

## **Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização em Enfermagem**

**Médico-Cirúrgica**

**Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Relatório de Estágio

# **Intervenções de Enfermagem na Administração de Agentes Antineoplásicos - Segurança da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica**

**Vânia Sofia Gomes Ferreira**

**Lisboa**

**2018**





## **Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização em Enfermagem**

**Médico-Cirúrgica**

**Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Relatório de Estágio

# **Intervenções de Enfermagem na Administração de Agentes Antineoplásicos - Segurança da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica**

**Vânia Sofia Gomes Ferreira**

Orientador: Professora Eunice Sá

**Lisboa**

**2018**





## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Eunice Sá,

Pela orientação sábia, disponibilidade, incentivo e pela visão de futuro.

Aos enfermeiros orientadores,

Pela partilha, discussão e construção de ideias.

Aos colegas e parceiros de percurso,

Pelo elo especial que criámos, mas em particular à Diana, Rita e Selma pela motivação, partilha e pensamento crítico.

À equipa de enfermagem do Serviço de Hematologia,

Pela colaboração e incentivo, em especial à Enfermeira Chefe por apostar na melhoria da qualidade dos cuidados, adotando este projeto como sendo de toda a equipa.

Aos pais,

Pelo apoio constante, ajuda e preocupação que apenas pais dedicados sabem dar.

Ao Luís,

Pelo permanente carinho, amor e apoio incondicional.

Aos amigos de sempre, Daniela e Javier, Diana e Diogo, Sara e Rúdi, Vânia e João,

Pelas palavras de conforto e incentivo.

A todos aqueles de quem cuido e que diariamente são a motivação para o meu desenvolvimento profissional.

A todos, um grande obrigada!



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AAN</b>	-	Agente Antineoplásico
<b>AEOP</b>	-	Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa
<b>CDE</b>	-	Código Deontológico do Enfermeiro
<b>CIPE</b>	-	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
<b>DGS</b>	-	Direção-Geral da Saúde
<b>ESEL</b>	-	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
<b>EONS</b>	-	<i>European Oncology Nursing Society</i>
<b>LVSAT</b>	-	Lista de Verificação de Segurança de Administração Intratecal
<b>OE</b>	-	Ordem dos Enfermeiros
<b>OMS</b>	-	Organização Mundial da Saúde
<b>ONS</b>	-	<i>Oncology Nursing Society</i>
<b>REPE</b>	-	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
<b>RIL</b>	-	Revisão Integrativa da Literatura
<b>SIE</b>	-	Sistema de Informação de Enfermagem
<b>UCP</b>	-	Unidade de Preparação de Citotóxicos
<b>WHO</b>	-	<i>World Health Organization</i>



## RESUMO

Os agentes antineoplásicos são um dos tratamentos mais utilizados no combate às doenças oncológicas e têm apresentado uma tendência crescente como opção terapêutica na abordagem à pessoa com doença hemato-oncológica. A prestação de cuidados de saúde, pela sua natureza, especificidade e complexidade, comporta um certo grau de risco que, quando relacionado com a administração de agentes antineoplásicos, pode apresentar consequências irreversíveis ou até mesmo fatais para o doente. O enfermeiro assume-se como um elemento chave neste processo, com o dever de assegurar cuidados em segurança e cumulativamente de garantir o direito de acesso do doente e família a cuidados seguros, promovendo a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem.

No âmbito do referido, realizou-se um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica, em contexto de internamento, relacionado com a segurança na administração de terapêutica antineoplásica, recorrendo à metodologia de projeto para a sua operacionalização.

Este relatório pretende traduzir o percurso realizado para a aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica, e contempla a revisão integrativa da literatura que constitui a base de sustentação do presente trabalho, a análise reflexiva proveniente da realização de estágios onde foram adquiridos e consolidados conhecimentos, bem como a construção e implementação de documentos de apoio à prática clínica. Estes encontram-se ancorados no referencial teórico de Irvine, Sidani e Hall em associação com McCormack e McCanse, e demonstram que a segurança do doente é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem e que os cuidados centrados na pessoa têm tradução no *empowerment* da segurança do doente, excelência dos cuidados de enfermagem e da própria profissão de enfermagem.

Como resultados destacam-se os contributos para a sistematização dos ensinamentos a realizar ao doente (cartaz), a uniformização do procedimento de administração de agentes antineoplásicos (fluxograma), os contributos para a sistematização dos registos de enfermagem (baseado num conjunto de indicadores), bem como a otimização do conhecimento da pessoa e família sob a forma de guia, perspetivando-se a sua divulgação e defesa pública.

**Palavras-chave:** Agentes antineoplásicos, Segurança do doente, Doença hematológica, Cuidados de enfermagem

## **ABSTRACT**

The antineoplastic agents are one of the treatments most used in the fight against oncological diseases and has presented an increasing tendency as a therapeutic option in the approach to the person with hemato-oncological disease. The provision of health care, by its nature, specificity and complexity, carries a certain degree of risk that, when related to the administration of antineoplastic agents may have irreversible or even fatal consequences for the patient. The nurse is assumed as a key element in this process, with the duty to ensure care in safety and cumulatively to guarantee the patient's and their family right to access to safe care, promoting the defense of the quality of nursing care.

In this context, a project was performed to improve the quality of nursing care provided to people with hemato-oncological disease in the context of hospitalization, related to safety in the administration of antineoplastic therapy, using the project methodology for its operationalization.

This report intends to translate the course for the acquisition of skills of specialist nurse and master in the area of Medical-Surgical Nursing, Oncological aspect, and contemplates the integrative revision of the literature that constitutes the base of support of the present work, the accomplishment of stages where were acquired and consolidated knowledge, as well as the construction and implementation of documents to support clinical practice. These are anchored in the theoretical framework of Irvine, Sidani and Hall in association with McCormack and McCanse, demonstrating that patient safety is a sensitive outcome to nursing care, and that person-centered care have translation into the empowerment of patient safety, nursing care excellence, and the nursing profession itself.

As a result, the systematization of the teachings to be bperformed to the patient (poster), the standardization of the antineoplastic agent administration procedure (flowchart), the contributions to the systematization of the nursing records (based on a set of indicators), and the optimization of the knowledge of the person and family in the form of an informative guide, with a view to its dissemination and public defense.

**Keywords:** Antineoplastic agents, Patient Safety, Hemato-oncologic disease, Nursing Care



# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>21</b>
1.1. A segurança da pessoa com doença hemato-oncológica na administração de terapêutica antineoplásica .....	21
1.2. A Efetividade dos Cuidados de Enfermagem e os Cuidados Centrados na Pessoa.....	24
<b>2. PROJETO DE INTERVENÇÃO CLÍNICA .....</b>	<b>31</b>
2.1. Diagnóstico da situação .....	32
2.2. Objetivos gerais .....	33
2.3. Planeamento .....	33
<b>3. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS .....</b>	<b>37</b>
3.1. Captar a perceção e conhecimentos dos doentes acerca do tratamento com agentes antineoplásicos.....	37
3.2. Identificar intervenções de enfermagem que contribuem para a segurança da pessoa com doença hemato-oncológica submetida a terapêutica antineoplásica .....	44
3.3. Sensibilizar para a importância da segurança da pessoa submetida a terapêutica antineoplásica .....	53
3.4. Implementar estratégias de promoção para a segurança da pessoa submetida a terapêutica antineoplásica .....	55
<b>4. AVALIAÇÃO .....</b>	<b>59</b>
4.1. Reflexão sobre a ação no desenvolvimento de competências .....	59
4.1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e competências do 2º ciclo previstas para obtenção de Grau de Mestre .....	60
4.1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em	

Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e propostas pela <i>Oncology Nursing Society</i> (ONS).....	65
<b>4.2. Pontos fortes e pontos fracos da implementação do projeto de intervenção clínica.....</b>	<b>67</b>
<b>4.3. Considerações éticas .....</b>	<b>69</b>
<b>4.4. Contributos da implementação do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.....</b>	<b>70</b>
<b>CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>77</b>

## **ANEXOS**

**Anexo 1.** Registos da avaliação de estágio com relatório

## **APÊNDICES**

**Apêndice 1.** Sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem – análise de conteúdo

**Apêndice 2.** Quadro de Planeamento de Projeto

**Apêndice 3.** Cronograma

**Apêndice 4.** Relatório sobre a missão, estrutura física, organizacional e funcional, bem como o circuito do agente antineoplásico dos locais de estágio

**Apêndice 5.** Guião para sondagem de opinião à pessoa com doença hemato-oncológica

**Apêndice 6.** Conjunto de opiniões de pessoas com doença oncológica

**Apêndice 7.** Revisão Integrativa da Literatura

**Apêndice 8.** Grelha de registo: Intervenções de enfermagem que contribuem para a administração segura de agentes antineoplásicos

**Apêndice 9.** Reflexão crítica: Importância dos ensinamentos para a segurança da pessoa submetida a terapêutica antineoplásica (prática clínica *versus* evidência científica)

**Apêndice 10.** Reflexão crítica: Contributo das novas tecnologias para a segurança na

administração de agentes antineoplásicos

**Apêndice 11.** Grelha de registo: Preparação de agentes antineoplásicos – estratégias utilizadas pelo serviço farmacêutico na prevenção da ocorrência de eventos adversos

**Apêndice 12.** Estudo de Situação

**Apêndice 13.** Plano de sessão de sensibilização à equipa de enfermagem

**Apêndice 14.** Questionário de avaliação da sessão de sensibilização à equipa de enfermagem – análise de conteúdo

**Apêndice 15.** Instrumento de registo dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a AAN

**Apêndice 16.** Cartaz orientador de ensinios para a equipa de enfermagem: “Ensinios à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a tratamento com agentes antineoplásicos e família/pessoa significativa”

**Apêndice 17.** Guia de ensinios para a pessoa com doença hemato-oncológica: “A Quimioterapia”

**Apêndice 18.** Fluxograma de administração segura de agentes antineoplásicos



## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura1.</b> Modelo de Efetividade dos Cuidados de Enfermagem .....	25



## INTRODUÇÃO

Inserido no âmbito do 7º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Intervenção em Enfermagem Oncológica elaborou-se o presente relatório, intitulado “Intervenções de Enfermagem na Administração de Agentes Antineoplásicos - Segurança da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica”, que cumpre os requisitos necessários para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista nesta área específica de intervenção e do grau de Mestre.

Este tem por finalidade relatar, de forma crítica e reflexiva, as diferentes aprendizagens que conduziram ao desenvolvimento do julgamento clínico e da tomada de decisão que, por sua vez, se traduziram na aquisição de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à enfermagem médico-cirúrgica, permitindo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho.

Neste sentido, o percurso que aqui se descreve e analisa teve por premissa a metodologia de projeto que conduziu à construção de um projeto de intervenção clínica, centrado na identificação de uma problemática (problema/oportunidade) existente no contexto da prática clínica. O desempenho de funções numa instituição de referência na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica, num serviço em contexto de internamento, onde a administração de agentes antineoplásicos (AAN) é uma realidade constante, motivou o desenvolvimento deste projeto na área da segurança da pessoa com doença hemato-oncológica submetida a terapêutica antineoplásica por se constituir, para além de uma área de interesse pessoal, também uma preocupação partilhada pela equipa de enfermagem onde se identificou a necessidade de mobilizar adequados conhecimentos científicos e técnicos para a promoção de medidas que visassem contribuir para a dinâmica organizacional e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados, dando resposta ao que é atualmente preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pelas *guidelines* internacionais neste âmbito. Paralelamente, esta temática é ainda abordada na literatura como um fator importante no cuidado à pessoa em tratamento com AAN.

A segurança do doente é internacionalmente reconhecida como uma componente extremamente importante da qualidade em saúde. A crescente

complexidade dos sistemas de saúde, onde interatuam fatores pessoais, profissionais, organizacionais, clínicos e tecnológicos potencialmente perigosos, ainda que eficazes, fazem da segurança do doente um imperativo global (Donaldson e Philip, 2004).

Neste contexto, o processo de administração de medicamentos é complexo, desdobrado em várias atividades, compostas por muitas etapas, envolvendo sempre muitas pessoas e múltiplas transferências de informações e materiais (Cassiani, 2005), mas que quando associado à administração de AAN assume um risco acrescido, uma vez que os eventos adversos decorrentes do tratamento e não da doença, podem levar à morte, a danos graves, a complicações e ao sofrimento do doente (Rosa, Perini, Anacleto, Neiva e Bogutchi, 2009).

A este nível a segurança do doente surge como uma responsabilidade de enfermagem (Cook, Guttmannova e Clare, 2004), pois devido às competências e características do seu desempenho profissional os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro, garantindo o direito do doente e família de aceder a cuidados seguros, como enuncia a OE (2006).

Neste sentido, com a consecução do presente relatório pretende-se incorporar aos resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem - segurança na administração de AAN - uma abordagem centrada na pessoa, como meio de garantir a qualidade dos resultados em saúde desejados, pelo que a filosofia de cuidados que orienta a análise crítica da literatura, o percurso metodológico e o desenvolvimento de competências, em contexto clínico, norteia-se pelos contributos de Irvine, Sidani e Hall (1998) e McComarck e McCance (2006).

É neste enquadramento que surge o projeto de intervenção clínica que tem como finalidade melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a terapêutica antineoplásica, em contexto de internamento. Com vista a atingir esta finalidade, foram realizados estágios em quatro contextos distintos, contextos estes com características assistenciais similares na área de administração de AAN, em contexto de ambulatório e internamento, de instituições públicas e privadas, constituindo-se o último, o local onde exercia funções à data da conclusão do mesmo.

Com a elaboração deste documento procurou-se dar visibilidade ao processo de aprendizagem e às competências adquiridas nas diferentes etapas, pelo que foram estabelecidos como objetivos:

- descrever a operacionalização do projeto de intervenção clínica;
- refletir sobre a aquisição e desenvolvimento das competências (competências comuns de enfermeiro especialista, de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa e preconizadas pela *Oncology Nursing Society (ONS)*);
- analisar os contributos alcançados para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O relatório encontra-se organizado em quatro capítulos. Do primeiro consta o enquadramento conceptual no qual são desenvolvidos conceitos relacionados com a segurança da pessoa com doença hemato-oncológica e a intervenção de enfermagem com base no referencial teórico da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem, em associação com os Cuidados Centrados na Pessoa. No segundo aborda-se o projeto de intervenção clínica, onde é apresentado o diagnóstico da situação, os objetivos delineados e o planeamento do mesmo. O terceiro capítulo diz respeito à execução das tarefas previstas, no qual se expõe uma descrição e reflexão crítica acerca das atividades realizadas, intervenções de enfermagem implementadas e resultados obtidos. No quarto capítulo é realizada a avaliação, na qual se analisa reflexivamente as competências adquiridas, os pontos fortes e pontos fracos, são descritas as considerações éticas bem como os contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Por último, são apresentadas as conclusões e perspectivas futuras do projeto de intervenção desenvolvido.



## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Neste primeiro capítulo procura-se apresentar alguns conceitos fundamentais e estruturantes para o desenvolvimento do projeto, nomeadamente de segurança do doente e qualidade em saúde. Sendo a segurança fundamental na prestação de cuidados de enfermagem, encontrando-se intimamente relacionada com a qualidade dos mesmos, torna-se essencial sustentar este percurso tendo por base os modelos conceptuais de Irvine, et al., (1998), a Efetividade dos Cuidados de Enfermagem, e de McCormack e McCance (2006) com Cuidados Centrados na Pessoa.

### **1.1. A segurança da pessoa com doença hemato-oncológica na administração de terapêutica antineoplásica**

As doenças hemato-oncológicas seguem a tendência nacional (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2016) e mundial (*World Health Organization* (WHO), 2008) para décadas futuras, que assenta no pressuposto de um crescimento progressivo do número de novos casos de cancro. Se por um lado são consideradas como um grupo heterogéneo de doenças, pela sua diversidade na incidência, prognóstico e etiologia (Sant, et al., 2010), também o seu tratamento apresenta características heterogéneas, apesar da modalidade terapêutica predominante nesta área ser a quimioterapia (DGS, 2016).

A prestação de cuidados de saúde, pela sua natureza, especificidade e complexidade, comporta um certo grau de risco que, quando relacionado com a administração de AAN, pode apresentar consequências irreversíveis ou até mesmo fatais para o doente (Rosa et al., 2009).

O conceito de qualidade em saúde pode apresentar-se sob várias perspetivas, podendo assumir definições diversas (Sousa, 2006). Recupera-se a definição adotada pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, que sustenta essa íntima relação, referindo-se a qualidade em saúde como o modo no qual os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados (Batalden e Stoltz, 1993).

Porém, um aspeto importante no âmbito da presente definição é a compreensão de que a qualidade não depende de um único fator, mas da presença de uma série de componentes, atributos ou dimensões, nomeadamente, segurança, efetividade, centralização dos cuidados no doente, oportunidade/acesso, eficiência e equidade (*Institute of Medicine*, 2001), também evidenciados no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho nº1400-A/2015, 2015). Contudo diferente das restantes dimensões da qualidade centradas em fazer o certo na hora certa, para conseguir níveis máximos de benefício e satisfação para o doente, a segurança caracteriza-se pelo enfoque na ausência de dano produzido pelos cuidados de saúde, mais do que o foco no seu benefício. Assim, torna-se importante salientar que a área de estudo da segurança não inclui somente os incidentes que causam dano, mas também as falhas de atenção que não causaram dano, mas que poderiam ter causado (Gama e Saturno, 2013).

A segurança é uma componente estruturante e uma variável incontornável da qualidade em saúde, sendo que qualidade e segurança são atributos indissociáveis (*Institute of Medicine*, 2000; Sousa, 2006; Gama e Saturno, 2013).

Por seu turno, a segurança do doente resulta da interação de diversos fatores relacionados com o próprio doente e com a prestação de cuidados estando igualmente relacionada com as tomadas de decisão e com o respeito pelos direitos das pessoas (OE, 2006). O *Institut of Medicine* (2000) adotou a definição que assume segurança do doente como este estar livre de danos acidentais sendo que, paralelamente, compreende a tomada de medidas por forma a evitar, prevenir e melhorar os eventos adversos ou danos resultantes da prestação de cuidados de saúde (Cooper, Gaba, Liang, Woods e Blum, 2000).

Pelo exposto, por segurança do doente, considerando a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), entende-se a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (Runciman, Hibbert, Thomson, Schaaf, Sherman, Lewalle, 2009; DGS, 2011).

No caso específico da segurança do doente na administração de AAN, importa clarificar que a segurança na medicação engloba a “ausência de lesão acidental durante o uso de medicação; atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos” (DGS, 2011, p.136).

Nesta desejável segurança do doente, entendida pela WHO (2009) como um modelo integrado de comportamentos individuais e organizacionais com vista a

minimizar os danos nos doentes que podem resultar da prestação de cuidados, os enfermeiros têm uma enorme influência (*Institute of Medicine*, 2004; Amado, 2014). Estes são o grupo profissional mais numeroso nos hospitais portugueses e, por força das características do seu papel, delineado pela deontologia profissional, preconizada pelo artigo 97º do Estatuto da OE, que o enfermeiro deve exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados (OE, 2015b). São os únicos profissionais clínicos que permanecem 24 sobre 24 horas junto dos doentes. Devido às competências e características do seu desempenho profissional – proximidade, tempo de contacto com os utentes, intimidade, entre outros – com uma intervenção clínica determinante, encontram-se muitas vezes entre a tomada de decisão e a execução. Aquilo que eles pensam, dizem e fazem influencia em definitivo a segurança do doente (Fernandes e Queirós, 2011).

A este respeito, a OE afirma que “a segurança dos clientes deve ser a preocupação, o objectivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros, com vista à protecção dos direitos dos clientes a cuidados seguros bem como da sua dignidade” (OE, 2011, p. 2) e, ainda neste âmbito, destaca que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes, almejando qualidade em saúde (OE, 2002).

A segurança do doente é hoje internacionalmente reconhecida como um atributo prioritário da qualidade em saúde e como tal, dos cuidados em enfermagem (*Internacional Council of Nurses*, 2012). Neste sentido, nas últimas duas décadas esta temática tem assumido uma crescente preocupação mundial para as organizações de saúde, para os decisores políticos, para os profissionais de saúde, cuja principal missão consiste na prestação de cuidados com elevado nível de efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência disponível, como também para os utentes e suas famílias que desejam sentir-se confiantes e seguros (WHO, 2006).

Paralelamente, a nível nacional tem-se assistido a um movimento progressivo no sentido de valorizar a investigação nesta área, no entanto os resultados são ainda escassos (Mendes e Barroso, 2014). Na opinião de Mendes e Barroso (2014), a investigação em segurança do doente não tem ainda a atenção merecida ou desejável, encontrando-se, de uma forma geral, a dar os seus primeiros passos, sendo que se caracteriza por ser fragmentada e pouco valorizada.

Como consequência, urge a necessidade de refletir e desenvolver a investigação no campo da melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem e, consequentemente, em saúde (Fernandes e Queirós, 2011), especificamente sobre as intervenções de enfermagem que promovam a segurança do doente, no âmbito particular da administração de AAN. Infere-se, desta forma, que esta é uma área de investigação premente, pois apesar do crescente interesse que a segurança do doente tem merecido, os erros associados à administração de AAN permanecem problemáticos (Neuss, et al., 2016), sendo por isso fulcral expandir o conhecimento nesta área.

## **1.2. A Efetividade dos Cuidados de Enfermagem e os Cuidados Centrados na Pessoa**

Os sistemas de avaliação da qualidade nas instituições contribuem para assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, sendo que a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros é um elemento importante para a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2002).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002, p.15), o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes, sendo importante a

identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis.

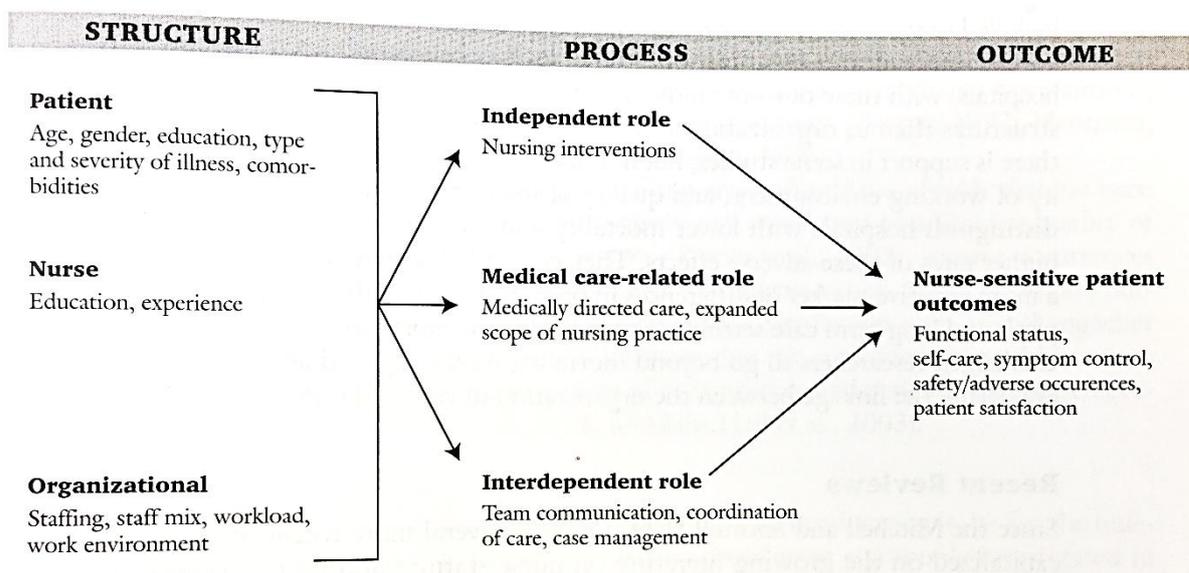
Nesta linha de pensamento, o conhecimento e compreensão dos eventos adversos (frequência, causas e o seu impacto) constituem uma parte fundamental do processo de avaliação e melhoria contínua da segurança do doente e da qualidade em saúde (Sousa, Uva e Serralheira, 2010).

O conceito de resultados em saúde e nomeadamente o de resultados em enfermagem, tem assumido notoriedade pela necessidade de demonstrar que existem ganhos em saúde diretamente associados aos cuidados de enfermagem (Amaral, 2010) contudo, os enfermeiros têm tido dificuldade em demonstrar que fazem a

diferença no atendimento dos doentes (Doran e Pringle, 2011). Nightingale foi uma das primeiras investigadoras em enfermagem a reconhecer a importância em medir alguns dos resultados, pelo impacto que estes poderiam apresentar nos doentes (White, Hall e Lalonde, 2011). Neste âmbito, os resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem podem ser definidos como todos aqueles relevantes, baseados no domínio e intervenção dos enfermeiros, para os quais existe evidência que relacione o *input* do enfermeiro e o resultado da intervenção (Doran, Mildon e Clarke, 2011).

O Modelo de Efetividade dos Cuidados de Enfermagem (*The Nursing Role Effectiveness Model*) de Irvine, et al. (1998), edificado com base no modelo da qualidade de cuidados desenvolvido por Donabedian (que se fundamenta na tríade de indicadores: estrutura-processo-resultado), espelha a preocupação das autoras com o facto supracitado e revela ser importante no âmbito do presente projeto proporcionando, como refere Amaral (2010), um quadro conceptual para a investigação das relações que podem existir, nomeadamente, entre as características dos doentes, as intervenções de enfermagem e os resultados alcançados, de entre os quais se pretende evidenciar a segurança do doente.

**Figura1.** Modelo de Efetividade dos Cuidados de Enfermagem



**Fonte:** Doran, D. (2011). Nursing Outcomes: The State of the Science (2ªed). USA: Jones & Bartlett Learning, p.15.

Neste modelo, as componentes da Estrutura são variáveis que estão associadas aos enfermeiros, aos doentes e à organização, influenciando o processo

e os resultados dos cuidados (Amaral, 2014). A este propósito a experiência, o conhecimento e o nível de competência são variáveis que, quando associadas aos enfermeiros, podem afetar a qualidade dos cuidados (Preuss, 1997). Por sua vez, a idade, a função física no momento da admissão, a gravidade do diagnóstico e as comorbidades apresentadas pelos doentes podem também afetar os resultados em saúde e devem ser consideradas aquando da avaliação do impacto dos cuidados de enfermagem nos resultados. Ainda neste âmbito, as variáveis organizacionais focam-se no número de enfermeiros por turno, por doente, bem como na forma de organização dos cuidados (Irvine, et al., 1998).

Relativamente ao Processo, as variáveis consideradas neste modelo dizem respeito aos domínios autónomo e interdependente do papel de enfermagem. No presente trabalho, pretende-se dar visibilidade ao domínio autónomo dos cuidados de enfermagem que se refere às funções e responsabilidades atribuíveis apenas aos enfermeiros, nomeadamente, intervenções desenvolvidas e decididas pelos enfermeiros em resposta a um diagnóstico de enfermagem ou ainda a ações autónomas baseadas na evidência científica com vista a beneficiar o doente, ou seja a obter um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (McCloskey e Bulechek, 2000; OE, 2002).

Quanto aos Resultados, estes incluem modificações observadas nos doentes que são sensíveis aos cuidados de enfermagem. Doran, Sidani, Watt-Watson, Laschinger e Hall (2001), definem estes resultados como um estado, um comportamento, ou perceção de um doente ou família, mensurável ao longo de um continuum, que ocorre em resposta a uma intervenção de enfermagem. A revisão de diferentes estudos, levada a cabo no desenvolvimento do modelo, fez emergir, segundo Amaral (2014) grandes categorias de resultado de entre as quais se evidenciam, no âmbito do presente trabalho, a prevenção de complicações, bem como a segurança ou a ausência de lesão.

