem sido um percurso erigido ao longo dos meus dez anos de desempenho profissional e pautado por uma prática reflexiva constante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.
- Almeida, A. M. S., Silva, I. M. R. (2004). Refletindo sobre a comunicação com o doente oncológico. *Nursing*. 193, 20-21.
- Andrade, M. I. C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.news*. 6 (21), 27-31.
- Apóstolo, J. L. A., Batista, A., C., M., Macedo, C. M. R., Pereira, E. M. R. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Revista Referência*. 3, 55-64.
- Barbosa, M., Lopes, R., Santos, J., Morais, M. (2007). O familiar do doente oncológico hospitalizado: perceção da informação recebida dos profissionais. *Onco.news*. 1 (2), 9-14.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. (tradução do original do inglês *From Novice to Expert*, 2001).
- Carvalho, J. C. M., Soares, M. F. S., Guedes, C. M. P. (2000). Alterações físicas e psíquicas nos doentes submetidos a transplantação de progenitores hematopoiéticos. *Enfermagem Oncológica*. 16, 27-37.
- Correia, A. L. R. H., Santos, I. M. P. (2008). Vivência do Utente Oncológico Submetido a Quimioterapia. *Sinais Vitais*. 79, 25-28.
- Direção Geral de Saúde (1999). *Carta dos Direitos e Deveres do Doente*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em:
<http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>

Direção Geral de Saúde (????). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Lisboa:

Direção Geral de Saúde. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2013). *Regulamento de Mestrado*.

Lisboa: ESEL. Disponível em:

http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/59968584-ED10-4B77-B7BA-8DD9A4B0EBB2/3725/Regulamento2013_11_março.pdf

Esteves, S. C. C., Bizarro, J. P. S. M. (2006). Neutropenia. *Sinais Vitais*. 68, 23-33.

European Oncology Nursing Society (2005). *Post-basic Curriculum in Cancer Nursing*. (3ª ed.). Bruxelas: EONS.

Langhorne, M. (2000). *Quimioterapia*. In Otto, S. E. (Coord.). *Enfermagem em Oncologia*. (p. 587-623). (3ª ed.). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Oncology Nursing, s.d., 1997).

Lopes, M. J. (2006). Os Utentes e os Enfermeiros: construção de uma relação. *Pensar Enfermagem*. 10 (1), 85.

Martins, J. C. A. (2007). O Enfermeiro na Informação ao Doente. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. 12, 11-14.

Matos, P., Pereira, G. P. (2005). *Áreas de intervenção na doença oncológica*. In Pereira, M. G., Lopes, C. *O doente oncológico e a sua família*. (2ª ed.). (p. 15-25). Lisboa: Climepsi Editores.

Ministério da Saúde (2007). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas*. Disponível em:

http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/Portugal_National_Cancer_Control_Plan_2007_Portugese.pdf

Morrow, D. G., Conner-Garcia, T. (2013). Improving Comprehension of Medication Information. *Journal of Gerontological Nursing*. 39 (4), 22-29.

Nunes, R. (2004). *Principais efeitos secundários da hormonoterapia, imunoterapia e quimioterapia*. In Bilro, M. E. C., Cruz, A. G. (Coords.). *Enfermagem Oncológica*. (p. 83-102). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2005). Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (Coords.). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Disponível em:
[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend Manuais_BPraticas.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6ª ed.). Mosby: St. Louis.

Osoky, R. L. E. (2000). *Leucemia*. In Otto, S. E. (Coord.). *Enfermagem em Oncologia*. (p. 313-343). (3ª ed.). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês *Oncology Nursing*, s.d., 1997).

Outhwaite, H. (2000). *Blood and marrow transplantation*. In Grundy, M. (Ed.). *Nursing in Haematological Oncology*. (p. 140-155). Edinburgh: Ballière Tindall.

Persson, L., Hallberg, I. R., Ohlsson, O. (1997). Survivors of acute leukemia and highly malignant lymphoma - retrospective views of daily life problems during treatment and when in remission. *Journal of Advanced Nursing*. 25, 68-78.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.

- Pinhão, C., Banha, F. (2009). *Guia Orientador: Checklist para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao Transplante de Medula óssea – Preparação e Alta*. Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE. Unidade de Transplantação Medular.
- Portaria nº 306-A/2011 de 20 de Dezembro (2011). *Diário da República I Série*, Nº 242 (20-12-2011), 5348-(2)-5348-(4).
- Ream, E. (2000). *Information and education for patients and families*. In Kearney, N., Richardson, A., Giulio, P. D. (Eds.). *Cancer Nursing Practice*. (p. 135-157). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Ribeiro, R. M. P. C. F. (2004). Cuidar o doente oncológico. *Enfermagem Oncológica*. 32, 30-33.
- Rigdon, A. S. (2010). Development of Patient Education for Older Adults Receiving Chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14 (4), 433-441.
- Rodrigues, F. S. S., Polidori, M. M. (2012). Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 58 (4), 619-627.
- Sá, E. M. C. S. (2010). A contribuição de Enfermagem para Aliviar o Sofrimento do Doente Hemato-Oncológico: Revisão de Literatura. *Pensar Enfermagem*. 14 (2), 55-69.
- Sá, E. M. C. S., Silva, D., Oliveira, L., Filipe, R., Gonçalves, R. (2012). Os cuidados de enfermagem espirituais no alívio do sofrimento em pessoas com doença hemato-oncológica. *Onco-news*. 5 (20), 34-40.
- Saraiva, M. C. G. B. (2003). O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivências dos enfermeiros e seus significados. *Revista Investigação em Enfermagem*. 8, 37-48.

- Silva, S. A., Dias, V. L. S. M. (2007). Ensinar o doente a lidar com a toxicidade hematológica no pós-quimioterapia: definição de guideline. *Onco.news*. 1 (1), 11-17.
- Temtap, S., Nilmanat, K. (2011). Symptom experience and management among people with acute myeloid leukemia in Thailand. *International Journal of Palliative Nursing*. 17 (8), 381-386.
- Thompson, K. S., Hogan, R. M. (1995). *Intervenções em Pessoas com Problemas Hematológicos*. In Phipps, W., J., Long, B. C., Woods, N. F., Cassmeyer, V. L. (Eds.). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. (p. 791-829). (2ª ed.). (Volume I - Tomo II). Lisboa: Lusodidacta. (tradução do original inglês *Medical-Cirurgical Nursing: Concepts and Clinical Practice*, s.d., 1991).
- Thomsom, E. (2000). *Chemotherapy*. In Grundy, M. (Ed.). *Nursing in Haematological Oncology*. (p. 101-126). Edinburgh: Baillière Tindall.
- Williams, P. D., Piamjariyakul, U., Ducey, K., Badura, J., Boltz, K. D., Olberding, K. (...) Williams, A. R. (2006). Cancer Treatment, Symptom Monitoring, and Self-Care in Adults: pilot study. *Cancer Nursing*. 29 (5), 347-355.
- Williams, P. D., Lopez, V., Ying, C. S., Piamjariyakul, U., Wenru, W., Hung, G. T. Y. (...) Williams, A. R. (2010). Symptom Monitoring and Self-Care Practices Among Oncology Adults in China. *Cancer Nursing*. 33 (3), 184-193.

APÊNDICES

APÊNDICE Nº 1

Cronograma de Atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES



- Local de Estágio
- UTM, Hospital especializado em Oncologia
 - CMM, Hospital especializado em Oncologia
 - Serviço de Hematologia
 - Elaboração do Relatório
 - Apresentação do Relatório

APÊNDICE Nº 2

Reflexão Crítica nº 1



3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Enfermagem Oncológica
Ano Letivo 2012/ 2013

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Reflexão Crítica nº 1

- Realizada no âmbito do Ensino Clínico na UTM -

Elaborado por: Ana Catarina Cardeira, nº 4050

Docente: Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha

Lisboa, Novembro, 2012

INTRODUÇÃO

“A importância de uma prática reflexiva é unanimemente reconhecida como um contributo essencial à introdução de melhorias substantivas nas dinâmicas da prática de prestação de cuidados, fomentando simultaneamente o aperfeiçoamento do juízo profissional.” (Azevedo e Sousa, 2012, p. 121).

Na experiência de estágio na UTM recorri à prática reflexiva sobre uma situação específica de interação de cuidados, com vista à integração do saber teórico no contexto da prática clínica. Para tal utilizei a metodologia proposta pelo ciclo de Gibbs, em que *descrevo a situação*, recordando o sucedido; evidencio os *sentimentos* experienciados; *avalio* a situação, narrando os aspetos positivos e negativos decorrentes da mesma; procedo à *análise* da interação, procurando encontrar o sentido da situação e o que mais poderia ter feito na interação em concreto e *planeio a ação*, projetando o que poderei fazer no futuro.

Através da presente reflexão procuro demonstrar a importância do papel do enfermeiro na transmissão de informação aquando da admissão ao internamento e enquanto estratégia promotora do autocuidado.

1. REFLEXÃO

1.1. Descrição da Situação

Na segunda semana de estágio e num dos turnos da tarde realizados, tive a oportunidade de acompanhar a admissão de um doente ao internamento.

Sr. M., 50 anos de idade, casado, com dois filhos, um rapaz de 20 anos estudante de engenharia informática em Lisboa e uma menina de 14 anos estudante do 3º ciclo do ensino básico. Doente residente no Algarve e trabalhador na indústria

hoteleira (empregado de mesa), mantendo o desempenho da sua atividade até ao momento do internamento.

Saudável até há cerca de 2 anos, altura em que após 2 episódios de infeção respiratória consecutivos, verificou-se toracalgia com evolução de 3 a 4 semanas, tendo sido realizados exames complementares de diagnóstico no hospital da área de residência que evidenciaram a presença de imagem nodular na parede torácica e destruição das asas costais. Efetuada biópsia de plasmocitoma pulmonar cujo resultado foi compatível com o diagnóstico de Mieloma Múltiplo.

Sem antecedentes pessoais relevantes, à exceção da presença de hábitos tabágicos de 4 a 5 cigarros diários há cerca de 28 anos. Relativamente aos antecedentes familiares, irmã com 49 anos, saudável, mãe falecida com tumor renal e pai falecido com doença vascular cerebral. Desconhecimento de outros antecedentes familiares de doença oncológica.

Referenciado então ao Hospital especializado em Oncologia, onde se confirmou o diagnóstico e iniciado protocolo de tratamento com quimioterapia em regime de ambulatório. Realizou 6 ciclos de tratamento, sem intercorrências significativas, seguindo-se terapêutica com agentes imunomoduladores, verificando-se boa resposta, pelo que foi proposto para realização de TMO (transplante autólogo). A avaliação física anterior ao TMO foi positiva e a colheita de células precursoras hematopoiéticas efetuou-se sem intercorrências.

À entrada na UTM, o Sr. M. encontrava-se acompanhado pela irmã, considerada a pessoa significativa e que o iria acompanhar durante o transplante, visto ser residente em Lisboa e a família nuclear do doente continuar a residir no Algarve (apesar do filho estudar na capital, a sua disponibilidade era menor devido à carga horária letiva).

O processo de admissão havia sido iniciado no Hospital de Dia da UTM, onde tinha sido apresentado o espaço físico da unidade, bem como, explicados alguns dos efeitos decorrentes do TMO e entregue o Guia de Acolhimento ao serviço.

À medida que o espaço físico da UTM, e mais especificamente do quarto de isolamento, iam sendo apresentados ao doente, a sua postura física demonstrava receio, evidenciando o doente uma atitude de aparente desconfiança, observando os

profissionais de soslaio e evitando o olhar direto, permanecendo de braços cruzados, mas sem questionar aquilo que lhe ia sendo transmitido. A irmã, aparentava nervosismo, no entanto, encorajava o irmão positivamente, referindo que “iria correr tudo bem”, “era uma fase passageira” e que “era forte e conseguiria adaptar-se a esta nova fase.”

Durante o internamento do Sr. M. tive a oportunidade de o acompanhar até ao momento da alta, assistindo à sua mudança de comportamento. A postura inicial de desconfiança e distanciamento esvaneceu-se, e o doente demonstrou simpatia para com os profissionais e uma atitude de disponibilidade e interesse, o que possibilitou a sua adaptação ao internamento.

Rapidamente o Sr. se adaptou ao espaço físico do quarto e às rotinas essenciais ao isolamento protetor imposto pelo regime de condicionamento inerente ao TMO.

No decurso do regime de condicionamento (administração de quimioterapia de alta dose com a finalidade de provocar a lise das células tumorais e preparar o doente para receber as células precursoras hematopoiéticas), e de forma progressiva, fui informando o doente acerca das sequelas do tratamento com quimioterapia, bem como, as medidas que o Sr. deveria implementar para melhor suportar os referidos efeitos. Através do estabelecimento de uma relação empática, em que a disponibilidade para escutar foi muito evidente, notei que o doente como que “relaxou”, demonstrava maior tranquilidade, sorrindo e até “brincando” comigo, referindo expressões, tais como, “quando volta Sr.^a enfermeira?”, “obrigada por me ter explicado”, “realmente tinha razão, eu sempre me consegui adaptar a tudo isto.”

A fase de condicionamento, assim como, a fase de aplasia decorreram sem intercorrências significativas, à exceção da presença de alterações gastrointestinais (mucosite oral, alteração do paladar e diarreia), sintomas que foram sendo controlados através da instituição de intervenções farmacológicas adequadas, bem como, pelo ensino realizado ao doente acerca de medidas de autocuidado a implementar, relacionadas com cuidados de higiene e hábitos alimentares.

Na terceira semana de internamento verificou-se a recuperação dos valores hematológicos, altura em que se iniciou a preparação da alta hospitalar. Tive a oportunidade de realizar com o doente a leitura acompanhada do Guia de Alta, em

que o Sr. M. colocou algumas questões relativamente aos transportes para o hospital e sobre aspetos relacionados com a alimentação. As dúvidas foram-lhe sendo elucidadas e o doente aparentou ficar esclarecido.

O dia em que foi comunicado ao Sr. M. que teria alta no dia seguinte, coincidiu com o meu último dia de estágio. O doente imanava satisfação e uma inquietude positiva, como se de uma criança pequena se tratasse e a quem lhe tinham dado o melhor presente do mundo, dirigiu-se a mim dizendo “obrigado pelo apoio que me deu, as explicações que me deu foram muito importantes”, ai que repondo “sinto-me feliz por ter sido capaz de o ajudar”.

1.2. Sentimentos e Pensamentos

Senti satisfação por poder acompanhar um doente durante todo o internamento, podendo assim estabelecer uma relação de empatia com o doente e mobilizar os diversos conhecimentos e capacidades relativamente à transmissão de informação, com enfoque na capacitação para o autocuidado.

Diversos foram os sentimentos experienciados. Senti compaixão pelo Sr. M., também a mim o espaço físico do quarto da unidade causa “confusão” e algum constrangimento. São, pelo menos, 3 semanas em que a pessoa se encontra circunscrita a um espaço exíguo, que desempenha funções em simultâneo de quarto, casa-de-banho, sala de estar e de refeições. Mas por outro lado, e tendo a convicção que o TMO se apresenta como a hipótese de prolongar a sobrevida à doença, manifestei esperança e pensamento positivo.

Inicialmente, experimentei alguma frustração pela dificuldade que tive em estabelecer uma relação de ajuda com o Sr. M., a sua “atitude” esquiva foi dificultadora. Mas percebi que a situação de internamento era um acontecimento novo, causador de instabilidade e encarado como ameaçador. O fato de eu ser “estagiária” no serviço, apesar de já ser enfermeira, também poderia ser dificultador? Senti alguns receios, e pensei, serei capaz de ajudar esta pessoa? Estarei à altura das suas necessidades? No entanto, e com o decorrer do tempo a angústia e as

incertezas foram-se dissipando, podendo concluir que através de uma atitude empática fui capaz de apoiar o doente.

Foi bastante positivo para mim ter tido a possibilidade de acompanhar o doente durante todo o seu internamento na UTM, observando as diferentes fases do tratamento. Senti prazer e alegria em ter sido capaz de ajudar o doente a ultrapassar este momento difícil da sua existência e experienciei a sensação de “dever cumprido”, especialmente quando testemunhei a reação do Sr. M. à confirmação da alta clínica.

1.3. Avaliação

Nesta situação, alguns fatores afiguraram-se como facilitadores, sendo outros inibidores.

Como fator facilitador identifico o tempo de exercício profissional, a experiência adquirida ao longo dos anos permitiu-me perceber o comportamento defensivo do Sr. M. como um mecanismo que o doente utilizou para se proteger da experiência de internamento. A observação do desempenho da enfermeira orientadora que conseguiu demonstrar uma atitude calorosa, tranquilizando o doente, através do enfoque da atuação da equipa para o bem-estar e recuperação do doente, bem como, a postura de disponibilidade da enfermeira orientadora de estágio, transmitindo segurança e confiança ao meu desempenho, revelaram-se como aspetos positivos. Os conhecimentos aprofundados na área da transmissão de informação e da problemática inerente ao doente submetido a TMO e a existência de documentos escritos na UTM, foram muito importantes enquanto suporte da informação comunicada ao doente.

Relativamente aos fatores inibidores evidencio o papel de “estagiária”, o comportamento inicial de defesa do Sr. M. constitui-se como uma barreira inicial ao estabelecimento de uma relação empática e o cansaço sentido devido ao fato de continuar a exercer funções no meu serviço ao mesmo tempo que decorria o estágio.

1.4. Análise

O internamento hospitalar é causador de impacto na pessoa doente, podendo ser percecionado como uma agressão, no sentido em que existe uma separação do ambiente familiar e das rotinas e hábitos de vida, podendo a hospitalização ser entendida como uma ameaça ao cumprimento de projetos futuros.

“A mudança de ambiente, alguma perda de identidade e a dificuldade em se justar a eventuais alterações físicas e/ ou bioquímicas são exemplos de estímulos com os quais o indivíduo doente e internado tem de lidar.” (Cardoso e Pinto, 2002, p. 11).

A pessoa doente e seus familiares confrontam-se com um ambiente desconhecido, em que tudo começa a ser controlado pelos cuidados inerentes ao tratamento e pela disponibilidade dos profissionais e o doente deixa de depender apenas de si próprio, dependendo também de outros.

Moreira, Castanheira e Reis (2003, p. 28), acrescentam que no caso dos doentes oncológicos os sentimentos negativos relativamente à hospitalização são “agravados pelas dúvidas e incertezas no sucesso do tratamento instituído, bem como pelo receio e medo face ao prognóstico e qualidade de vida.”

As expetativas inerentes à realização de TMO são também bastante influenciadoras da postura da pessoa doente, “é um tratamento eletivo utilizado muitas vezes como último recurso e onde são depositadas muitas esperanças.” (Carvalho, Soares e Guedes, 2000, p. 29).

Sentimentos contraditórios e ambíguos são experienciados pelo doente e seus significantes, por um lado os medos e receios do desconhecido, por outro a expectativa da cura.

A incerteza é frequentemente difícil de combater, e a angústia pode ser reduzida através da informação sobre a doença e o tratamento. A angústia emocional pode ser diminuída pela comunicação estabelecida com o enfermeiro, e pela participação ativa do doente no tratamento ou na luta contra a doença, combatendo sentimentos de passividade e indefesa. (Xavier, 2002, p. 51).

Considero que aquando da entrada do doente na UTM, a atitude calorosa e bem-disposta com que foi acolhido revelaram-se facilitadoras, bem como, a

disponibilização de informações úteis e dirigidas aos problemas iniciais identificados, nomeadamente, a estrutura física do quarto de isolamento e as medidas necessárias ao controlo de infeção e ainda o horário das visitas, das refeições e de algumas rotinas específicas do serviço.

“A transmissão de informação implica uma avaliação do nível de compreensão do doente e dos familiares, do desejo à informação (...) se estiverem muito ansiosos, diminui a perceção das palavras e o seu conteúdo pode originar interpretações erradas, aumentando o seu sofrimento.” (Almeida e Silva, 2004, p. 20).

Na interação com o doente identificaram-se expetativas e preocupações, com o intuito de diminuir a ansiedade e a angústia sentidas, respeitando os tempos e ritmo de adaptação do doente à realidade do internamento. A informação foi comunicada com recurso a linguagem clara e acessível e os conceitos foram transmitidos de forma progressiva.

“A comunicação entre enfermeiro e o doente é feita pela transferência de informação e por um conjunto de aspetos psicossociológicos inerentes à personalidade do enfermeiro e à personalidade do doente.” (Saraiva, 2003, p. 38). Neste sentido, o teor e o carácter da comunicação devem fazer sentido para ambos os intervenientes.

Diversos autores (Chris, 2006 e Pereira, 2008) comprovam que a transmissão de informação à pessoa doente, de acordo com as suas necessidades, pode ajudar a diminuir o seu isolamento e medos e a mobilizar os seus recursos e capacidades de enfrentar a situação. Em contraposição, a escassez de informação ou a comunicação deficiente podem fomentar sentimentos de insegurança em relação à doença e ao processo de tratamento, bem como, insegurança na relação estabelecida entre doente e profissional de saúde.

“Compete ao enfermeiro identificar e ajudar o próprio doente e família a identificarem as suas próprias necessidades, para que desta forma, o enfermeiro possa contribuir com o seu saber, planeando ações de enfermagem adequadas e individualizadas atendendo às necessidades identificadas.” (Moreira, Castanheira e Reis, 2003, p. 28).

No acompanhamento prestado ao Sr. M. a empatia revelou-se condição fundamental no estabelecimento da relação de ajuda. Phaneuf (2005, p. 346) define empatia como sendo um “sentimento profundo de compreensão do outro.” Significa ser capaz de compreender o outro, colocando-se no seu lugar, apesar de reconhecer a vivência como sendo da outra pessoa e não nossa. A empatia pressupõe o equilíbrio entre uma sensibilidade excessiva e demasiado intensa e um comportamento de neutralidade afetivo, distante e muito pouco humano. O profissional de saúde deverá descobrir o equilíbrio entre estes dois extremos, compreendendo assim a pessoa doente. A relação de ajuda baseia-se também na congruência, ou seja, na capacidade que o profissional tem de ser autêntico e verdadeiramente ele próprio, exprimindo os seus sentimentos sem que haja diferenças entre a linguagem verbal e não-verbal. Para que haja congruência na relação é necessário que o profissional se aceite a si próprio e os seus comportamentos estejam em harmonia com as suas emoções. (Phaneuf, 2005).

Outro aspeto significativo na situação descrita, prende-se com a presença da irmã do doente e com a sua inclusão na dinâmica de cuidados. Apesar da distância física da família nuclear do Sr. M., a sua presença foi constante via telefónica e internáutica, em que o doente atualizava os seus familiares acerca da sua situação.

Tal como Frade (2012, p. 30) refere “as informações dadas sobre a doença e sua evolução, o esclarecimento de dúvidas relativamente aos tratamentos, o encorajamento e apoio emocional são reconhecidos e valorizados pelos familiares.”

A doença não afeta apenas a pessoa doente mas também os outros elementos da dinâmica familiar, ocorrendo necessariamente mecanismos de adaptação à nova realidade, redefinindo-se fronteiras e reestruturando-se funções. A autora citada acrescenta que a família deverá enfoque da atuação dos enfermeiros, devendo-se:

adaptar os cuidados em relação às suas necessidades específicas, às informações sobre a doença e a sua evolução e trabalhar com a família, para que esta seja um colaborador potencial na prestação de cuidados ao doente, pois ela é o elemento de afeto essencial. (Frade, 2012, p. 31).

Ultrapassada a fase inicial de acolhimento do Sr. M. ao internamento na UTM, emergiram necessidades decorrentes do regime de condicionamento realizado. Em conformidade, desenvolveram-se intervenções de enfermagem no sentido de

minorar os sintomas apresentados e habilitar o doente para o desempenho de comportamentos de autocuidado, aos quais o doente aderiu, tornando-se assim capaz de exercer ações com vista à melhoria do seu bem-estar. Assim como Orem (2001, p. 43) menciona, o autocuidado visa a aplicação de “medidas adequadas, confiáveis e válidas para regular os seu próprio funcionamento e desenvolvimento em ambientes estáveis ou em mudança.”

1.5. Conclusão

O respeito manifestado pelas dificuldades do doente aquando da admissão ao internamento, assim como, a empatia evidenciadas na situação de interação de cuidados relatada, declararam-se fator essencial no processo terapêutico. Caso os receios e os medos iniciais não tivessem sido ultrapassados a adaptação ao internamento poderia ter sido comprometida, bem como a adesão ao regime terapêutico e às eventuais medidas de autocuidado necessárias.

A informação disponibilizada evidenciou-se também como fundamental, de acordo com Orem (2001, p. 59) “ensinar o doente é um método válido para ajudar uma pessoa que precisa de instruções no desenvolvimento de habilidades e conhecimentos.” A autora acrescenta que a aprendizagem ocorre quando a pessoa manifesta interesse em aprender e para tal é fundamental que o enfermeiro identifique as necessidades de informação da pessoa, considere a sua experiência, estilo de vida e hábitos de vida diária e conheça os requisitos de autocuidado, de forma a ser capaz de individualizar os cuidados prestados, atendendo à circunstância da pessoa doente.

Os documentos escritos existentes na UTM, nomeadamente, os guias de acolhimento e de alta revelaram-se instrumentos indispensáveis à promoção do autocuidado. Diversos autores (Langhorne, 2000; Rigdon, 2010; Morrow e Conner-Garcia, 2013) verificam a importância da criação de documentos escritos, com linguagem simples e direta, cujos conteúdos complementem os conhecimentos fornecidos oralmente, constituindo-se assim como uma ferramenta de apoio e orientação.

1.6. Planear a Ação

Examinando a situação de interação de cuidados descrita, penso que futuramente deverei conferir particular enfoque a determinados aspetos:

- Conhecer a representação do doente acerca da sua situação de doença e os medos e receios relativamente ao internamento e tratamento a realizar;
- Estabelecer uma comunicação e relação com o doente de acordo com as suas necessidades;
- Tranquilizar e esclarecer o doente sobre as suas dúvidas e receios para que esta se sinta seguro e mais confiante;
- Ajudar o doente a enfrentar a nova realidade;
- Valorizar as necessidades de cuidados básicos do doente;
- Avaliar a resposta da família ao processo de doença;
- Estabelecer, em colaboração com o doente, objetivos a curto e a longo prazo, no sentido da promoção do autocuidado;
- Elaborar documentos escritos que, na minha prática, sejam instrumentos estruturantes e complementares ao processo educativo.

2. CONCLUSÃO

Encaro a prática reflexiva como um processo formativo, que ajuda a ponderar a rotina quotidiana, sendo um método organizador e estruturante do pensamento, e que permite repensar as teorias implícitas na prática.

A realização da presente reflexão constitui-se como mais um passo significativo no processo de desenvolvimento de competências especializadas na área da capacitação para o autocuidado da pessoa doente, nomeadamente, no estabelecimento da relação de ajuda enquanto veículo promotor do autocuidado.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. M. S., Silva, I. M. R. (2004). Refletindo sobre a comunicação com o doente oncológico. *Nursing*. 193, 20-21.
- Azevedo, P. M. D. S., Sousa, P. A. F. (2012). Partilha de informação de enfermagem: dimensões do Papel de Prestador de Cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*. 7, 113-122.
- Cardoso, A. B. M. R., Pinto, P. J. (2002). Acolhimento do doente no hospital – um cuidado de enfermagem. *Nursing*. 170, 11-14.
- Carvalho, J. C. M., Soares, M. F. S., Guedes, C. M. P. (2000). Alterações físicas e psíquicas nos doentes submetidos a transplantação de progenitores hematopoiéticos. *Enfermagem Oncológica*. 16, 27-37.
- Chris, L. (2006). *Clinical Thinking: evidence, communication and decision-making*. London: Blakwell.
- Frade, M. A. C. (2012). O tratamento com quimioterapia: que necessidades e implicações na dinâmica familiar da pessoa com cancro. *Onco.news*. 5 (19), 26-31.
- Langhorne, M. (2000). *Quimioterapia*. In Otto, S. E. (Coord.). *Enfermagem em Oncologia*. (p. 587.623). (3ª ed.). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês *Oncology Nursing*, s.d., 1997).
- Moreira, C., Castanheira, I., Reis, T. (2003). Acolhimento do doente oncológico: o que valorizam os enfermeiros? *Revista Investigação em Enfermagem*. 8, 27-36.
- Morrow, D. G., Conner-Garcia, T. (2013). Improving Comprehension of Medication Information. *Journal of Gerontological Nursing*. 39 (4), 22-29.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6ª ed.). Mosby: St. Louis.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Rigdon, A. S. (2010). Development of Patient Education for Older Adults Receiving Chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14 (4), 433-441.
- Saraiva, M. C. G. B. (2003). O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivências dos enfermeiros e seus significados. *Revista Investigação em Enfermagem*. 8, 37-48.
- Xavier, S. (2002). A Comunicação na Arte do Cuidar. *Revista Sinais Vitais*. 42, 50-53.

APÊNDICE Nº 3

Plano da Sessão na UTM



3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Enfermagem Oncológica
Ano Letivo 2012/ 2013

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

O Projeto de Estágio *A Informação na Capacitação para o Autocuidado da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica, sob Regime de Quimioterapia de Alta Dose*, na Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos (UTM)

- Plano de Sessão -

Elaborado por: Ana Catarina Cardeira, nº 4050

Docente: Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha

Lisboa, Novembro, 2012

1. DESTINATÁRIOS

- Equipe de Enfermagem da UTM.

2. FINALIDADE

- Apresentar o projeto subordinado ao tema a *Informação na Capacitação para o Autocuidado da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica, sob Regime de Quimioterapia de Alta Dose*.
- Partilhar com a equipa de enfermagem a experiência de estágio na UTM.