No seguimento importa destacar, que o referido modelo assenta no pressuposto de que existem relações entre as componentes da Estrutura, Processo e Resultados (Amaral, 2010), ou seja, a Estrutura (doentes, enfermeiros, organização) e o Processo (intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros) influenciaram os Resultados (segurança do doente).

Sendo assim, na **relação Estrutura e Processo** pode-se afirmar que as intervenções de enfermagem podem ser influenciadas por variáveis individuais do

próprio enfermeiro, variáveis ligadas ao doente ou ainda variáveis da estrutura organizacional (Irvine, et al.,1998). Nesta linha de pensamento, Amaral (2010, 2014) salienta que as intervenções de enfermagem requerem um processo de interação enfermeiro/doente eficaz, bem como uma avaliação do doente para um adequado planeamento de cuidados, o que pressupõe que as características individuais de cada um destes atores pode influenciar o estabelecimento da relação.

Especificamente, no que concerne aos aspetos anteriormente referidos, importa evidenciar o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o doente como fator determinante para o envolvimento do doente na sua própria segurança, nomeadamente na prevenção de erros relacionados com a administração de AAN, através de uma parceria de vigilância entre enfermeiro e doente, resultando numa verdadeira parceria de cuidados (Schwappach, Hochreutener e Wernli, 2010). A compreensão da centralidade da pessoa nos cuidados e o reconhecimento do seu lugar na parceria dos mesmos é também reconhecida e defendida pela OE, para quem a relação terapêutica desenvolvida no âmbito do exercício profissional de enfermagem se caracteriza “pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (OE, 2002, p.10). Esta perspetiva dos cuidados exige relações particulares, construídas com base na confiança mútua, na compreensão e na partilha de conhecimento (McCance, McCormack e Dewing, 2011).

Por outro lado, ainda no âmbito das relações entre as componentes Estrutura e Processo pode apontar-se como exemplo a administração segura de medicamentos (Amaral, 2010), nomeadamente de AAN, pois para além de esta constituir uma intervenção de enfermagem interdependente, pode também ser considerada um resultado que depende não apenas da capacidade e conhecimento dos enfermeiros para evitar erros, mas também de variáveis ligadas à organização tais como as formas de distribuição de fármacos, sobrecarga de trabalho e baixa proporção de enfermeiros por doente (Irvine, et al.,1998).

Das **relações entre as variáveis Estrutura e Resultado**, assume-se que a formação e categoria profissionais são habitualmente utilizadas como indicadores do conhecimento e da competência dos enfermeiros, sendo que os estudos indicam uma relação entre estas variáveis e a prevenção de complicações (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart e Zelevinsky, 2002). Perante tal facto, importa referir que uma equipa de enfermagem com competência e habilitações é um pré-requisito para a prestação de cuidados de qualidade (Kullberg, Larsen e Sharp, 2013). Neste sentido, os autores

referidos, afirmam que formação contínua dos enfermeiros se traduz numa maior segurança do doente, sendo paralelamente promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade (OE, 2002).

Por outro lado, as variáveis associadas aos doentes, como a idade, o género, o tipo de doença e o estado imunitário têm sido relatadas como influenciadoras das suas respostas a algumas intervenções de enfermagem, particularmente as ligadas à educação para a saúde e à educação terapêutica (Sidani e Braden, 1998).

Segundo Schwappach, et al. (2010) envolver o doente no plano de cuidados promovendo uma educação apropriada pode reduzir a ocorrência de erros na administração de medicação. Tal é também apoiado por Polovich, Olsen e Lefebvre (2014), porém estes consideram que os ensinamentos devem ser realizados com base nas necessidades de aprendizagem do doente, habilitações, preferências e vontade do mesmo para aprender. Assim sendo, é necessário ter em consideração que nem todos os doentes vão querer ou podem participar na sua própria segurança, pelo que é fundamental fornecer aos que sejam considerados capazes e se encontrem dispostos em participar, informação adequada e motivação, encorajando o envolvimento do mesmo na sua segurança (Schwappach e Wernli, 2010). Tal assume ainda maior relevância, quando Schwappach, et al. (2010) afirmam que a disposição, as habilidades e os recursos dos doentes para se envolverem em estratégias promotoras de segurança, podem variar consideravelmente de acordo com o estado de saúde e a fase do processo de tratamento em que se encontram.

No que respeita à **relação Processo e Resultado** assume-se que as funções de enfermagem ligadas à componente independente dos cuidados têm um efeito direto nos resultados observados nos doentes (Amaral, 2010, 2014).

A este respeito, todos os passos na intervenção de enfermagem, seja ela autónoma ou interdependente, inseridos num contexto de atuação multiprofissional, envolvem a possibilidade de erro e um certo nível de risco à segurança do doente, tal como foi já referido anteriormente. Neste sentido, uma clara identificação dos fatores que levam ao aparecimento de erros é o primeiro passo para os prevenir, considerando a amplitude necessária ao campo de ação do enfermeiro, desde a comunicação e a relação interpessoal em que os cuidados de enfermagem se agreguem aos aspetos processuais e técnicos do seu exercício (OE, 2006, 2015a).

As relações entre os diferentes componentes atrás referenciados tornam também importante a mobilização do Modelo de Cuidados de Enfermagem Centrados

na Pessoa, como referencial teórico para a condução deste projeto, por permitir orientar, dar significado e estrutura à prática de enfermagem. Este modelo foi desenvolvido por McCormack e McCance (2006) e derivou da combinação de dois modelos conceituais existentes focados na prática de cuidados centrados na pessoa idosa (McCormack, 2001) e na experiência do cuidar de enfermagem, pela percepção dos enfermeiros e dos doentes (McCance, 2003).

O cuidado de enfermagem centrado na pessoa assenta numa corrente de pensamento existencial-humanista (McCormack, 2004) e pressupõe a valorização da experiência subjetiva da pessoa. Neste sentido, os cuidados centrados na pessoa têm uma íntima e indissociável relação com os cuidados individualizados, ou seja, só a partir de um profundo conhecimento da pessoa, podemos efetivamente realizar cuidados dirigidos à mesma (McCormack e McCance, 2006).

Neste contexto “os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2002, p.13).

Estes cuidados centrados na pessoa requerem o foco nas crenças, valores, necessidades e desejos individuais da pessoa e a adoção de aproximação que facilite a flexibilidade, a mutualidade, o respeito e o cuidar. Na prática, requer inteligência, criatividade e atenção aos detalhes, e o reconhecimento da liberdade dos doentes de decidirem por si e do conhecimento e experiência que cada pessoa traz para a situação de cuidados como imprescindível para tomar as decisões que melhor se adequam ao bem-estar do doente (McCormack e McCance, 2006). Ainda de acordo com os mesmos autores, este processo requer quatro eixos estruturantes: os pré-requisitos, focados nos atributos do enfermeiro, o contexto de cuidados, o processo (cuidados) centrado na pessoa e, por fim, os resultados expectáveis. O processo de cuidados tem em conta os pré-requisitos e o contexto em que os cuidados são prestados, garante a inter-relação entre os vários constructos e permite atingir os resultados do cuidado centrado na pessoa, que se caracterizam pelo sentimento de bem-estar, pelo envolvimento do doente enquanto participante no seu próprio cuidado, pela experiência positiva e satisfação com os cuidados (McCormack e McCance, 2010).

O termo “individualizar os cuidados” implica atender o doente na sua singularidade, atender as suas características pessoais, em contraste com as

intervenções de rotina ou *standard* em que todos os doentes recebem o mesmo tipo de cuidados (Suhonen, 2002). Assim, para promover a individualidade do doente, os enfermeiros devem considerar como fatores determinantes as características pessoais do doente, a sua situação clínica, a sua situação de vida pessoal, as suas preferências (Suhonen et al, 2011), necessidades, experiências, comportamentos, sentimentos e perceções individuais (Guruge e Sidane, 2002; Radwin e Alster, 2002) e, paralelamente, ter conhecimento sobre as variáveis que consideram as diferenças individuais (Suhonen, 2002). Em que primeiro, o enfermeiro acede e colhe informação sobre as preferências, necessidades e perceções do doente, posteriormente, adequa a informação, as intervenções educacionais ou os cuidados de enfermagem às características e situação clínica do doente, às reações do doente, às respostas de saúde e às características do ambiente físico e social. Finalmente, o doente tem o poder de participar na tomada de decisão atendendo às suas expectativas e resultados desejáveis (Suhonen, Valimaki e Leino-Kilpi, 2008).

A este propósito, também o Plano Nacional de Saúde (2012-2016) e sua posterior extensão a 2020, assumem como valores fundamentais a prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa, dando respostas às suas necessidades individuais (DGS, 2012, 2015).

Em suma, de acordo com Ribeiro et al. (2011), a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes garante-se através de processos de trabalho seguros, envolvimento e motivação dos profissionais, reconhecimento do primado dos interesses do doente e promoção da sua capacitação, defesa dos interesses da comunidade, medicação e melhoria contínua dos resultados.

Assinale-se que, de acordo com Irvine, et al. (1998), existem três abordagens para se avaliar a qualidade: a estrutura, o processo e os resultados, sendo de esperar que face a bons resultados, se possa estar em presença de dinâmicas de estrutura e de processo devidamente consolidadas e desenvolvidas. Nesta linha, a qualidade não deve ser assumida como um exercício de verificação de conformidades ou desconformidades, envolvendo apenas monitorização e controlo, antes deverá ter como horizonte a introdução da mudança nos processos de melhoria contínua. Neste processo em torno da qualidade emerge como tarefa primordial prestar cuidados de saúde de qualidade e em segurança, tendo por base as necessidades efetivas dos doentes (McCormack e McCance, 2006).

## 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO CLÍNICA

A realização do presente projeto de intervenção surge no âmbito do curso de especialização, relacionado com uma problemática de enfermagem vivenciada no serviço onde se exerce funções, cuja intervenção seja coerente e exequível, envolva a equipa multidisciplinar, permita a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e ainda o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira perita no cuidar da pessoa com doença oncológica.

Neste contexto a metodologia de projeto reveste-se de grande importância pois baseia-se “num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução”, pelo que “através da pesquisa realizada, da análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência” (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010, p.2).

O trabalho de projeto pressupõe relações entre o saber e a experiência (Leite, Malpique e Santos, 2001) permitindo, como referem Ruivo, et al. (2010), constituir uma ponte entre a teoria e a prática, aproximando-se da investigação-ação.

No exercício das suas funções, o enfermeiro deve ser capaz de mobilizar um conjunto de competências específicas próprias do exercício da profissão, assegurando-se de que, tal como descrito na alínea 4 do artigo 2º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, (OE, 2010b, p.2)

possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

Com base no exposto foi desenvolvido o projeto que aqui se encontra espelhado, intitulado “Intervenções de Enfermagem na Administração de Agentes Antineoplásicos - Segurança da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica”.

Ao delinear o referido projeto de intervenção considerou-se como pressuposto que, tal como refere Brissos (2004, p. 50), para que um projeto em saúde seja sustentável, este deve ter a

capacidade de produzir benefícios que possam perdurar; criar capacidades para que, mesmo na ausência do projeto, possam perdurar os seus efeitos; criar dinâmica para outro tipo de iniciativas; permitir o desenvolvimento global, inovador e irreversível de modo autónomo, tendo em conta os recursos existentes.

Para tal, considera-se ser importante enquadrar a situação problemática para uma melhor compreensão e conhecimento da realidade onde se desenvolveu a ação, que se apresenta sinteticamente no ponto seguinte.

## **2.1. Diagnóstico da situação**

A fase de diagnóstico da situação é marcada pela observação, em contexto de prestação de cuidados, das pessoas, das suas ações, intenções e intervenções, com o objetivo de identificar e validar o problema a dar resposta (Ruivo, et al., 2010). Nesta fase é determinante a sensibilização, participação, envolvimento e motivação dos elementos da equipa para a importância do projeto a desenvolver e dos problemas identificados para intervir (Tavares, 1992).

Os erros humanos são inevitáveis na prática clínica conforme comprova a literatura científica devido à diversidade de novas tecnologias, à complexidade do conhecimento, às incertezas na tomada de decisão, à pressão do tempo, ao excesso de trabalho, à inadequada supervisão, ao deficiente processo comunicativo, entre outros (Fragata, 2016). No contexto de prestação de cuidados de enfermagem a ocorrência de erros constitui uma ameaça à qualidade dos cuidados e à segurança do doente, sendo esta considerada uma das preocupações a nível global.

Os erros associados à utilização de fármacos ocorrem com muita frequência, sendo que podem ou não causar danos nos doentes, cuja gravidade varia amplamente (Fragata, 2016). Contudo, quando associados aos AAN, considerados medicamentos de alto risco (*Institute for Safe Medication Practices, 2014*), as consequências podem ser mais devastadoras, podendo ocasionar danos irreparáveis à saúde do doente, como lesões permanentes ou até mesmo fatais (Rosa et al., 2009).

Assim sendo, para além de um interesse e motivação pessoal que se prendem com a minha experiência profissional enquanto prestadora de cuidados, esta inquietação traduziu-se numa preocupação partilhada com a equipa de enfermagem, percecionada através de conversas informais sobre a temática, estabelecidas junto do grupo de pares e enfermeira chefe. Por outro lado, o levantamento das necessidades de formação em serviço para 2016, identifica uma carência de formação específica na área de administração de AAN, que em concordância com uma auditoria

aos registos de enfermagem apontam para um défice na documentação das intervenções realizadas no contexto desta temática. Paralelamente, um índice de rotatividade anual de elementos superior a 15% no serviço, denota uma instabilidade da equipa de enfermagem, sobretudo pela presença de enfermeiros recém-licenciados ou com pouca experiência na área, podendo assim comprometer a segurança e qualidade dos cuidados em enfermagem.

Com o objetivo de aferir a pertinência e adequação do projeto de intervenção no contexto de trabalho, foi também auscultada a equipa de enfermagem através de uma sondagem de opinião escrita (Apêndice 1), que levou a considerar esta problemática como real, com necessidade de intervenção através deste projeto, sendo importante a implementação de estratégias que possam contribuir para a segurança da pessoa submetida a terapêutica antineoplásica.

Todos estes elementos a par da relevância que este tema assume a nível internacional e, sobretudo, nacional justificam a pertinência da presente problemática.

## **2.2. Objetivos gerais**

Por forma a responder à problemática em estudo, pretende-se com a implementação do presente projeto o desenvolvimento de competências especializadas contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e o desenvolvimento da profissão.

Neste sentido, foram traçados como objetivos gerais:

- desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica;
- contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados na administração de AAN.

## **2.3. Planeamento**

Elaborado o diagnóstico de situação e definidos os objetivos que se pretendem alcançar, procedeu-se à fase de planeamento do projeto. Esta consiste no planeamento do percurso de aprendizagem que se operacionalizou através da realização de estágios em diferentes contextos da prática de enfermagem.

A realização de estágio assume particular relevância na consolidação de competências, dado que o valor epistemológico da prática advém da sua potencialidade para revalorizar o conhecimento, proveniente da prática refletida, que desafia os enfermeiros a responderem a novas problemáticas. Este processo é uma fonte de conhecimentos que se gera no próprio contexto, designado de conhecimento na ação (Nascimento, 2007).

Tendo em consideração a especificidade da problemática para o desenvolvimento do projeto, foram selecionados quatro campos de estágio, que permitissem o acompanhamento do doente oncológico sujeito à administração de terapêutica antineoplásica, sendo que os três primeiros constituíam um espaço privilegiado para a integração de conhecimentos, a reflexão sobre os contributos que as experiências práticas vividas tiveram para o desenvolvimento pessoal e profissional, culminando na aquisição e consolidação de competências na área de intervenção da segurança do doente submetido a terapêutica antineoplásica que, no último estágio, contexto onde paralelamente se exerce funções, seriam materializados através da implementação do projeto com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Foi também projetada uma visita de observação a uma unidade de preparação de citostáticos, por forma a constatar a articulação entre os vários serviços, no circuito do AAN.

De forma a explorar a fase de planeamento, apresentando os objetivos específicos, atividades desenvolvidas e respetivos indicadores de avaliação para cada contexto de prática clínica, foi elaborado o Quadro de Planeamento de Projeto (Apêndice 2), bem como o respetivo Cronograma (Apêndice 3) onde foram perspectivados em termos temporais os objetivos específicos para cada ensino clínico.

O primeiro período de estágio decorreu num Serviço de Hematologia Clínica (Estágio A), pela sua forte intervenção na identificação das necessidades da pessoa submetida a terapêutica AAN sendo detentor de um projeto pioneiro na área das boas práticas na administração de quimioterapia, visando a melhoria contínua e a segurança do doente. O Serviço de Hospital de Dia de Oncologia (Estágio B) corresponde ao segundo contexto escolhido, destacando-se pela aposta no cuidado diferenciado, na valorização do trabalho interdisciplinar, promotor da proximidade e excelência ao serviço do doente oncológico submetido a terapêutica antineoplásica. O terceiro estágio foi realizado num Serviço de Hospital de Dia (Estágio C) de uma instituição privada, que sobressai pelo acompanhamento dos doentes durante o

período de tratamento primando pela individualização e personalização dos cuidados à pessoa com doença oncológica e o recurso à utilização de tecnologia inovadora para a promoção da segurança do doente. O Serviço de Hematologia (Estágio D), local onde desenvolvo a minha atividade profissional, foi o último estágio no qual decorreu a fase de implementação do projeto.

Ainda integrado no tempo preconizado para ensino clínico, projetou-se uma visita de observação a um Serviço Farmacêutico (Visita A) por se encontrar inserido numa unidade hospitalar de oncologia, focalizando a sua atividade nas terapêuticas específicas da doença oncológica, na segurança dos doentes e dos profissionais de saúde, sendo mais concretamente a Unidade de Farmacotecnia o sector responsável pela preparação de manipulados que se adaptam às necessidades do doente, bem como preparação de quimioterapia e sua distribuição aos vários serviços da instituição.

Estes foram considerados contextos determinantes que em complementaridade permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências para a materialização e implementação do projeto. Neste âmbito, pode-se afirmar que o conhecimento advém do saber experiencial e da transposição desse saber para o contexto dos cuidados de enfermagem (Benner, 2001).

Como forma de explicitar o desempenho desenvolvido, disponibiliza-se em Anexo 1, os respetivos registos de avaliação dos enfermeiros de referência dos quatro locais de estágio.

As atividades desenvolvidas e os resultados alcançados serão analisados seguidamente, tendo por base a evidência científica encontrada, os referenciais teóricos de Irvine, et al. (1998) e McCormack e McCance (2006), e a análise reflexiva decorrente das experiências vivenciadas em contexto de estágio.



### **3. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS**

A etapa de execução das tarefas previstas é a fase em que o planeamento é colocado em prática, permitindo evidenciar o percurso efetuado até à implementação do projeto. Neste contexto, e para uma maior compreensão, optou-se por apresentar simultaneamente a descrição das atividades desenvolvidas e a discussão dos resultados alcançados em cada um dos campos de estágio, partindo de cada objetivo específico traçado, por se acreditar contribuir para, mais facilmente, dar visibilidade aos ganhos obtidos no que respeita à aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Contudo, importa acrescentar que o trabalho de projeto não é um processo estanque, pois permite uma flexibilidade dos procedimentos que se desenvolvem ao longo do trabalho, sendo assim um processo dinâmico, adaptando-se e reorientando-se ao longo da intervenção sempre que for necessário (Leite, et al., 2001), motivo pelo qual foi necessário, no decorrer dos estágios, proceder à sua adequação/reformulação, no sentido de responder não apenas às necessidades e/ou limitações dos diferentes serviços, mas também às oportunidades de aprendizagem que emergiram no seu decurso, o que implicou, em algumas situações, a alteração do resultado previsto.

Posto isto, considera-se importante o conhecimento da realidade onde se desenvolveu a ação, através da caracterização dos vários serviços onde decorreu este projeto, fazendo um enquadramento com a problemática em estudo, que pode ser analisado no Apêndice 4.

Em seguida, de acordo com cada objetivo específico e consoante as atividades delineadas no planeamento (incluídas no Apêndice 2), será efetuada a análise do executado.

#### **3.1. Captar a perceção e conhecimentos dos doentes acerca do tratamento com agentes antineoplásicos**

No desenvolvimento do projeto de intervenção que aqui se apresenta sob a forma de relatório, entendeu-se a pessoa com doença oncológica como elemento

central, adotando a premissa “o doente em primeiro lugar” que vai de encontro com a missão da instituição de saúde onde se exerce funções e que valoriza uma atitude centrada no doente.

Sabe-se hoje que a informação é uma real necessidade para os doentes, uma vez que ao serem fornecidas informações específicas à pessoa submetida a terapêutica antineoplásica pode contribuir-se para a melhoria da compreensão e satisfação, bem como menores níveis de ansiedade e, com isso, permitir uma maior adesão ao tratamento. Por outro lado, a informação reduz ainda a ocorrência de reações adversas passíveis de prevenção através da instrução para o auto-cuidado, indispensável para o controlo de sinais e sintomas relacionados com os efeitos secundários que envolvem a terapêutica antineoplásica (Cruz et al., 2015).

A este propósito, por forma a dar prossecução ao trabalho considerou-se fulcral para potenciar a segurança do doente submetido a terapêutica antineoplásica, primeiramente captar a perceção e conhecimentos dos mesmos acerca do tratamento com AAN. Esta premissa é fortalecida por McCormack (2003) quando remete para a importância da pessoa, enquanto ser único e elemento central do processo de cuidados, através da prestação de cuidados individualizados e humanizados, numa parceria de cuidados, pelo que conhecer o doente constitui-se como um antecedente essencial para a prestação de cuidados de qualidade (Luker, Austin, Caress e Hallett, 2000). Tal baseia-se no reconhecimento de que todo o ser humano é detentor de valores e crenças que influenciam os processos de resposta a situações reais ou potenciais de saúde e doença, devendo estes ser respeitados e integrados em intervenções que valorizem as necessidades e preferências individuais da própria pessoa (Bernsten, 2006).

Considerando o acima exposto, foi elaborado um guião (Apêndice 5) para conhecer as conceções das pessoas com doença hemato-oncológica acerca do tratamento com AAN e assim poder refletir acerca das mesmas em busca da melhoria da prática de cuidados. Este foi construído apenas com o intuito de servir de orientador desta prática, não devendo ser entendido como algo rígido ou limitador do contacto com os doentes a que se prestou cuidados, dando assim espaço às pessoas para falar sobre os seus conhecimentos acerca do tratamento com AAN de forma espontânea. Estas foram sempre precedidas de uma conversa destinada a explicar os objetivos e solicitar colaboração, garantindo a confidencialidade e respeitando a privacidade do doente.

As respostas verbais foram, com a brevidade possível, analisadas contendo as opiniões de pessoas com idades compreendidas entre os 25 e os 82 anos (Apêndice 6). De salientar que todas as partilhas e observações auferidas neste âmbito foram efetuadas em contexto de internamento ou ambulatório, instituição pública ou privada, independentemente da patologia e dos AAN administrados, pelo que as ilações que daqui decorrem devem ser interpretadas apenas como ilustrativas do conhecimento da pessoa com doença oncológica sobre o tratamento com AAN.

A ambição inicial da sondagem de opinião centrava-se em colher as opiniões de pessoas com doença hemato-oncológica, porém, dada a escassez de doentes hemato-oncológicos a realizar tratamento antineoplásico e/ou a não coincidência com o período de estágio (especificamente nos locais de estágio B e C), optou-se por considerar para efeitos de inquirição todas as pessoas com patologia oncológica, independentemente da sua origem ou localização, uma vez que se entendeu que a visão do doente acerca do tratamento com AAN é algo não determinado pelo tipo de doença, mas antes condicionado por outros aspetos, nomeadamente demográficos, como a idade, o género, a escolaridade e área de residência e/ou clínicos, como o tempo de doença e o número de tratamentos realizados (Salvador, 2014).

No que respeita à definição e finalidade da quimioterapia, verificou-se que algumas pessoas não verbalizam a palavra cancro, o que pode estar relacionado com as representações sociais negativas associadas à doença, sendo o cancro habitualmente conotado como uma doença incurável, associada a dor, sofrimento, desfiguração e morte inevitável (Neves, 2002). Desta forma, a não verbalização ou, em alternativa, a adoção de outros termos para adjetivar e caracterizar a doença, podem ser encarados como forma de contornar a negatividade associada ao conceito (Terreno, 2000). Das várias respostas anotadas sobre a definição e finalidade da quimioterapia, são utilizados como substitutos eufemísticos “um tratamento para a minha doença”, ou ainda “um veneno”, “cocktail de medicamentos” ou até uma “bomba”, no sentido do combate à própria doença.

Pode assim dizer-se que, de um modo geral, o referente simbólico da patologia oncológica assenta na ideia de sofrimento, de insucesso terapêutico e no seu carácter fatal. Ainda que estas ideias possam ser discutíveis à luz do conhecimento das ciências médicas parece, no entanto, que estas subjazem às imagens que se constroem em torno do cancro (Neves, 2002) e que têm repercussões na forma de pensar a doença e o tratamento, por parte dos próprios doentes.

O acontecimento de doença grave, como é o caso do cancro, tem vindo a assumir cada vez mais a conotação, quer na literatura, quer na experiência subjetiva dos doentes, de acontecimento, para além, de significativo, também de acontecimento traumático, tendo em conta a representação de risco para a própria vida (Remondes-Costa, Jimenéz e Pais-Ribeiro, 2012). Daí que muitas pessoas evitem falar do assunto. No entanto, sabe-se que o não falado, não é consciencializado, e como tal, não pode ser elaborado (Remondes-Costa, et al., 2012), pelo que se revela essencial, como parte integrante do cuidar em enfermagem, escutar as representações e a narrativa do doente por forma a apoiá-lo na adaptação ao processo de doença.

Relativamente aos conhecimentos demonstrados acerca dos possíveis efeitos secundários aos tratamentos com AAN, são apontados com maior frequência o cansaço e diminuição de força, as náuseas e/ou vómitos.

Quando o doente chega a um serviço, seja ambulatório ou internamento, para iniciar tratamento com AAN, não vem “vazio” de informação. Mesmo que os profissionais nada lhe dissessem, são vários os momentos em que o doente obtém informação: dos outros doentes e seus acompanhantes, do que leu, do que ouviu, ... E toda essa informação, quantas vezes muito afastada da realidade, gera no doente medos, angústias e desânimos. A este propósito, no que respeita às fontes de informação geradoras de conhecimento, os doentes abordados apontaram sobretudo os profissionais de saúde, médico e enfermeiro. Relativamente ao último, este é destacado de forma constante nos diferentes contextos de estágio, como referência de proximidade e de acompanhamento, porém é também reconhecida a carência destes profissionais face ao volume de trabalho que lhes compete (“As enfermeiras andam sempre atarefadas. É muita gente a precisar delas... E por isso nem sempre há tempo para a gente conversar. Mas são muito atenciosas... são uns anjos!” (sic)).

O início do tratamento com AAN revela ser um evento angustiante, o que determina grandes necessidades de informação por parte dos doentes (Coolbrandt et al., 2013). Salvador (2014) afirma que a informação constitui uma necessidade real para os doentes, na medida em que é ela que permite a construção de atitudes positivas face à doença e à expectativa de futuro, com as respostas mais adequadas face à situação e a participação efetiva na tomada de decisão. Encontra-se assente que a informação ao doente promove a sua autonomia, diminui a sua vulnerabilidade e contribui positivamente para a recuperação da doença e diminuição dos efeitos

secundários relacionados com o tratamento (Salvador, 2014; Cruz et al., 2015; Coolbrandt, et al., 2013).

De salientar que, em Portugal a necessidade de informação ao doente e à família é reconhecida como um direito destes e um dever dos profissionais de saúde na sua prática, estando consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto) bem como no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE). Ainda neste âmbito, especificamente o artigo 105º da deontologia profissional considera o informar como um dever do enfermeiro para com o doente, sendo que informar implica transmitir dados sobre qualquer coisa, sendo aquilo que reduz ou elimina a incerteza e contribui para o processo de adaptação e tomada de decisão (OE, 2015b).

O enfermeiro tem um papel importante de influência na forma como o doente pode reter e compreender a informação, promovendo a repetição dessa informação sempre que necessário e que seja adaptada em função das necessidades e expectativas do doente. É certo que a maior parte dos doentes abordados não se encontrava numa situação inicial de tratamento com terapêutica antineoplásica, pelo que muito do conhecimento que detinham podia advir das suas próprias vivências anteriores, pelo que parece evidente que doentes em início de tratamento possam demonstrar menos conhecimentos, tal como é verificado num estudo realizado por Salvador (2014).

O início do tratamento é referido como barreira na aquisição de conhecimentos, sendo afirmando por uma doente que “no início não ouvimos nada” (sic). Neste sentido, Matos (2010) refere que os doentes com dificuldade em aceitar o diagnóstico são mais renitentes na procura de informação e, por vezes, rejeitam a intervenção dos profissionais de saúde, sendo que a causa do défice de informação do doente, pode ser atribuída ao próprio doente, pela incapacidade de reter a informação como consequência da sua reação de negação, podendo desenvolver um “*perceptual filter*” quando a palavra cancro é mencionada. Assim, sobressai o conceito de que podem existir doentes que preferam não saber o que se passa com eles “...para mim o melhor não saber nada, quanto mais sei mais nervosa fico” (sic), delegando nos profissionais de saúde a tomada de decisão.

A família e pessoas significativas são, sem sombra de dúvida um grande pilar de suporte e apoio perante o diagnóstico de doença oncológica, sendo que o conhecimento relacionado com a terapêutica antineoplásica é muitas vezes obtido por meio de informação de alguém próximo através da partilha de experiências e vivencia

de situações semelhantes, o que pode gerar, segundo Bonini (2014) uma maior confiança por parte do doente em enfrentar o tratamento. Contudo, este manancial de informação obtido por circuitos paralelos mas, para o doente, fiáveis, porque é a voz dos seus pares, é muitas vezes impreciso ou completamente errado e contribui para sedimentar convicções, construir atitudes, antecipar sofrimentos, aumentar ansiedades e potenciar medos, o que só por si justifica uma intervenção esclarecedora por parte dos enfermeiros, eliminando dúvidas e promovendo uma postura pró-activa do doente face ao tratamento.

Por outro lado, a procura de conhecimento de modo informal, através da utilização de computadores e da facilidade de acesso à Internet, foi outra das respostas apresentada pelos doentes como fonte de conhecimento, denotando a não acomodação do doente quando sente necessidade de querer saber mais. Porém, em consonância com o estudo de Bonini (2014), os aspetos referidos como mais importantes pelos doentes e que condicionaram essa procura foram a qualidade e a veracidade da informação disponibilizada, motivo pelo qual também vários dos doentes, inclusive os mais jovens, optaram por não realizar qualquer tipo de pesquisa, focando-se apenas na informação transmitida pelos profissionais de saúde, depositando total confiança e segurança nos mesmos.

Nunca, em momento algum, nas sondagens realizadas à pessoa com doença oncológica, foi colocada em causa a importância e pertinência da transmissão de informação relativa à terapêutica antineoplásica, sendo inclusivamente apresentada por uma doente uma associação entre a tríade informação, conhecimento e segurança, fazendo denotar a importância que a informação assume para a segurança do próprio doente. A este propósito, também Polovich, et al. (2014) apontam a educação do doente como uma estratégia para a prevenção da ocorrência de erros e, por conseguinte, promotora de segurança.

No entanto, paralelamente, Coolbrandt et al. (2013) asseguram que a obtenção de níveis de conhecimento adequados por parte do doente é um processo crítico. Tal pode dever-se à quantidade de informação transmitida e à capacidade do doente em apreender e reter essa mesma informação, sendo que um estudo realizado por Kessels (2003) revela que 40 a 80% da informação transmitida por profissionais de saúde é esquecida imediatamente, pelo que quanto maior a quantidade de informação apresentada, menor é a proporção lembrada corretamente e, por outro lado, quase metade da formação que é lembrada é incorreta. Neste sentido, o mesmo autor aponta

como explicação: fatores relacionados com o profissional de saúde, como a utilização de terminologia técnica difícil, fatores relacionados com o doente, tais como escolaridade, idade, ansiedade ou *stress*, percepção de importância da informação e, por fim, fatores relacionados com o modo de informação nomeadamente, verbal, não-verbal e escrita (Kessels, 2003).

Incidindo apenas sobre este último fator, de referir que alguns dos doentes destacaram a entrega de folhetos informativos como forma de informação. Kessels (2003) afirma que na transmissão verbal de informação, apenas 14% das informações são lembradas corretamente, o que faz sobressair a vantagem da utilização de folhetos informativos, verificando-se maiores ganhos através da combinação da informação verbal e escrita ou visual. Ainda a este propósito, frisar que os folhetos informativos não devem substituir a informação verbal, mas sim complementá-la (Kessels, 2003).

Outra variável que se considerou de importante relevo, é a comparação entre diferentes contextos de cuidados no tratamento com AAN (ambulatório *versus* internamento). Não tendo sido obtida informação que suportasse diferenças a nível do conhecimento consoante o contexto de cuidados após os contactos realizados com os doentes, verificou-se porém, num estudo realizado por Salvador (2014), relativo aos conhecimentos da pessoa sobre a doença oncológica, que a situação de internamento não influenciou estatisticamente os conhecimentos acerca da doença oncológica face ao contexto de ambulatório.

Assim, sem outros estudos encontrados no âmbito desta temática pesa somente o observado e vivenciado em contexto de estágio, bem como as reflexões que daí emergem, pelo que se por um lado o doente a realizar tratamentos com terapêutica antineoplásica, em situação de ambulatório, após a realização do mesmo vai para o domicílio tendo que gerir de forma independente ou com o auxílio da família os possíveis efeitos secundários decorrentes do mesmo, interpretar as mensagens ocultas do seu próprio corpo e atuar de acordo com o conhecimento adquirido através dos profissionais de saúde. Por seu turno, em contexto de internamento o doente é acompanhado à cabeceira pelo enfermeiro, estando muitas vezes o médico à distância de um simples telefonema, sendo acionada uma avaliação clínica criteriosa, pelo que o doente não tem que agir autónoma e isoladamente, sendo antes cuidado e vigiado pelo olhar atento do enfermeiro, alertado muitas vezes pelo simples toque de uma campainha.

Desta forma, ainda que semelhantes estas duas realidades podem apresentar-se como distintas no que respeita aos conhecimentos do doente sobre a terapêutica antineoplásica. Pois, se por um lado o doente deve ser autónomo no auto-cuidado e na tomada de decisão no que concerne à gestão do regime terapêutico e efeitos adversos esperados, percecionando assim como importantes e necessárias as informações transmitidas sobre o tratamento, por outro, no internamento o mesmo doente pode sentir-se suportado, vigiado e de certa forma substituído no auto-cuidado pelos profissionais de saúde, uma vez que não tem que gerir, por exemplo a terapêutica de suporte ou os sintomas apresentados, pelo que a perceção sobre a importância dos conhecimentos neste âmbito pode ser diminuída pela garantia da tomada de decisão por parte do enfermeiro.

Face ao exposto, pode concluir-se que o enfermeiro assume um papel fundamental na transmissão de informação e, por conseguinte, na aquisição de conhecimentos por parte dos doentes relativamente à terapêutica antineoplásica e possíveis efeitos adversos. No entanto, existe, indubitavelmente, espaço para melhorias devendo este realizar uma articulação entre o conhecimento científico e a transmissão de informação, respeitando a individualidade e a capacidade de compreensão da pessoa, incrementando dessa forma a qualidade dos cuidados prestados.

### **3.2. Identificar intervenções de enfermagem que contribuem para a segurança da pessoa com doença hemato-oncológica submetida a terapêutica antineoplásica**

O conceito de cuidados de enfermagem, enunciado no n.º4 do artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) engloba as intervenções autónomas e interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais, de modo a atingir um determinado resultado (OE, 2015b). O exercício da profissão faz-se, assim, de forma autónoma, quando o enfermeiro é responsável pela prescrição e implementação de uma intervenção, ou de forma interdependente quando a intervenção é prescrita por outro técnico da equipa, assumindo o enfermeiro apenas a responsabilidade da sua implementação (OE, 2002). Por conseguinte, a tomada de decisão e o processo de raciocínio

diagnóstico, precedem a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa com doença hemato-oncológica submetida a terapêutica antineoplásica. Desta identificação decorre a prescrição da intervenção de enfermagem “de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (OE, 2002, p.12).

No sentido de dar consistência técnico-científica à intervenção de enfermagem, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) que identificasse e sintetizasse a melhor evidência disponível sobre a intervenção de enfermagem na administração de AAN, promovendo a segurança da pessoa com doença hemato-oncológica, em contexto de internamento, que se apresenta em apêndice (Apêndice 7).

O tipo de revisão escolhido foi o de RIL, uma vez que, este é um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada na evidência, que permite a incorporação das evidências na prática clínica (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). O referido método contribui para o aprofundamento do tema investigado, ao reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada (Mendes et al., 2008). Para além do exposto, este tipo de revisão é a mais ampla abordagem metodológica referente a revisões e permite a inclusão de todo o tipo de dados, incluindo literatura teórica e empírica, revisão de teorias e evidências (Souza, Silva e Carvalho, 2010). Desta forma, a RIL “gera um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde, relevantes para a enfermagem” (Souza et al., 2010, p.103).

Pretendeu-se responder à questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a administração segura de agentes antineoplásicos à pessoa com doença hemato-oncológica internada?”

A prática de enfermagem baseada na evidência emerge como um eixo estruturante da sistematização do saber produzido, em que o objetivo consiste em planear e implementar cuidados de enfermagem que integrem a melhor evidência científica (Bullock, Melnyk, McGrath, Jacobson, Kelly e Baba, 2010).

O desenvolvimento da investigação em enfermagem é fundamental, pois permite a construção de um corpo de conhecimento próprio, o aperfeiçoamento dos cuidados prestados baseados em conhecimento científico, e o enriquecimento do profissional e da sua prática (Pereira e Bachion, 2006). Porém, embora fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, a evidência da investigação não

deve por si só determinar a tomada de decisão dos profissionais de enfermagem. A complexidade de cada pessoa singular faz apelo a “outras evidências” que derivam: do conhecimento profissional/experiência clínica; do conhecimento de doentes e prestadores de cuidados; do conhecimento do contexto e da experiência e preferências dos doentes (Botelho, 2010). Desta forma, a utilização prudente da experiência clínica individual em parceria com a evidência clínica externa deve, portanto, ser encarada como um recurso que possibilita propor a intervenção mais adequada e segura para responder às necessidades individuais da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem (Pereira e Bachion, 2006).

No seguimento, outra atividade desenvolvida com o intuito de identificar estratégias no domínio da promoção da segurança da pessoa com doença hematológica submetida a terapêutica antineoplásica, foi a observação e colaboração na prestação de cuidados especializados à mesma, tendo-se concretizado ao longo dos três campos de estágios (Estágio A, B e C). Importa ainda referir que foram definidos quatro objetivos específicos comuns aos três campos de estágio (Apêndice 2), sendo que posteriormente se entendeu que os três primeiros contribuíam para a concretização do quarto objetivo específico que dá nome ao presente capítulo e que se explana em seguida.

Como forma de agregar o conhecimento científico com o conhecimento oriundo da observação e prática clínica, elaborou-se uma grelha de registo (Apêndice 8), sedimentada nos achados da RIL, acerca das intervenções de enfermagem que contribuem para a administração segura de AAN, sendo utilizado como instrumento de colheita de dados nos diferentes contextos de estágio.

No contexto de estágio A, foi possível constatar a existência de circuitos distintos para os AAN, consoante a via de administração fosse endovenosa ou intratecal, bem como de uma Lista de Gestão Diária de Quimioterapia que favorece e facilita a dupla verificação, como condição determinante para a uma administração segura, que se explicitam com mais detalhe no Apêndice 4 (Serviço A). Paralelamente, em fase de construção encontrava-se ainda uma check-list de administração segura de AAN, elaborada para promover a adoção de boas práticas por parte da equipa de enfermagem sendo considerada por Kullberg, et al. (2013) uma estratégia promotora da segurança do doente, tendo como foco a prevenção de riscos. Após validação com os enfermeiros do serviço, percebeu-se que estas foram estratégias desenvolvidas pela equipa de enfermagem, como resposta a situações de

dificuldade da prática clínica dos mesmos, por forma a garantir a segurança do doente, do profissional e do ambiente. Tal é suportado pela evidência científica na medida em que, de acordo com os achados da RIL, os enfermeiros sobressaem no elenco da prestação de cuidados, sendo que a sistematização e padronização das suas intervenções é uma condição fulcral para a prestação de cuidados mais seguros ao doente. Assim sendo, a literatura recomenda a adoção de normas de orientação e *guidelines*, no sentido de reduzir a variabilidade e aumentar as tomadas de decisão baseada na melhor evidência disponível (Neuss, et al., 2016).

Concomitantemente, no contexto de estágio A, o processo educativo é encarado como meio promotor de segurança da pessoa submetida a terapêutica antineoplásica, sendo perceptível através da observação da prestação de cuidados dos enfermeiros pela tentativa de uniformização das intervenções educacionais, através da entrega de um folheto informativo por forma a suportar a informação verbal transmitida, também constatada pela audição dos registos de enfermagem efetuados neste âmbito. Este processo era efetivado através da disponibilização de folhetos em suporte de papel, sendo paralelamente realizados ensinamentos verbalmente e esclarecidas dúvidas para posteriormente serem os mesmos validados e reforçados.

Ainda neste âmbito, foi visível que o enfermeiro estrutura o ensino em diferentes momentos temporais. Em concordância com Dalby, Nesbitt, Frechette, Kennerley, Lacoursier e Buswell (2013), esta é uma metodologia que permite estruturar o ensino, avaliar o nível de compreensão do conteúdo educativo e reavaliar as necessidades educacionais reforçando os conteúdos necessários, pelo que este tipo de abordagem contribui para que o doente retenha a informação importante de forma faseada e ajustada às diferentes fases do processo de tratamento evitando, desta forma, uma sobrecarga de informação.

Para além do observado, foram inúmeras as oportunidades de colaborar ativamente na realização de ensinamentos à pessoa submetida a terapêutica antineoplásica. Destas atividades emergiu uma importante questão relativa ao processo educativo: o que e como transmitir, a quem, quando e onde?, pelo que foi elaborada uma reflexão crítica incidindo na prática clínica *versus* evidência científica (Apêndice 9).

Pela observação da prática clínica, o doente é efetivamente o único indivíduo que está fisicamente presente durante todo e cada tratamento com AAN, pelo que se constitui como um recurso valioso na prevenção de erros, pela capacidade de os detetar durante a administração, bem como, identificar desvios no procedimento.

Neste sentido, segundo Schwappach e Wernli (2010) o envolvimento do doente na deteção e prevenção do erro e, portanto, na promoção da sua própria segurança passa, também, pela informação.

No que respeita ao contexto de estágio B, relativamente ao processo educativo este é assumido como preponderante para a promoção da segurança e capacitação para a tomada de decisão informada por parte do doente, não havendo porém uma normalização do procedimento. Assim, apesar da existência de folhetos informativos neste âmbito a sua utilização era reduzida sendo realizada maioritariamente a transmissão de informação verbal ao doente e família/pessoa significativa, não sendo seguida nenhuma linha orientadora. Contudo, Portz e Johnston (2014) reconhecem que a existência de uma ferramenta educacional de suporte é facilitadora fornecendo sugestões de como realizar a educação através de uma estrutura que assegura quem deve ser incluído no ensino, os aspetos a serem considerados para a identificação das necessidades individuais do doente, os principais conteúdos a abordar, o material educativo a ser utilizado e forma de aplicação do mesmo, bem como a validação da compreensão do ensino realizado.

Ainda no estágio B, assiste-se a uma sistematização dos procedimentos relativos à intervenção de enfermagem na administração de AAN, que é suportada pela ordem de serviço "Administração de Medicamentos, Responsabilidades dos Enfermeiros – Procedimentos" estratégia esta direcionada para a segurança da pessoa, sendo que sobressai no circuito da terapêutica antineoplásica, um componente que monitoriza todos os procedimentos desde a prescrição até à administração, designadamente o sistema eletrónico adotado no serviço, que permite traçar uma linha condutora entre os vários momentos do circuito do citostático, nomeadamente, prescrição e confirmação (médico), preparação e dispensação (farmacêutico) e administração (enfermeiro) evidenciando assim o cuidado multidisciplinar e dando visibilidade a todos os elementos envolvidos por forma a garantir a segurança em todo o percurso. Neste sentido, foi elaborada uma reflexão sobre o contributo das novas tecnologias para a segurança na administração de AAN (Apêndice 10) onde se procurou referenciar os principais elementos tecnológicos utilizados ao longo dos campos de estágio realizados que pudessem gerar contributos para a segurança da pessoa com doença hemato-oncológica submetida a terapêutica antineoplásica, tendo-se abordado a prescrição eletrónica, mas também o equipamento de perfusão eletrónica e o sistema de informação de enfermagem (SIE).

Esta última temática surge motivada pela realização de estágio no local referido, pois apesar do sistema informático existente e da prescrição médica eletrónica ser uma realidade, o registo das intervenções de enfermagem efetivava-se em suporte papel havendo todo um trabalho de compilação prévio de documentos que precedia o contacto da pessoa alvo dos cuidados. Neste âmbito, importa assim salientar que os SIE, quando associados à segurança do doente na administração de terapêutica, assumem uma importância fulcral, promovendo para além da continuidade dos cuidados de enfermagem, a visibilidade desses mesmos cuidados, pois permitem a utilização da informação, não da informação pela informação, mas da informação para a qualidade. Silva (2001) argumenta que a informação presente nos SIE pode fornecer indicadores que se constituem como pretextos muito interessantes de reflexão sistemática sobre as práticas, e que o sentido da produção desses indicadores não é apenas circunscrever as estratégias de melhoria contínua da qualidade à mera análise dos mesmos, mas aproveitar a oportunidade para refletir a prática, a partir da informação válida extraída da documentação de enfermagem. Assim, mais do que dar visibilidade àquilo que os enfermeiros fazem, torna-se emergente dar visibilidade àquilo que as pessoas beneficiam com os cuidados de enfermagem, ou seja, aos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Posteriormente, no contexto de estágio C sobressaiu a comunicação e articulação entre a equipa multidisciplinar considerando os vários contextos que envolvem o doente desde o momento do diagnóstico até ao tratamento com AAN, ainda que se pretenda evidenciar o papel do enfermeiro durante este percurso. Tal vai de encontro ao CDE que reconhece como dever do enfermeiro trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde, tendo em vista a concretização de objetivos comuns centrados no doente e sua família (OE, 2005, 2015a, 2015b).

Neste sentido, após a confirmação do diagnóstico através da consulta de especialidade de Hemato-Oncologia e discussão em reunião multidisciplinar da qual emerge o plano de tratamento/vigilância a propor ao doente, este é apresentado ao mesmo, sendo que para além do agendamento da consulta médica é também agendada uma consulta de enfermagem, a qual tem como principal finalidade esclarecer e dotar o doente e família de conhecimentos acerca do tratamento que vai realizar. A este propósito, ainda que não previsto no plano de atividades delineado, teve-se a oportunidade de acompanhar algumas consultas ainda que focalizadas no

doente com outra patologia oncológica (em específico patologia da mama) uma vez que a consulta de enfermagem hemato-oncológica se encontrava em fase de implementação, contudo foi perceptível a valorização da pessoa alvo dos cuidados enquanto elemento central e a inclusão da família/pessoa significativa/cuidador no plano de cuidados.

Nesta consulta o processo educativo centra-se no envolvimento do doente, bem como da família ou pessoa significativa e desenvolve-se num ambiente de abertura, disponibilidade, privacidade e respeito mútuo. Para Portz e Johnston (2014), o envolvimento da família é um dos requisitos para a educação do doente contribuindo para o reforço da informação educacional.

Neste sentido, a OE (2002) destaca que na sua tomada de decisão o enfermeiro deve centrar os seus cuidados na relação terapêutica estabelecida com a pessoa, avaliando as suas necessidades e envolvendo as pessoas significativas para o mesmo (família, convivente significativo), potenciando, assim, recursos e capacidades em prol da consecução do seu projeto de vida. Desta forma, entende-se como positivo o estabelecimento de uma parceria de cuidados com a família ou pessoa significativa, o que deve ser ancorado na vontade mútua dos diversos atores em participar nos cuidados e numa corresponsabilidade partilhada.

Posteriormente, já no serviço de Hospital de Dia, foi constatada a continuidade dos ensinamentos realizados através da validação e reforço dos mesmos, sendo a transmissão de informação relatada através dos registos escritos de enfermagem. Neste ambiente foi possível ainda o contacto com uma doente a realizar tratamento com AAN, a Sra. M., que partilhou o seu percurso naquela instituição de saúde, sendo que o que se encontrava espelhado no seu relato era a importância que dava à focalização na centralidade da pessoa (e que revia nesta instituição) em detrimento da importância dada à doença noutras instituições de saúde que contactou. Assim desta partilha de experiências, na sua perspetiva, emerge que os profissionais de saúde, de entre os quais os enfermeiros, ainda revelam uma prática algo “focalizada” na doença tendo sido esta apontada pela Sra M. como um fator dificultador do processo de adaptação à doença oncológica.

Na visão de McCanse e McCormack (2006) que preconiza o abandono de uma prática de cuidados centrados no modelo biomédico - focalizada no funcionamento biológico do corpo individual e em particular de cada um dos seus órgãos e sistemas - para uma postura cada vez mais centrada no doente e não na doença, é reconhecida

a necessidade de enquadrar a vivência de saúde e de doença, não só na pessoa, como um todo biológico, psicológico e social, mas também na perspectiva de um sujeito que é construtor de significados individuais, valorizando a importância da sua biografia.

Face ao exposto e, afirmando a importância da informação como uma real necessidade para os doentes, dado que, de acordo com Martins (2009), permite a construção de atitudes positivas face à doença, às respostas mais adequadas face à situação, à participação efetiva na tomada de decisão e à perspectiva de futuro, integrando a doença nos seus projetos de vida, torna-se fulcral mais do que informar segundo um protocolo rígido e impessoal transmitir informação de uma forma personalizada, tendo em consideração cada doente específico.

Tal foi constatado no contexto de estágio C, através da observação da atuação dos enfermeiros, pois durante toda a trajetória do doente oncológico na instituição, era evidente a importância dada à parceria de cuidados entre este e o doente, promovendo a pro-atividade na gestão da sua doença e do seu tratamento. De entre o observado destaca-se o esclarecimento de dúvidas; o fornecimento informações acerca do tratamento e possíveis efeitos secundários decorrentes do mesmo, adequando a transmissão de informação ao próprio doente e família, àquilo que quer saber e esclarecer, priorizando de acordo com as necessidades dos mesmos; do envolvimento o doente no tratamento e consequentemente na sua própria segurança, avaliando as capacidades do próprio para alertar para possíveis reações adversas; o envolvimento da família/pessoa significativa enquanto pilar fundamental de apoio ao doente, quando este o permite; da promoção da adesão terapêutica no domicílio no que concerne a terapêutica antineoplásica oral ou terapêutica de suporte, uma vez que são determinantes para a continuidade do tratamento; a disponibilidade para esclarecimento e aconselhamento através da disponibilização de um contacto telefónico disponível 24 horas; a entrega de folhetos informativos que suportam os ensinamentos realizados verbalmente, enquanto intervenções adotadas pela equipa de enfermagem como promotoras da segurança do doente.

Nesta linha de pensamento, torna-se então pertinente reforçar a importância dos profissionais de saúde adotarem, na sua prática profissional, uma postura de prestação de cuidados centrados no doente, ou seja, cuidados sensíveis às preferências individuais do doente, às suas necessidades e perspectivas, por forma a

assegurar que os seus valores orientam uma tomada de decisão clínica clara e esclarecida (McCormack et al., 2011).

Por outro lado, no procedimento de administração de AAN evidencia-se, neste contexto de estágio, a utilização da tecnologia de código de barras enquanto ferramenta promotora da segurança do doente, tema desenvolvido ao longo do Apêndice 10, do qual sobressai as vantagens bem como as limitações da utilização de algumas formas de tecnologia no âmbito da temática abordada e reforça a noção de que o enfermeiro é o utilizador final na interface humano-dispositivo tornando-se o guardião final da segurança do doente.

No seguimento da execução de tarefas com vista a identificar estratégias promotoras da segurança da pessoa com doença hemato-oncológica submetida a terapêutica antineoplásica, outro dos objetivos específicos delineados foi uma visita de observação à Unidade de Preparação de Citostáticos da instituição onde exerço funções. Tal permitiu, por um lado, conhecer todo o percurso do AAN desde a sua prescrição até à chegada ao serviço de administração, bem como identificar as estratégias utilizadas na prevenção da ocorrência de eventos adversos, sendo que para tal foi elaborada uma grelha para registo dos elementos observados na prática clínica tendo por base a revisão da literatura (Apêndice 11). Por outro lado, com a referida visita foi também possível partilhar junto dos profissionais de saúde desta unidade a preocupação com a segurança do doente o que gerou abertura para uma posterior colaboração conjunta.

Durante a realização do estágio D, de forma a completar o processo de aprendizagem, realizou-se um estudo de situação referente a uma pessoa com doença hemato-oncológica submetida a AAN, em contexto de internamento (Apêndice 12) que permitiu ilustrar a prestação de cuidados realizada e analisá-la à luz dos constructos teóricos do Modelo de Efetividade dos Cuidados de Enfermagem (Irvine, et al., 1998) e do Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa (McCormack e McCance, 2006), bem como da mais recente evidência científica, contribuindo para a identificação das principais necessidades da pessoa, no âmbito da promoção da sua própria segurança. Permitiu ainda verificar as vantagens da comunicação, do estabelecimento de uma relação interpessoal e da educação do doente, mas também permitiu constatar a falta de representatividade dos registos de enfermagem efetuados face às intervenções realizadas e resultados obtidos, como também dar visibilidade ao projeto propriamente dito.

Considera-se que as atividades desenvolvidas nos vários contextos de estágio e a visita de observação foram uma mais-valia para a identificação de estratégias promotoras de segurança da pessoa com doença hemato-oncológica submetida a terapêutica antineoplásica, permitindo o treino de habilidades na sua execução e facilitando a posterior implementação estratégias no contexto de estágio D.

### **3.3. Sensibilizar para a importância da segurança da pessoa submetida a terapêutica antineoplásica**

Com o intuito de agir como elemento dinamizador na equipa de enfermagem no local onde se desenvolve a minha atividade profissional (Estágio D) procurou-se primeiramente identificar junto da mesma, quais as principais necessidades inerentes à administração de AAN, no âmbito da promoção da segurança da pessoa com doença hemato-oncológica, tendo sido elaborado com esse intuito uma sondagem de opinião (Apêndice 1). A mesma foi aplicada a 14 enfermeiros dos 26 enfermeiros ativos no serviço (exclui-se a enfermeira chefe e coordenadora, enfermeiros de férias ou atestado).

Os resultados obtidos (constantes em Apêndice 1), relativos a 64% da equipa de enfermagem, revelam lacunas nas intervenções realizadas e reconhecem a importância de melhoraria, através da criação de instrumentos orientadores e formação em serviço.

Relativamente às intervenções de enfermagem mais valorizadas no âmbito da segurança do doente destacam-se as relacionadas com o procedimento de administração de terapêutica antineoplásica sendo notório o descurar de intervenções centradas na pessoa, ainda que sobressaia como forma de envolvimento do mesmo a realização de ensinios.