3. OBJETIVOS

- Compreender a relevância da experiência de estágio na UTM para o desenvolvimento do projeto de estágio subordinado ao tema A Informação na Capacitação para o Autocuidado da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica, sob regime de Quimioterapia de alta dose.
- Valorizar a aplicação dos documentos existentes na UTM, nomeadamente, a *Checklist* para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao Transplante de Medula Óssea – Preparação e Alta.
- Conhecer o trabalho elaborado: *Dossier* de Consulta com Fichas Medicamentosas dos Agentes Citostáticos mais utilizados na UTM – Cuidados de Enfermagem.

4. PLANO DA SESSÃO

Etapas	Conteúdos	Estratégias
Introdução Duração: 5 minutos	Objetivos do projeto Justificação da problemática em estudo	Método expositivo Apresentação de <i>slide show</i> recorrendo ao Programa informático <i>Microsoft PowerPoint</i>
Desenvolvimento Duração: 5 minutos	Justificação da escolha da UTM como campo de estágio Objetivos do estágio Contributo do estágio para o desenvolvimento de competências	Método expositivo Apresentação de <i>slide show</i> recorrendo ao Programa informático <i>Microsoft PowerPoint</i>
Conclusão Duração: 5 minutos	Apresentação do <i>Dossier</i> : Fichas Medicamentosas de Agentes Citostáticos – Cuidados de Enfermagem	Método demonstrativo Demonstração da consulta do <i>Dossier</i> : Fichas Medicamentosas de Agentes Citostáticos – Cuidados de Enfermagem
Avaliação Duração: 15 minutos	Avaliação da sessão	Debate com os colegas da UTM Registo dos comentários realizados

BIBLIOGRAFIA

Carvalho, J. C. M., Soares, M. F. S., Guedes, C. M. P. (2000). Alterações físicas e psíquicas nos doentes submetidos a transplantação de progenitores hematopoiéticos. *Enfermagem Oncológica*. 16, 27-37.

Correia, A. L. R. H., Santos, I. M. P. (2008). Vivência do Utente Oncológico Submetido a Quimioterapia. *Sinais Vitais*. 79, 25-28.

APÊNDICE Nº 4

Reflexão Crítica nº 2



3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Enfermagem Oncológica
Ano Letivo 2012/ 2013

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Reflexão Crítica nº 2

- Realizada no âmbito do Ensino Clínico na CMM -

Elaborado por: Ana Catarina Cardeira, nº 4050

Docente: Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha

Lisboa, Dezembro, 2012

INTRODUÇÃO

A prática da Enfermagem resulta da interação entre diferentes intervenientes, nomeadamente, enfermeiro, pessoa doente e ambiente, exigindo ao profissional a mobilização e a integração de diversos tipos de saberes e de competências de índole cognitiva, afetiva e reflexiva, com a finalidade de ajudar o outro a cuidar de si próprio, quando tal é possível, ou então auxiliá-lo na mobilização de recursos que permitam o autocuidado.

Segundo Orem (2001, p. 43) o autocuidado alude 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.” Sendo uma função humana reguladora, não inata, pelo que carece ser aprendida e desenvolvida e que quando as necessidades são superiores à capacidade do indivíduo autocuidar-se, surge um défice de autocuidado. Desta forma, o enfermeiro adapta a sua intervenção, no sentido de minorar os efeitos desse défice.

É no âmbito da prestação direta de cuidados que o enfermeiro interage com o outro, tomando consciência de si próprio e da sua relação com o contexto, questionando e avaliando o que observa, integrando ao mesmo tempo o conhecimento científico adquirido. “Os contextos, enquanto ambiente, influenciam e são influenciados pela subjetividade de cada um, pelas singularidades no coletivo, que se articulam para reinventar um novo coletivo que, quando contextualizados e consciencializadas, promovem aprendizagens ao longo da vida.” (Serrano, Costa e Costa, 2011, p. 18).

O ciclo reflexivo proposto por Gibbs foi o método encontrado para estruturar o meu pensamento, no que diz respeito, à análise do momento de interação de cuidados que descrevo na presente reflexão crítica. A mesma teve lugar durante o ensino clínico na CMM, pretendo apenas referir não intervi diretamente na situação descrita. Com o objetivo de desenvolver competências, senti necessidade de observar a atuação da enfermeira perita, pelo que abordo a situação em termos daquilo que observei e refleti posteriormente.

Retrato uma consulta de enfermagem pós consulta médica, na qual é explicado à doente o tratamento de quimioterapia proposto, bem como os seus efeitos secundários e medidas de alívio propostas.

A pessoa em situação de doença grave experiencia sentimentos de ameaça, perda, insatisfação das necessidades básicas que despertam desconforto e sofrimento. Em situação de doença oncológica em quimioterapia, associa-se ainda o desconforto que decorre do tratamento, e consequente aumento da ameaça à integridade. (Apóstolo, Batista, Macedo e Pereira, 2006, p. 55).

1. REFLEXÃO

1.1. Descrição da Situação

A situação descrita aconteceu em contexto de consulta de enfermagem e sucedeu a consulta médica, na qual foi apresentado à doente o protocolo de quimioterapia proposto.

Sr.^a D.^a M., 35 anos, residente em Lisboa. Casada e com uma filha de 11 anos. Modista.

Em mamografia de rotina detetou-se a presença de nódulo suspeito na mama esquerda. Encaminhada pelo médico de família para o Hospital especializado em Oncologia, onde realizou exames complementares, tendo sido confirmado o diagnóstico de carcinoma ductal invasivo na mama esquerda, com envolvimento ganglionar. Exames de estadiamento (cintigrafia óssea, radiografia torácica e ecografia abdominal) negativos. Em consulta de decisão terapêutica, optou-se pela realização de tratamento com quimioterapia neoadjuvante (ciclo de quimioterapia TAC: Docetaxel, Doxorrubicina e Ciclofosfamida) e posterior abordagem cirúrgica com provável mastectomia, com esvaziamento axilar

Durante a consulta a doente fazia-se acompanhar pela filha e pelo marido. Ambos aparentavam preocupação, com olhar cabisbaixo e uma postura corporal que

manifestava resignação, mas também demonstravam cansaço e tristeza. A Sr.^a D.^a M. encontrava-se entre o marido e a filha e os três estavam de mãos dadas.

No início da consulta, a enfermeira explicitou o objetivo da mesma, referindo que pretendia conversar um pouco sobre os efeitos secundários ao tratamento. Indicou o local físico onde iria ser realizado o tratamento e explicou a forma como o mesmo ia ser administrado, assim como a sua sequência. Não foram colocadas questões pela doente e familiares, acenaram afirmativamente com a cabeça e trocaram olhares cúmplices entre si.

Relativamente às sequelas do tratamento, a enfermeira referiu a hipótese de aparecimento de náuseas e vômitos, ao que a doente referiu, “sim já esperava que isso acontecesse, vou ficar muito enjoada, irei vomitar muito? Posso tomar medicação?” A enfermeira procurou serenar a doente, mencionando que existem fármacos específicos para o controlo da emese consequente à quimioterapia e que existem também alguns cuidados a ter com a alimentação que poderão ajudar a controlar as náuseas e os vômitos. Ofereceu também à doente um folheto informativo que contempla sugestões alimentares que poderão ser utilizadas na resolução de problemas relacionados com a alimentação, lendo com a doente o capítulo relativo às náuseas e vômitos. A doente agradeceu.

Posteriormente, a enfermeira conversou acerca da alopecia. A Sr.^a D.^a M. chorou e referiu, “também já sei que o cabelo me vai cair, vai-me custar muito, ligo muito à aparência e até estou a pensar usar peruca.” Neste sentido, a enfermeira mencionou a existência de um grupo de apoio, *Movimento Vencer e Viver*, composto por mulheres que padeceram de cancro da mama e que prestam apoio emocional a doentes a quem foi realizado o diagnóstico, através da disponibilização de vários serviços tendo em vista o bem-estar físico e emocional da mulher, incluindo a disponibilização de cabeleireiras. Foi entregue o folheto do referido movimento, bem como, apresentada uma brochura elucidativa da colocação de lenços e da utilização de chapéus. A Sr.^a D.^a M. guardou todos os documentos e disse, “obrigada enfermeira, vamos ver como irei passar, o dia de hoje está a ser muito cansativo, ainda tem mais alguma coisa para me dizer?”

Perante a afirmação da doente, a enfermeira reforçou a disponibilidade da equipa de enfermagem na prestação de apoio e no esclarecimento de dúvidas, disponibilizando os contactos da CMM.

1.2. Sentimentos e Pensamentos

Em relação à situação descrita, senti que a prestação da enfermeira foi coerente com as necessidades manifestadas pela doente. Penso que outros efeitos decorrentes do tratamento, poderiam ter sido abordados, no entanto, a consideração pelo cansaço manifestado pela doente foi importante. A transmissão de um maior volume de informação poderia ter sido prejudicial, podendo a doente não interiorizar os conhecimentos comunicados.

1.3. Avaliação

Equacionando a situação, avalio como positiva a presença do marido e da filha, o clima de privacidade em que a consulta decorreu, assim como, a disponibilização de informação escrita e a atitude de abertura e disponibilidade evidenciada pela enfermeira.

Identifico também como fundamentais os registos de enfermagem realizados, evidenciado a postura da doente no ato da consulta, explicitando os ensinamentos efetuados, a reação aos mesmos, bem como, as intervenções implementadas; assinalando ainda as áreas temáticas sobre as quais seria necessário incidir, fomentando assim a continuidade de cuidados.

Como facto inibidor identifico o cansaço verbalizado pela doente, o Sr.^a D.^a M. estava desde manhã no hospital, tinha realizado análises sanguíneas, esperado pelos seus resultados, a consulta médica tinha sido longa e no momento da consulta de enfermagem a doente manifestou fadiga.

1.4. Análise

Analisando a situação descrita e pretendendo encontrar o sentido da mesma, julgo poder afirmar que o diagnóstico de cancro e consequente tratamento, nomeadamente, a quimioterapia acarretam implicações físicas e psicológicas na vida dos doentes.

Browaall, Persson, Ahlberg, Karlsson e Danielson, 2009, num estudo com o objetivo de descrever os efeitos stressantes experienciados pelas mulheres com cancro da mama sob tratamento com quimioterapia, identificam as náuseas e os vômitos como os problemas mais frequentemente sentidos pelas doentes.

A alopecia é também referida como um dos efeitos secundários mais evidente, originando elevados níveis de *distress* físico, psicológico e social (Kim et al, 2012). Segundo os autores, a nível psicológico as doentes experimentam medo, depressão, diminuição da autoestima e sensação de culpa por ter tido comportamentos menos saudáveis. Na esfera social, o *distress* manifesta-se na limitação das atividades de vida diárias e na menor interação com as outras pessoas.

Apesar da reversibilidade da alopecia, apresenta-se como a sequela ao tratamento mais visível, interferindo naturalmente com a imagem corporal das doentes, tornando-se o sinal mais visível da presença da doença oncológica, perante si própria e perante os outros.

Encarando a certeza do aparecimento dos referidos efeitos, cabe à enfermeira a responsabilidade de apoiar a doente na procura de soluções para resolver os sintomas, orientando-a e instruindo-a sobre habilidades e conhecimentos que lhes permita lidar com as alterações presentes, adquirindo a doente a capacidade de desenvolver atividades de autocuidado.

Orem (2001, p. 55-56) identifica “métodos de ajuda através dos quais um pessoa pode compensar ou superar as limitações de outros para agirem por si mesmos na vida do dia-a-dia”. Estes métodos são identificados como: “agindo a favor ou fazendo por outro, guiando e dirigindo, fornecendo suporte físico ou psicológico, fornecer e manter um ambiente que suporta o desenvolvimento pessoal e ensinar” e

cabe ao enfermeiro aplicar estes métodos, selecionando-os e combinando-os e acordo com a circunstância da pessoa doente.

Na situação de interação relatada penso que a enfermeira através de uma comunicação eficaz, procurou guiar e apoiar a doente na realização de escolhas, motivando-a para a realização das atividades necessárias. “As orientações devem ser adequadas, seja na forma de sugestões, instruções, orientações ou supervisão.” (Orem, 2001, p. 57). A autora refere ainda que “apoiar outra pessoa significa ‘sustentar num esforço’, impedindo que a pessoa falhe (...) sendo um forma válida de assistência quando um doente se depara com algo desagradável ou doloroso (...) tornando-se o doente capaz de controlar e dirigir a ação da situação.” (2001, p. 57).

1.5. Conclusão

Conjeturando o que mais poderia ter sido feito, considero que os efeitos secundários sobre a medula óssea deveriam ter sido abordados, visto a morbilidade associada aos mesmos ser bastante significativa. No entanto, e devido ao cansaço verbalizado pela doente, tal não se justificou, tendo-se registado em notas de enfermagem a necessidade de abordar numa fase posterior de acompanhamento os referidos efeitos, promovendo assim a continuidade de cuidados.

1.6. Planear a Ação

Em termos futuros penso que na minha atuação estarei mais desperta para o encaminhamento dos doentes para grupos de apoio.

Segundo Orem (2001, p. 59) o enfermeiro tem a responsabilidade de ajudar a pessoa doente na procura de “condições ambientais favoráveis ao seu desenvolvimento, proporcionando ao doente oportunidades para estar com outras pessoas ou tornar-se membros de grupos (...), em que a ajuda está disponível no que diz respeito aos interesses e preocupações pessoais e de grupos.” Desta forma,

poder-se-ão evitar sentimentos de solidão, através da promoção do companheirismo, do respeito mútuo, da confiança transmitida pelo outro, sendo o potencial de desenvolvimento reconhecido e incentivado.

Na área em que exerço a minha atividade, cuidando do doente hemato-oncológico e seus significantes, não existem grupos de ajuda organizados, tal como no apoio à doente com cancro da mama. No entanto, existem algumas associações, nomeadamente, a Associação Portuguesa Contra a Leucemia, que apresenta na sua página da Internet testemunhos de sobreviventes de cancro, que oferecem uma mensagem de esperança e de apoio; e a Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas, constituída por doentes, familiares, profissionais de saúde e voluntários e que visa apoiar doentes e seus familiares na vivência da doença oncológica.

Futuramente, procurarei informar os doentes da necessidade de apoio mútuo, promovendo a partilha da experiência de *estar e ser doente*.

A entrega ao doente de informação escrita será também alvo da minha prática futura, através da criação de documentos que sustentem os conteúdos transmitidos ao doente e seus familiares.

2. CONCLUSÃO

É através da reflexão sobre a prática que a mudança da mesma acontece e a aprendizagem decorre, estando inerente a adoção de uma postura de inquietação, de tomada de iniciativa, de liberdade de pensamento e de uma atitude de disponibilidade para afetar e se deixar afetar.

Concordo com Serrano, Costa e Costa (2011, p. 18) quando expõem que “para existir aprendizagem pela experiência é necessário que exista intencionalidade por parte dos atores nas situações de trabalho, ou seja, que a interação com essa situação faça sentido.” (Serrano, Costa e Costa, 2011, p. 18).