No que se refere aos momentos de ensino, verifica-se uma tendência para que estes sejam realizados ao longo de todo o período de internamento, porém é também reconhecido que estes não se encontram definidos e são realizados de acordo com a oportunidade do enfermeiro, sendo que dos temas abordados se destacam os efeitos secundários do tratamento com AAN.

As notas de enfermagem não refletem especificamente os aspetos relacionados com a segurança dos cuidados prestados, sendo as informações relativas ao protocolo e ao fármaco administrados as mais frequentemente registadas.

Os dados acima supracitados foram partilhados com a equipa de enfermagem, em sessão de sensibilização, da qual constou numa primeira parte a exposição dos conteúdos, na segunda parte foi dada a conhecer a importância das intervenções de enfermagem da administração de AAN, para a segurança da pessoa com doença hemato-oncológica, incidindo nas necessidades identificadas, tendo por referência a RIL elaborada e as práticas de cuidados observadas e, numa terceira parte, a discussão das práticas, esclarecimento de dúvidas e avaliação da formação.

Esta decorreu a 27 de Janeiro com a presença de 11 enfermeiros dos 26 em exercício de funções no serviço, bem como da enfermeira chefe por forma a poder acompanhar todo o processo que envolve o projeto de intervenção, tendo sido também possível contar com a participação da orientadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

A referida formação foi divulgada no serviço, de forma a promover a adesão da equipa, através da afixação de um documento informativo em placard de informações existente no mesmo e em diversos momentos informais com os elementos da equipa de enfermagem. Foi ainda elaborado um plano de sessão com os conteúdos abordados (Apêndice 13), bem como um questionário de avaliação para aplicação à equipa de enfermagem. O referido questionário e a análise detalhada das respostas ao mesmo apresenta-se em Apêndice 14.

Porém, ainda que não alcançados os 80% de participantes inicialmente definidos, considera-se pertinente referir que a expressa maioria dos elementos da equipa de enfermagem presentes (50%, excluindo a enfermeira coordenadora, enfermeiros de férias ou atestado) ressaltou a importância da sessão de sensibilização e projeto de intervenção para a melhoria do desempenho na prática de cuidados à pessoa com doença oncológica submetida a terapêutica antineoplásica, o que gerou um prolongado período de reflexão e discussão sobre as práticas, que então teve lugar, e que foram considerados para a consecução do projeto de intervenção.

### **3.4. Implementar estratégias de promoção para a segurança da pessoa submetida a terapêutica antineoplásica**

Traduzida na aplicabilidade das competências desenvolvidas nos campos de estágio anteriormente referidos surge, por conseguinte, a fase de implementação do projeto de intervenção, tendo emergido a necessidade de alteração e reformulação dos objetivos específicos previstos em projeto inicialmente.

Em concreto, no que se refere ao objetivo específico “Capacitar a equipa de enfermagem para a melhoria da documentação relativa aos cuidados de enfermagem da administração de AAN” apesar de projetada a sua concretização do campo de estágio D (local onde exerço funções) tal não foi possível, uma vez que este período de estágio coincidiu com uma época de transformação e mudança correspondente à introdução do SIE com a utilização da linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) através do programa SClínico, inicialmente numa fase de teste, depois em concomitância com o sistema em suporte de papel e que posteriormente finalizou, com a total adoção do referido SIE e o término do modelo de registo adotado até então (em suporte de papel). Perante tal fato e dada a inexistência de competências para a capacitação da equipa de enfermagem, procedeu-se à reformulação do objetivo específico com o intuito de contribuir para a melhoria da documentação relativa aos cuidados de enfermagem na administração de AAN.

Este assume ainda maior relevância dado terem sido verificadas, através de sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem (constante em Apêndice 1), lacunas aquando da produção de registos de enfermagem, quer em suporte de papel quer no SIE uma vez que a sondagem foi realizada durante o período de transição.

Com tal intuito concebeu-se um instrumento de registo dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a terapêutica antineoplásica (conjunto de indicadores que contribuam para a sistematização de registos), tendo-se iniciado este processo pela educação à pessoa e família, pelo que foram definidos diagnósticos e intervenções de enfermagem, articulando a linguagem natural com a linguagem classificada utilizada pelo SIE, de acordo com a CIPE, na versão Beta 2 (Apêndice 15).

Neste documento apresenta-se, portanto, os diagnósticos, intervenções e resultados esperados, por foco sensível aos cuidados de enfermagem, construídos tendo em conta os constructos teóricos de Irvine, et al. (1998) e de McCormack e

McCance (2006) que suportam o presente trabalho e a RIL efetuada sobre a segurança da pessoa com doença hemato-oncológica na administração de AAN.

Não foi possível, durante o decurso do estágio, reunir com o grupo parametrizador do SIE (SClínico) de forma a verificar a adequabilidade do instrumento construído para à sua introdução informática, porém foi disponibilizado à chefia de enfermagem que procedeu ao envio do mesmo, aguardando-se resposta.

Como os enfermeiros assumem um papel fundamental na educação dos doentes submetidos a tratamento com AAN, surge a necessidade de se criarem instrumentos de orientação, que permitam ao enfermeiro atuar de forma mais coerente e, conseqüentemente, obter melhores ganhos em saúde e uma resposta mais eficaz ao tratamento (Neuss, et al., 2016). Neste sentido, de forma a dotar o serviço com apetrechos e recursos que os enfermeiros pudessem utilizar e disponibilizar às pessoas com doença hemato-oncológica, foi desenvolvido um cartaz sistematizador do processo educativo (Apêndice 16) em conjunto com outro elemento da equipa de enfermagem a realizar um projeto de intervenção na área do planeamento da alta da pessoa com doença hemato-oncológica, tirando vantagem do ponto de coincidência de ambos projetos para unir esforços e, conjuntamente, elaborar o referido cartaz com o intuito de ser afixado na sala de trabalho do serviço e servir de orientador dos ensinamentos à pessoa com doença hematológica, apresentando uma estrutura acessível e evidenciando os vários momentos e ensinamentos a transmitir.

A sua elaboração assumiu maior pertinência pois o momento adequado para a transmissão de informação ao doente e família, parece ser algo indeterminado, sendo que Carrington, et al. (2010) afirmam que processo educativo deve ser contínuo, pelo que a informação relativa à terapêutica antineoplásica deve ser transmitida no início do internamento, ser transversal ao longo do mesmo e mantida após a alta para o domicílio.

Por outra parte foi ainda construído um guia informativo dirigido ao doente e família/pessoa significativa, intitulado “A Quimioterapia” (Apêndice 17), por forma a constituir um suporte escrito dos ensinamentos verbalmente realizados. Tal foi desenvolvido com base no defendido por Kessels (2003) que evidencia os ganhos da utilização dos mesmos, em complementaridade com a transmissão de informação verbal para a obtenção de maiores níveis de conhecimento por parte do doente.

Não foi possível, durante o período de implementação do projeto, disponibilizar os mesmos aos doentes, uma vez que necessita da aprovação prévia da Direção de

Enfermagem, bem como de seguir a política de gestão documental da instituição. Ainda assim, para além dos contributos provenientes dos anteriores campos de estágio, o manual foi discutido com a chefia de enfermagem, revisto pelo enfermeiro orientador e pela orientadora da ESEL e divulgado junto da equipa de enfermagem encontrando-se disponível quer em papel, quer em suporte informático, como documento de apoio.

Foi ainda desenvolvido um fluxograma de administração segura de AAN por via endovenosa (Apêndice 18), considerando a mais recente evidência científica, no sentido de uniformizar o procedimento de administração e promover a segurança do mesmo, encontrando-se afixado na sala de acondicionamento de AAN, para que no momento de receção da terapêutica este possa ser facilmente consultado.

Paralelamente, através de assessoria à equipa de enfermagem, foi promovida a individualização dos AAN durante o seu acondicionamento no serviço (após a sua receção do serviço farmacêutico), através da colocação de cada fármaco antineoplásico a administrar a um determinado doente no mesmo tabuleiro acompanhado da respetiva folha de prescrição médica, contrastando com o anteriormente realizado, que se baseava na colocação aleatória dos AAN recebidos num balcão, verificando-se falhas quanto à preocupação de os agrupar por doente a administrar nem o acoplar da prescrição médica. Adicionalmente, foi também promovido o transporte dos fármacos AAN até à enfermaria de forma individualizada, em tabuleiro específico para cada doente, dando resposta à necessidade identificada.

A equipa de enfermagem foi incentivada a colaborar na implementação do projeto, uma vez que, tal como afirmam Ruivo et al. (2010), a metodologia de projeto envolve sempre trabalho em grupo, pelo que o colocar em prática estas ações pressupõe a implicação de todos os intervenientes, prolongando-se ao longo de um período de tempo e sendo associada à ideia de cooperação interdisciplinar. Neste sentido, primou-se por prestar assessoria aos elementos da equipa de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a terapêutica antineoplásica e na utilização dos instrumentos de suporte à prática, tendo em conta as oportunidades do contexto.

Para a elaboração dos instrumentos acima mencionados foram utilizados os contributos dos estágios anteriores, da RIL e ainda da opinião da chefia de enfermagem, do enfermeiro orientador, dos elementos da equipa de enfermagem com perícia na área e da orientadora da ESEL. Com os mesmos pretendeu-se uniformizar

as práticas de enfermagem no acompanhamento ao doente hemato-oncológico submetido a terapêutica antineoplásica, demonstrando a mais recente evidência científica e enquadrando-a nas teorias de enfermagem adotadas no projeto de intervenção, por forma a seguir as práticas recomendadas que permitam tornar os cuidados prestados mais seguros, visíveis e eficazes e, por conseguinte, melhorar a qualidade da prática de enfermagem.

## **4. AVALIAÇÃO**

“O processo de avaliação na dinâmica de projeto é complexo e implica a contemplação de várias vertentes de análise e reflexão” (Ruivo et al., p.25).

Neste sentido, pretende-se seguidamente analisar e refletir sobre a pertinência do percurso realizado para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como de competências do 2º ciclo para a obtenção do grau de Mestre. Paralelamente, considerando a finalidade do projeto de intervenção clínica, cabe ainda refletir criticamente sobre os pontos fortes e pontos fracos da implementação do mesmo, questões éticas inerentes e sobre os contributos da sua implementação para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Todo o percurso de aprendizagem, cujo processo e resultados se analisa agora criticamente, foi avaliado nos respetivos contextos de estágio, conjuntamente com os enfermeiros orientadores e professora orientadora da ESEL, avaliações estas posteriormente formalizadas por escrito em documento próprio, que se apresentam em anexo (Anexo 1).

### **4.1. Reflexão sobre a ação no desenvolvimento de competências**

A prática “é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2001, p.14). Por outra parte, a prática clínica é também considerada como a atividade nuclear do enfermeiro especialista e implica a existência de competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de enfermagem (OE, 2009).

Compreende-se que as competências clínicas especializadas são desenvolvidas com suporte na reflexão crítica sobre a prática e através da reconstrução da identidade pessoal e profissional do enfermeiro. Assim, sobressai que a experiência e o domínio levam à transformação da competência e, dessa mudança, ocorre o aperfeiçoamento das atuações (Benner, 2001). E é neste sentido que, ao diagnosticar, planear e executar o projeto de intervenção clínica se pretende

evidenciar a aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre, nos seus diversos domínios.

Neste seguimento, procede-se à reflexão sobre a aquisição de competências, comuns e específicas, do enfermeiro especialista e mestre, na área de Médico-Cirúrgica, analisando o percurso realizado, bem como o contributo dos aportes dos diferentes contextos de estágio.

#### 4.1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e competências do 2º ciclo previstas para obtenção de Grau de Mestre

Ao atuar no campo da sua competência, o enfermeiro especialista mobiliza em contexto da prática clínica um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, decidindo sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta (OE, 2010b). Tais competências, que se analisam em seguida, encontram-se estruturadas nos domínios de responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A pessoa com doença hemato-oncológica tem de se adaptar e lidar com as particularidades exigidas pela doença e pelo próprio tratamento, sendo o confronto com o sofrimento e com as perdas (física, económica, saúde, autoestima, imagem alterada, prognóstico reservado e a doença terminal) uma constante na atividade clínica dos profissionais (Sá e Romão, 2015). Neste sentido, revelou-se fulcral o desenvolvimento de um exercício seguro, profissional e sociomoral, fortalecido pela reflexão de valores ético-deontológicos e resolução de problemas em parceria com a equipa multidisciplinar, doente e família.

No domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**, agiu-se durante a prática clínica em parceria com os doentes e família na procura de medidas de resolução para as necessidades identificadas, promovendo o seu envolvimento na tomada de decisão, propiciando a autonomia no poder de escolha e o respeito pela individualidade (OE, 2010b), norteado pelo referencial teórico de Cuidados Centrados na Pessoa (McComarck e McCance, 2006). A tomada de decisão que envolveu cada prática de cuidados, foi baseada em juízos fundamentados na evidência científica e na experiência profissional adquirida, bem como no CDE.

Para uma prática fortemente sustentada no respeito dos direitos humanos, revelou-se crucial o aumento da consciencialização sobre a necessidade de partilha de informação com a pessoa com doença oncológica, acrescida da valorização dos seus costumes, crenças e/ou princípios, assegurando a proteção máxima da sua privacidade e dignidade.

Procurou-se uma participação efetiva na construção da tomada de decisão em equipa, nomeadamente através de discussão das práticas de cuidados com colegas, incidindo numa conduta preventiva e promotora da segurança do doente na administração de AAN, que posteriormente contribuiriam para o desenvolvimento de estratégias para implementação do projeto, mais adequadas ao serviço e mais significativas para a equipa de enfermagem.

Inserido no domínio da **melhoria contínua da qualidade** desenvolveu-se um projeto de melhoria na área da segurança da pessoa com doença hemato-oncológica, utilizando a metodologia de projeto. As diferentes etapas do mesmo permitiram a aquisição de competências neste domínio, ao partir de um diagnóstico de situação, com a identificação de uma área de oportunidade de melhoria, planeamento e priorização das estratégias a adotar como resposta à necessidade identificada e consequente execução do projeto (OE, 2010b).

No que concerne à avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado, sustentada por Irvine, et al. (2008), autoras âncora na consecução deste relatório, facilitou a implementação de processos de auditoria clínica que favoreceram a identificação do diagnóstico de situação inicial, bem como proporcionou o reconhecimento de oportunidades e estratégias de melhoria na área da promoção da segurança da pessoa com doença hemato-oncológica.

Contribuíram também, para o desenvolvimento desta competência, a elaboração de um fluxograma orientador de boas práticas para a administração de AAN (sob a forma de cartaz) e a supervisão do processo de melhoria da qualidade. Esta matriz orientadora contribuirá para a gestão do risco a nível da unidade funcional do serviço e reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano, promovendo a prestação de cuidados seguros através da aplicação de princípios relevantes para garantir a segurança na administração de terapêutica antineoplásica.

A implementação do presente projeto de intervenção exigiu um investimento na motivação da equipa de enfermagem e a disponibilização de assessoria à mesma

na prestação de cuidados especializados à pessoa submetida a terapêutica antineoplásica, o que permitiu o desenvolvimento de competências no **domínio da gestão de cuidados** (OE, 2010b). Paralelamente, procurou-se gerir o trabalho em equipa, adequando os recursos existentes às necessidades de cuidados e adotando o estilo de liderança à cultura e clima organizacional do serviço de internamento (OE, 2010b). Foi ainda importante a articulação com outros profissionais de saúde, nomeadamente com a equipa médica, bem como o serviço Farmacêutico através da UCP, para otimizar a qualidade dos cuidados neste âmbito.

Torna-se ainda relevante referir que o processo de mudança para o SIE, através da implementação do programa SClinico, criou uma janela de oportunidade para o desenvolvimento deste projeto, permitindo a introdução de inovação na prática de cuidados especializados à pessoa submetida a terapêutica antineoplásica.

Pretendeu-se, assim, ter um papel ativo na gestão dos cuidados prestados pela equipa, de forma a garantir a segurança e a qualidade destes, promovendo a articulação entre os vários elementos para alcançar os objetivos propostos.

Para prestar cuidados centrados na pessoa com doença hemato-oncológica e sua família é fundamental desenvolver o autoconhecimento para compreender de que forma os valores, crenças e limitações influenciam a tomada de decisão dos mesmos (McCormack e McCance, 2006). Neste sentido, no **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, as tomadas de decisão efetuadas, durante todo o percurso de aprendizagem pessoal e profissional, foram baseadas na reflexão e análise, num processo de autoconhecimento e autoconsciência permanente (OE, 2010b). Reconhecendo os recursos e limites pessoais e da equipa de enfermagem, procedeu-se a uma gestão dos cuidados que permitisse uma resposta eficiente por parte da própria equipa. Considera-se também que, no que diz respeito às unidades de competência relacionadas com o desenvolvimento da prática clínica especializada, baseada em padrões de conhecimento sólidos e válidos, foram desenvolvidas competências. A implementação do projeto de intervenção clínica contemplou a realização de formação em serviço, do qual se destaca a responsabilização pessoal enquanto elemento dinamizador da aprendizagem da equipa de enfermagem, no âmbito dos cuidados prestados a pessoa submetida a terapêutica antieoplásica. Desta forma, ao conceber, planejar, executar e avaliar a formação em serviço, obteve-se o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros nesta área específica dos cuidados de enfermagem.

Neste contexto, a prática foi sempre baseada na mais recente evidência científica (OE, 2010b), tendo a elaboração da RIL permitido realizar uma pesquisa, interpretar, organizar e divulgar os dados dessa evidência. De evidenciar que todo o percurso de desenvolvimento deste projeto de intervenção teve como objetivo major os ganhos em saúde desta tipologia de doentes e o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem em geral e da prática especializada de enfermagem em particular.

Considera-se que as competências acima descritas permitem evidenciar “capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustentou e ou sustente a prática de enfermagem, (...) desenvolvendo projetos que reflitam e questionem práticas e paradigmas existentes” (ESEL, 2014, p. 6-7), alicerçados estes numa RIL baseada na melhor evidência científica, promovendo a investigação e a divulgação de resultados em enfermagem, sustentado paralelamente as competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica assente nos descritores do processo de Bolonha para o 2º ciclo (Decreto-Lei n.º 115/2013). Surge de seguida a análise do perfil de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo que algumas destas “tocam” necessariamente outras referentes às competências comuns ao enfermeiro especialista, pelo que se pretende promover a relação entre ambas.

Relativamente à competência **demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; e permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação** (artigo 15º, alínea a, Decreto-Lei n.º 115/2013), considera-se que esta pressupõe a assimilação dos conceitos, fundamentos e teorias relacionados com as ciências de enfermagem como forma de sustentar a atividade na área de especialização, aplicando-os em contextos alargados. Tal é demonstrado pela mobilização do Modelo de Efetividade dos Cuidados de Enfermagem (Irvine, et al., 1998) em associação ao Modelo de Cuidados de Enfermagem Centrados na Pessoa (McCormack e McCanse, 2006) que, em conjunto, constituem o referencial teórico que sustenta a condução deste projeto por permitir orientar, dar significado e estrutura à prática de enfermagem.

O suporte teórico alcançado pelas unidades curriculares constituintes do plano de estudos do Mestrado permitiu também a consolidação de conhecimentos adquiridos ao nível do 1º ciclo de estudos, sedimentados ao longo de vários anos de

exercício profissional em prestação direta de cuidados, mas igualmente a aquisição de outros. Esta evolução foi possível através dos conteúdos teóricos abordados, mas também pelo questionamento fomentado pelo pensamento crítico que se traduz numa “mudança de lente” no que se refere à observação e reflexão sobre a prática.

No que respeita ao **demonstrar conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a área de estudo** (artigo 15º, alínea b, Decreto-Lei n.º 115/2013) sobressai a realização de estágios, com a necessidade de integrar diferentes equipas de forma proactiva. Estes assumem particular relevância na consolidação da competência supracitada, dado que o valor epistemológico da prática advém da sua potencialidade para revalorizar o conhecimento, proveniente da prática refletida, que desafia os enfermeiros a responderem a novas problemáticas. Este processo é uma fonte de conhecimentos que se gera no próprio contexto, designado de conhecimento na ação (Nascimento, 2007).

É inegável a aquisição de conhecimentos e de competências que decorreu desta experiência, quer pela integração das várias equipas, quer pela participação nos cuidados à pessoa com doença oncológica, quer pela pesquisa e reflexão que se revelaram mandatórias e profícuas, e que são também traduzidas pela avaliação qualitativa dos estágios se encontram em anexo.

**Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem**, constitui-se uma competência inerente ao grau de mestre que se cruza com a anteriormente analisada nas competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual e, após efetuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2001). Para a concretização deste projeto foram considerados os conhecimentos teóricos e científicos (RIL), bem como a experiência prática, sustentados pelos princípios éticos e deontológicos da profissão, salientando-se o

respeito pelos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça e o respeito pela individualidade e a dignidade da pessoa.

O projeto de intervenção clínica sob a forma deste relatório traduz, de forma fundamentada, o diagnóstico, o planeamento e as estratégias utilizadas para a resolução do problema identificado e constitui-se, paralelamente, como uma forma de divulgação dos resultados produzidos pela consecução do mesmo, demonstrando a aquisição de competência para **comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades**. A tal acresce a prova de discussão pública a ser realizada futuramente.

Por fim, considera-se serem demonstradas competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo, o que vem de encontro com o descrito na deontologia profissional relativo ao dever do enfermeiro em manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (artigo 109º, alínea c, OE, 2015b), encontrando-se esta competência igualmente relacionada com o descrito nas competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

#### 4.1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e propostas pela *Oncology Nursing Society* (ONS)

Dado que o percurso de pós-licenciatura de especialização e mestrado em enfermagem se realizou na vertente da enfermagem oncológica, analisa-se em seguida as competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, área de especialização que a integra.

Todos os estágios realizados permitiram a prestação de cuidados a pessoas com doença crónica, incapacitante e/ou terminal, aos seus cuidadores e familiares, promovendo a sua segurança durante a administração de AAN, em contexto de ambulatório ou internamento. Esta prestação de cuidados foi desenvolvida no âmbito de uma relação terapêutica com os doentes e prestadores de cuidados, e

paralelamente promovendo cuidados em parceria através do reconhecimento do significado que estes atribuem à situação de doença, as suas escolhas, crenças e valores, conforme preconizado por McCormack e McCause (2006).

Por outro lado, considera-se que as reflexões críticas elaboradas como resultado da prestação de cuidados e o estudo de situação permitem demonstrar a evolução de competências adequadas na identificação das necessidades da pessoa com doença crónica e os familiares e, por conseguinte, o estabelecimento de um plano de cuidados individualizado. Neste sentido, foi promovida a valorização dos desejos e preferências da pessoa, com negociação dos objetivos de atuação, metas, prioridades e decisão dos cuidados a prestar, de forma a que esta interviesse e decidisse tendo em consideração seu projeto de vida, com respeito e aceitação incondicional pela sua singularidade (OE, 2011), como condição essencial para a maximização do bem-estar e qualidade de vida da pessoa.

Em paralelo, dado que este percurso de pós-licenciatura de especialização e mestrado decorreu na área oncológica enunciam-se as competências adquiridas neste âmbito, recorrendo às definidas pela ONS, parceiro estratégico da *European Oncology Nursing Society* (EONS) na partilha dos seus objetivos comuns de providenciar cuidados de qualidade à pessoa com doença oncológica, formação de enfermeiros em oncologia e partilha de recursos (ONS, [s.d]). Optou-se por seguir as competências desta entidade, uma vez que o desenvolvimento deste projeto de intervenção pretendeu dar resposta aos seus padrões de prática, relacionados com a administração segura de AAN.

Assim, pelo exposto anteriormente, considera-se que foram desenvolvidas competências de enfermeiro especialista nas três esferas de influência preconizadas pela ONS (2008). Na esfera da pessoa com doença oncológica foram utilizados conhecimentos e habilidades para diagnosticar e controlar sintomas, problemas funcionais e comportamentos de risco. Desenharam-se, implementaram-se e avaliaram-se intervenções de qualidade e custo eficazes que permitiram melhorar os resultados dos cuidados sensíveis à enfermagem. Na esfera de influência da enfermagem/prática de enfermagem, por forma a melhorar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, desenvolveram-se conhecimentos e habilidades na atualização e melhoria dos padrões de prática de enfermagem no âmbito da segurança na administração de AAN, liderando um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados, assente na prática baseada na evidência e nas *guidelines* de boas

práticas internacionais. Na esfera de influência organizacional, foram demonstrados conhecimentos e capacidade de liderança, articulando os contributos dos cuidados de enfermagem na defesa da profissão de enfermagem, inovando e influenciando a organização no sentido de implementar um projeto de intervenção que pretende responder, com qualidade, às necessidades de cuidados ao doente oncológico submetido a terapêutica oncológica (ONS, 2008).

#### **4.2. Pontos fortes e pontos fracos da implementação do projeto de intervenção clínica**

No seguimento da reflexão realizada, sobre o modo como a implementação do projeto foi conduzido, importa realizar uma análise SWOT (acrónimo de *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), por forma a identificar os pontos fortes e fracos, bem como as oportunidades e ameaças (Pearce, 2007) à implementação do mesmo.

Como ponto forte destaca-se a motivação pessoal em relação à temática, com grande interesse profissional e pessoal pela área, uma equipa de enfermagem com elementos jovens, dinâmica e recetiva a novos projetos, acrescido pelo contributo da enfermeira chefe, através da identificação deste projeto como um projeto comum, da equipa de enfermagem e do serviço, com possibilidade de se manter para além do cronograma inicialmente apresentado.

A realização dos estágios nos diferentes serviços permitiu interagir e partilhar experiências/conhecimentos com enfermeiros peritos, mestres e especialistas na intervenção à pessoa submetida a terapêutica antineoplásica. Tal facto tornou este período rico em desenvolvimento pessoal e profissional nesta área da prestação de cuidados de enfermagem.

Segundo Benner (2001), o enfermeiro desenvolve as suas competências de forma gradual e ao longo do tempo, sendo condicionado pela capacidade de interiorização, reflexão e características individuais, tal como pelo contexto profissional. Portanto, para além da aprendizagem teórico-prática em contexto de estágio, as reflexões críticas sobre a prestação dos cuidados realizados foram uma oportunidade para a aquisição de conhecimento, análise das intervenções e melhoria da prática de cuidados. Tais aspetos são considerados fundamentais para a prática de cuidados enquanto enfermeiro especialista, ao qual são exigidos cuidados

diferenciados e de excelência (OE, 2010a). Desta forma, a realização dos estágios viabilizou o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista (OE, 2010b), enfermeira especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011), enfermeira oncologista (ONS, 2008) e mestre (ESEL, 2014; Decreto-Lei n.º 115/2013), descritas de forma pormenorizada no ponto anterior.

Os obstáculos ou dificuldades fazem parte do processo de aprendizagem e ao longo desta aprendizagem profissional não foi exceção. No que respeita às fraquezas destacam-se as reduzidas oportunidades de acompanhar pessoas com doença hemato-oncológica nos contextos de estágio B e C e, cumulativamente, o facto de ter realizado estágio no local C num período em que este se encontrava em remodelação e, portanto, em instalações provisórias o que pode ter sido limitativo e influenciado a experiência vivida.

Por outro lado, foi sentida alguma dificuldade pessoal de conjugação entre o desempenho laboral na instituição, a realização dos estágios, o tempo necessário para trabalho autónomo e a vida pessoal, o que gerou níveis de *stress* e ansiedade mais elevados, a par do espaço temporal limitado para aplicação do projeto no serviço, pelo que foi dada continuidade ao mesmo após o seu término. De referir ainda o desgaste psicológico e físico de elementos da equipa de enfermagem com maior tempo de exercício profissional no serviço D o que pode constituir resistências e entraves à permeabilidade da informação e consequente implementação do projeto.