Através da observação da prestação da enfermeira especialista na interação de cuidados descrita, desenvolvi competências técnicas, científicas e relacionais que me permitirão transmitir ao doente conhecimentos relativos aos efeitos secundários da quimioterapia, enquanto estratégia promotora do autocuidado, bem como, integrar na minha prática a disponibilização de informação escrita, enquanto meio de suporte ao doente e seus familiares.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. L. A., Batista, A., C., M., Macedo, C. M. R., Pereira, E. M. R. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Revista Referência*. 3, 55-64.
- Browall, M, Persson, L.-O., Ahlberg, K., Karlsson, P., Danielson, E. (2009). Daily assessment of stressful events and coping among post-menopausal women with breast cancer treated with adjuvant chemotherapy. *European Journal of Cancer Care*. 18 (5), 507-516.
- Kim, I.-R., Cho, J., Cho, E. K., Know, I. G., Sung, Y. H., Lee, J. E., Nam, S.-J., Yang, J.-H. (2012). Perception, Attitudes, Preparedness and Experience of Chemotherapy-Induced Alopecia among Breast Cancer Patients: a Qualitative Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 13, 1383-1388.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6ª ed.). Mosby: St. Louis.
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*. 3, 15-23.

APÊNDICE Nº 5

Plano da Sessão na CMM



3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Enfermagem Oncológica
Ano Letivo 2012/ 2013

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

***A Toxicidade Hematológica na Doente com Cancro da Mama sob
Tratamento com Quimioterapia***
Ensino Clínico na Clínica Multidisciplinar da Mama (CMM)

- Plano de Sessão -

Elaborado por: Ana Catarina Cardeira, nº 4050

Docente: Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha

Lisboa, Novembro, 2012

1. DESTINATÁRIOS

- Equipe de Enfermagem da CMM.

2. FINALIDADE

- Partilhar com a equipa de enfermagem da CMM os conhecimentos e a experiência no que diz respeito à toxicidade hematológica secundária ao tratamento com quimioterapia, no sentido de sensibilizar para a relevância da toxicidade hematológica, enquanto efeito adverso do tratamento com quimioterapia.

3. OBJETIVOS

- Descrever conceitos, tais como, Quimioterapia, Neutropénia, Trombocitopénia e Anemia.
- Descrever os cuidados de enfermagem a implementar em presença de toxicidade hematológica relacionada com quimioterapia.

4. PLANO DA SESSÃO

Etapas	Conteúdos	Estratégias
Introdução Duração: 5 minutos	Objetivos da sessão Contextualização: A Quimioterapia no tratamento do Cancro da Mama	Método expositivo Apresentação de <i>slide show</i> recorrendo ao Programa informático <i>Microsoft PowerPoint</i>
Desenvolvimento Duração: 20 minutos	Conceito: Neutropénia, Trombocitopénia e Anemia Cuidados de Enfermagem ao Doente Neutropénico, Trombocitopénico e Anémico	Método expositivo Apresentação de <i>slide show</i> recorrendo ao Programa informático <i>Microsoft PowerPoint</i>
Conclusão e Avaliação Duração: 15 minutos	Avaliação da sessão	Debate com os colegas da CMM Registo dos comentários realizados

BIBLIOGRAFIA

Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., Cordeiro, S. (2005). *O Cancro e a Qualidade Vida: a quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro*. Sintra: Novartis.

Gonçalves, L. L. C. et all (2009). Mulheres com Câncer de Mama: ações de autocuidado durante a quimioterapia. *Revista Enfermagem Uerj*. 17 (4), 575-580.

Gozzo, T.H., Nascimento, T. G., Panobianco, M. S., Almeida, A. M. (2011). Ocorrência de neutropénia em mulheres com câncer da mama durante tratamento quimioterápico. *Acta Paulista de Enfermagem*. 24 (6), 810-814.

Nunes, R. (2004). *Principais efeitos secundários da hormonoterapia, imunoterapia e quimioterapia*. In Bilro, M. E., Cruz, A. G. *Enfermagem Oncológica*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.

APÊNDICE Nº 6

Apresentação da Sessão na CMM

A Toxicidade Hematológica na Doente com Cancro da Mama sob Tratamento com Quimioterapia

Estágio na Clínica Multidisciplinar da Mama (EMM)

Elaborado por: Ana Catarina Cardeira
Docente: Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha



Dezembro, 2012

Objetivos

- ◉ Descrever Conceitos
 - Quimioterapia
 - Neutropénia
 - Trombocitopénia
 - Anemia

- ◉ Descrever os Cuidados de Enfermagem a implementar em presença de Toxicidade Hematológica relacionada com QT

A Quimioterapia no Tratamento do Cancro da Mama

Quimioterapia citostática: administração de substâncias químicas com atividade citotóxica com o objetivo de tratar a pessoa com doença oncológica.

Neo-Adjuvante

Adjuvante

Paliativa

Ciclos de QT

FEC	CMF
TAC	Paclitaxel
AC	Docetaxel
TC	

A Quimioterapia no Tratamento do Cancro da Mama

Classificação Farmacológica	Citostático	Efeitos Adversos mais comuns
Alquilante	Ciclofosfamida	Neutropénia e anemia. Náuseas e vómitos. Cistite hemorrágica. Alopecia. Escurecimento pele e unhas.
Antimetabolito	Metotrexato	Neutropénia e trombocitopénia. Mucosite oral, pode ser acompanhada de hemorragia ou diarreia. Anorexia. Alopecia. Alterações cutâneas. Síndrome palmo-plantar.
	FluoroUracilo	
Taxanos	Docetaxel	Neutropénia e anemia. Alopecia. Náuseas e vómitos. Astenia.
	Paclitaxel	Anemia. Toxicidade neurológica. Artralgias e mialgias. Alopecia. Náuseas e vómitos.
Antibiótico Antraciclínico	Doxorrubicina	Neutropénia e trombocitopénia. Náuseas e vómitos severos. Cardiotoxicidade. Alopecia. Alterações ungueais.
	Epirubicina	

Toxicidade hematológica

A Mielotoxicidade é o efeito secundário mais comum e mais importante relacionado com a QT. É fator dose limitante e pode levar ao atraso de administração de ciclos.



Nadir é o tempo que decorre entre a administração do fármaco e a ocorrência do menor valor da contagem hematológica.

Em média varia entre 7 a 14 dias.

Leucopénia/ Neutropénia



• ↓ quantitativa do número de glóbulos brancos < 4000/ mm³.

• ↓ número de neutrófilos < 1000/ mm³.

Sinais e Sintomas

- Febre
- Fadiga e mal estar
- Dor
- Taquicardia
- Rubor
- Taquipneia
- Edema

Neutropénia Febril

↑ isolado da Tax > 38° C. associado a contagem de neutrófilos < 500.

Complicação possível da neutropénia induzida pela administração de QT.

Pode constituir-se uma emergência oncológica.

Cuidados ao Doente Neutropénico

- Informar a doente/ família da ocorrência do sintoma;
- Incentivar à manutenção de uma boa higiene corporal.
- Evitar contactar com pessoas infetadas;
- Evitar locais fechados e com grande aglomerado pessoas;
- Evitar contactar com animais;

- Evitar receber imunizações;
- Incentivar à avaliação da Temperatura Corporal;
- Evitar a administração de analgésicos antipiréticos;
- Vigiar o aparecimento de sintomas como congestão nasal, odinofagia, tosse, ...
- Em caso de Febre, contactar CMM ou SANP.

Cuidados ao Doente Neutropénico

- Aconselhar o cumprimento da: Dieta Neutropénica.



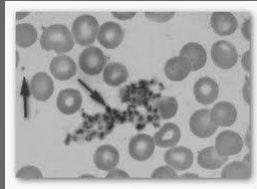
regime alimentar que proporciona uma alimentação com baixo teor bacteriano

Alimentos a evitar

- Frutas ou vegetais frescos
- Carnes, peixes ou ovos crus ou mal cozinhados
- Marisco
- Enchidos, vísceras, pastéis, rissóis, croquetes ou similares
- Água da torneira
- Produtos lácteos não pasteurizados
- Natas frescas
- Bolos com creme

- Confeccionar os alimentos a altas temperaturas (cozidos, fritos ou assados);
- Conservar os alimentos no frigorífico e no congelador, quando cozinhados devem ser congelados e somente descongelados quando forem ingeridos.

Trombocitopénia



- ↓ quantitativa do número de plaquetas circulantes <math>< 150000 / \text{mm}^3</math>.
- ↑ tempo de protrombina e do tempo parcial de tromboplastina.

Sinais e Sintomas

- Petéquias
- Equimoses
- Hematomas
- Hemorragia por orifícios naturais

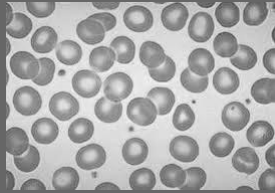
Risco de Hemorragia:

Plaquetas <math>< 50000 \text{ mm}^3</math>.

Cuidados ao Doente Trombocitopénico

- Informar a doente/ família da ocorrência do sintoma;
- Evitar traumatismos na pele e mucosas;
 - Preferir a utilização de escova de dentes macia;
 - Optar pelo uso de creme depilatório;
 - Evitar o uso de tampão, preferir penso higiénico;
 - Evitar alimentos duros ou demasiado quentes;
 - Manter as fezes moles;
- Vigiar sinais e sintomas de hemorragia;
- Evitar a automedicação com analgésicos, especialmente AINES;
- Em caso de perdas hemáticas, contactar CMM ou SANP.

Anemia



- ↓ na concentração de hemoglobina
- Hb < 12 g/ dl nas mulheres

Sinais e Sintomas

- Palidez acentuada
- Dispnéia
- Sonolência
- Fadiga
- Agitação e irritabilidade
- Cefaleias e zumbidos
- Taquicardia

Cuidados ao Doente Anémico

- Informar a doente/ família da ocorrência do sintoma;
- Incentivar à ingestão de alimentos ricos em Ferro, Ácido Fólico e Vitamina B12;
- Incentivar a doente a programar períodos de repouso ao longo do dia especialmente em atividades que requeiram maior esforço ou atenção por parte do doente;
- Incentivar a doente a pedir ajuda na realização de algumas atividades de vida diária;
- Em caso de dispnéia, taquipnéia, taquicardia, sonolência ou fadiga graves, contactar CMM ou SANP.

A Quimioterapia no Tratamento do Câncer da Mama

“A quimioterapia é uma das modalidades terapêuticas mais difíceis de suportar pelos doentes devido aos efeitos secundários mais exacerbados e graves que provoca.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental no ensino que deve ser efetuado, alertando o doente e família para a ocorrência destes efeitos secundários e para a necessidade de comunicarem o seu aparecimento.”

(Nunes, R. 2004, p. 96-97)

Bibliografia

Costa, C. , Magalhães, H., Félix, R. , Costa, A., Cordeiro, S. (2005). *O Câncer e a Qualidade Vida: a quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro*. Sintra: Novartis.

Gonçalves, L. L. C. et all (2009). Mulheres com Câncer de Mama: ações de autocuidado durante a quimioterapia. *Revista Enfermagem Uerj*. 17 (4), 575-580.

Gozzo, T.H., Nascimento, T. G., Panobianco, M. S., Almeida, A. M. (2011). Ocorrência de neutropenia em mulheres com câncer da mama durante tratamento quimioterápico. *Acta Paulista de Enfermagem*. 24 (6), 810-814.

Nunes, R. *Principais efeitos secundários da hormonoterapia, imunoterapia e quimioterapia*. Em Bilro, M. E., Cruz, A. G. (2004). *Enfermagem Oncológica*. 1ª edição. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.

Obrigada

APÊNDICE Nº 7

Sondagem de opinião aplicada aos enfermeiros do Serviço de Hematologia



Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Enfermagem Oncológica

Ano Letivo 2012/ 2013

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

***A Informação na Capacitação para o Autocuidado da Pessoa com
Doença Hemato-Oncológica, sob Regime de Quimioterapia de Alta
Dose***

Ensino Clínico no Serviço de Hematologia

- Sondagem de Opinião -

Elaborado por: Ana Catarina Cardeira, nº 4050

Docente: Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha

Lisboa, Dezembro, 2012

O 3º Semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Opção Enfermagem Oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, é constituído por um estágio e elaboração do respetivo relatório. Este percurso deverá ser norteado por um fio condutor que se relacione com uma problemática de Enfermagem vivenciada no Serviço em que exerço funções e sobre a qual possa planear e implementar intervenções, no sentido de imprimir mudanças que visem a melhoria da qualidade dos cuidados. Após reflexão sobre os problemas existentes no Serviço e de acordo com a minha capacidade de intervenção, determinei como área de interesse a dos **Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença Hemato-oncológica, sob regime de Quimioterapia de alta dose.**

Atualmente, é habitual que após o ciclo de quimioterapia (protocolos de alta dose) o doente (em particular o que tem diagnóstico de Leucemia Aguda e Linfoma) tenha alta clínica para o domicílio, no entanto verifica-se frequentemente a necessidade de reinternamento, após um curto espaço de tempo, devido às intercorrências resultantes da aplasia provocada pelo tratamento. A alta assume-se, muitas vezes, como um momento de tensão em que doente e família experienciam sentimentos de insegurança, fragilidade e vulnerabilidade, visto passarem do ambiente hospitalar que sentem como seguro e protetor, para o ambiente domiciliário que é, frequentemente, encarado como ameaçador. O papel de cuidador deixa de ser desempenhado pelo enfermeiro, tornando-se necessário que o doente cuide de si próprio ou que passe a ser cuidado por familiares, que à partida não estão treinados para assumir esse papel. Desta forma é determinante que o enfermeiro capacite o doente e sua família para a adoção e implementação de comportamentos promotores de uma gestão eficaz da doença, adquirindo o doente a capacidade de autocuidado. Durante o período de internamento é transmitida informação ao doente e sua família sobre o estado de doença e os efeitos secundários dos tratamentos, no entanto, o ensino não é realizado de forma sistematizada e o seu registo em notas diárias de Enfermagem nem sempre é cumprido, nem é facilitador da continuidade de cuidados. Não existindo no serviço um guia orientador da informação a

comunicar ao doente e sua família, nem um documento escrito que possa complementar a informação transmitida oralmente.

Neste âmbito surgiram-se-me diversas questões, nomeadamente, quais as necessidades de informação do doente sob quimioterapia? Quando deve ser transmitida a informação? Qual deverá ser o conteúdo da mesma? Quais os efeitos secundários da quimioterapia mais incapacitantes para o doente? De que forma o doente é acompanhado em ambulatório? Serão os doentes capazes de implementar intervenções de autocuidado? A informação que lhes é disponibilizada será a mais pertinente? De que forma os enfermeiros capacitam o doente e sua família para o autocuidado?

Convicta que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na transmissão da informação (ensino) ao doente e familiares acerca dos efeitos secundários da quimioterapia, pretendo desenvolver competências que contribuam para a capacitação para o Autocuidado da Pessoa com Doença Hemato-oncológica, sob regime de Quimioterapia de alta dose. Com o objetivo de partilhar com a equipa de Enfermagem do serviço as competências desenvolvidas, para que daí resulte um envolvimento da mesma na melhoria da qualidade dos cuidados prestados nesta área, peço a vossa preciosa colaboração no preenchimento do seguinte questionário que tem a finalidade de identificar as vossas perceções sobre as necessidades de informação do doente hemato-oncológico/ família, sob regime de quimioterapia de alta dose para melhor podermos adequar futuras estratégias de intervenção.

Desde já fica garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas, que apenas serão utilizadas para orientação de estratégias que poderão ser utilizadas pela equipa de enfermagem num futuro próximo

Agradeço antecipadamente a sua colaboração.

Dezembro de 2012, Ana Catarina Monteiro Cardeira

Sondagem de Opinião

Quais os temas que habitualmente inclui na informação (ensino) que disponibiliza ao doente hemato-oncológico e família, sob regime de Quimioterapia de alta dose, no sentido de o capacitar para o autocuidado após a alta?

A disponibilização de informação adequada é para muitos autores, (Ream, 2000; Orem, 2001; Saraiva, 2003, Rigidon, 2010; Sá 2010) uma das estratégias fundamentais na capacitação para o autocuidado do doente e família após a alta.

Ao longo do internamento quais os momentos que considera mais oportunos para efetuar esta atividade de educação para a saúde? Justifique.

Considera pertinente a existência de documentos escritos que suportem a informação transmitida ao doente?

Sim Não

Se sim, enuncie exemplos:

Na sua opinião, que outras estratégias poderão ser utilizadas para otimizar a capacitação para o autocuidado da pessoa doente/ família, após a alta?

Sugestões:

APÊNDICE Nº 8

Reflexão Crítica nº 3



3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Enfermagem Oncológica
Ano Letivo 2012/ 2013

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Reflexão Crítica nº 3

**- Realizado no âmbito do Ensino Clínico no Serviço
de Hematologia -**

Elaborado por: Ana Catarina Cardeira, nº 4050

Docente: Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha

Lisboa, Fevereiro, 2013

INTRODUÇÃO

“Refletir sobre as experiências favorece o olhar para dentro e ver a si próprio, confrontado o que se quer com o que se faz. Isso faz com que se consiga entender as contradições entre o que é desejado e o que é, na verdade, realizado em nosso cotidiano profissional.” (Waldow, 2009, p. 142).

No âmbito do último estágio realizado e com o objetivo de analisar criticamente a minha atuação na prestação cuidados junto ao doente internado no Serviço de Hematologia, realizei a presente reflexão. Durante o meu desempenho esforcei-me para evidenciar uma atitude de questionamento crítico, de disponibilidade e abertura, inquietando-me sobre o que vivenciava e procurei também abandonar “velhos” hábitos, de forma a reconstruir o caminho do pensamento, conferindo um novo sentido à ação.

Em conformidade com o exposto, a autora acima citada, menciona ainda que a prática reflexiva fomenta a “atualização, renovação, simplificação de técnicas e procedimentos, gerando novos conhecimentos, além de contribuir na reformulação de valores e melhoria das interações no ambiente de trabalho, sem contar com a qualidade de trabalho.” (2009, p. 144).

Na seguinte reflexão evidencio alguns fatores que influenciam a transmissão de informação, nomeadamente, a reação ao diagnóstico à doença oncológica, e demonstro a aplicação de um dos instrumentos de trabalho por mim elaborados (*checklist* da informação a transmitir ao doente).

Organizo a reflexão em seis etapas, nomeadamente, descrição da situação, sentimentos e pensamentos, avaliação, análise, conclusão e planejar a ação, de acordo com a didática proposta pelo ciclo de Gibbs.

Decidi refletir mais detalhadamente sobre a presente situação de cuidados, visto ter sido um momento que me tocou profundamente. Uma atitude empática é algo que se desenvolve e que na escola de Enfermagem nos é ensinado, no entanto, a empatia e o encontro com o outro, desenvolve-se, muitas vezes, sem sabermos muito bem como, e na nossa prática descobrimos pessoas que nos tocam e atingem

de uma forma especial, com quem nos envolvemos positivamente, no sentido de procurar ajudá-las a ultrapassar um momento difícil da sua existência, como é o caso da vivência da doença oncológica.

1. REFLEXÃO

1.1. Descrição da Situação

A presente situação de interação de cuidados decorreu durante o ensino clínico no serviço de Hematologia, no qual desenvolvo a minha atividade profissional.

Sr. J. B., 31 anos, natural de Braga, residente em Faro há cerca de 3 anos, vive em união de facto com a Sr. D.^a S. há 2 anos. Atualmente, estudante do 1º ano do Curso de Sociologia.

Doente saudável até há cerca de 2 semanas, altura em que manifestou sintomas gripais, acompanhados de febre. Por manutenção das queixas recorreu ao hospital da área de residência, tendo sido realizadas análises sanguíneas que revelaram leucocitose com presença de mieloblastos no estudo de sangue periférico. Transferido então para o Hospital especializado em Oncologia para confirmação de diagnóstico.

No primeiro dia de internamento realizou mielograma, cujo resultado foi compatível com o diagnóstico de Leucemia Aguda de linhagem ambígua. Efetuou também Tomografia Axial Computorizada que revelou a presença de adenopatias múltiplas.

Uma das interações que descrevo, aconteceu no primeiro dia de internamento do doente e aquando da comunicação do diagnóstico. No início do turno da tarde e após a passagem de turno, apresentei-me ao Sr. J. B., assim como à sua companheira, com o objetivo de preencher a folha de colheita de dados existente no hospital. Ambos demonstravam estar nervosos e o doente perguntava quando é que a médica viria conversar com ele. Procurei tranquilizá-lo, referindo que a médica

assistente ainda viria conversar consigo e que o objetivo da minha presença era conhecê-lo um pouco melhor, no que diz respeito, aos seus hábitos de vida, para que a sua estadia no hospital fosse a mais individualizada possível. Questionei então o Sr. J. B. acerca de alguns aspectos relacionados com a satisfação das suas necessidades humanas básicas, perguntas a que o doente foi respondendo, mas sempre com um comportamento que manifestava ansiedade e inquietude. A sua companheira mantinha-se presente e também ela revelava preocupação e nervosismo. Findo o questionamento acerca dos hábitos de vida, interroguei o doente sobre o seu conhecimento da situação atual de doença, ao que respondeu, “sei que estou doente, mas neste momento tenho que me preparar para os exames da faculdade e não posso aqui ficar internado.” Neste momento chegou a médica assistente, que conversou com o doente comunicando-lhe a gravidade do diagnóstico, a importância do início do tratamento, bem como, as consequências inerentes à não realização de tratamento. O Sr. J. B. parecia muito atento ao que lhe ia sendo transmitido, de olhos muito abertos e os braços, que anteriormente não paravam sossegadas, cruzando-se repetidamente sobre o troco, estenderam-se ao longo do corpo evidenciando cansaço e resignação. Após este momento o doente pediu para ficar sozinho com a namorada. Afastei-me, dizendo que quando precisasse da minha presença estaria disponível.

Passado cerca de meia hora, o Sr. J. B. chamou-me, verifiquei que ambos tinham estado a chorar e o doente de mão dada com a Sr. D.^a S. disse, “enf.^a Ana percebi que realmente estou muito doente, tenho de me tratar para ficar bem, lá terá de ser. Tenho esperança que tudo isto passe.” As lágrimas escorriam-lhe pelo rosto, apoiei a mão no seu braço, olhei-o nos olhos, bem como, à sua companheira e disse, “não será um caminho fácil, mas estamos aqui para o ajudar.”

O outro momento de interação reporta-se ao dia em que o primeiro ciclo de quimioterapia foi iniciado. O doente estava deitado na cama, tinha colocado cateter venoso central e começados os soros de hidratação, sabendo que naquele dia começava o primeiro tratamento. Sentei-me numa cadeira junto do Sr. J. B. dizendo-lhe que iria falar consigo acerca de alguns dos efeitos imediatos decorrentes do tratamento. O doente aparentava estar sereno, com fâcies tranquilo, com uma atitude reveladora de esperança e otimismo, disse, “vamos lá então saber o que me

espera, quero saber tudo.” Respondi, “certo, vou-lhe explicar alguns dos efeitos imediatos dos medicamentos e algumas coisas que deve fazer para ajudar a diminuí-los.”

1.2. Sentimentos e Pensamentos

Selecionei os momentos de interação apresentados, porque este foi um doente que me tocou particularmente e penso ter sido capaz de mobilizar diversos recursos, incitando a reflexão sobre a minha atuação enquanto futura enfermeira especialista.

Quando na passagem de turno me apresentaram o doente senti-me triste e pensei “mas porquê?!”, “é da minha idade, nascemos no mesmo ano”, “é injusto”.

Experimentei sentimentos negativos, senti-me nervosa e insegura, como é que o doente estaria? Temi as suas perguntas e pensei poder não estar à altura das suas necessidades, desejei não enfrentar a situação. Mas ao mesmo tempo, senti o dever de proteger o doente. Tive vontade de dizer, “tudo vai correr bem”, “daqui a algum tempo este pesadelo já passou.”

A compaixão foi igualmente um sentimento evidente, pelo estado de sofrimento e vulnerabilidade em que o doente se encontrava, bem como, pela sua juventude e devido ao prognóstico reservado da doença. Quis chorar, mas não o fiz, receei que tal poderia aumentar ainda mais a aflição e o medo sentidos pelo doente e pela sua companheira.

Respirei fundo, procurei acalmar-me e penso ter sido capaz de demonstrar tranquilidade na minha atuação, através de uma postura de disponibilidade e empatia, e com recurso a uma comunicação eficaz, julgo ter atuado positivamente.

No segundo momento descrito, os sentimentos foram bem diferentes. A postura positiva e recetiva do doente, despertaram satisfação, e procurei educar o doente no sentido do desempenho de ações autónomas para minimizar as sequelas do tratamento, promovendo o seu bem-estar.

1.3. Avaliação

Avaliando os momentos de interação relatados, consigo identificar fatores facilitadores e inibidores da mesma.

O conhecimento que detenho de mim própria, bem como, da forma como reajo perante situações emocionalmente perturbadoras e difíceis foi facilitador. A intervenção da médica assistente explicando ao doente a sua situação clínica e as implicações da mesma, esclarecendo as interrogações colocadas pelo doente e através de uma atitude de abertura e disponibilidade, foi também muito relevante.

Avalio positivamente o respeito demonstrado pela privacidade do doente e sua companheira, sendo fatores importantes para o estabelecimento da relação terapêutica.

Neste caso a intervenção conjunta entre enfermeira e médica na comunicação do diagnóstico, foi também importante. Segundo Azevedo e Sousa (2012, p. 121) o acompanhamento e a continuidade de cuidados pressupõem a existência de um “plano que transcende o desempenho individual do enfermeiro e nos transporta para a valorização do trabalho em equipa, fundamentado num plano de cuidados, para o qual a informação partilhada e o seu fluxo é fundamental.”

Como fatores inibidores reconheço os sentimentos de identificação por mim experienciados, assim como o envolvimento emocional.

É no contacto com o outro que o “eu” se constrói, se reconhece e se diferencia, e saber a dor do outro, a finitude do outro, é saber da nossa dor, da nossa própria finitude. É nessa identificação humana com o doente, o profissional reconhece-se como ser aberto ao sofrimento, porque também se reconhece frágil e vulnerável, aberto a todas as possibilidades que a vida apresenta. (Simões, 2011, p. 28).

1.4. Análise

Nos dias de hoje, e apesar dos avanços científicos e tecnológicos e consequente aumento dos índices de sobrevivência, o diagnóstico de cancro é ainda percecionado como uma doença fatal, suscitando no individuo sentimentos de vulnerabilidade, medo e ansiedade, devido à imprevisibilidade inerente ao decurso doença.

Ferreira, Santos e Bulcão (2012) realizaram um estudo sobre o impacto emocional e as emoções emergentes quando surge o diagnóstico de doença oncológica. Concluem que as emoções mais emergentes são de medo e raiva, no entanto, apesar de serem sentimentos negativos apresentam um potencial adaptativo significativo. Referem ainda que a compreensão das emoções inerentes a um diagnóstico de cancro favorece o estabelecimento da relação terapêutica, promovendo o bem-estar emocional e beneficiando o processo de adaptação.

O processo de doença é influenciado por diversos fatores, como sejam, experiências de vida anteriores, representação sobre a saúde e a doença e o imaginário individual da pessoa doente. (Gameiro, 2004). A doença é percecionada como uma crise e confronta o doente com a sua fragilidade, despertando angústia e insegurança e podendo conduzir a sentimentos de culpabilização. Surgem também diversas inquietações, nomeadamente, o risco de vida, a possibilidade de cura e o tempo e meios inerentes ao tratamento.

Gameiro (2004) enuncia que a identidade pessoal, a autoestima e o desenvolvimento do projeto de vida são ameaçados pela vivência da doença. O equilíbrio emocional da pessoa doente é afetado pelos elevados níveis de ansiedade e revolta fomentados pela doença. O afastamento da família, a carência de apoio social, a instabilidade laboral e o risco de dependência doutrem, podem ser sentidos como uma ameaça no cumprimento do seu papel em termos familiares, sociais e profissionais.

Creio que o Sr. J. B. experimentou sentimentos negativos e causadores de medo e ansiedade relativamente à sua situação de doença. Porém, e apesar da tristeza evidente, o doente aparentou aceitar a sua nova condição, depositando esperança

no tratamento. Kneier e Temoshoc (1984) citados por Matos e Pereira (2005), identificam o espírito de luta como uma das respostas ao diagnóstico de cancro, os “doentes que aceitam o diagnóstico mas que permanecem otimistas, procuram informações e recursos estando determinados a combater a doença.” (Matos e Pereira, 2005, p. 28).

De acordo com Pinto, Caldeira e Martins (2012) a esperança influencia positivamente a vivência da doença, ajudando a pessoa a enfrentar as dúvidas de uma forma mais eficaz e constituindo-se como uma estratégia de *coping* relevante. Nesta medida, o profissional de enfermagem assume um papel fundamental e privilegiado na promoção da esperança.

“A esperança (...) tem um efeito benéfico (...) ao contribuir para a capacitação da pessoa para lidar com situações de crise, para manutenção da qualidade de vida, para a determinação de objetivos e para a promoção da saúde.” (Cavaco, José, Louro, Ludgero, Martins e Santos, 2010, p. 101).

Considero que a atitude afetuosa, honesta e disponível aplicada na comunicação do diagnóstico ao doente, evidenciando o interesse e empenho da equipa em ajudá-lo a enfrentar os tratamentos e a combater a doença, promoveram a aceitação da doença e o desenvolvimento de uma atitude positiva.

“Más notícias são sempre más notícias, mas a forma como elas são transmitidas e o quanto os doentes se sentem apoiados, aceites e compreendidos durante este processo tem um impacto significativo na sua capacidade para vivenciar esta nova realidade e sobreviver a ela.” (Cardoso e Cardoso, 2013, p. 39).