A informatização dos processos dos doentes e, por conseguinte, a implementação do SIE no contexto onde exerço funções, através do sistema SClínico com a utilização da linguagem CIPE, constituiu uma ameaça ao projeto pela ausência de conhecimentos específicos neste âmbito, determinando assim a não execução do objetivo específico “Capacitar a equipa de enfermagem para a melhoria da documentação relativa aos cuidados de enfermagem na administração de AAN”. Em contrapartida, este mesmo fator converteu-se numa oportunidade pelo facto de poder colaborar na sistematização dos itens de informação referentes às dimensões de enfermagem que vão de encontro com as necessidades da pessoa submetida a tratamento com AAN.

Como oportunidade enalteço ainda o facto do presente projeto constituir ponto de partida para o estabelecimento de parcerias terapêuticas com outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente o Serviço Farmacêutico, Serviço de Imuno-Hemoterapia e Dadores de Sangue e a Comissão de Gestão da Qualidade e Risco,

articulação esta que poderá gerar contributos futuros para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica.

### **4.3. Considerações éticas**

Na busca pela excelência do exercício profissional, de acordo com a alínea a do artigo 109º da deontologia profissional, o enfermeiro deve “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam uma mudança de atitude” (OE, 2015b, p.133). Este instituiu-se como ponto de partida do presente do projeto pelo que para alcançar este objetivo procedeu-se à atualização do conhecimento científico para melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem com intervenções adequadas às necessidades da pessoa com doença hemato-oncológica submetida a terapêutica antineoplásica. Tal encontra-se espelhado no artigo 97º do Estatuto da OE, ao defender que o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos serviços de enfermagem (OE, 2015b).

Para o desenvolvimento do projeto, foi solicitada autorização à Direção e Chefias de Enfermagem dos respetivos campos de estágio, dando a conhecer aos enfermeiros chefes e orientadores de cada local os objetivos do mesmo. De acordo com o REPE (OE, 2015b, p.101-102), no seu artigo 8º, nº1, os enfermeiros no exercício das suas funções, “deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”. E, ainda, no decorrer deste processo, cabe ao enfermeiro informar no que respeita aos cuidados de enfermagem (artigo 105º, alínea a) e respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (alínea b), sendo que a informação sobre os riscos e sobre a proteção e a segurança da saúde encontra-se inclusa, no que se refere aos cuidados de enfermagem (OE, 2015b). Indo ao encontro do anteriormente referido acerca do respeito pelo dever de informação, houve o cuidado de solicitar o consentimento do doente e família para a prestação de cuidados expondo os objetivos dos mesmos.

Sendo certo que a segurança e os cuidados seguros podem ser perspetivados em sentido holístico, nas dimensões física, química, biológica, psicológica, social, cultural e espiritual, o enfermeiro co-responsabiliza-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo

tratamento (artigo 104º, alínea a), assegurando a continuidade dos cuidados (alínea d) e procurando adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa (artigo 109º, alínea b, OE, 2015b). Paralelamente, procurou-se ter sempre presente o dever da humanização dos cuidados, prestando “atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (artigo 106º, alínea a, OE, 2015b, p. 86) trabalhando em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde (artigo 8º, OE, 2015b).

No decorrer deste percurso o respeito pela confidencialidade das informações e dos cuidados prestados foi assegurado, dando particular relevância ao segredo profissional com base no CDE (OE, 2005, 2015a, 2015b), quer na análise das práticas de enfermagem como nas informações das pessoas alvo dos cuidados, tendo presente a importância de manter “o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações e ensino” (OE, 2015b, p.84) segundo o artigo 106º, alínea d, sendo solicitado à mesma o consentimento informado.

Em síntese, considera-se que a prática efetuada foi orientada pelos princípios da ética e deontologia, cumprindo as normas deontológicas e as leis que regem a profissão de enfermagem.

#### **4.4. Contributos da implementação do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem**

A DGS considera a qualidade em saúde como um dos quatro eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde - revisão e extensão a 2020 e preconiza a implementação e desenvolvimento de estratégias de garantia de qualidade, apelando à iniciativa dos profissionais que as devem associar aos planos de desenvolvimento profissional e das instituições. Concomitantemente, afirma que “obter-se-ão mais facilmente ganhos em saúde se existir melhor adequação entre as necessidades de saúde e as respostas dos serviços e se existir melhor relação entre os recursos existentes e resultados obtidos” (DGS, 2015, p. 15).

Os hospitais são organizações complexas que prestam diferentes tipos de cuidados de saúde, com múltiplas situações potenciadoras de riscos, onde a segurança das práticas é encarada como uma medida de melhoria dos resultados de saúde pelo Ministério da Saúde (Ribeiro, et al., 2011). Quanto à segurança da pessoa

com doença hemato-oncológica (gestão do risco clínico), esta insere-se no controlo de efeitos adversos, resultado sensível ao cuidado de enfermagem identificado por Irvine, et al. (1998).

De acordo com o supracitado, a OE tem vindo a definir estratégias de melhoria contínua da qualidade, afirmando que o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser “negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2002, p.6), pelo que definiu seis enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional, nomeadamente, a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2002).

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (OE, 2002, p. 11). Assim sendo e, tomando este pressuposto como referência, procurou-se neste contexto prevenir complicações associadas ao tratamento com AAN promovendo a segurança da pessoa com doença hemato-oncológica, considerando-se inerente a promoção da satisfação da mesma, através da máxima eficácia na organização dos cuidados.

Desta forma, ancorado na procura permanente da excelência no exercício profissional, a implementação do projeto permitiu a identificação de problemas potenciais para o doente, através do conhecimento das opiniões da pessoa com doença oncológica sobre o tratamento com AAN, bem como da sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem; a utilização de estratégias face aos problemas potenciais identificados, dirigidos para a sistematização dos ensinamentos, uniformização do procedimento de administração de terapêutica antineoplásica e contributos para a sistematização dos registos de enfermagem; a otimização do rigor técnico/científico na implementação das mesmas tendo por base a mais recente evidência científica; a otimização do conhecimento da pessoa e família, através do ensino sob a forma de guia informativo, maximizando o seu *empowerment* e envolvimento no plano de cuidados; e o estabelecimento de parcerias com o doente, tendo como base o respeito pelas suas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual.

Em paralelo, permitiu ainda fomentar a formação contínua dos enfermeiros, impulsionando o desenvolvimento profissional e da qualidade, através do recurso à sessão de sensibilização sobre temática e promovendo na equipa a reflexão crítica sobre a prestação de cuidados e, constituiu também ponto de partida para possíveis parcerias enaltecendo a articulação entre diferentes elementos da equipa

multidisciplinar implicados direta ou indiretamente no processo de tratamento da pessoa com doença hemato-oncológica.

Sendo assim, pela simbiose de todos os aspetos supracitados acredita-se que este projeto de intervenção, no âmbito da promoção da segurança da pessoa com doença oncológica submetida a terapêutica antineoplásica, se enquadra num projeto para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

## CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

A concretização do presente relatório deu resposta aos objetivos delineados e demonstrou ser de enorme importância para a consolidação de conhecimentos e desenvolvimento de competências em enfermagem médico-cirúrgica, vertente oncológica, no âmbito da segurança da pessoa com doença hemato-oncológica submetida a terapêutica antineoplásica.

Ao longo do mesmo apresentaram-se as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio e os seus resultados, sendo que estes constituíram espaços imprescindíveis na aprimoração de saberes, pela reflexão sobre a prática clínica, pela incorporação das aprendizagens adquiridas através da evidência científica encontrada e pela partilha de conhecimentos com os profissionais especializados presentes neste percurso que, sem dúvida, foram determinantes para um significativo desenvolvimento profissional e pessoal.

No fim do percurso que aqui se descreveu e analisou sai visivelmente reforçada a capacidade para responder às questões que emergem da prática especializada de cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica, potenciando a sua segurança como domínio sensível aos cuidados de enfermagem. Para tal, considera-se primordial o contributo dos constructos teóricos do Modelo de Efetividade dos Cuidados de Enfermagem (Irvine, et al., 1998) e do Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa (McCormack e McCance, 2006) para suportar a prática clínica e enaltecer a autonomia de enfermagem neste âmbito, abrindo caminho para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem.

Assume-se também, pelo atrás referido, que foram criadas condições para que a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem, encontrasse na prática de enfermagem uma resposta centrada na sua pessoa, adequada às suas necessidades e representativa de ganhos de saúde.

Com base no percurso efetuado, e seguindo o descrito por Benner (2001), considero que me encontro ao nível de perita na abordagem à pessoa submetida a terapêutica antineoplásica no qual, segundo a autora, o enfermeiro intervém de modo intuitivo, assumindo um papel fulcral no desenvolvimento de conhecimento em que a prática é tornada visível através da descrição das suas experiências, sendo evidenciadas as suas competências.

Este relatório traduz o final de uma etapa mas que será, com certeza, o ponto de partida para novos projetos.

A alteração do local de trabalho, com a minha saída para exercer funções noutra instituição de saúde, determinou um abrandamento das atividades programadas, podendo constituir uma ameaça e comprometer a continuidade do projeto. Apesar de tal fato, toda a documentação gerada ao longo deste percurso foi disponibilizada à equipa de enfermagem quer em papel, quer em suporte informático por forma a permitir a sua continuidade.

As perspetivas futuras e a curto prazo passam por uma continuidade e consolidação deste projeto, no que respeita à construção de indicadores que contribuam para a sistematização dos registos de enfermagem na administração de AAN, iniciado neste projeto pelo processo educativo do doente, pretendendo-se o seu alargamento aos restantes cuidados de enfermagem e posterior parametrização para o SIE (SClínico), tendo sido para tal constituído um grupo de trabalho visando o desenvolvimento do mesmo.

Por outra parte, durante este percurso, foi também abordada de forma informal a Comissão de Gestão da Qualidade e Risco da instituição que acolhe o presente projeto com o intuito de dar visibilidade ao mesmo, tornando-se reveladora de novos contactos e oportunidades dada a aquisição recente por parte da instituição de tecnologia de código de barras, estando atualmente em fase de projeto a sua utilização na área da transfusão de sangue e hemoderivados. Neste sentido, foi indagada a possível aplicabilidade desta tecnologia na administração de terapêutica antineoplásica, com vista à segurança do doente, verificando-se abertura e receptividade por parte dos mesmos em explorar a sua utilização nesta área específica.

Assim, projetando-se a continuidade desde projeto, espera-se que os elementos da equipa retomem o trabalho já realizado e estabeleçam novos trilhos, promovendo a articulação da equipa multidisciplinar em prol da melhoria dos cuidados à pessoa submetida a terapêutica antineoplásica.

Para além disso, considero ainda fundamental mobilizar o conhecimento adquirido para a partilha e contributo do crescimento da disciplina nesta área de intervenção ainda em crescimento no nosso país, através da redação de artigos em revista de enfermagem, nomeadamente na revista Onco.news, evidenciando a importância da intervenção de enfermagem na administração de AAN. Este percurso foi também motivador da minha inscrição na Associação de Enfermagem Oncológica

Portuguesa (AEOP), com particular interesse na participação junto do grupo de trabalho de Hemato-Oncologia.

Por outro lado, na instituição onde atualmente exerço funções houve interesse e receptividade na partilha dos resultados alcançados com este projeto, perspetivando-se a utilização e adequação dos elementos construídos à realidade existente em contexto de ambulatório ponderando-se, à posteriori, o desenvolvimento de estratégias promotoras da adesão à terapêutica antineoplásica oral, apresentadas como lacunas no referido serviço.

Considera-se que todo este percurso, exigente e extenuante, mas gratificante, trouxe mais-valias na procura constante, não só do desenvolvimento pessoal e profissional, mas também da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, ou seja, da excelência do exercício da profissão de enfermagem.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amado, R. (2014). *Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem Contributos para a Segurança do Doente*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Amaral, A. (2010). A efetividade dos Cuidados de enfermagem: Modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 96-105.
- Amaral, A. (2014). *Resultados dos cuidados de enfermagem: Qualidade e efetividade*. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas, na especialidade de Estratégia e Comportamento Organizacional. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Batalden P., & Stoltz, P. (1993). A framework for the continual improvement of health care. *The Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations*, 19 (10), 424-447. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/14947417 'A Framework for the Continual Improvement of Health Care Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work'](https://www.researchgate.net/publication/14947417_A_Framework_for_the_Continual_Improvement_of_Health_Care_Building_and_Applying_Professional_and_Improvement_Knowledge_to_Test_Changes_in_Daily_Work)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernsten, K. (2006). Implementation of patient centeredness to enhance patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 21 (1), 15-19.
- Bonini, J. (2014). *Pacientes em tratamento quimioterápico ambulatorial: Conhecimentos após grupo de orientações*. Dissertação de Bacharelato. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Botelho, M. (2010). Ética e evidência. *Revista Pensar Enfermagem*, 14 (2), 1.

- Brissos, M. A. (2004). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(1), 43–55.
- Bullock, T., Melnyk, B., McGrath, J., Jacobson, D., Kelly, S., & Baba, L. (2010). Translating the evidence-based NICU COPE program for parents of premature infants into clinical practice: Impact on nurses' evidence-based practice and lessons learned. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 24(1), 74-80.
- Carrington, C.; Stone, L.; Koczwara, B.; Searle, C.; Siderov, J.; Stevenson, B.; Michael, M.; Hyde, S.; Booth, A.; & Rushton, S. (2010). The Clinical Oncological Society of Australia (COSA) guidelines for the safe prescribing, dispensing and administration of cancer chemotherapy. *Asia-Pacific Journal Of Clinical Oncology*, 6, 220-237.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In Glasper, E., & Tucker, A. (Eds.). *Advances in child health nursing*. London: Scutari Press.
- Cassiani S. (2005). A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (1), 95-99. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a19.pdf>
- Cook, F.; Guttmannova, K.; & Clare (2004). An Error by any other name. *American Journal of Nursing*, 104 (6), 32-43.
- Coolbrandt, A.; Van den Heede, K.; Jans, E.; Laenen, A.; Verslype, C.; Wildiers, H.; & Milisen, K. (2013). The Leuven Questionnaire on Patient Knowledge of Chemotherapy (L-PaKC): Instrument development and psychometric evaluation. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 465- 473.
- Cooper, J.; Gaba, D.; Liang, B.; Woods, D.; & Blum L. (2000). The national patient safety foundation agenda for research and development in patient safety. *MedGenMed*, 2 (39), E38.

Cruz, F.; Vieira, N.; Manzi, N.; Custódio, C.; Bontempo, P.; Vasques, C.; & Reis, P. (2015). Conhecimento de pacientes acerca da quimioterapia antineoplásica. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 6 (3), 2623-2638.

Dalby, C.; Nesbitt, M.; Frechette, C.; Kennerley, K.; Lacoursiere, L.; & Buswell, L. (2013). Standardization of initial chemotherapy teaching to improve care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(5), 472-475.

Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto (2013). Procede à terceira alteração ao Decreto-lei n.º 74/2006, de 24 de março, que aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 11.º a 17.º da Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo). *Diário da República*, 1ª Série, N.º 151 (07-08-2013) 4749-4772.

Despacho n.º 1400-A/2015 (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2.ª Série, N.º 28 (10 de Fevereiro de 2015), 3883 (2-10).

Direção-Geral da Saúde (2011). *Relatório técnico: Estrutura conceitual da Classificação Internacional Sobre a Segurança do Doente*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de saúde*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

Direção-Geral da Saúde (2016). *Doenças oncológicas em números – 2015: Programa nacional para as doenças oncológicas*. Disponível em: <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/D4C834D6-865F-4349-8140-73999084FB3A/0/i022204.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (2016). *Plano Nacional de saúde 2012-2016. Revisão e extensão a 2020*. Disponível em: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwixtsDH1I3aAhXDVhQKHat1BkMQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww2.insa.pt%2Fsites%2FINSAsite%2FPortugues%2FComInf%2FNoticias%2FDocuments%2F2015%2FJunho%2FPNS-2020.pdf&usg=AOvVaw2XgAloTOxFT2gQQabiYYLG>

- Donaldson, L.; & Philip, P. (2004). Patient safety: A global priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (12), 892-892.
- Doran, D. (2011). *Nursing outcomes: The state of the science*. (2ª Ed.) Ontário: Jones & Bartlett Learning.
- Doran, D.; & Pringle, D. (2011). Patient outcomes as an accountability. In D. Doran (Ed.), *Nursing outcomes: The state of the science* (2ª Ed.). (pp. 1-28). Ontário: Jones & Bartlett Learning.
- Doran, D.; Mildon, B.; & Clarke, S. (2011). Towards a national report card in nursing: a knowledge synthesis. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 24 (2), 38-35.
- Doran, D.; Sidani, S.; Watt-Watson, J.; Laschinger, H.; e Hall, L. (2001). *The state of science: A methodological review of the literature on nursing-sensitive outcomes*. Unpublished report. University of Toronto.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). *Regulamento de mestrado*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: [https://www.esel.pt/NR/rdonlyres/2511FDC0-550C-4028-8C97-9489B5875378/0/Regulamento\\_mestrado\\_2014\\_comdespacho.pdf](https://www.esel.pt/NR/rdonlyres/2511FDC0-550C-4028-8C97-9489B5875378/0/Regulamento_mestrado_2014_comdespacho.pdf)
- Fernandes, A., & Queirós, P. (2011). Cultura de segurança do doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (4), 37-48.
- Fragata, J. (2016). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.
- Gama, Z., & Saturno, P. (2013). A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática* (pp. 29-39). Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Guruge, S.; & Sidani, S. (2002). Effects of demographic characteristics on preoperative teaching outcomes: A meta-analysis. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34 (4), 25-33.

Institute for Safe Medication Practices (ISMP). (2014). *ISMP list of high-alert medications in acute care settings*. Disponível em: <https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-01/highalertmedications%281%29.pdf>

Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington: National Academies Press.

Institute of Medicine. Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety (2004). *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216190/>

Institute of Medicine. Committee on Quality Health Care in America (2001). *Crossing the quality chasm: A new system for the 21st century*. Disponível em: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>

Internacional Council of Nurses (2012). *Safety patient: Position statement*. Disponível em: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/D05\\_Patient\\_Safety.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Patient_Safety.pdf)

Irvine, D.; Sidani, S.; & Hall, L. (1998). Finding value in nursing care: A framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nursing Economics*, 16 (3), 110.

Kessels, R. (2003). Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 219–222.

Kullberg, A.; Larsen, J.; & Sharp, L. (2013). Why is there another person's name on my infusion bag? Patient safety in chemotherapy care: A review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 228-235.

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto (1990). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1ª Série, Nº 195 (24-08-1990) 3452-3459.

- Leite, E.; Malpique, M.; & Santos, M. (2001). *Trabalho de projecto*. Portugal: Edições Afrontamento.
- Luker, K.; Austin, L.; Caress, A.; & Hallett, C. (2000). The importance of 'knowing the patient': community nurses' construction of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (4), 775-782.
- Martins, J. (2009). Satisfação do doente com a informação sobre a doença e morbilidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (3). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421908009>
- Matos, M. (2010). *Informação ao doente oncológico: Validação da versão portuguesa do questionário EORTC QLQ-INFO26*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- McCance, T. (2003). Caring in nursing practice: The development of a conceptual framework: Research and theory for nursing practice. *An Internacional Journal*, 17 (2), 101-116.
- McCloskey, J.; & Bulechek, G. (2000). *Nursing interventions classification (NIC)* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.
- McComark, B. (2001). *Negotiating Partnerships with Older People – A Person-Centred Approach*. Ashgate: Basingstoke.
- McComark, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *Internacional Journal of Nursing Practice*, 9 (3), p. 202-209.
- McComark, B.; & McCance, T. (2010). *Person-centred Nursing: Theory and Practice*. Oxford: Wiley Blackwell.
- McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L., Lorig, K., & Wagner, E. (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA Cancer J Clin*, 61(1), 50-62.
- McCance, T.; McCormack, B; & Dewing J. (2011) An Exploration of PersonCentredness in Practice. *ANA Periodicals*, 16 (2). Disponível em:

<http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No2-May-2011/Person-Centredness-in-Practice.html>

McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: An overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (3A), 31-38.

McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework of person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 1-8.

McCormack, B.; Manley, K.; & Garbett, R. *Practice development in nursing*. Oxford: Blackwell.

Mendes, C., & Barroso, F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (2), 197-205.

Mendes, K.; Silveira, R.; & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Contexto Enfermagem*, 17 (4), 758-764. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.

Nascimento, C. (2007). Docentes de enfermagem: Necessidades de formação em supervisão clínica. In A. Rodrigues, C. Nascimento, L. Antunes, & M. Mestrinho (Eds.), *Processo de Formação na e para a prática de cuidados* (pp. 3-39). Loures: Lusociência.

Needleman, J., Buerhaus, P.; Mattke, S.; Stewart, M.; Zelevinsky, K. (2002). Nursing staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722.

Neuss, M.; Gilmore, T.; Belderson, K.; Billett, A.; Conti-Kalchik, T.; Harvey, B.; Hendricks, C.; LeFebvre, K.; Mangu, P.; McNiff, K.; Olsen, M.; Schulmeister, L.; Von Gehr, A.; & Polovich, M. (2016). 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for Pediatric Oncology. *Journal of Oncology Practice*, 12 (12), 1262-1271.

Neves, M. (2002). *A representação social do cancro: Conhecer para (re)pensar a intervenção educativa*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto.

Oncology Nursing Society. ([s.d]). *Partnerships*. Disponível em <https://www.ons.org/about/partnerships>

Oncology Nursing Society. (2008). *Oncology Clinical Nurse Specialist Competencies*. Disponível em <https://www.ons.org/sites/default/files/cnscomps.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise dos casos*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente*. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao\\_2\\_maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2_maio2006.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2009). Modelo de desenvolvimento profissional: Individualização das especialidades em enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros* (26) (Suplemento), 9-20.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). Modelo de desenvolvimento profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. *Caderno Temático*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Disponível em

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Condições do exercício. Parecer do Conselho Jurisdicional 248*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer248\\_2010\\_CJ\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer248_2010_CJ_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pearce, C. (2007). Ten steps to carrying out a SWOT analysis. *Nursing Management*, 14 (2), 25-25.

Pereira, A.; & Bachion, M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27 (4), 491.

Polovich, M.; & Olsen, M.; & Lefebvre, K. (2014). *Chemotherapy and Biotherapy Guidelines and Recommendations for Practice* (4ª ed.). Pittsburgh: Oncology Nursing Society.

Portz, D.; & Johnston, M. (2014). Implementation of an evidence-based education practice change for patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (5), 36-40. doi: 10.1188/14.CJON.S2.36-40.

Preuss, G. (1997). Labor, skills, and information in service delivery: An examination of hospital care. *Academy of Management*, 1, 282-286.

Radwin, L.; & Alster, K. (2002). Individualized nursing care: An empirically generated definition. *International Nursing Review*, 49, 54-63.

Remondes-Costa, S.; Jimenéz, F.; & Pais-Ribeiro, J. (2012). Depois do cancro da mama: Acontecimentos significativos no ciclo de vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 238-251.

- Ribeiro, J.; Barreto, A.; Varanda, J.; Penedo, J.; Caiado, José; Nunes, J.; Santos, N.; Boto, P.; Ivo, R. & Santos, T. (2011). Relatório final: os cidadãos no centro do sistema e os profissionais de saúde no centro da mudança. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Rosa M.; Perini E.; Anacleto T.; Neiva H.; & Bogutchi T. (2009). Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. *Revista de Saúde Pública*, 43 (3), 490-498. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/7265.pdf>.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37.
- Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Schaaf T., Sherman, H., Lewalle, P. (2009). Towards an international classification for patient safety: Key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*, 21 (1),18-26. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638755/>.
- Sá, E.; & Romão, R. (2015). A pessoa com doença hemato-oncológica: Que modelo de cuidados de enfermagem. *Onco.News*, 28, 20-28.
- Salvador, V. (2014). *Conhecimentos sobre a doença oncológica*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politecnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.
- Sant, M., Allemani, C., Tereanu, C., DeAngelis, R., Capocaccia, R., Visser, O., Marcos-Gragera, R., Maynadié, M., Simonetti, A., Lutz, J., Berrino, F., & HAEMACARE Working Group. (2010). Incidence of hematologic malignancies in Europe by morphologic subtype: results of the HAEMACARE project. *Blood*, 116 (19), 3724-3734. Disponível em <http://www.bloodjournal.org/content/116/19/3724.long>
- Schwappach D.; Hochreutener, M.; & Wernli, M. (2010). Oncology nurses' perceptions about Involving patients in the prevention of chemotherapy administration errors. *Oncology Nursing Forum*, 37 (2), 84-91.

- Schwappach, D.; & Wernli, M. (2010). Medication errors in chemotherapy: Incidence, types and involvement of patients in prevention: A review of the literature. *European Journal of Cancer Care*, 19, 285-292.
- Sidani, S.; & Braden, C. (1998) *Evaluating nursing interventions. A Theory driven approach*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Silva, A. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Tese de doutoramento. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Sousa, P. (2006). Patient safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19 (4), 309-318. Disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/964/637>.
- Sousa, P.; Uva, A.; & Serranheira, A. (2010). Investigação e Inovação em Segurança do Doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 89-95. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/19760/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202010%20-%20V.%20Te-matico%20n10a10%20-%20p.89-95.pdf>
- Souza, M.; Silva, M.; & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8 (1 Pt 1), 102-106. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)
- Suhonen R.; Papastavrou, E.; Efstathiou, G.; Lemonidou, C.; Kalafati, M.; da Luz, M. ... Leino-Kilpi, H. (2011). Nurses perceptions of individualized care: an international comparison. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1895-1907.
- Suhonen, R. (2002). *Individualised care from the surgical patient's point of view. Developing and testing a model*. Annales Universitatis TurkuensisD 523. University of Turku, Paonosalama Oy, Turku.
- Suhonen, R.; Valimaki, M.; & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 843-860.

- Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde* (2ª ed.). Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Terreno, M. (2000). Expectativas do doente que recorre pela primeira vez a uma consulta de cirurgia geral no IPOFG-CRL. *Enfermagem Oncológica*, 13, 29-36.
- White, P.; Hall, L.; & Lalonde, M. (2011). Adverse patient outcomes. In D. Doran (Ed.), *Nursing outcomes: The state of the science* (2ª Ed., pp. 241-284). Ontário: Jones & Bartlett Learning.
- World Health Organization (2006). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. Disponível em: [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf).
- World Health Organization (2008). *World cancer report 2008*. Disponível em: [http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr\\_2008.pdf](http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf)
- World Health Organization (2009). *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/ICPS-report/en/>

**ANEXOS**



**Anexo 1.**

Registos da avaliação de estágio com relatório



### REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio Serviço de Hematologia, Internamento

**Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:**

A Vânia demonstrou ser uma profissional cuidadosa, atenta e dirigida ao seu projeto, integrando-se sem dificuldade no nosso serviço. Observou e interagiu, com profissionais e utentes, respeitando os princípios éticos e na persecução dos seus objetivos, que alcançou. Por tal, considera-se o seu estágio como Muito Bom.

Data:

Orientador:

Estudante (tomei conhecimento) Vânia Ferreira

Orientador:

Docente: [Assinatura]



### REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio Hospital de Dia -

#### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A aluna demonstrou interesse ao longo do seu percurso tendo sido capaz, através das atividades que desenvolveu, concretizar os objetivos (gerais e específicos) a que se propôs, mantendo sempre uma atitude crítica e reflexiva promotora do desenvolvimento de novas competências e aprendizagens.

Data: DEZ  
2016

Orientador:

Estudante (nome e conhecimento) Vânia Ferreira

Orientador:

Docente: [Assinatura]

### REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio HOSPITAL DE DIA - ONCOLOGIA TERCIA -

**Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:**

A Sr. Enf.ª veio apresentar grande empenho e interesse no sentido de atingir os objetivos a que se propunha este estágio. Apesar do curto espaço de tempo, integrou-se de maneira assuível, simpática, disponível e interessada.  
A experiência profissional, aliada à análise crítica do enf.ª, permitiu-lhe uma análise empenhada e produtiva também para o nosso serviço.  
Presença e postura simpática, responsável e muito adequada.  
Objetivos atingidos no integral.

Avaliação: Muito Bom

Data: 08/11/16 Orientador: \_\_\_\_\_  
Estudante (tomei conhecimento) Dânia Ferreira

Orientador: \_\_\_\_\_  
Docente: Feliciana



### REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio Hematologia

**Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:**  
A Enf<sup>re</sup> Vânia Ferreira, escolheu um tema muito importante para desenvolver o seu projecto, não tão direccionado para o doente, mas em prol dele. Estabeleceu alguns contactos com outras áreas da instituição, serviços farmacéuticos. A implementação de algumas medidas estabelecidas no serviço permitirá uma maior segurança na administração de terapêutica e testática. Avalio o seu desempenho como Muito Bom.

Data: 10/02/17 Orientador: \_\_\_\_\_ Orientador: \_\_\_\_\_  
Estudante (tomei conhecimento) Vânia Ferreira Docente: Beirani

## **APÊNDICES**



**Apêndice 1.**

Sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem – análise de conteúdo



No âmbito do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem, selecionei como área de interesse e fio condutor do presente estágio a problemática relacionada com as **“Intervenções de Enfermagem na Administração de Agentes Antineoplásicos: segurança da pessoa com doença hemato-oncológica”**.

Neste sentido, gostaria de obter a sua opinião respondendo às questões que se seguem, anonimamente.

**Género:** Feminino\_\_\_

Masculino\_\_\_

**Idade:**\_\_\_\_\_ anos

**Tempo de experiência profissional:**\_\_\_\_\_ anos

**1.** Enumere três intervenções de enfermagem que contribuem para a segurança do doente na administração de agentes antineoplásicos (AAN)?

---

---

---

**2.** De que forma envolve o doente/pessoa significativa na administração de AAN?

---

---

---

**3.** Quais os temas que aborda no ensino ao doente/pessoa significativa, enquanto promotor de uma administração segura de AAN? (enumere pelo menos 3)

---

---

---

**3.1.** Em que momento(s) do período de hospitalização realiza esses ensinios?

---

---

---

**4.** Que aspetos considera optimizadores da segurança do doente na administração de AAN?

---

---

---

**5.** Considera que as notas de enfermagem refletem os cuidados de enfermagem que presta, relativos à administração segura de AAN?      Sim\_\_\_      Não\_\_\_

**5.1.** Neste âmbito, que informação regista?

---

---

---

Agradeço a atenção e colaboração disponibilizada!

Enf<sup>a</sup> Vânia Sofia Ferreira

## **Análise de conteúdo da sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem do Serviço D**

A sondagem de opinião foi aplicada a catorze enfermeiros (64%), dos vinte e seis enfermeiros em atual exercício de funções no Serviço D (exclui-se a enfermeira chefe e coordenadora, enfermeiros de férias ou atestado).

Todos os questionários foram respondidos de forma anónima e todos foram considerados válidos.

<b>Género</b>	
Feminino	11 respostas
Masculino	3 respostas

<b>Idade</b>	
20-30 anos	9 respostas
31-40 anos	3 respostas
41-50 anos	1 resposta
>50 anos	1 resposta

<b>Tempo de experiência profissional</b>	
< 1ano	2 respostas
1-3 anos	4 respostas
4-6 anos	2 respostas
7-9 anos	2 respostas
≥ 10 anos	3 respostas
≥ 20 anos	1 resposta

**Pergunta 1.** Enumere três intervenções de enfermagem que contribuem para a segurança do doente na administração de agentes antineoplásicos (AAN)?

Nesta questão foram escolhidos quatro critérios de análise de conteúdo. Pretende-se entender em que área a equipa de enfermagem centra as suas intervenções no que diz respeito à segurança da pessoa submetida a terapêutica antineoplásica e quais os aspetos a que prestam maior importância.		
<b>1º Critério:</b> Intervenções centradas na pessoa internada		
<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Envolvimento do doente	1	14
Identificação positiva	9	
Educação do doente/pessoa significativa	4	
<b>2º Critério:</b> Intervenções centradas no protocolo de tratamento		
<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Correspondência dos AAN com a prescrição	5	13
Dupla verificação	8	
<b>3º Critério:</b> Intervenções centradas na administração de terapêutica antineoplásica		
<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Vigilância da permeabilidade do acesso venoso	6	7
Monitorização de sinais vitais	1	
<b>4º Critério:</b> Intervenções centradas nas barreiras físicas		
<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Promover ambiente tranquilo e adequado	2	2

**Pergunta 2.** De que forma envolve o doente/pessoa significativa na administração de AAN?

Todas as respostas foram unânimes e consideram realização de ensinamentos ao doente/pessoa significativa como a forma de envolvimento da administração de AAN, a validação e reforço dos mesmos (referido por 2 enfermeiros) e promover o esclarecimento de dúvidas por parte do doente.

<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Educação do doente/pessoa significativa	14	16
Promover o esclarecimento de dúvidas	2	

**Pergunta 3.** Quais os temas que aborda no ensino ao doente/pessoa significativa, enquanto promotor de uma administração segura de AAN? (enumere pelo menos 3)

<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Finalidade do tratamento com AAN	2	33
Esquema do tratamento com AAN	2	
Efeitos secundários do tratamento com AAN	13	
Complicações associadas à administração de AAN (EV) – extravasão	3	
Cuidados a ter com acesso venoso	9	
Complicações relacionadas com o tratamento – risco de infeção	4	

**Pergunta 3.1.** Em que momento(s) do período de hospitalização realiza esses ensinamentos?

<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Pré-administração de AAN	5	19
Durante administração de AAN	3	
Alta	2	
Durante todo o internamento	9	

**Pergunta 4.** Que aspetos considera optimizadores da segurança do doente na administração de AAN?

Nesta questão foram escolhidos quatro critérios de análise de conteúdo. Pretende-se entender quais os aspetos mais relevantes para a equipa de enfermagem, enquanto optimizadores da segurança na pessoa submetida a terapêutica antineoplásica.

<b>1º Critério: Aspectos centrados no doente</b>		
<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Educação do doente/pessoa significativa	3	5
Validação positiva	2	
<b>2º Critério: Aspectos centrados no protocolo de tratamento</b>		
<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Verificação da correspondência dos AAN com a prescrição	2	9
Dupla verificação	5	
Acondicionamento individualizado dos AAN	1	
Existência de Check-List/protocolo de administração de AAN	1	
<b>3º Critério: Aspectos centrados na administração de terapêutica antineoplásica (EV)</b>		
<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Vigilância da permeabilidade do acesso venoso	3	5
Administração de AAN através de acesso venoso central	2	
<b>3º Critério: Aspectos organizacionais</b>		
<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Formação em serviço	1	2
Colocação de pulseira identificadora no doente	1	

**Pergunta 5.** Considera que as notas de enfermagem refletem os cuidados de enfermagem que presta, relativos à administração segura de AAN?

<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Sim	4	14
Não	10	

**Pergunta 5.1.** Neste âmbito, que informação regista?

Nesta questão foram escolhidos quatro critérios de análise de conteúdo. Pretende-se entender qual a informação registada pela equipa de enfermagem que reflete a segurança dos cuidados prestados na administração de terapêutica antineoplásica.

<b>1º Critério:</b> Informação relacionada com o doente		
<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Educação do doente/pessoa significativa	4	5
Esclarecimento de dúvidas	1	
<b>2º Critério:</b> Informação relacionada com o protocolo de tratamento		
<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Nome do protocolo	7	15
Dia do ciclo do protocolo	8	
<b>3º Critério:</b> Informação relacionada com a administração de AAN (EV)		
<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Verificação da permeabilidade do acesso venoso	3	5
Monitorização dos sinais vitais	2	
<b>4º Critério:</b> Informação relacionada com o AAN administrado		
<b>Respostas</b>		<b>Total</b>
Nome do fármaco administrado	7	24
Dose administrada	2	
Via de administração	1	
Hora de administração	3	
Tempo de perfusão	1	
Reações adversas	10	



**Apêndice 2.**

Quadro de Planeamento de Projeto



**OBJETIVOS GERAIS:**

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica,
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados na administração de AAN.

**LOCAIS DE ESTÁGIO:**

- Serviço de Hematologia Clínica (Serviço A)
- Serviço de Hospital de Dia de Oncologia (Serviço B)
- Serviço de Hospital de Dia (Serviço C)

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>
1. Identificar a missão, estrutura física, organizacional e funcional do serviço, bem como o circuito do AAN	<ul style="list-style-type: none"><li>- Observação da dinâmica funcional do serviço</li><li>- Consultar normas e protocolos do serviço</li><li>- Identificação dos protocolos e/ou normas relativos ao circuito e administração de AAN</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Elabora um relatório onde descreve a missão, estrutura física, organizacional e funcional do serviço, bem como o circuito do AAN</li></ul>
2. Captar a perceção e conhecimentos dos doentes acerca do tratamento com AAN	<ul style="list-style-type: none"><li>- Observação e colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a administração de AAN</li><li>- Inquirição oral, à pessoa submetida a administração de AAN, sobre a perceção e conhecimentos relativos ao tratamento com AAN</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Elabora, por escrito, organizadores mentais para a inquirição de pelo menos 6 doentes, sobre a perceção e conhecimento destes acerca do tratamento com AAN</li><li>- Elabora reflexão sobre o observado bem como do conteúdo da inquirição</li></ul>

<p>3. Analisar os ensinamentos efetuados à pessoa submetida a administração AAN, enquanto parceiro de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação de peritos na prestação de cuidados de enfermagem, à pessoa submetida a administração de AAN</li> <li>- Valida com os enfermeiros o observado sobre os ensinamentos realizados à pessoa submetida a administração de AAN</li> </ul>	<p>- Elabora uma reflexão crítica sobre os ensinamentos realizados na prática clínica <i>versus</i> evidência científica</p>
<p>4. Analisar a documentação efetuada pelo enfermeiro relativa aos cuidados de enfermagem relacionados com a administração de AAN</p>	<p>- Consulta e análise da documentação efetuada pelo enfermeiro, relativa à administração de AAN;</p>	<p>- Elabora um documento do observado: notas de campo</p>
<p>5. Identificar situações de dificuldades na prática clínica dos enfermeiros, relativas à administração de AAN, e a forma como as mesmas são ultrapassadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação de peritos na prestação de cuidados de enfermagem</li> <li>- Entrevista ocasional com enfermeira/o Chefe, responsável e equipa de enfermagem</li> </ul>	<p>- Elabora uma reflexão sobre as estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem para a administração segura de AAN</p>

<p>6. Identificar as intervenções de enfermagem que contribuem para a segurança da pessoa com doença hemato-oncológica, no circuito do AAN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação de peritos na prestação de cuidados de enfermagem</li> <li>- Consultar normas, protocolos e procedimentos do serviço, relacionados com o circuito de AAN</li> <li>- Elaboração de grelha de registo sobre as intervenções de enfermagem que contribuem para a segurança da pessoa submetida a AAN tendo por base a evidência científica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registo na grelha dos elementos observados na prática clínica, tendo por base a evidência científica consultada</li> </ul>
--	--	---

**LOCAL DE ESTÁGIO:**

**– Serviço Farmacêutico (Visita de Observação A)**

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>	<b>INDICADORES DE AVALIAÇÃO</b>
<p>1. Identificar a missão, estrutura física, organizacional e funcional do serviço, bem como o circuito do AAN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação da dinâmica funcional do serviço</li> <li>- Consultar normas e protocolos do serviço</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elabora um texto onde descreve a missão, estrutura física, organizacional e funcional do serviço, bem como o circuito do AAN</li> </ul>
<p>2. Analisar o percurso dos AAN desde a sua preparação até à chegada ao serviço (organização e articulação entre serviço farmacêutico e serviço onde é administrado o AAN)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação de peritos na preparação de AAN</li> <li>- Acompanhamento durante o transporte de AAN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elabora uma reflexão sobre a organização e articulação entre serviços</li> </ul>

3. Identificar as estratégias utilizadas para a prevenção da ocorrência de eventos adversos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação de peritos na preparação de AAN</li> <li>- Consultar normas, protocolos e procedimentos do serviço, relacionados com o circuito de AAN</li> <li>- Elaboração de grelha de registo sobre as estratégias utilizadas para a prevenção da ocorrência de eventos adversos, tendo por base a evidência científica.</li> </ul>	- Regista na grelha os elementos observados na prática clínica, tendo por base a evidência científica consultada
---	---	--

**LOCAL DE ESTÁGIO:**

– **Serviço de Hematologia (Serviço D: local onde exerço funções)**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
1. Identificar as necessidades da equipa de enfermagem inerentes à administração segura de AAN à pessoa com doença hemato-oncológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração de sondagem de opinião</li> <li>- Aplica de sondagem de opinião à equipa de enfermagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elabora e aplica uma sondagem de opinião escrita a pelo menos 80% da equipa de enfermagem sobre a administração segura de AAN</li> <li>- Analisa o conteúdo da sondagem de opinião escrita e apresenta à equipa de enfermagem os resultados obtidos</li> </ul>
2. Dar a conhecer à equipa de enfermagem a importância da	- Promoção de conversas informais, sobre a temática, com os elementos da equipa de enfermagem	- Implementa sessão de informação, no serviço, à equipa de enfermagem, sobre a

<p>temática (incidindo nas necessidades identificadas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção de sessão de informação à equipa de enfermagem sobre a importância da administração segura de AAN</li> </ul>	<p>importância da administração segura de AAN e elabora respetivo relatório da sessão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação de pelo menos 80% da equipa de enfermagem</li> </ul>
<p>3. Capacitar a equipa de enfermagem para a melhoria da documentação relativa aos cuidados de enfermagem na administração de AAN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção de conversas informais, sobre a temática, com os elementos da equipa de enfermagem</li> <li>- Promoção de sessão de informação à equipa de enfermagem sobre a importância da documentação relativa aos cuidados de enfermagem na administração de AAN (registos de enfermagem)</li> <li>- Consulta de registos de enfermagem (antes e após a realização da sessão de informação)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementa sessão de informação, no serviço, à equipa de enfermagem, sobre a importância da documentação relativa aos cuidados de enfermagem na administração de AAN (registos de enfermagem) e elabora respetivo relatório da sessão</li> <li>- Participação de pelo menos 80% da equipa de enfermagem</li> <li>- Elabora notas de campo (monitorização de alterações após sessões formativas)</li> </ul>
<p>4. Implementar estratégias que suportem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente hemato-oncológico submetido a administração de AAN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração de um fluxograma para administração de AAN</li> <li>- Proposta de guia orientador de ensinamentos a realizar à pessoa submetida a administração de AAN</li> <li>- Guia informativo para o doente/família</li> <li>- Apresentação de sugestões de melhoria:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elabora um fluxograma, adaptado ao serviço, com os passos a seguir na administração de AAN</li> <li>- Cria um guia orientador de informação a transmitir (ensinamentos), pelo enfermeiro, à pessoa submetida a administração de AAN</li> </ul>

	<p>.Circuito de AAN distinto de acordo com via de administração do mesmo;</p> <p>.Identificação do AAN de cor distinta de acordo com via de administração do mesmo</p>	<p>- Cria um guia orientador de informação (ensinos) sobre quimioterapia para a pessoa submetida a AAN</p> <p>- Elabora notas de campo (monitorização do número de notificações de incidentes relacionados com o AAN, antes e após a implementação das estratégias)</p>
--	--	---

**Apêndice 3.**  
Cronograma







#### **Apêndice 4.**

Relatório sobre a missão, estrutura física, organizacional e funcional, bem como o circuito do agente antineoplásico dos locais de estágio



## ***Identificar a Missão, Estrutura Física, Organizacional e Funcional do Serviço, bem como o Circuito do Agente Antineoplásico***

### ***Serviço A (Serviço de Hematologia Clínica)***

Constituindo-se parte integrante de numa instituição hospitalar que é uma EPE (Entidade Pública Empresarial), o serviço de Hematologia Clínica encontra-se enquadrado na área hemato-oncológica e de acordo com o seu manual de Qualidade, tem por missão o diagnóstico e tratamento das doenças hematológicas malignas e benignas e das complicações hematológicas de outras patologias, dedicando-se preferencialmente ao tratamento das pessoas com hemopatias malignas.

O serviço de Hematologia Clínica é constituído por um internamento, com a lotação de vinte e uma camas, distribuídas em duas alas, uma de mulheres e uma de homens, com quartos que oscilam entre quatro e três camas. O referido serviço é também composto por uma unidade de transplante (na qual se realizam unicamente transplantes autólogos), com quatro quartos de isolamento, que funciona com uma equipa própria, da qual constam a maioria dos enfermeiros com mais tempo de exercício profissional e que tem a seu cargo também a mobilização, a aférese, o processamento e a criopreservação das células progenitoras hematopoiéticas.

Por outro lado, integra ainda uma valência de Hospital de Dia, de forma a dar resposta a pessoas em regime de ambulatório para administração de terapêutica não citostática ou transfusional, numa sala com 9 cadeirões e uma sala de técnicas para a realização de exames, como o mielograma e a biópsia óssea. Neste mesmo ambiente efetua-se a colocação e manutenção de catéteres venosos centrais às pessoas que se encontram internadas no referido serviço. Este espaço físico é partilhado pela valência da Urgência Referenciada que aqui funciona 24 horas por dia (Atendimento Não Programado Hemato-Oncológico), tendo uma sala de observações com três camas. Dispõe ainda de um laboratório próprio.

O percurso da pessoa com doença hemato-oncológica no serviço de Hematologia pode iniciar-se na consulta de hematologia ou na urgência que o integra, após referência clínica do seu médico ou do médico de outra instituição de saúde.

Cada uma das valências existentes na Hematologia, percorridas pela pessoa com doença hemato-oncológica representam, para esta, momentos e vivências diferentes, ainda que partilhem pontos em comum.

A equipa de enfermagem total é constituída por 35 elementos, que circulam de forma não sistematizada pelas restantes valências - enfermaria de homens, de mulheres, urgência e hospital de dia.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, assistentes operacionais e técnicos, para além dos enfermeiros já mencionados, sendo apoiada regularmente por fisioterapeuta, nutricionista, fisiatra, assistente social ou outras especialidades médicas quando necessário, entre outros.

O facto dos quartos das enfermarias não serem individuais permite, por um lado, que as pessoas com doença hemato-oncológica estabeleçam entre si uma partilha de vivências, de troca de informação, de sentimentos e emoções sendo muitas vezes facilitadores do processo de transição no qual se encontram, no entanto, por outro lado, as diferentes evoluções e desfechos dos que estão junto a si também trazem um impacto relevante à sua integridade. A maioria das pessoas permanece nos quartos durante o dia, incluindo as refeições, em particular as mulheres, que têm a casa de banho inserida na divisão. Existe ainda uma pequena sala com televisão, que dá resposta de forma multiusos, para refeições, receção de visitas ou conversas privadas, que por vezes se revela insuficiente.

O internamento de Hematologia caracteriza-se por estadias frequentes e prolongadas, estando repleto de desafios específicos para as pessoas com doença hemato-oncológica, implicando inúmeras vezes a administração de AAN, pelo que a observação dirigida a esta temática torna-se fundamental, sendo que foi concretizada nas duas enfermarias do internamento hospitalar.

Neste âmbito, importa assim descrever o circuito do AAN, sendo importante distinguir a existência de duas modalidades distintas, consoante se trate de AAN para administração intra-tecal (IT) ou endovenosa (EV).

No primeiro caso, todo o processo é iniciado com a prescrição médica através de um sistema eletrónico, possibilitando a sua visualização por parte dos enfermeiros da unidade onde o doente vai realizar o tratamento, bem como na Unidade de Preparação de Citotóxicos (UCP). Tal gera a elaboração, por parte da equipa de enfermagem, de uma Lista de Verificação de Segurança de Administração Intratecal (LVSAIT) que, de uma forma geral, permite traçar uma linha condutora entre o

momento da prescrição até ao momento da administração da terapêutica, dando a visibilidade de todos os intervenientes envolvidos de forma a garantir a segurança em todo o percurso. Assim sendo, após a chegada da mesma à UCP é iniciada a preparação e identificação da terapêutica citotóxica que posteriormente é transportada pelo assistente operacional até à unidade onde se efetua a administração, transporte este individualizado em mala de transporte fechada e identificada, reservada exclusivamente para essa finalidade.

Já no serviço a terapêutica é rececionada pelo enfermeiro, que verifica o acondicionamento e rotulagem exterior da IT, armazenando-a na sala de trabalho em lugar específico e apenas utilizado para o efeito. No procedimento de administração, onde como intervenientes se destacam o doente, o médico e o enfermeiro, é efetuada uma dupla validação da terapêutica que antecede a administração da mesma pelo médico.

ALVSAIT, envolve assim de uma forma global todos os intervenientes, uma vez que documenta o contacto de cada intermediário com o AAN, promovendo assim uma administração segura, desde o momento da prescrição até ao procedimento de administração do mesmo.

De salientar que todo o procedimento de preparação, transporte, armazenamento e administração de terapêutica citotóxica por via IT com segurança é suportado pela instrução de trabalho existente neste sentido.

No segundo exemplo, referente ao AAN administrado por via EV, todo o processo é equiparado destacando a cor do material de proteção e embalo, nomeadamente saco de cor laranja para IT e de cor preta para EV; o transporte, uma vez que existem malas de transporte, devidamente identificadas e exclusivamente utilizadas para o efeito, variando de cor consoante seja transportado um AAN para administração IT (mala térmica de cor laranja) ou administração EV ou subcutânea (mala azul); a existência de um circuito distinto, bem como o acondicionamento na sala de trabalho em locais determinados dependente da via de administração do citotóxico; sendo comum para ambos a existência de uma Lista de Gestão Diária de Quimioterapia que favorece e facilita a dupla verificação, como condição determinante para a uma administração segura.

## ***Serviço B (Serviço de Hospital de Dia de Oncologia)***

Inserido numa unidade hospitalar que tem por missão desenvolver ações nos domínios da prestação de cuidados de saúde, da prevenção primária e secundária, da investigação, da formação e ensino oncológicos, do rastreio oncológico, do registo oncológico e da colaboração na definição e acompanhamento de execução da política oncológica nacional, constituindo-se como uma instituição de referência para os cidadãos que serve e para os serviços de saúde; o Serviço de Oncologia Médica presta cuidados assistenciais ao doente oncológico, com as vertentes de Ambulatório e Internamento. Efetua diagnósticos clínicos e procede aos tratamentos médicos oncológicos e de suporte aos doentes com neoplasia maligna, mantendo a observação e vigilância após o tratamento. O sector de ambulatório integra as Consultas de Oncologia Médica, o Secretariado Clínico e o Hospital de Dia.

O serviço de Hospital de Dia, local onde decorreu o segundo momento de ensino clínico, durante a 1ª quinzena do mês de Novembro de 2016, encontra-se alocado numa instalações provisórias, repartidas entre o piso 2 e 3, do edifício de Oncologia Médica e Laboratórios, enquanto se processam a trabalhos de melhoria na respetiva área física do mesmo.

Assim sendo, neste momento o serviço é constituído por 3 salas de tratamento (no piso 3) com a lotação total de 14 cadeirões. Pelas características atuais, embora provisórias, estas não permitem a presença de um acompanhante junto da pessoa a realizar tratamento com AAN de forma contínua.

A sala 1, muito embora o espaço seja reduzido, possui um sector de triagem, localizado na entrada da mesma. Está dotado de um computador, impressora, telefone com número direto e um intercomunicador com ligação à Sala de Espera (piso 2). Este local está destinado à:

- triagem de doentes programados para o tratamento,
- triagem de doentes que recorrem ao gabinete de enfermagem para realização de procedimentos de enfermagem,
- triagem e esclarecimento de dúvidas dos doentes através do contacto telefónico.

O referido serviço é também composto por um espaço dotado com 5 camas individualizados através de cortinas, que se destinam-se a doentes que pela natureza

do seu tratamento necessitam de uma vigilância específica e monitorização contínua dos parâmetros vitais, debilitados ou apresentem situação clínica com indicação para permanecer em cama. Este espaço é um quarto do serviço de internamento de Oncologia Médica (piso 2), temporariamente cedido ao serviço de Hospital de Dia para este fim, sendo os recursos humanos garantidos pelo serviço de internamento.

Por outro lado, integra ainda um gabinete de enfermagem localizado no piso 2, a par com as Consultas de Oncologia Médica, sendo que as funções de enfermagem que estão aferidas compreendem: o acolhimento dos utentes que entram pela 1ª vez (entrega do guia de acolhimento, aferição de peso e altura e avaliação dos sinais vitais), o encaminhamento do doente em situação difícil (avaliando a sua situação e prestando os cuidados necessários), o apoio do doente com perturbação emocional em articulação com o Grupo de Psico-Oncologia, a colaboração nas consultas no âmbito das suas funções (ex. observações ginecológicas, citologia, administração de terapêutica analgésica, hormonal, fatores de crescimento e outra terapêutica injetável), a colaboração em exames complementares de diagnóstico e terapêutica (ex. toracocentese, paracentese, medulograma, gasimetria), a heparinização de cateteres totalmente implantados (manutenção), e a execução de pensos.

A admissão ao Hospital de Dia, regra geral, realiza-se de forma programada, pelo que o percurso da pessoa com doença hemato-oncológica pode iniciar-se através do encaminhamento a partir de outras instituições hospitalares de saúde, unidade de cuidados primários, ou ainda, embora menos frequente, por iniciativa própria. Tal é gerador de uma avaliação diagnóstica, sendo a pessoa derivada para uma consulta de especialidade de acordo com o diagnóstico clínico realizado. Posteriormente, na consulta de decisão terapêutica, tendo em consideração o tipo de doença, a sua fase de evolução e características específicas de cada doente é decidido o protocolo a seguir.

Os doentes propostos para tratamento em Hospital de Dia são seguidos e avaliados em consulta médica da especialidade, no que concerne à sua situação médica.

Em situações especiais, são admitidos doentes de forma não programada, para observação e tratamento médico e de enfermagem, nomeadamente, quando os doentes apresentem agudização/agravamento do quadro clínico e/ou exacerbação dos efeitos secundários decorrentes do tratamento de quimioterapia.

O serviço dispõe de um contacto telefónico que é fornecido ao doente e família, sendo incentivado o contacto aquando de qualquer dúvida ou intercorrência, no entanto, se necessário dispõe também de uma sala de observação destinada à observação do doente, estando escalado diariamente um médico para dar apoio ao Hospital de Dia.

Perante um primeiro agendamento do tratamento, o doente é acolhido no serviço pelo enfermeiro sendo realizado o acolhimento do doente e família (com entrega do guia da unidade e contactos telefónicos), preenchida a folha de colheita de dados e realizados ensinamentos de acordo com o protocolo terapêutico a realizar, não descurando tempo para o esclarecimento de dúvidas.

Durante a permanência do doente em tratamento, os cuidados são assegurados pelo enfermeiro responsável do doente, planeando cuidados de enfermagem personalizados e de acordo com as suas necessidades, agilizando e facilitando a adaptação do doente nas diversas fases da sua doença oncológica. Os tratamentos têm uma demora média de 2,26 horas de acordo com dados auferidos e apresentados no plano anual para 2016.