Orem (2001, p. 119) refere ainda que “a humanidade é essencial aos enfermeiros e aos doentes, e foi descrita em termos de funcionamento das variações da emoção positiva do amor humano, incluindo sentimentos de companheirismo, simpatia, empatia, liberdade pessoal, e o desejo ilimitado de saber.

Na situação de interação de cuidados descrita tive a oportunidade de colocar em prática a *Checklist* da informação a transmitir ao doente, sob regime de quimioterapia de alta dose (Apêndice 10), por mim elaborada e com o objetivo de

fornecer conhecimentos ao doente sobre os efeitos inerentes ao tratamento, bem como, algumas medidas de vigilância e de controlo dos referidos sintomas a implementar.

Neste caso particular o doente possuía a capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução para o exercício e desenvolvimento da atividade de autocuidado, incidindo a minha atuação no que Orem (2001) define como Sistema de Apoio-Educação.

Considero que a aplicação da *Checklist* foi positiva, permitiu estruturar o pensamento, assim como, organizar esquematicamente os conhecimentos a transmitir e promoveu a continuidade de cuidados.

Putzer e Hermansen-Kolbulnichy (2013) enfatizam a importância da auto monitorização e auto gestão de sintomas no sentido de minimizar e controlar os efeitos secundários da quimioterapia, adotando o doente um papel ativo no seu processo de doença. De acordo com os autores, é fundamental o desenvolvimento de intervenções educacionais específicas a cada doente e que devem ser alteradas ao longo das várias fases da doença. Referem ainda que o estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro e doente facilitará a aquisição de conhecimentos e capacidades para que consiga gerir o seu processo de doença eficazmente e resolver os seus próprios problemas.

1.5. Conclusão

Analisando criticamente a minha atuação na interação descrita interrogo-me sobre o que mais poderia ter feito?

Perceciono que me envolvi emocionalmente na situação, é difícil não o fazer. Cuidar exige envolvimento relacional, a relação pressupõe que o enfermeiro se encontre presente no seu saber fazer, no seu saber estar e no seu saber ser e, enquanto pessoa, o que se torna mais difícil é ser capaz de gerir as emoções e os comportamentos e não nos podemos esquecer que uma relação exige troca de afetos. Quando presta cuidados, o enfermeiro cria uma forte relação com aquele que

está a ser cuidado, é difícil que tal não aconteça. Cuidar dos doentes exige presença, toque, empatia que se vislumbram num conjunto de relações fortes mas fugazes, estando presente intimidade e consequente cumplicidade.

Considero que nos dois momentos agi de acordo com as minhas capacidades e limitações e evidenciei competências técnicas, científicas e relacionais, no domínio da compreensão das emoções inerentes ao diagnóstico de cancro e no estabelecimento da relação de ajuda através de uma atitude empática.

Pretendi promover a esperança e otimismo junto do doente. Reconheço a relevância da esperança no progresso do estado de saúde da doença, podendo ser uma possível saída do ciclo de sofrimento e sendo experienciada como um conforto.

a presença da enfermeira e as suas palavras de encorajamento e de confiança podem ser tão necessárias, tanto quanto a ajuda física para um doente sair da cama (...) ao prestar apoio físico e emocional, a enfermeira incentiva o doente a iniciar ou manter o desempenho de uma tarefa, a pensar sobre uma situação, ou a tomar uma decisão. (Orem, 2001, p. 58).

Sinto necessidade de aprofundar conhecimentos e de desenvolver capacidades relacionais no domínio da comunicação de más notícias para que futuramente esteja melhor preparada para intervir.

Cardoso e Cardoso (2013), citando Baile (2000) e Buckam (1994), indicam a importância da existência de protocolos com o objetivo de uniformizar o procedimento de comunicação de más notícias.

O protocolo é designado por SPIKES (*Setting up the interview, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy*) e constituído por seis etapas:

- Preparação do cenário;
- Perceção sobre o conhecimento do doente;
- Saber o que é que o doente quer saber;
- Transmitir a má notícia;
- Responder às emoções e às perguntas do doente;
- Resumo.

1.6. Planear a Ação

Em situações futuras procurarei integrar o protocolo de Buckman para transmissão de más notícias, estruturando assim a minha praxis.

Os cuidados de enfermagem são compostos por atividades complexas e variadas, e cada gesto responde a várias necessidades ao mesmo tempo, relacionando-se de uma forma dinâmica e contínua. Os cuidados visam suportar e acompanhar, pelo que é importante dar à pessoa doente a hipótese de desenvolver os seus potenciais; estar presente, ter tempo para escutar e para observar ou simplesmente para apoiar, é essencial para que a segurança seja efetiva.

Enfermagem é a ciência e a arte de cuidar de seres humanos nas suas necessidades humanas básicas, e a atenção e cuidado deve ser uma experiência vivida através de uma inter-relação pessoa com pessoa, lembrando que tão importante quando o cuidado é estar alerta para os cuidados que os efeitos produzem nos doentes. (Simões, 2011, p. 25).

2. CONCLUSÃO

Creio que através da presente reflexão demonstrei espírito crítico e de análise perante a minha praxis. Procurei destriçar o que senti e pensei, evidenciando como as emoções experimentadas não influenciaram negativamente a interação descrita.

Desenvolvi novos conhecimentos que futuramente integrarei na prestação direta de cuidados com vista à melhoria da qualidade dos mesmos.

A aplicação da *Checklist* por mim elaborada revelou-se como um momento importante, permitindo dar visibilidade ao trabalho realizado e demonstrou-se como uma estratégia relevante na capacitação para o autocuidado do Sr. J. B.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, P. M. D. S., Sousa, P. A. F. (2012). Partilha de informação de enfermagem: dimensões do Papel de Prestador de Cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*. 7, 113-122.
- Cardoso, D. C. M., Cardoso, C. M. (2013). Comunicação em oncologia: como comunicar más notícias? *Onco.news*. 6 (22), 37-40.
- Cavaco, V. S. J., José, H .M. G., Louro, S. P. R. L. P., Ludgero, A. F. A., Martins, A. F. M., Santos, M. C. G. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa – Revisão Sistemática. *Revista Referência*. 2 (12), 93-103.
- Ferreira, L. M., Santos, C., Bulcão, E. (2012). Emoções face ao diagnóstico de doença oncológica. *Onco.news*. 6 (20), 20-27).
- Gameiro, M. G. H. (2004). “Estar Doente”: Atribuição Pessoal de Significações. *Revista Referência*. 12, 35-43.
- Matos, P., Pereira, G. P. (2005). *Áreas de intervenção na doença oncológica*. In Pereira, M. G., Lopes, C. *O doente oncológico e a sua família*. (2ª ed.). (p. 15-25). Lisboa: Climepsi Editores.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6ª ed.). Mosby: St. Louis.
- Pinto, S., Caldeira, S., Martins, J. .C. (2012). A esperança da pessoa com cancro – estudo em contexto de quimioterapia. *Revista Referência*. 3 (7), 23-31.
- Purtzer, A. M., Hermanssem-Hobulnicky, J .C. (2013). “Being a Part of Treatment” The Meaning of Self-monitoring for Rural Cancer Patients. *Cancer Nursing*. 36 (2), 93-103.
- Simões, A. S. L. (2011). Cuidar em oncologia: dificuldades, estratégias desafios na relação dos enfermeiros com o doente oncológico – o caso particular de um hospital de agudos. *Onco.news*. 5 (17), 19-29.
- Waldow, V. R. (2009). Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62 (1), 140-145.

APÊNDICE Nº 9

Plano da Sessão no Serviço de Hematologia



3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Enfermagem Oncológica
Ano Letivo 2012/ 2013

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

***A Informação na Capacitação para o Autocuidado da Pessoa com
Doença Hemato-Oncológica, sob Regime de Quimioterapia de Alta
Dose***

**Apresentação dos Resultados da Sondagem de Opinião realizada
no Serviço de Hematologia**

- Plano de Sessão -

Elaborado por: Ana Catarina Cardeira, nº 4050

Docente: Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha

Lisboa, Janeiro, 2013

1. DESTINATÁRIOS

- Equipa de Enfermagem do Serviço de Hematologia.

2. FINALIDADE

- Divulgar os dados obtidos na sondagem de opinião aplicada aos enfermeiros do serviço.
- Sensibilizar os enfermeiros para a aplicação dos instrumentos de trabalho elaborados, no sentido de promover a melhoria da qualidade dos cuidados.

3. OBJETIVOS

- Conhecer os resultados da sondagem de opinião.
- Conhecer as atividades a implementar no serviço: Guia Orientador do Processo Educativo na Capacitação para o Autocuidado do Doente, sob regime de Quimioterapia de alta dose, *Checklist* da Informação a transmitir ao doente e Guia de Alta, com recomendações a ter no domicílio, após a realização de tratamento com quimioterapia.
- Discutir a *Checklist* da Informação a transmitir ao Doente.

4. PLANO DA SESSÃO

Etapas	Conteúdos	Estratégias
Introdução Duração: 5 minutos	Finalidade da sessão	Método expositivo Apresentação de <i>slide show</i> recorrendo ao Programa informático <i>Microsoft PowerPoint</i>
Desenvolvimento Duração: 20 minutos	Resultados da sondagem de opinião Atividades a implementar no serviço de Hematologia	Método expositivo Apresentação de <i>slide show</i> recorrendo ao Programa informático <i>Microsoft PowerPoint</i>
Conclusão e Avaliação Duração: 15 minutos	Síntese das principais ideias Avaliação da sessão	Debate com os colegas do Serviço de Hematologia Registo dos comentários realizados

BIBLIOGRAFIA

Conselho Internacional de Enfermeiras (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Beta 2*. Lisboa. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., Cordeiro, S. (2005). *O Cancro e a Qualidade de Vida*. 1ª edição. Sintra: Novartis.

Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend Manuais_BPraticas.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf)

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

Silva, S. A., Dias, V. L. S. M. (2007). Ensinar o doente a lidar com a toxicidade hematológica no pós-quimioterapia: definição de guideline. *Onco.news*. 1 (1), 11-17.

APÊNDICE Nº 10

**Guia Orientador do Processo Educativo na Capacitação para o
Autocuidado do Doente sob regime de Quimioterapia de alta dose:
Checklist da Informação a transmitir ao Doente**



3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção Enfermagem Oncológica
Ano Letivo 2012/ 2013

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

***Guia Orientador do Processo Educativo na Capacitação
para o Autocuidado do Doente sob regime de
Quimioterapia de alta dose***

- Checklist da Informação a transmitir ao Doente -

Elaborado por: Ana Catarina Cardeira, nº 4050

Docente: Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha

Lisboa, Janeiro, 2013

LISTA DE ABREVIATURAS

CVC – Cateter Venoso Central

OE – Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

Pág.

NOTA INTRODUTÓRIA

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. A informação na capacitação para o autocuidado

1.2. A pessoa com doença hemato-oncológica, sob regime de quimioterapia de alta dose

2. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DO DOENTE SOB REGIME DE QUIMIOTERAPIA DE ALTA DOSE

2.1. *Checklist* de Admissão ao Serviço e Tratamento com Quimioterapia de alta dose

2.2. *Checklist* de Preparação para a Alta

3. ALGORITMO DE OPERACIONALIZAÇÃO DA *CHECKLIST* DA INFORMAÇÃO A TRANSMITIR AO DOENTE

BIBLIOGRAFIA

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1	Identificação do Doente
Figura 2	Temáticas abordadas: Funcionamento do Serviço
Figura 3	Temáticas abordadas: Efeitos secundário do tratamento com quimioterapia
Figura 4	Temáticas abordadas: Intercorrências resultantes do tratamento com quimioterapia
Figura 5	Temáticas abordadas: Transfusões Sanguíneas
Figura 6	Temáticas abordadas: Acesso Venoso – Cuidados com CVC
Figura 7	Temáticas abordadas: Gestão do Regime Terapêutico
Figura 8	Temáticas abordadas: Intercorrências resultantes do tratamento com quimioterapia
Figura 9	Temáticas abordadas: Acesso Venoso – Cuidados com CVC
Figura 10	Temáticas abordadas: Gestão do Regime Terapêutico

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento resulta da conceitualização de um projeto e consequente operacionalização em contexto de estágio, no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: opção Enfermagem Oncológica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O projeto visa a identificação de uma problemática de Enfermagem vivenciada em contexto profissional, no sentido de imprimir mudanças que visem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Após reflexão sobre os problemas existentes no serviço, pesquisa da melhor evidência científica disponível e com a colaboração de profissionais do serviço e ainda de acordo com a minha necessidade de desenvolvimento de competências, determinou-se como área de intervenção a dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença Hemato-Oncológica, sob regime de quimioterapia de alta dose, visto ser uma problemática de elevada sensibilidade aos cuidados de enfermagem.

Leucemias agudas e de Linfomas de alto grau exigem, de uma forma geral, a realização de tratamento com quimioterapia de alta dose, de forma intensiva e em regime de internamento.

Atualmente, é habitual que após o ciclo de quimioterapia o doente tenha alta clínica para o domicílio, no entanto, verifica-se habitualmente, a necessidade de reinternamento, após um curto espaço de tempo, devido às intercorrências resultantes da aplasia decorrentes do tratamento. A alta assume-se, muitas vezes, como um momento de tensão em que doente e família experienciam sentimentos de insegurança, fragilidade e vulnerabilidade, visto passarem do ambiente hospitalar que sentem como seguro e protetor, para o ambiente domiciliário que é, frequentemente, encarado como ameaçador. O papel de cuidador deixa de ser desempenhado pelo enfermeiro, tornando-se necessário que o doente cuide de si próprio ou que passe a ser cuidado por familiares, que à partida não estão treinados para assumir esse papel. Desta forma é determinante que o enfermeiro capacite o doente e sua família para a adoção e implementação de comportamentos promotores de uma gestão eficaz da doença, através da disponibilização de

informação sobre o seu estado de doença e efeitos secundários dos tratamentos, adquirindo o doente a capacidade de autocuidado. “Autocuidado é um tipo de Ação Realizada pelo Próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida.” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2002, p. 55). O enfermeiro deve apoiar o doente e pessoas significativas na procura de comportamentos de autocuidado, auxiliando-os na mobilização de requisitos de autocuidado no desvio de saúde (Orem, 2001).

A continuidade de cuidados é vital no acompanhamento ao utente, aumentando a sua satisfação e incrementando sentimentos de segurança, reduzindo assim a possibilidade de não adesão ao regime terapêutico e mantendo a sua satisfação. O desenvolvimento de protocolos ou de guias orientadores são importantes para assegurar que existem procedimentos escritos que conduzam o doente no seu processo de tratamento e recuperação, determinando se o mesmo compreendeu como gerir o seu regime terapêutico. “Os Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados, quando rigorosamente elaborados e utilizados, podem ser uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado (...) pode ser também uma estratégia de colaboração na equipa multidisciplinar de saúde.” (OE, 2007, p. 10).