Importa ainda salientar, que a administração de terapêutica antineoplásica é feita na sua maioria por acesso venoso periférico, sendo que esta tendência tem vindo a reverter-se havendo cada vez mais pessoas portadoras de acessos venosos centrais totalmente implantados. Ainda assim, os cuidados de enfermagem na prevenção e controlo da infiltração periférica por citostáticos são uma preocupação traduzida pela aplicação da "Norma de atuação na prevenção e controlo da infiltração periférica por citostáticos" e avaliação do indicador de qualidade "Incidência de Extravasamento de Citostático Administrado por Acesso Venoso Periférico" (IECAAVP), tendo a relação entre o número de doentes com extravasamento de citostáticos administrados por acesso venoso periférico por sessão de hospital de dia e o número de doentes com tratamento citostático por acesso venoso periférico, atingido o valor de 0,17% em 2014 e de 0,15% em 2015 (dados do Relatório e Contas do referida instituição). A análise dos registos de avaliação dos casos ocorridos mantém a evidência do benefício na aplicação do protocolo de atuação.

A alta poderá ser concretizada de duas formas, nomeadamente, a alta da sessão de Hospital de Dia ou então a alta do Hospital de Dia após conclusão dos ciclos de tratamento programados pelo médico.

A equipa de enfermagem é constituída por 11 elementos, cujo tempo de exercício profissional oscila entre os 3 meses e os 12 anos, para além do Enfermeiro Chefe que assume funções de coordenação.

No que respeita ao circuito da terapêutica antineoplásica, importa destacar um elemento que monitoriza todos os procedimentos desde a prescrição até à administração, designadamente o sistema eletrónico adotado no serviço, que permite traçar uma linha condutora entre os vários momentos do circuito do citostático, nomeadamente, prescrição e confirmação (médico), preparação e dispensação (farmacêutico) e administração (enfermeiro) evidenciando assim o cuidado multidisciplinar e dando a visibilidade de todos os intervenientes envolvidos por forma a garantir a segurança em todo o percurso.

Neste sentido, aquando da chegada do doente ao serviço para realização de tratamento, existe uma prescrição prévia que é ativada pelo médico, durante a consulta prévia, ou pelo médico de apoio ao Hospital de Dia após avaliação dos dados analíticos do mesmo. Uma vez confirmada a prescrição, esta é verificada pelo farmacêutico que dá início à emissão de etiquetas e à preparação da terapêutica e sua posterior dispensação. O transporte dos citostáticos é realizado pelo assistente operacional, sendo armazenados no serviço onde vai decorrer a administração da terapêutica em local próprio.

Neste momento, importa evidenciar que vários são os protocolos terapêuticos que contemplam a administração não de apenas um, mas de uma combinação de vários agentes antineoplásicos, pelo que, nestes casos, estes são rotulados e acondicionados individualmente mas posteriormente reunidos e acondicionados em conjunto num saco fechado por selagem térmica permitindo que todos os agentes a serem administrados naquele dia àquela pessoa sejam transportados juntamente, favorecendo a segurança de todo o procedimento.

Frisando ainda a rotulagem, esta assume no âmbito da segurança do doente, um grande valor, pois, pelo simples facto de a informação contida no papel que tem por função identificar o medicamento, a dose do mesmo, a via pelo qual deve ser administrado, a sua estabilidade até ao momento da administração, e ainda a quem deve ser administrada a terapêutica (devendo para tal existir sempre dois dados identificadores), não pode, em momento algum gerar dúvidas de interpretação ou ilegibilidade. O enfermeiro que administra a terapêutica antineoplásica assegura-se que o medicamento que lhe foi disponibilizado pelo serviço farmacêutico corresponde

em todos os aspetos à prescrição médica, sendo esta uma das várias condições para a administração segura do medicamento. Assim, e de acordo com o observado neste serviço, a utilização de rótulos impressos em formato normalizado (sendo que, neste caso em concreto todos os dados são impressos informaticamente), com uma grafia legível, e a informação organizada de uma forma clara e estruturada, reduzem claramente o impacto da produção de erros devido a uma má interpretação e/ou evita períodos de espera pela necessidade de confirmação e esclarecimento de dúvidas.

Uma vez no serviço de Hospital de Dia a terapêutica à validada pelo enfermeiro relativamente a condições de acondicionamento, rotulagem, conformidade com prescrição médica, procedendo posteriormente à sua administração. Todo este processo é suportado pela ordem de serviço "Administração de Medicamentos, Responsabilidades dos Enfermeiros – Procedimentos", na qual é possível realçar a identificação positiva do doente, certificar e assegurar informação ao doente sobre o tratamento que vai efetuar, possíveis efeitos secundários e cuidados inerentes ao tratamento, valorização das queixas do doente e solicitar a sua colaboração do mesmo em todo o procedimento, no sentido de prevenir complicações.

O registo de enfermagem assume aqui uma importância fulcral, sendo que neste serviço é realizado através de uma folha em formato papel que é recuperada a cada vinda do doente a qual é composta por cinco partes fundamentais: uma parte inicial de avaliação diagnóstica realizada na primeira sessão, posteriormente, seguido de um quadro tipo check-list relativo às toxicidades mais frequentemente associadas à terapêutica antineoplásica, permitindo assinalar as alterações que os doentes referem ter vivenciado no domicílio e ainda as observadas no serviço durante a realização do tratamento; uma terceira parte correspondente à avaliação dos parâmetros vitais; seguida de um espaço para o registo da informação relativa ao acesso venoso, nomeadamente, tipo, local, permeabilidade, ocorrência de extravasão e, por fim, um espaço livre para anotação de outras informações relevantes.

O acesso à informação relativa ao doente durante a realização de sessões anteriores de administração de agentes antineoplásicos, bem como, o conhecimento dos efeitos secundários decorrentes do mesmo é vital para a adequação da informação e/ou ensinamentos a transmitir por forma a consolidar os conhecimentos do doente. Por outro lado, o conhecimento de intercorrências em sessões anteriores, permite a adoção de uma estratégia preventiva e de planeamento de cuidados de

forma a antecipar os possíveis riscos, promovendo desta forma a segurança do doente.

No entanto, o sistema de registo de enfermagem em uso é realizado em suporte de papel e não eletronicamente, tornando-se, por vezes, algo morosa a procura do processo de cada doente.

### ***Serviço C (Serviço de Hospital de Dia)***

O serviço de Hospital de Dia, que iniciou a sua atividade em 2012, insere-se na Unidade de Hemato-Oncologia de uma instituição hospitalar privada e tem por objetivo a prestação de cuidados de excelência aos doentes com necessidade de realizar tratamento sistémico para o cancro: quimioterapia, terapêuticas biológicas hormonais, transfusões e recobro de radiocirurgia, realizando cerca de 7500 tratamentos/anos segundo o Manual da Procedimentos do mesmo.

O serviço dispõe de 32 estações individuais de tratamento organizadas por forma a garantir o máximo de privacidade e conforto ao doente com vista a atenuar o sofrimento físico e mental associado ao processo de tratamento. Tal é sobretudo evidenciado, uma vez que se localiza entre dois jardins exteriores visíveis do interior do serviço. Pelas suas características o espaço possibilita ainda que os acompanhantes, familiares ou amigos, permaneçam junto do doente, de uma forma contínua.

O Hospital de Dia dispõe ainda de quatro quartos individuais, equipados como quartos de internamento e utilizados sempre que os tratamentos previstos se prolonguem por mais do que quatro horas, destinando-se a doentes que pela natureza do seu tratamento necessitam de uma vigilância específica, se encontrem debilitados ou apresentem situação clínica com indicação para permanecer em cama.

A sala de trabalho apresenta uma localização privilegiada no centro da sala, com comunicação direta para a sala de utentes e boa comunicação visual com todos os postos de tratamento.

O tratamento sistémico utiliza agentes específicos, destinados a combater a doença oncológica e cuja ação se repercute sobre todo o organismo. Este tipo de tratamento pode ser administrado por diferentes vias, em função do plano elaborado

pela Unidade Multidisciplinar de Patologia, de uma forma individual e personalizada para cada doente. Porém, a maior parte destas intervenções correspondem a administrações de quimioterapia endovenosa por veia periférica ou através de catéter venoso central, de acordo com os diferentes protocolos de tratamento utilizados pelas várias equipas multidisciplinares.

A equipa de enfermagem é composta na sua totalidade por 8 elementos, sendo que apresentam como tempo de experiência profissional no referido serviço entre 1 mês a 5 anos.

No que concerne ao percurso da pessoa com doença hemato-oncológica no serviço de Hospital de Dia, este inicia-se sobretudo por iniciativa própria, por presença de sintomatologia ou alteração ocasional dos parâmetros analíticos, por solicitação de segunda opinião clínica, ou ainda orientadas por outras unidades dentro da instituição, ou de outras instituições de saúde. Neste sentido, após a confirmação do diagnóstico através da consulta de especialidade, quer se trate de uma segunda opinião ou uma tomada a cargo, são levados a reunião multidisciplinar, na qual estão presentes representantes das várias especialidades, nomeadamente, oncologia, cirurgia, radioterapia, imagiologia, medicina nuclear, patologia enfermagem e psicologia. Desta, emerge o plano de tratamento/vigilância a propor ao doente.

Quando é proposto o tratamento de quimioterapia, para além do agendamento da consulta médica é também agendada uma consulta de enfermagem, a qual tem como principal finalidade esclarecer e dotar o doente e família de conhecimentos acerca do tratamento que vai realizar.

No dia da realização da primeira sessão, difere das subseqüentes, uma vez que, após a chegada do doente ao serviço de Hospital de Dia é realizada a apresentação e acolhimento do doente e família/pessoa significativa ao serviço. Paralelamente, são observadas as notas médicas no sentido de validar a realização do tratamento, ou uma possível alteração ou suspensão do mesmo, sendo que na sua ausência é contactado o médico da consulta de especialidade. Por outro lado, perante situações de agudização/agravamento do quadro clínico e/ou exacerbação dos efeitos secundários decorrentes do tratamento de quimioterapia é também contactado o médico, que após observação do doente determina a continuidade ou supressão da sessão, bem como o ajuste da terapêutica de suporte.

Uma vez validado o tratamento, é contactado o serviço farmacêutico por via telefónica, que dá início à preparação da terapêutica antineoplásica, que quando

concluída é da mesma forma comunicado ao serviço. Tal gera a deslocação de um assistente operacional que procede ao transporte dos agentes antineoplásicos até ao serviço. No serviço é preconizada a dupla verificação enquanto ato promotor de segurança, sendo realizada pelo enfermeiro que recebe a terapêutica, através da utilização de um programa informático o qual sustenta, através da leitura de código de barras, a conformidade entre a terapêutica e a prescrição, o que origina “luz verde” para a administração, pelo que é, de seguida, conduzida até ao enfermeiro que vai administrar o agente antineoplásico. No procedimento de administração, onde como intervenientes se destacam o doente e o enfermeiro, é efetuada uma nova validação da terapêutica através da leitura dos rótulos e comparação com a prescrição médica, evidenciando assim a dupla verificação, por distintos elementos da equipa de enfermagem.

Importa ainda clarificar a utilização de equipamentos eletrónicos com o objetivo não de substituir, mais antes de complementar a verificação realizada pelo enfermeiro. É certo que a utilização deste tipo de equipamento demonstra o impacto da tecnologia do código de barras na redução dos erros de medicação, e conseqüente segurança do doente. Porém, neste caso em específico apenas ajuda a garantir que o medicamento correto é administrado ao doente certo, não atendendo aos restantes “certos da medicação”, nomeadamente, dose, via e hora certas. Neste sentido, apesar de se verificar uma verdadeira contribuição para a segurança do doente, esta é, no entanto, insuficiente por si só, pelo que o papel do enfermeiro neste processo é determinante.

Durante todo o processo de administração de terapêutica antineoplásica, o enfermeiro assume um papel fundamental na promoção da segurança do doente, sendo que este é suportado pelo Manual de Procedimentos do serviço. Neste, e através da observação da atuação dos mesmos, é evidente a importância dada à parceria de cuidados que se verifica entre o doente e o enfermeiro, promovendo a proatividade na gestão da sua doença e do seu tratamento, destacando-se os ensinamentos realizados.

O esclarecimento de dúvidas; o fornecimento de informações acerca do tratamento e possíveis efeitos secundários decorrentes do mesmo, adequando a transmissão de informação ao próprio doente e família, àquilo que quer saber e esclarecer, priorizando de acordo com as necessidades dos mesmos; o envolvimento do doente no tratamento e conseqüentemente na sua própria segurança, avaliando as

capacidades do próprio para alertar para possíveis reações adversas; o envolvimento da família/pessoa significativa enquanto pilar fundamental de apoio ao doente, quando este o permite; a promoção da adesão terapêutica no domicílio no que concerne a terapêutica antineoplásica oral ou terapêutica de suporte, uma vez que são determinantes para a continuidade do tratamento; a disponibilidade para esclarecimento e aconselhamento através da disponibilização de um contacto telefónico disponível 24 horas; a entrega de folhetos informativos que suportem os ensinamentos realizados verbalmente, são intervenções que de uma forma individual ou na sua generalidade promovem a segurança do doente.

O doente que realiza o seu tratamento antineoplásico numa vertente ambulatória, necessita de se encontrar preparado e apto para toda e qualquer intercorrência que possa ocorrer após a saída do serviço de Hospital de Dia. Para tal é imprescindível a capacitação do mesmo, visando a sua autonomia na gestão de possíveis complicações.

### ***Serviço D (Serviço de Hematologia)***

O Serviço D apresenta-se como parte constituinte de uma instituição hospitalar EPE de referência no diagnóstico e tratamento da doença oncológica em Portugal, herdeiro dos princípios de tratamento do doente “como um todo” e da análise multidisciplinar do cancro estabelecidos pelos seus fundadores.

O referido serviço de internamento encontra-se inserido no Departamento de Hematologia e é dotado de 26 camas, distribuídas por 9 enfermarias que variam entre duas a quatro camas. É também composto por uma sala de tratamentos, utilizada para realização de tratamentos invasivos como é exemplo a colocação de cateter venoso central ou, em alguns casos, é também utilizada com o intuito de promover a privacidade e tranquilidade do doente em fim de vida, facilitando o acompanhamento da família e/ou pessoa significativa.

A admissão da pessoa com doença hemato-oncológica no serviço é geralmente feita através do Serviço de Atendimento Médico não Programado ou da Consulta de Hematologia, após referenciação clínica. Por outro lado, pelos acordos efetuados pela instituição, recebe também doentes provenientes dos PALOPS.

O diagnóstico é confirmado através da realização de mielograma e/ou biópsia óssea. Quando não constitui um achado analítico ocasional, as pessoas que são recebidas no Serviço de Atendimento Médico não Programado e trazem já uma história de sintomas e de alterações significativas entre um a seis meses de evolução, que geralmente é constituída por astenia, cansaço, emagrecimento, infeções recorrentes e hematomas ou pequenas hemorragias cuja origem não conseguem identificar. Após o exame que confirma o diagnóstico são transferidas, numa questão de horas ou de poucos dias para o internamento (assim que existe vaga) e após a caracterização celular da doença, dá-se início imediato ao tratamento com agente antineoplásicos.

Mediante a doença hemato-oncológica, que pode apresentar vários sub-tipos (sendo que as patologias mais frequentes neste internamento são a leucemia aguda mielóide, a leucemia aguda linfoblástica e o linfoma de não-Hodgkin), assim será o tratamento citostático a que a pessoa irá ser submetidas.

Desde a entrada no serviço para esclarecimento de um diagnóstico até ao fim do ciclo de quimioterapia e consequente recuperação inicial, física e de valores analíticos, a pessoa pode permanecer internada cerca de um mês. E o tratamento inicial efetuado, que constitui a indução de quimioterapia, irá ser consolidado brevemente com outro ou mais ciclos de quimioterapia. Neste sentido, dependendo do número de ciclos a ser completados desde o momento do diagnóstico, frequentemente num período intercalado com estadias em casa, este pode perfazer quase um ano.

No decorrer do internamento podem apresentar sintomas como náuseas, vómitos, alopecia, fadiga, mucosite, febre, infeções, hemorragias, entre outros. A alteração do seu percurso de saúde e de vida, não é só súbita, mas também prolongada e grave. São frequentes as descompensações respiratórias e hemodinâmicas que levam à utilização de fármacos vasopressores ou implicam uma transferência para Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), não sendo linear o seu regresso posterior ao serviço.

A equipa de enfermagem é constituída por 26 elementos, sendo que integra uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, assistentes operacionais e secretariado, que recebem o apoio regular de nutricionista, fisiatra, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, psiquiatra e outras especialidades médicas quando necessário.

Os cuidados de enfermagem desenvolvidos neste serviço focam-se em múltiplos aspetos de forma a dar resposta às necessidades humanas que a pessoa apresenta, sob a forma de atividades que necessitam de ser executadas, como a administração de terapêutica, a avaliação de sinais vitais e vigilância do estado de saúde da pessoa, a realização de ensinos e a validação dos mesmos, a contenção das esperadas infeções decorrentes da ineficiência do sistema imunitário, a colheita de sangue regular que ocorre a fim de verificar a evolução dos valores analíticos ou a manutenção de um ambiente limpo. Mas também se concretiza e de forma preponderante, através da relação terapêutica que ocorre no cuidar transversal a todas elas, caracterizada pela parceria estabelecida, no respeito pelas capacidades e na valorização dos seus papéis.

No que respeita ao circuito do AAN de referir a íntima relação existente entre o serviço D e a Unidade de Preparação de Citotóxicos, ainda que se encontrem em espaços físicos distintos e algo distantes.

Independentemente da via de administração do AAN todo o processo é iniciado com a prescrição médica manuscrita em modelos pré-impresos que é primeiramente verificada pela equipa de enfermagem e que posteriormente procede ao seu envio para o Serviço Farmacêutico.

Uma vez no serviço, a terapêutica antineoplásica é rececionada pelo enfermeiro sendo realizada uma verificação do acondicionamento do transporte e validação da correspondência entre a prescrição e a terapêutica, sendo seguidamente acondicionada em sala própria para o efeito. De salientar, que o transporte que da prescrição médica quer do citostático, após a sua preparação, é realizado por um assistente operacional, em recipiente selado e devidamente identificado.

Todo o procedimento de administração é suportado pela norma de trabalho existente no serviço.

**Apêndice 5.**

Guião para sondagem de opinião à pessoa com doença hemato-oncológica



**Guião para a sondagem de opinião à pessoa com doença hemato-oncológica, sobre a perceção e conhecimentos desta acerca do tratamento com agentes antineoplásicos**

**Identificação da pessoa:**

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ 1º Internamento: \_\_\_\_\_

Protocolo de tratamento: \_\_\_\_\_ Dia do ciclo: \_\_\_\_\_

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade? (conhecimento dos efeitos esperados do tratamento com AAN)**
- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece? (conhecimento dos efeitos secundários do tratamento com AAN)**
- **Como foi adquirido esse conhecimento? (origem da informação sobre tratamento com AAN)**
- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?**
- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?**

(Outras questões que surgissem como adequadas nesse encontro)



**Apêndice 6.**

Conjunto de opiniões de pessoas com doença oncológica



## **PROJETO DE INTERVENÇÃO CLÍNICA**

### **“Intervenções de Enfermagem na Administração de Agentes Antineoplásicos: segurança da pessoa com doença hemato-oncológica”**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

#### **OBJETIVO:**

Captar a percepção e conhecimentos da pessoa com doença hemato-oncológica acerca do tratamento com agentes antineoplásicos

Almejando a segurança do doente submetido a terapêutica antineoplásica e atendendo à premissa de considerar a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem como protagonista dos mesmos, promovendo uma abordagem centrada na pessoa valorizando a sua individualidade e centrando-se no seu projeto de vida, experiências, crenças, necessidades e expectativas, que influenciam a sua resposta perante a doença, a incapacidade e, a eventual perda de autonomia, entendeu-se como fundamental captar as percepções e conhecimentos das pessoas com doença oncológica a realizar tratamento com agentes antineoplásicos ao longo dos três contextos de estágio realizados (Estágio A, B e C). Para tal foram elaborados organizadores mentais que servissem de guião à referida sondagem de opinião, ainda que não limitadores da mesma. De referir ainda que o contacto com os intervenientes era precedido de uma breve explicação e apresentação dos objetivos da sondagem de opinião, estando esta condicionada ao consentimento dos mesmos. As partilhas auferidas foram compiladas neste documento, seguidas de uma breve análise de acordo com cada local de estágio.

**Conjunto de opiniões de pessoas com doença hemato-oncológica,  
submetidas a tratamento com agentes antineoplásicos**  
***Serviço A (Serviço de Hematologia Clínica)***

1. Sexo: F Idade: 63 anos Diagnóstico: Leucemia Mielóide Aguda 1º  
Internamento: Sim Protocolo de tratamento: Indução Dia do ciclo: +1

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É o medicamento que me vai ajudar a curar a minha doença má.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim, os enjoos, o cabelo cai.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Através de conversas com outras pessoas, com os enfermeiros, e pelos folhetos.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Eu acho melhor não saber nada, quanto mais sei mais nervosa fico. É muita coisa ao mesmo tempo.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Sim.

---

2. Sexo: F Idade: 61 anos Diagnóstico: Leucemia Mielóide Aguda 1º  
Internamento: Sim Protocolo de tratamento: Indução Dia do ciclo: +9

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É o tratamento para tratar o meu problema.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim, o cansaço, as plaquetas baixam, a queda de cabelo, mas isso nunca foi um problema para mim.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** As minhas irmãs também tiveram esta doença na mama e fizeram tratamentos, e eu vivi estas coisas com elas. Os médicos e os enfermeiros também ajudaram, e os folhetos que me deram também.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sim, claro.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Sim.

---

3. Sexo: M Idade: 38 anos Diagnóstico: Leucemia Mielóide Aguda em recaída  
1º Internamento: Não Protocolo de tratamento: Archimbau Dia do ciclo: +17

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É um tratamento invasivo para a remissão da doença localizada na medula.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim, náuseas, vômitos, cansaço, queda de cabelo, anemia, diminuição das plaquetas, entre outros.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Informação disponibilizada cá no hospital pelos médicos e enfermeiros. Os folhetos que me deram ajudaram e quando tenho dúvidas pergunto. Decidi não procurar nada na Internet e esclarecer todas as dúvidas aqui.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sim, para percebermos o que está a passar connosco e não sermos apanhados de surpresa.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Sim, sempre que vêm fazer qualquer coisa explicam sempre e se tenho alguma dúvida pergunto e fico mais esclarecido.

---

4. Sexo: M Idade: 69 anos Diagnóstico: Leucemia Mielóide Aguda secundária a Síndrome Mielodisplásico (diagnosticado à 4 anos) 1º Internamento: Sim  
Protocolo de tratamento: Indução Dia do ciclo: +8

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É para arrastar as células doentes da medula.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim... (não desenvolvendo mais o assunto).

- **Sabe que podem surgir náuseas, vômitos, queda de cabelo, cansaço, alteração do trânsito intestinal, entre outros?** Sim, sim, claro...

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Quando os meus pais ficaram doentes sempre me preocupei em saber o que se passava com eles e pesquisei muito. Quando aconteceu comigo, já há quatro anos atrás e também agora, fiz uma pasta com a minha pesquisa; e quando cheguei aqui tirei logo um folheto para ler, quando me apresentaram o serviço.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sim, sim.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Sim, sempre me explicaram tudo.

---

5. Sexo: F    Idade: 40 anos    Diagnóstico: Linfoma de Burkitt    1º Internamento:  
Sim

Protocolo de tratamento: HyperCVAD (ciclo B)    Dia do ciclo: +2

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É para curar o cancro.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim, náuseas, vômitos, queda de cabelo.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Tive pessoas conhecidas em situações semelhantes.

- **E cá no Hospital, explicaram alguma coisa?** Sim, entregaram-me um folheto mas ainda não tive tempo para ler (de referir que no dia +0 do tratamento acompanhei a enfermeira durante o esclarecimento de dúvidas e realização de ensinios sobre o tratamento com AAN, sendo entregue o referido folheto e abordadas sucintamente as temáticas nele descritas. No entanto, no momento da inquirição tal não foi valorizado pela doente).

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sim, mas aconteceu tudo tão depressa que parece que não estou a conseguir acompanhar.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Sim.

---

6. Sexo: F    Idade: 50 anos    Diagnóstico: Leucemia Mielóide Aguda em recaída  
1º Internamento: Não    Protocolo de tratamento: Re-Indução    Dia do ciclo: +30

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É um tratamento para destruir as células cancerosas mas que também destrói as células boas.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim, náuseas, vômitos, cansaço, queda de cabelo, diminuição do apetite.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Acompanhei a minha prima e a minha patroa, que passaram por esta doença.
  - **E após o internamento não lhe explicaram nada?** Os médicos e os enfermeiros foram explicando e até me deram uns papéis a explicar.
  - **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sim.
  - **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Sim.
- 

7. Sexo: F    Idade: 32 anos    Diagnóstico: Leucemia Linfoide Aguda  
1º Internamento: Não    Protocolo de tratamento: R-HyperCVAD (ciclo B)    Dia do ciclo: +17

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É o tratamento para a leucemia.
- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim, náuseas, vómitos, alopecia, cansaço, anemia, as plaquetas e os neutrófilos baixam.
- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Antes de iniciar o tratamento, a informação provinha sobretudo da partilha de experiências com conhecidos a passar por uma doença oncológica e por consequência por tratamentos semelhantes. Com o diagnóstico e o internamento, a informação veio sobretudo dos enfermeiros, através de conversas e dos folhetos entregues.
- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sim, para mim é muito importante saber o que pode ocorrer, para que eu me possa ir interpretando os sinais do meu corpo e antecipar-me às complicações. Nos primeiros ciclos não conseguia controlar, nem antecipar nada, no entanto agora já se torna mais fácil antever. No entanto, nos primeiros contactos com os profissionais de saúde desde hospital, gostava que tivessem falado, não daquilo que eu já sabia (que era uma doença difícil, que o tratamento ia ser complicado e que implicava inúmeros internamentos), mas na prática o que iria acontecer, quantos ciclos seriam, que alguns poderiam ser feitos em ambulatório e que não seria sempre necessário o internamento, de forma a que eu pudesse organizar minimamente o meu futuro já que venho de longe.
- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Claro que sim. Apesar de ter acesso, optei por não insistir na procura de informação

na Internet e rescindir-me ao que aqui me é transmitido pois as pessoas estudaram para isso mesmo e eu acredito que são os melhores para me informar.

---

**8. Sexo:** M **Idade:** 57 anos **Diagnóstico:** Leucemia Linfóide Aguda  
**1º Internamento:** Não **Protocolo de tratamento:** HyperCVAD (ciclo B) **Dia do ciclo:**  
+5

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É um mal necessário. É um tratamento que arrasta tudo o que é mau, mas como consequência tudo o que é bom também.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim, cansaço, mau estar geral, dores de cabeça, náuseas e vômitos.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Antes de ficar internado o conhecimento que tinha provinha de pessoas conhecidas que já passaram por isto. Depois de estar aqui, vem sobretudo porque vivi na pele tudo e os enfermeiros e os médicos que foram explicando.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sim.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Sim, são uma simpatia, sempre disponíveis.

---

**9. Sexo:** F **Idade:** 69 anos **Diagnóstico:** Leucemia Aguda mista  
**1º Internamento:** Não **Protocolo de tratamento:** HyperCVAD (ciclo B) **Dia do ciclo:**  
+17

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É um tratamento que me põem pelo catéter para tratar o meu problema, que destrói o que é mau mas também o que é bom.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim, diarreia, cansaço, queda de cabelo.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Eu quando vim para aqui não sabia nada, os médicos e os enfermeiros é que me explicaram tudo.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sim.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Sim, porque perceberam que no primeiro dia eu não estava a perceber nada e então explicaram-me por outras palavras.