Com a finalidade de melhorar a qualidade da dimensão da prática clínica, através da fundamentação e uniformização da informação a transmitir ao doente e sua família e consequente melhoria da continuidade de cuidados, bem como pelo registo sistematizado da informação disponibilizada, procedeu-se à elaboração de um Guia Orientador do processo educativo sobre os cuidados inerentes ao regime de quimioterapia de alta dose. O presente documento poderá contribuir para uma prática mais segura e eficaz, uniformizando os cuidados recebidos, melhorando a eficiência dos mesmos, otimizando os recursos disponíveis, conferindo visibilidade aos cuidados prestados e promovendo a sua articulação.

O referido guia foi organizado de acordo com as “Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores de Boa Prática de Cuidados” divulgado pela OE.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O autocuidado remete para “a 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). Os indivíduos desenvolvem comportamentos de autocuidado através das ações que implementam no interesse da manutenção da vida, do funcionamento saudável e na continuação do desenvolvimento pessoal e do bem-estar.

Em diversas situações o indivíduo possui capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento da atividade de autocuidado, neste campo a atuação dos enfermeiros incide no Sistema de Apoio-Educação. (Orem, 2001).

1.1. A informação na capacitação para o autocuidado

A informação é um dever ético para com o doente, consagrado e enunciado na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Direção Geral de Saúde, 1999) no seu 6º artigo “O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde”. O dever de informação encontra-se também expresso no artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005), no que diz respeito ao direito pela autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família e atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo no âmbito dos cuidados de enfermagem. Compete ao enfermeiro a responsabilidade de desenvolver esforços no sentido da disponibilização de informação clara, objetiva e correta, adequada à personalidade, ao grau de consciência e capacidade de entendimento e que considere a singularidade de cada ser humano, garantindo assim o direito à informação.

A transmissão de informação adequada às necessidades do doente evidencia benefícios, tais como, aumento da satisfação, maior colaboração no tratamento, menores níveis de ansiedade perante procedimentos, sendo as expectativas mais

realistas. Os doentes e familiares sentem maior controlo e referem menos sofrimento relacionado com os efeitos secundários do tratamento porque estão cientes das estratégias de autocuidado que podem aplicar. (Ream, 2000).

A articulação entre a equipa de saúde é essencial para que a informação transmitida seja coerente e acessível. O objetivo geral da educação ao doente é proporcionar -lhe estratégias que o possam auxiliar no alívio de sintomas relacionados com o tratamento. Estas medidas podem ajudar os doentes a completar com sucesso o seu regime terapêutico. (Williams et al, 2006).

Em diversas situações o indivíduo possui a capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento da atividade de autocuidado. (Orem, 2001).

1.2. A pessoa com doença hemato-oncológica, sob regime de quimioterapia de alta dose

Leucemias e Linfomas são patologias malignas, que se podem apresentar de forma aguda colocando em risco a vida do indivíduo, exigindo urgência no tratamento a implementar; surgem maioritariamente em crianças, adolescentes, jovens adultos e adultos.

O tratamento da doença hematológica maligna e aguda implica realização de quimioterapia cistostática de alta dose e de forma intensiva. Esta consiste na administração de substâncias químicas com atividade citotóxica, isoladamente ou em combinação, com o objetivo de destruir células neoplásicas. O regime aplicado

ao doente pode ser de diversos tipos, nomeadamente, indução¹, consolidação², intensificação³ ou manutenção⁴.

É um procedimento agressivo, tanto em duração como em número e variedade de efeitos secundários e sequelas causadas. No tratamento das leucemias a imunossupressão e a mielossupressão são severas e prolongam-se no tempo, dependendo de fatores, como sejam os medicamentos citostáticos utilizados, os tratamentos previamente realizados, a idade e o estado nutricional do doente.

De acordo com Esteves e Bizarro (2006, p. 27) a quimioterapia de alta dose implica “complicações associadas à supressão da medula óssea, incluem maior suscetibilidade à infeção secundária à neutropenia, fadiga associada à anemia e aumento do risco de hemorragia, devido à baixa contagem plaquetária.” Além dos efeitos decorrentes da imunossupressão os doentes apresentam outros efeitos indesejáveis como sejam a “alopécia, que é mal tolerada pelos doentes, contribui para o isolamento social devido à transformação no aspeto físico; alterações gastrointestinais (náuseas, vómitos e diarreias), que podem levar a alterações na nutrição do doente; alterações cutâneas e das mucosas, que causam diminuição das barreiras e conseqüentemente o aumento das infeções; alterações da sexualidade e reprodução, diminuição da libido e histerilidade; toxicidade sobre outros órgãos como: coração, pulmão, fígado, sistema nervoso e outros.” (Esteves e Bizarro, 2006, p. 23-24).

Ao cuidar do doente em tratamento com quimioterapia a educação do paciente sobre a gestão dos efeitos colaterais e a forma de atuação adequada às condições resultantes da quimioterapia, assume-se como um dos pilares da intervenção do enfermeiro.

¹ **Indução:** regime de quimioterapia de alta dose, geralmente em combinação, aplicada com o objetivo de induzir remissão completa e no início do regime curativo.

² **Consolidação:** replicação do regime de quimioterapia de indução num doente em remissão completa após indução, aplicada com o objetivo de aumentar a taxa de cura ou prolongar a remissão.

³ **Intensificação:** regime de quimioterapia de alta dose, com doses mais altas e agentes diferentes dos administrados na indução, após remissão completa, aplicada com o objetivo de aumentar a taxa de cura ou prolongar a remissão.

⁴ **Manutenção:** regime de quimioterapia de baixa dose, em combinação ou isoladamente, de longa duração, num doente em remissão completa, aplicada com o objetivo de atrasar o crescimento de células neoplásicas residuais.

In Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., Cordeiro, S. (2005). *O Cancro e a Qualidade de Vida. Sintra: Novartis.*

Os conteúdos a transmitir ao doente com Leucemia e com Linfoma e sua família relacionam-se com a natureza do processo da doença e seus efeitos, prevenção da infeção, regime medicamentoso (método de administração e efeitos colaterais), sintomas que exigem atenção médica imediata (febre e hemorragia), recursos comunitários existentes e necessidade de continuidade de acompanhamento médico. (Thompson e Hogan, 1995).

2. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DO DOENTE SOB REGIME DE QUIMIOTERAPIA DE ALTA DOSE

Para que o processo educativo sobre os cuidados inerentes ao regime de quimioterapia de alta dose se operacionalize, elaboram-se duas *checklist* que contêm as áreas temáticas a abordar, assim como o registo da atividade de ensino. Tem como objetivo padronizar a informação transmitida, registar e validar os ensinamentos realizados, contribuindo para a continuidade e visibilidade dos cuidados prestados.

Criam-se duas *checklist*, uma destinada ao momento da admissão ao serviço e efeitos decorrentes do regime de quimioterapia e uma outra dirigida à preparação da alta. O preenchimento da *checklist* deve ser realizado pelo enfermeiro responsável pelo doente, no dia em que o ensino é realizado e na data de validação do mesmo, designando a pessoa alvo de ensino (utente e/ ou pessoa significativa). A folha de registo deverá ser anexa ao processo de enfermagem no momento de admissão ao serviço e colocada na mica junto ao cronograma de substituições.

Ambas apresentam um cabeçalho relativo à identificação do doente.

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE (Colar a vinheta do Doente)	DATA DE ADMISSÃO
	DIAGNÓSTICO
	PROTOCOLO DE QUIMIOTERAPIA
	MÉDICO ASSISTENTE

Figura 1 – Identificação do Doente

- Local para Identificação do Doente, com respetiva vinheta;
- Registo da data de admissão, diagnóstico, protocolo de quimioterapia e médico assistente.

2.1. Checklist de Admissão ao Serviço e Tratamento com Quimioterapia de alta dose

A *Checklist* de Admissão ao Serviço e Tratamento com Quimioterapia de alta dose inclui os aspetos relacionados com funcionamento do serviço, toxicidade relacionada com o tratamento implementado, cuidados com o acesso venoso e cuidados relativos aos cuidados de higiene e alimentação em internamento. Deve ser aplicada quando o doente é admitido pela primeira vez no serviço e para realização de tratamento com quimioterapia, em tratamentos subsequentes apenas deverá ser utilizada se necessário.

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO							
	Utente				Pessoa significativa			
	Ensino		Validação		Ensino		Validação	
	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.
FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO								
Visitas								

Figura 2 – Temáticas abordadas: Funcionamento do Serviço

- Assinalar os conteúdos abordados com o utente e/ ou pessoa significativa relativos ao funcionamento do serviço.

TEMÁTICAS ABORDADAS			ALVO DO ENSINO											
			Utente				Pessoa significativa							
			Ensino		Validação		Ensino		Validação					
			Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.				
PROTOCOLO DE QUIMIOTERAPIA														
EFEITOS SECUNDÁRIOS QUIMIOTERAPIA	Toxicidade Hematológica	Neutropenia												
		Trombocitopenia												
		Anemia												
	Toxicidade Gastrointestinal	Náuseas e vómitos												
		Mucosite												
		Anorexia												
		Alteração do paladar												
		Diarreia												
	Obstipação													
	Toxicidade Dermatológica – Alopecia													
Toxicidade Reprodutiva e Sexual														

Figura 3 – Temáticas abordadas: Efeitos secundários do tratamento com quimioterapia

- Identificar os conteúdos abordados com o utente e/ ou pessoa significativa relativos ao protocolo de quimioterapia e aos efeitos secundários do mesmo.

TEMÁTICAS ABORDADAS			ALVO DO ENSINO											
			Utente				Pessoa significativa							
			Ensino		Validação		Ensino		Validação					
			Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.				
INTERCORRÊNCIAS DECORRENTES DA QUIMIOTERAPIA	Suscetibilidade à infeção													
	Neutropenia febril													
	Risco de hemorragia													
	Lise tumoral													

Figura 4 – Temáticas abordadas: Intercorrências decorrentes do tratamento com quimioterapia

- Indicar os conteúdos abordados com o utente e/ ou pessoa significativa relativos ao às intercorrências decorrentes do regime de quimioterapia.

TEMÁTICAS ABORDADAS			ALVO DO ENSINO											
			Utente				Pessoa significativa							
			Ensino		Validação		Ensino		Validação					
			Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.				
TRANSFUSÕES SANGUÍNEAS														

Figura 5 – Temáticas abordadas: Transfusões sanguíneas

- Referir os conteúdos abordados com o utente e/ ou pessoa significativa relativos às transfusões sanguíneas.

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO							
	Utente				Pessoa significativa			
	Ensino		Validação		Ensino		Validação	
	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.
ACESSO VENOSO								
Cuidados com CVC								

Figura 6 – Temáticas abordadas: Acesso Venoso – Cuidados com CVC

- Assinalar os conteúdos abordados com o utente e/ ou pessoa significativa relativos aos cuidados com o acesso venoso.

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO								
	Utente				Pessoa significativa				
	Ensino		Validação		Ensino		Validação		
	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	
GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO	Higiene								
	Alimentação								
	Dieta Neutropénica								

Figura 7 – Temáticas abordadas: Gestão do Regime Terapêutico

- Indicar os conteúdos abordados com o utente e/ ou pessoa significativa relativos à gestão do regime terapêutico.

2.2. Checklist de Preparação para a Alta

A *Checklist* de Preparação para a Alta inclui itens relacionados com os cuidados a ter no domicílio e inerentes à gestão do regime terapêutico. Deve ser aplicada na preparação da alta do doente em todos os internamentos após realização de quimioterapia de alta, no entanto, a sua aplicação poderá não ser efetuada caso não se justifique.

TEMÁTICAS ABORDADAS		ALVO DO ENSINO							
		Utente				Pessoa significativa			
		Ensino		Validação		Ensino		Validação	
		Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.
INTERCORRÊNCIAS DECORRENTES DA QUIMIOTERAPIA	Suscetibilidade à infeção								
	Neutropenia febril								
	Risco de hemorragia								
	Lise tumoral								

Figura 8 – Temáticas abordadas: Intercorrências decorrentes do tratamento com quimioterapia

- Mencionar os conteúdos abordados com o utente e/ ou pessoa significativa relativos ao às intercorrências decorrentes do regime de quimioterapia.

TEMÁTICAS ABORDADAS		ALVO DO ENSINO							
		Utente				Pessoa significativa			
		Ensino		Validação		Ensino		Validação	
		Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.
ACESSO VENOSO									
Cuidados com CVC									

Figura 9 – Temáticas abordadas: Acesso Venoso – Cuidados com CVC

- Referir os conteúdos abordados com o utente e/ ou pessoa significativa relativos aos cuidados com o acesso venoso.

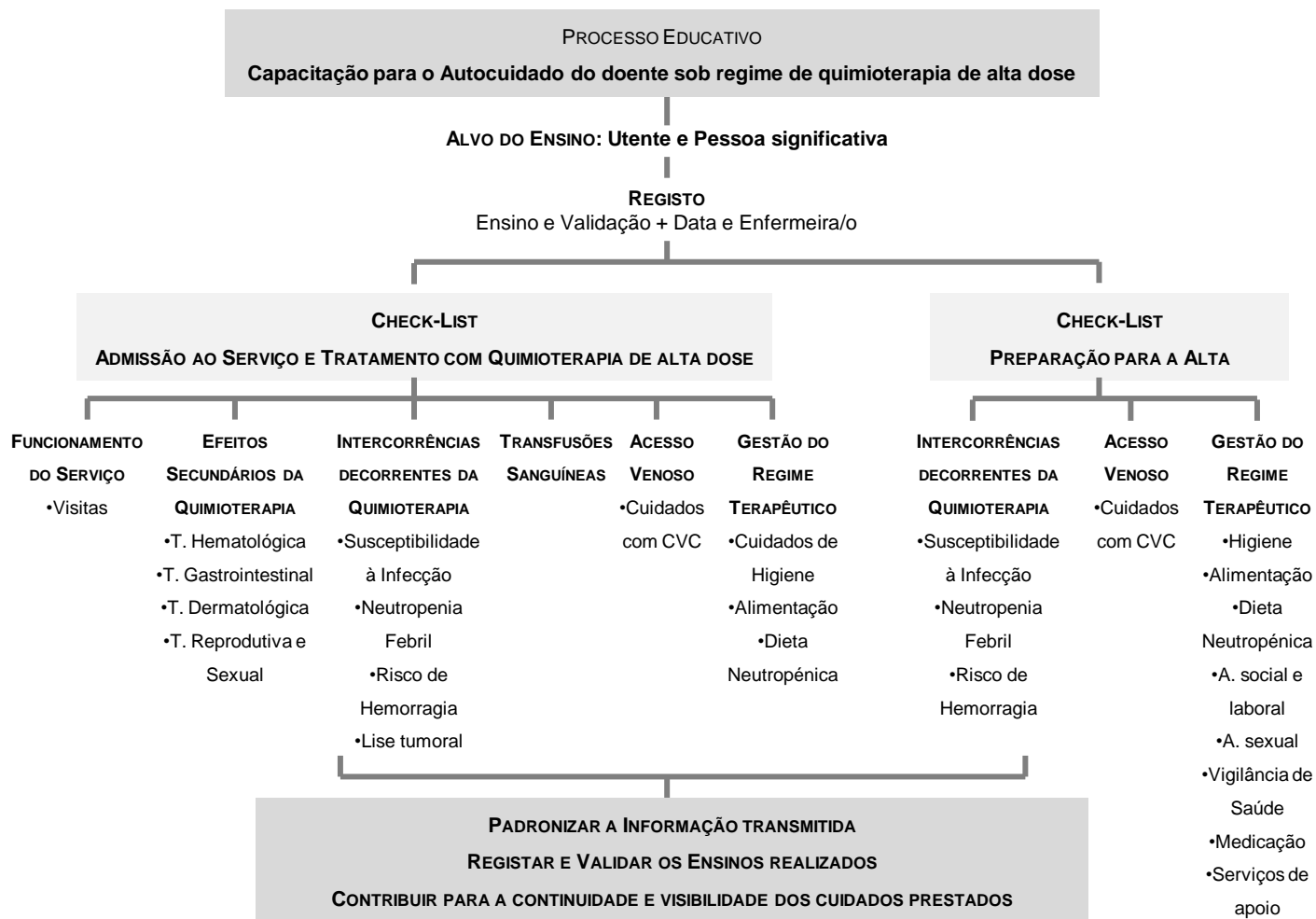
TEMÁTICAS ABORDADAS		ALVO DO ENSINO							
		Utente				Pessoa significativa			
		Ensino		Validação		Ensino		Validação	
		Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.
GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO	Higiene								
	Alimentação								
	Dieta Neutropénica								
	Atividade social e laboral								
	Atividade sexual								
	Vigilância de Saúde								
	Medicação								
	Serviços de apoio								

Figura 10 – Temáticas abordadas: Gestão do Regime Terapêutico

- Identificar os conteúdos abordados com o utente e/ ou pessoa significativa relativos à gestão do regime terapêutico.

3. ALGORITMO DE OPERACIONALIZAÇÃO DA CHECKLIST DA INFORMAÇÃO A TRANSMITIR AO DOENTE

ALGORITMO DE OPERACIONALIZAÇÃO DA CHECK-LIST DE INFORMAÇÃO A TRANSMITIR AO DOENTE



BIBLIOGRAFIA

- Conselho Internacional de Enfermeiras (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Beta 2*. Lisboa. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., Cordeiro, S. (2005). *O Cancro e a Qualidade de Vida*. Sintra: Novartis.
- Direção Geral de Saúde (1999). *Carta dos Direitos e Deveres do Doente*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em:
<http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>
- Esteves, S. C. C., Bizarro, J. P. S. M. (2006). Neutropenia. *Sinais Vitais*. 68. 23-33.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf
- Orem, D. (2001) *Nursing. Concepts of Practice*. 6ª edição. Mosby. St. Louis.
- Osoky, R. L. E. (2000). *Leucemia*. In Otto, S. E. (Coord.). *Enfermagem em Oncologia*. (p. 313-343). (3ª ed.). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Oncology Nursing, s.d., 1997).
- Pinhão, C., Banha, F. (2009). *Guia Orientador: Checklist para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao Transplante de Medula Óssea - Preparação e Alta*. Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E. Unidade de Transplantação Medular.

- Ream, E. Information and education for patients and families. Em Kearney, N., Richardson, A., Giulio, P. D. (2000). *Cancer Nursing Practice*. Edinburgh. Churchill Livingstone.
- Silva, S. A., Dias, V. L. S. M. (2007). Ensinar o doente a lidar com a toxicidade hematológica no pós-quimioterapia: definição de guideline. *Onco.news*. 1 (1), 11-17.
- Thompson, K. S., Hogan, R. M. *Intervenções em Pessoas com Problemas Hematológicos*. Em Phipps, W. et al (1995). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 2ª edição. Lisboa: Lusodidacta.
- Williams, P. D., Piamjariyakul, U., Ducey, K., Badura, J., Boltz, K. D., Olberding, K. (...) Williams, A. R. (2006). Cancer Treatment, Symptom Monitoring, and Self-Care in Adults: pilot study. *Cancer Nursing*. 29 (5), 347-355.

APÊNDICE Nº 11

**Guia de Alta com recomendações a ter no domicílio, após a
realização de tratamento com quimioterapia**

SERVIÇO DE HEMATOLOGIA

Recomendações para a Alta

TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA

Recomendações para a Alta

TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA

Elaborado por: Ana Catarina Cardeira

Docente: Sr.^a Prof.^a Antónia Espadinha



Fevereiro, 2013

Índice

- Introdução
- 1** Cuidados de Higiene
- 2** Cuidados de Higiene Oral
- 3** Alimentação
- 4** Dieta neutropénica
- 5** Atividade Social e Laboral
- 6** Vida Sexual
- 7** Vigilância de Saúde
- 8** Situações em que deve contactar o Hospital
- 9** Serviços de Apoio e sua Localização

Introdução

O tratamento com quimioterapia provoca efeitos secundários. É normal que se sinta cansado, nauseado e que tenha diminuição da vontade de comer. Os sintomas irão melhorar progressivamente e existem alguns cuidados que pode ter para o ajudar a ultrapassar os efeitos adversos do tratamento.

O momento da alta levanta muitas vezes interrogações, sendo importante que comunique as suas dúvidas e sentimentos aos profissionais de saúde que cuidam de si.

No domicílio é necessário que tenha alguns cuidados em relação a vários aspetos da sua vida diária, para o ajudar no seu processo de recuperação.

O presente guia tem como finalidade apresentar algumas recomendações a ter em casa. Durante o tempo de internamento é importante que leia este documento para que possa esclarecer as dúvidas que lhe forem surgindo com os profissionais de saúde do Serviço de Hematologia.

No dia da alta é-lhe entregue o esquema de medicamentos a tomar em casa, assim como as marcações de análises, exames e de consultas.

1

Cuidados de Higiene

Os cuidados de higiene são muito importantes na prevenção de infeções.

O banho deve ser diário e total, preferindo o duche ao banho de imersão. Pregas cutâneas, axilas, genitais e virilhas devem ser lavadas e secas cuidadosamente. Aplique creme diariamente.

Lave as mãos antes e depois de ir ao WC, antes e depois de comer e sempre que necessário.

Prefira roupa de algodão, evitando tecidos de fibra.

Pode utilizar desodorizante, de preferência em *spray* e sem álcool, evitando roll-on.

A utilização de gilete é desaconselhada, utilize máquina de barbear.

Não deve usar cera depilatória.

A aplicação de tampões é desaconselhada, prefira o uso de penso higiénico.

2

Cuidados de Higiene Oral

A higiene da boca é muito importante para a prevenção de infeções na cavidade oral.

Lave os dentes depois de comer e antes de ir dormir.

Bocheche com as soluções aconselhadas pelo enfermeiro ou médico assistente após a lavagem dos dentes.

Pode utilizar uma escova de dentes macia. Se sangrar das gengivas utilize uma esponja. O uso de escova de dentes elétrica e de fio dental é desaconselhado. Após utilizar a escova de dentes seca-a bem e mude-a todos os meses.

Se utilizar prótese dentária (dentadura), lave-a após cada refeição e tire-a durante a noite.

Caso sangre das gengivas após a lavagem dos dentes, bocheche com água fria.

3

Alimentação

A ingestão de líquidos e uma dieta variada e equilibrada são fundamentais para o bom funcionamento do organismo.

Os tratamentos com quimioterapia podem alterar o seu paladar, diminuir apetite, causar náuseas e/ou vômitos, assim como diarreia ou obstipação. São sintomas reversíveis e que melhoram com o passar do tempo. Existem algumas medidas que o podem ajudar a controlar esses sintomas:

- Coma frequentemente e em pequenas doses e evite refeições pesadas;
- Beba pelo menos 1,5 lt de água diariamente, caso a água tenha um sabor desagradável, pode optar por beber sumos ou chá;
- Opte por alimentos leves, de que goste e com sabor agradável e evite alimentos fritos, muito condimentados e enjoativos;
- Prefira alimentos mornos ou frios e bebidas frescas;
- Em caso de ter dor ou feridas na mucosa oral prefira alimentos moles, triturados e com molhos e evite alimentos duros e secos;
- Se vomitar, não force a ingestão de líquidos e alimentos sólidos, tente iniciar a alimentação com líquidos e gradualmente. Reforce a reposição de líquidos, quando se sentir melhor;

- Coma devagar, tente realizar as refeições acompanhado ou a ouvir música ou a assistir TV e evite cheiros desagradáveis durante a refeição;
- Se tiver diarreia, beba líquidos ao longo do dia e em pequenas quantidades, evite alimentos ricos em fibra e realize uma dieta à base de arroz, cenoura, banana e puré de maçã;
- Se tiver obstipação (prisão de ventre), aumente a ingestão de líquidos, prefira alimentos ricos em fibras (legumes e verduras, frutas, cereais e leguminosas) e realize exercício físico, se lhe tiver sido indicado.

4

Dieta Neutropénica

A dieta neutropénica visa proporcionar uma alimentação com baixo teor bacteriano, diminuindo as infeções. Este tipo de dieta é aconselhado quando as suas defesas estão diminuídas.

Os cuidados a ter com a alimentação relacionam-se com a aquisição, conservação, preparação e confeção dos alimentos.

Verifique a data de embalagem e o prazo de validade dos alimentos, não utilize embalagens ou latas que estejam abertas íntegras e adquira fruta e vegetais com aspeto fresco, sem bolor e/ ou manchas.

Adquira alimentos em pequenas quantidades, evitando ingerir alimentos que estejam em embalagens abertas há algum tempo.

Ao preparar os alimentos, utilize duas tábuas diferentes na preparação da carne/ peixe e vegetais. Lave e seque bem os utensílios de cozinha. Descongele os alimentos no micro-ondas ou frigorífico e nunca à temperatura ambiente e cozinhe-os imediatamente após descongelação.

Os alimentos devem ser cozinhados a altas temperaturas, cozidos, assados ou fritos. Evite grelhados e alimentos crus. Ingira os alimentos após a sua confeção, evitando a ingestão de sobras. Se sobrarem alimentos congele-os imediatamente após a confeção. Adicione ervas aromáticas durante a confeção dos alimentos.

Nesta fase evite alguns alimentos:

- Vegetais e frutas frescas;
- Carnes, peixes ou ovos crus ou mal cozinhados;
- Marisco;
- Enchidos e vísceras;
- Pastéis, rissóis, croquetes e alimentos previamente confeccionados e em refrigeração;
- Frutos secos;
- Produtos lácteos não pasteurizados;
- Queijo fresco, requeijão e brie e outros não pasteurizados;
- Ervas aromáticas, especiarias e mel adicionados no final da confeção dos alimentos;
- Bolos com creme;
- Água da torneira.

Se tiver dúvidas, converse com a equipa de profissionais de saúde que o acompanha.

O contacto com os outros pode ser limitado devido ao maior risco de contrair infeções. Evite contactar com pessoas doentes, assim como, deslocar-se a locais com grandes aglomerados de pessoas (centros comerciais, supermercados, lojas e cinemas). Se tiver que se deslocar a estes locais, faça-o nas horas de menor afluência, podendo utilizar máscara protetora.

No hospital, utilize máscara.

Evite contactar proximamente com animais, fumo de tabaco, flores, plantas, pós e poeiras.

Reinicie a atividade física de acordo com as suas capacidades. Procure planear atividades de acordo com o seu nível de energia, promovendo momentos de descanso. Passear ao ar livre é aconselhado, evitando grandes variações de temperatura e a exposição ao sol.

O regresso à escola e à atividade laboral deve ser discutido individualmente com o médico assistente, visto depender de diversos fatores, tais como, tempo prolongado de internamento, fadiga resultante da doença e dos tratamentos e tipo de trabalho.

6

Vida Sexual

A vida amorosa e sexual são aspetos íntimos de cada pessoa e vivenciados de forma privada. A manutenção ou retoma da sua vida íntima depende da sua capacidade física, devendo ser um assunto discutido com o seu médico assistente.

É aconselhada a utilização de preservativo para proteção. O seu médico aconselhá-lo-á acerca da necessidade de contraceção oral (os tratamentos com quimioterapia provocam muitas vezes esterilidade, mas pode haver o risco de gravidez).

Poderá sentir a necessidade de recorrer ao uso de lubrificantes, devido à diminuição da lubrificação dos órgãos sexuais, consequência do tratamento com quimioterapia.

7

Vigilância de Saúde

Durante o seu tratamento, será acompanhado em internamento e em consultas. Em ambulatório, ou seja, quando estiver em casa, será seguido em consultas médicas cuja frequência varia de acordo com a fase do tratamento e o seu estado de saúde. Fará análises sanguíneas, bem como, outros exames que se justifiquem.

Enquanto permanece em casa é importante que cumpra a medicação prescrita e as recomendações que lhe forem transmitidas pela equipa de profissionais de saúde do Serviço de Hematologia.

É importante vigiar alterações que possam surgir e comunicá-las à equipa de saúde:

- Vigiar alterações da pele e mucosas (especialmente da boca);
- Vigiar alterações da urina e das fezes (cor, odor, frequência, consistência);
- Identificar sinais de infeção: febre; rubor, dor, calor ou inchaço local; tosse, expetoração, dificuldade em respirar, dor ao engolir, lesões na boca, diarreia e dor ao urinar
- Identificar sinais de hemorragia: pintinhas arroxeadas (petéquias), derrames, nódoas negras (equimoses e hematomas); perda de sangue por orifícios naturais (nariz, boca, ouvidos, vagina, uretra e ânus).

8 Situações em que deve contactar o Hospital

Existem algumas situações em que deve contactar o hospital. Poderá realizar um contacto telefónico prévio, para validar a necessidade de se deslocar ao hospital de especialidade ou ao seu hospital da área de residência.

Quando contactar o Hospital:

- Sempre que tiver febre ($\geq 38.^\circ\text{C}$);
- Em caso de hemorragia;
- Falta de ar, tosse persistente ou expectoração;
- Náuseas ou vómitos, não controlados com medicação em SOS;
- Note alterações na pele;
- Tenha alterações da urina ou queixas urinárias;
- Tenha alteração da consistência ou cor das fezes;
- Apresente dor persistente;
- Em caso de dúvidas.

Contactos

Hospital especializado em Oncologia (telefone geral):

Serviço de Hematologia:

Consulta de Hematologia:

Enfermagem da Consulta de Hematologia:

SANP (Serviço de Atendimento Não Programado):

Outros:

9 Serviços de Apoio e sua Localização

Pavilhão de Medicina

- Serviço de Hematologia - Internamento: piso 1
- Gabinetes de consulta médica: piso 0
- Gabinete Assistente Social: piso 1
- Colheita de Análises: piso 0
- Sala de Cateteres e Sala de Medulas: piso 0
- Sala de Tratamentos de Hematologia e Oncologia Médica: piso 0
- Serviço de Atendimento Não Programado (SANP - Urgência): piso 0
- Gabinete de Consulta de Leucemias Agudas: piso 1

Pavilhão Central

- Cardiologia: piso 0
- Imagiologia: piso 1
- Serviço de Imunohemoterapia: piso 2

Lar de Doentes

Serviços farmacêuticos

Notas