---

**10. Sexo:** F **Idade:** 25 anos **Diagnóstico:** Leucemia Mielóide Aguda

**1º Internamento:** Sim **Protocolo de tratamento:** Indução **Dia do ciclo:** +3

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É a utilização de citostáticos dirigido para o tratamento da leucemia.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim, antes do diagnóstico e internamento sabia o básico, que provoca náuseas, vômitos e que o cabelo cai. Aqui com a explicação dos enfermeiros e o folheto que me entregaram percebi que podem ser mais abrangentes.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Para além da leitura do folheto ainda não consegui pesquisar muito sobre isso.

- **O que ficou a saber após a leitura do folheto?** Ainda o li apenas na diagonal, mas não sabia que depois da quimioterapia os valores podiam descer a ponto de serem necessárias várias transfusões sanguíneas.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sim.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Sim, foram as pessoas que mais informação me deram.

---

**Análise do observado, bem como do conteúdo da sondagem de  
opinião à pessoa com doença hemato-oncológica  
*Serviço A (Serviço de Hematologia Clínica)***

Foi inquirida a opinião de pessoas com doença hemato-oncológica, em contexto de internamento, de forma a perspetivar a sua visão acerca da temática abordada.

O contacto com os intervenientes ocorreu através de uma conversa orientada por um guião construído para esse fim, após uma breve explicação do motivo da inquirição, a qual gerou um consentimento para o seguimento da mesma, tendo sido registadas as opiniões de dez pessoas com doença hemato-oncológica com idades compreendidas entre os 25 e os 69 anos. De referir que todas as inquirições e observações realizadas neste âmbito, não foram realizadas de forma equitativa, pelo que as relações que daqui decorrem devem ser interpretadas como ilustrativas.

Da análise do conteúdo da sondagem de opinião pode-se constatar que os doentes apresentam conhecimentos sobre a doença oncológica e tratamento com agentes antineoplásicos (AAN), sendo notório que na amostra inquirida as pessoas com idades inferiores a 65 anos apresentam um maior nível de conhecimento, face às pessoas com idades superiores. A maioria referiu-se à quimioterapia como um tratamento para a sua doença, não especificando o diagnóstico, nem utilizando a palavra cancro. Alguns referiram ser o tratamento para o cancro, leucemia, ou até de uma forma mais específica, ainda que básica, referindo-se à ação desta sobre a medula óssea. Nenhum negou conhecimento acerca do tratamento com AAN.

Quando explorada a existência de efeitos secundários, a resposta foi unânime e positiva, sendo que a maioria apresentou dois ou mais efeitos secundários associados ao tratamento com citostáticos. Apenas uma pessoa se mostrou sem resposta, no entanto, quando lembrados alguns dos possíveis efeitos secundários associados a este tipo de tratamento, concordou assertivamente demonstrando conhecimento dos mesmos. De salientar que cinco dos inquiridos se encontravam em situação de primeiro internamento na área de Hematologia, pelo que o contacto com a administração de AAN era prematuro, no entanto, destes apenas um demonstrou certa insegurança quando abordada a temática, sobretudo transmitida pela linguagem pausada, o encolher de ombros e até ausência de resposta.

Mais uma vez a opinião foi coincidente e positiva, quando questionados acerca da importância da informação relacionada com o tratamento com AAN, porém as respostas divergem quando averiguada a forma de aquisição desse conhecimento. Desde a partilha de experiências com familiares e amigos, a informação verbal e escrita fornecida por enfermeiros e médicos, à pesquisa realizada a título individual, estas foram as formas nomeadas, pelas pessoas como indutoras de conhecimento.

Uma análise mais pormenorizada, denota que, se por um lado, existem pessoas que apontam como promotora de conhecimento a informação oriunda de familiares e/ou amigos que passaram por situações semelhantes de tratamento, esta é na sua maioria conjugada ao conhecimento transmitido pelos profissionais de saúde, havendo até referência por parte de dois dos inquiridos, a dois momentos distintos, nomeadamente o período pré e pós-diagnóstico, sendo que no primeiro o conhecimento provinha de experiências prévias/contacto com pessoas em situação semelhante, e no segundo o conhecimento era sobretudo resultante da interação com os profissionais de saúde.

Por outro lado, de destacar que duas pessoas nomearam a informação geradora de conhecimento proveniente unicamente de profissionais de saúde, quer pela forma verbal ou escrita através da entrega de folhetos informativos. Quando questionadas acerca da procura autónoma de informação ambas demonstraram total confiança na equipa de saúde, desvirtuando desta forma qualquer informação proveniente de pesquisa na internet, revistas, sendo que as apontam como nem sempre fiáveis. De referir que estes relatos correspondem a duas das pessoas mais jovens do grupo de inquiridos (nomeadamente de 25 e 38 anos).

Apenas uma pessoa referiu a procura autónoma de informação, como principal fonte de conhecimento, a par do folheto informativo disponível no serviço, mas que a mesma refere ter sido autónoma na sua recolha e leitura, mesmo antes deste ser disponibilizado pelos enfermeiros.

Todos os elementos desta pequena amostra consideram os enfermeiros como importantes elementos promotores do conhecimento acerca do tratamento com AAN.

**Conjunto de opiniões de pessoas com doença oncológica,  
submetidas a tratamento com agentes antineoplásicos  
*Serviço B (Serviço de Hospital de Dia de Oncologia)***

1. Sexo: F    Idade: 65 anos    Diagnóstico: Ca. Recto    1º Tratamento: Não  
Protocolo de tratamento: Folfiri + Bevocizumab    Dia do ciclo: +13

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É um tratamento muito doloroso para tratar o cancro.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim, cansaço, secura de todas as mucosas, aftas                   , queda de cabelo e muitos, muitos outros.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Foram as enfermeiras que me explicaram tudo.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Claro... é importantíssimo. No meu caso, eu tenho uma necessidade enorme de ter a minha cabeça organizada e arrumar as minhas gavetas, pois só assim é que consigo manter a minha sanidade mental. Estar informada e saber o que pode acontecer e o que posso fazer é muito importante para lidar com a doença da melhor maneira possível.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Sim, foram e são as pessoas com quem eu esclareço as minhas dúvidas, me ensinam, aconselham e me dão dicas para manter uma vida com qualidade apesar da quimioterapia.

---

2. Sexo: F    Idade: 40 anos    Diagnóstico: Ca. Mama    1º Tratamento: Não  
Protocolo de tratamento: Trastuzumab + Emtansina    Dia do ciclo: +7

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É um veneno.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** De todos os tratamentos que fiz cada um teve efeitos secundários diferentes, porque os medicamentos eram diferentes: queda de cabelo, cansaço, náuseas e vômitos, palidez, alterações nas unhas.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Da primeira vez, quando me falaram sobre isto, explicaram-me e não me explicaram nada... eu estava tão aturdida que não ouvi nada, fixava as palavras difíceis e depois tentava procurar em casa, na Internet. Mas foi nos grupos de ajuda, com a partilha de experiências entre pessoas na mesma situação que fui percebendo o que podia acontecer.
  - **Mas quando realizou os seguintes ciclos de quimioterapia no Hospital de Dia não lhe explicaram?** Explicaram, mas nessa altura eu já sabia o que podia acontecer.
  - **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sim... é importante, mas no início não ouvimos nada.
  - **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Sim, tiveram, foram sempre atenciosos e preocupados com o meu estado durante a quimioterapia e o que podia sentir de efeitos secundários e como os podia prevenir ou minimizar.
- 

3. Sexo: M    Idade: 59 anos    Diagnóstico: Ca. Pulmão    1º Tratamento: Não  
Protocolo de tratamento: Gencitabina + Cisplatina    Dia do ciclo: +2

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É um tratamento para tratar a minha doença.
  - **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Tem... mas não consigo explicar.
  - **Pode causar náuseas, vômitos, queda de cabelo, fadiga...** Sim, a pele fica mais sensível, prisão de ventre, diminuição da força.
  - **Como foi adquirido esse conhecimento?** Eu fui sabendo algumas destas coisas porque o meu irmão, que já cá não está, também passou por isto. Mas quando me calhou a mim, de cada vez que eu venho cá as enfermeiras explicam-me e fazem-me perguntas.
  - **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sim, é muito importante sabermos o que nos pode acontecer mas às vezes é muito complicado.
  - **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Claro, são eles que estão aqui sempre connosco.
-

4. Sexo: F Idade: 57 anos Diagnóstico: Ca. Cólon 1º Tratamento: Não  
Protocolo de tratamento: Folfox + Bevacizumab Dia do ciclo: +10

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É um tratamento para travar a doença e reduzir as metástases.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim... é um tratamento com muitos efeitos secundários, mas que depende do medicamento, por exemplo náuseas, aftas, diminuição do apetite, queda de cabelo, dores musculares, confusão, esquecimento...

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Aqui foram excecionais e as enfermeiras explicaram-me tudo. Mas também tenho a sorte da minha filha ser enfermeira e alertar-me para uma série de coisas... nisso sou uma privilegiada.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sim, é muito importante para não nos assustarmos com o que pode acontecer e prevenirmos certas complicações.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Sim, são excecionais!

---

5. Sexo: M Idade: 82 anos Diagnóstico: Ca. Cólon 1º Tratamento: Sim  
Protocolo de tratamento: Folfiri Dia do ciclo: +1

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É um tratamento para tratar o cancro.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim. Cai o cabelo, uma pessoa tem mal-estar, pode enjoar e até vomitar, fica mais cansada e tem que ter outros cuidados.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** O doutor explicou-me por alto e quando a minha mulher veio fazer estes tratamentos, já lá vão 16 anos, era eu que estava ao lado dela sempre, sofri mais do que ela.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Ora claro, agora as coisas estão muito melhores que antigamente.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Sim, a enfermeira antes de eu começar a levar o tratamento teve a explicar ao meu filho e a mim o que podia acontecer e o que tinha que fazer.

---

6. Sexo: F    Idade: 82 anos    Diagnóstico: Ca. Cólon    1º Tratamento: Não  
Protocolo de tratamento: Folfiri    Dia do ciclo: +4

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** Oh, eu não sei nada sobre isto. Só sei que é um tratamento para tratar a doença que eu tenho.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** O cabelinho caiu-me, as forças são cada vez menos, vomitei muito das primeiras vezes, o apetite é muito pouco.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Foi quando eu estive na sala grande, da primeira vez, que as meninas enfermeiras explicaram tudo a mim e à minha filha... e também me deram um livro com essas explicações.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sim, é sempre bom saber estas coisas.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** As enfermeiras andam sempre atarefadas. É muita gente a precisar delas... E por isso nem sempre há tempo para a gente conversar. Mas são muitos atenciosas... são uns anjos!

---

**Análise do observado, bem como do conteúdo da sondagem de  
opinião à pessoa com doença oncológica  
*Serviço B (Serviço de Hospital de Dia de Oncologia)***

No decorrer do segundo estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem, foi inquirida a opinião de pessoas com doença oncológica, com o intuito de identificar as percepções e os conhecimentos das mesmas acerca do tratamento antineoplásico.

De salientar, que a abordagem à pessoa foi sempre iniciada pela apresentação do objetivo da sondagem de opinião, estando condicionada ao consentimento para a consecução da mesma. Neste sentido, foram inquiridas seis pessoas com doença oncológica, com idades compreendidas entre os 40 e os 82 anos. A ambição inicial desta sondagem centrava-se em conhecer as opiniões de pessoas com doença hemato-oncológica, porém, dada a escassez de doentes hemato-oncológicos a realizar tratamento antineoplásico na referida unidade e a não coincidência com o período de estágio, optou-se por considerar para efeitos de inquirição todas as pessoas com patologia oncológica, independentemente da sua origem ou localização, uma vez que se entendeu que a visão do doente acerca do tratamento com agentes antineoplásicos é algo não determinado pelo tipo de doença, mas antes condicionado por outros aspetos de acordo com a literatura consultada.

Sendo assim, dos seis testemunhos, quatro apresentavam patologia oncológica associada ao aparelho digestivo (cólon e recto) e os restantes dois, patologia do pulmão e da mama. De sublinhar, que este grupo de doentes foi selecionado de forma absolutamente aleatória e, quando abordados individualmente, não foi realizado de forma equivalente, pelo que as conclusões retiradas não devem ser generalizadas.

Da análise do conteúdo da sondagem de opinião verifica-se que, em termos globais, no que se refere ao conhecimento acerca da doença oncológica e tratamento com AAN, não são encontradas distinções consoante a idade dos doentes. No que respeita ao conhecimento face à quimioterapia e sua finalidade, apenas duas pessoas referiram tratar-se do tratamento para o cancro na sua generalidade, sendo que as restantes reportaram ser um tratamento para a sua doença, sendo considerado ainda como um veneno por parte de um dos inquiridos. Não houve ausência de respostas face ao conhecimento sobre o tratamento.

De uma forma geral, a maioria apresentou de forma unânime conhecimento relativamente aos efeitos secundários associados à tratamento com terapêutica antineoplásica, sendo que todos os inquiridos nomearam pelo menos três efeitos, à exceção de uma pessoa que quando questionada inicialmente, demonstrou apresentar dúvidas e insegurança face ao tema, manifestado pelo silêncio, encolher de ombros, não apresentando qualquer resposta concreta, mas que após a nomeação de alguns dos possíveis efeitos secundários, continuou essa listagem, denotando não falta de conhecimento, mas antes insegurança ou receio em partilhar esses conhecimentos. Das respostas apresentadas o cansado e a diminuição de força, a alopecia e a sensação de náuseas e/ou vômitos, foram os mais frequentemente referidos.

Quando explorada a questão da origem do conhecimento, a opinião foi coincidente e unânime, descrevendo que a aquisição de conhecimento é maioritariamente proveniente dos profissionais de saúde, fazendo alusão ao médico, mas sobretudo aos enfermeiros, através de transmissão de informação verbal e escrita. Por outro lado, expressam ainda como promotores de conhecimento a internet e a partilha de experiências com pessoas que ultrapassaram ou vivenciam situações semelhantes, através da participação em grupos de apoio. Tal foi mencionado pelo inquirido com patologia oncológica da mama, denotando assim importância que estes grupos de apoio assumem sobretudo para a mulher com cancro da mama. De destacar, que uma das pessoas sondadas fez referência ao período em que iniciou o tratamento, descrevendo que houve uma efetiva transmissão de informação por parte da equipa de enfermagem, no entanto com ausência de apreensão da mesma face à instabilidade emocional que o diagnóstico recente da doença provocou. Quando questionada, demonstrou ter posteriormente consolidado o conhecimento, mas através da procura autónoma de informação na Internet, apesar de que nas sessões posteriores foi efetuado o reforço dos ensinamentos anteriormente realizados pelos enfermeiros.

No que concerne à importância atribuída à informação acerca do tratamento com agentes antineoplásicos, a resposta foi mais uma vez unânime e positiva, sendo que paralelamente é valorizada a intervenção de enfermagem neste âmbito, dado que todos manifestaram o enfermeiro como elemento central na transmissão de informação.

**Conjunto de opiniões de pessoas com doença oncológica,  
submetidas a tratamento com agentes antineoplásicos**  
***Serviço C (Serviço de Hospital de Dia)***

1. Sexo: F    Idade: 64 anos    Diagnóstico: Ca. Mama    1º Tratamento: Não  
Protocolo de tratamento: Paclitaxel + Bevacizumab    Ciclo: 1    Dia do ciclo: +1

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É um tratamento para a minha doença.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim, cansaço, vômitos, aumenta a tensão arterial, sensação de formigueiro.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** A Doutora na consulta explicou-me e depois os enfermeiros aqui vão-me sempre dando mais informação... estou bem entregue.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sim, para sabermos o que nos pode acontecer e não sermos apanhados desprevenidos.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Sim, são muito importantes.

---

2. Sexo: F    Idade: 49 anos    Diagnóstico: Ca. Mama    1º Tratamento: Não  
Protocolo de tratamento: Paclitaxel    Ciclo: 5    Dia do ciclo: +1

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É um tratamento, no meu caso, dirigido ao cancro da mama.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim, tem vários efeitos secundários, desde náuseas e vômitos, dores, queda de cabelo, cansaço...

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Eu decidi não procurar nada por minha conta, sobretudo na internet, por nem tudo ser completamente viável. Tudo me foi transmitido pela Doutora e pela enfermeira na consulta.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Claro que sim!

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Muito importante. Ao fim ao cabo, desde a primeira consulta onde me informaram do que era a quimioterapia, quais os efeitos secundários possíveis até ao Hospital de Dia onde me acompanham em cada sessão e até mesmo por telefone... sempre me senti muito resguardada.

---

3. Sexo: F Idade: 44 anos Diagnóstico: Ca. Mama 1º Tratamento: Não  
Protocolo de tratamento: Trastuzumab Ciclo: 6 Dia do ciclo: +1

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É um conjunto de medicamentos para tratar a minha doença.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim, cansaço, queda de cabelo, alteração do olfato, náuseas, diminuição do apetite.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Num primeiro momento as informações foram-me dadas pela médica, sendo que foram muito resumidas. Num segundo momento, a enfermeira da clínica da mama foi fantástica e ajudou-me a perceber a importância do tratamento, os efeitos secundários associados e a forma de os contornar... foi um grande apoio. Numa terceira fase a MamaHelp foi a principal responsável pelo esclarecimento e acompanhamento durante o tratamento. Foram sem dúvida um pilar orientador.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sem dúvida... é importantíssimo, senão o medo apodera-se de nós.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Sim, desde a enfermeira na clínica da mama aos enfermeiros do Hospital de Dia que me acompanharam nos tratamentos, todos são determinantes na qualidade dos tratamentos.

---

4. Sexo: F Idade: 62 anos Diagnóstico: ADC Cólon 1º Tratamento: Não  
Protocolo de tratamento: Folfiri + Bevacizumab Ciclo: 6 Dia do ciclo: +1

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É uma medicação para debelar...para impedir o avanço... o desenvolvimento da minha doença.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim conheço, sendo que dependendo do protocolo que fiz podem alterar ligeiramente, por exemplo, náuseas, vômitos, alterações intestinais, cansaço, aparecimento de aftas que denominam de mucosite, entre outros.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Eu considero-me bem informada acerca da minha doença, bem como do tratamento. Sempre fui muito ativa da procura de informação, considerando apenas a informação disponível em sites fidedignos, fazendo simultaneamente uma triagem do que é publicado. Mas, foi sobretudo o médico na consulta e os enfermeiros já aqui no Hospital de Dia, ou seja, foram estes os profissionais que mais informação me transmitiram sobre quimioterapia.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** A informação é conhecimento e o conhecimento é segurança. Durante a realização dos tratamentos o sentimento de segurança é muito importante. Sempre me senti segura com os profissionais que me acompanharam até aqui, em parte porque sempre foram transparentes naquilo que me transmitiram. Quer o médico na consulta, que sempre teve e tem uma postura muito correta informando-me a mim e à minha família de todos os pormenores da doença e dos tratamentos a realizar, muito provavelmente também pela minha forma de encarar todo este processo, pois quero saber tudo o que se passa comigo, para poder compreender os sinais do meu corpo e também perceber quais são as minhas limitações. Os enfermeiros também são um importante poço de informação, se é que assim os posso chamar, pois são todos eles incansáveis nas explicações sobre o tratamento, assegurando a minha segurança, quer psicológica quer física.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Importantíssimo, acho que com tudo o que disse anteriormente acabei por já responder a esta pergunta.

---

5. Sexo: F    Idade: 40 anos    Diagnóstico: Ca. Mama    1º Tratamento: Sim  
Protocolo de tratamento: Paclitaxel    Ciclo: 8    Dia do ciclo: +1

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É um cocktail de medicamentos, ou seja, acaba por ser uma bomba para o meu organismo, no sentido de combater a doença.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim, os efeitos secundários são muitas vezes mais gerais, como náuseas, vômitos, queda de cabelo, cansaço ou, mais específicos dependendo do medicamento em causa, como por exemplo, dores musculares, parestesias.

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Inicialmente foi pela minha mãe que realizou um tratamento por um cancro do útero há cerca de 10 anos, depois pelo médico e na consulta da mama onde me deram indicações mais gerais. Mais tarde cá no Hospital de Dia, foi onde me deram indicações mais práticas e referentes a cada medicamento que me era administrado.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Sim, é muito importante, pois desta forma estamos mais alerta para o que pode acontecer e de seguida poder atuar.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Foram muito importantes as indicações dadas pela enfermeira na consulta, de forma a preparar-me para o início do tratamento. E cá (Hospital de Dia), com a administração dos medicamentos ou com a mudança dos mesmos, iam-me alertando para os pormenores e particularidades que podiam ocorrer, disponibilizando até informação sobre grupos de apoio como o Mama Help.

---

6. Sexo: M Idade: 64 anos Diagnóstico: ADC Cólon 1º Tratamento: Não  
Protocolo de tratamento: Folfiri + Cefuximab Ciclo: 1 Dia do ciclo: +8

- **O que é a quimioterapia e qual a sua finalidade?** É um tratamento para o meu problema atual... isto já não é novo para mim, mas é a medicação que permite travar o cancro.

- **Sabe se tem efeitos secundários? Se sim, quais conhece?** Sim, tem... eu já passei por isto antes e sei precisamente o que pode acontecer, mas depende do tipo de medicamento e vai desde náuseas e vômitos, a prisão de ventre, queda de cabelo...

- **Como foi adquirido esse conhecimento?** Foi sobretudo pela minha experiência anterior, mas como já passou tanto tempo e a minha situação atual acaba por ser bastante diferentes, muitas são também as coisas novas. Mas posso dizer que a maior parte da informação que recebi me foi transmitida pelo médico durante as consultas e sobretudo, agora durante os tratamentos, pelos enfermeiros.

- **Considera importante estar informado acerca do tratamento com quimioterapia?** Nem poderia ser de outra maneira. Eu acho que o fato de estarmos informados melhora em muito a forma como os tratamentos são ultrapassados. Sabemos o que pode acontecer, estamos mais alerta e despertos para qualquer sinal que o nosso corpo nos possa dar e sabemos como atuar.

- **Considera que os enfermeiros tiveram um papel importante nos mesmos?** Tiveram e têm um papel importantíssimo, informando, esclarecendo e apoiando as nossas incertezas e dúvidas.

---

**Análise do observado, bem como do conteúdo da sondagem de  
opinião à pessoa com doença oncológica  
*Serviço C (Serviço de Hospital de Dia)***

À semelhança dos estágios anteriores, a obtenção de informação acerca do conhecimento e percepção face ao tratamento com agente antineoplásicos, foi alcançada através de conversas orientadas por um guião construído para esse fim, sendo direcionado à pessoa com doença hemato-oncológica. Porém, dado o reduzido tempo de estágio, e a pouca oportunidade de contacto com pessoas com esta patologia durante esse período, fez com que se contempla-se a pessoa com doença oncológica, independentemente da especialidade inerente, dado considerar-se não ser esse o facto que influencia o conhecimento aportado.

Aquando da abordagem do doente foi sempre explicado o motivo da referida sondagem de opinião e auferido o consentimento para a mesma, pelo que foram inquiridos seis indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e os 64 anos. Destes, quatro apresentavam cancro da mama e dois cancro do cólon, sendo maioritariamente do sexo feminino, com apenas um inquirido do sexo masculino.

Numa apreciação geral, pode aferir-se que os doentes abordados apresentando-se como um grupo bastante homogéneo pelas respostas dadas. Neste sentido, quando questionados acerca do conceito e finalidade da terapêutica antineoplásica, apenas dois dos inquiridos se expressaram como sendo o tratamento para o cancro, um dos quais referindo-se especificamente ao cancro da mama, por ser a patologia a si diagnosticada. Os restantes apenas o descreveram como o tratamento para a sua doença, não referindo em momento algum a palavra cancro, sendo também narrado como um “cocktail de medicamentos” ou ainda de “bomba” no sentido do combate à doença.

No que concerne aos possíveis efeitos secundários associados a este tipo de tratamento, várias foram as respostas, sendo que, todos nomearam três ou mais efeitos possíveis de ocorrer. De entre os mais frequentes, se encontram-se o cansaço, a alopecia e as náuseas e/ou vômitos, para além de outros como por exemplo, as alterações intestinais, parestesias ou dores musculares.

Este grupo de pessoas revelou ser bastante coeso nas respostas apresentadas, pois todos consideraram inegável o valor da informação para a pessoa

submetida a tratamento com agentes antineoplásicos, sendo que, um dos inquiridos relaciona a sua importância com a segurança do próprio doente, fazendo uma analogia entre a informação, o conhecimento e a segurança.

Desta forma, quando indagados acerca da proveniência da informação alegaram como principais fontes os profissionais de saúde, destacando igualmente o enfermeiro e o médico. Um dos inquiridos refere ainda que o seu conhecimento provém da própria experiência anterior, sendo que também são apontados como focos de informação a partilha de experiências com familiares que passaram por situações semelhantes, com grupos de apoio, ou ainda a pesquisa autónoma na internet. Desta última, destaca-se os comportamentos inversos de dois dos inquiridos, pelo que um dos quais explica nunca ter recorrido a outros meios de comunicação para adquirir este tipo de informação, referindo-se à Internet, pela não viabilidade dos dados muitas vezes apresentados. Tal contrasta com o comportamento de outro inquirido que de forma voluntária, acoplou a informação dos profissionais de saúde à informação obtida pela Internet, fazendo questão de salientar a necessidade e importância da triagem dessa mesma informação. De acrescentar, que apenas estes dois elementos fizeram alusão à procura ativa e voluntária de informação na Internet, embora com opiniões distintas.

Ainda neste contexto, é percebido pela análise das opiniões a existência de duas fases na transmissão de informação, uma primeira realizada pelo médico, ainda que de forma resumida, e pelo enfermeiro na consulta, fazendo uma abordagem mais direcionada para o tratamento, pelo que posteriormente, numa segunda fase já no Hospital de Dia, os enfermeiros são os destacados, revelando-se, segundo um dos inquiridos, como aqueles que transmitem informação mais prática e relacionada com cada fármaco em específico.

Por fim, os enfermeiros são percebidos como detentores de indiscutível importância na transmissão de informação, aliás traduzida pelas opiniões de todos os inquiridos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Das sondagens de opinião efetuadas foi possível constatar que:

- as pessoas com idades inferiores a 65 anos apresentam um maior nível de conhecimento face às pessoas com idade superior;
- algumas pessoas com doença oncológica optam pela não verbalização ou adoção de termos para adjetivar e caracterizar a doença;
- Atribuem importância à informação relacionada com o tratamento com AAN;
- apontam como principal fonte de informação os profissionais de saúde, nomeadamente, o enfermeiro e o médico, bem como a partilha de experiências com familiares e/ou amigos em situação semelhante;
- referem o período inicial dos tratamentos como uma fase dificultadora para a aquisição de conhecimentos, pela instabilidade emocional gerada pelo diagnóstico recente;
- consideram os enfermeiros como detentores de indiscutível importância na transmissão de informação geradora de conhecimento sobre o tratamento com terapêutica antineoplásica.



**Apêndice 7.**  
Revisão Integrativa da Literatura



# **Intervenções de Enfermagem na Administração de Agentes Antineoplásicos: Segurança da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica**

## **Revisão Integrativa da Literatura**

Vânia Sofia Gomes Ferreira

**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

### **RESUMO**

**Problemática:** Com o desenvolvimento de novos meios de diagnóstico precoce e tratamentos mais eficazes, a doença hemato-oncológica passou a ser considerada uma doença crónica. De entre os complexos tratamentos, a terapêutica antineoplásica surge como a mais frequentemente realizada, sendo que a multiplicidade de passos, profissionais e serviços que estão inerentes à sua administração, podem gerar erros e comprometer a segurança da pessoa com doença hemato-oncológica na administração de agentes antineoplásicos.

**Desenho:** Revisão integrativa da literatura, utilizando a mnemónica PI[C]O.

**Objetivo:** Com a realização desta revisão integrativa da literatura pretende-se identificar e sintetizar o conhecimento atual disponível sobre as intervenções de enfermagem na administração de agentes antineoplásicos, que promovam a segurança da pessoa com doença hemato-oncológica.

**Metodologia:** A pesquisa foi orientada pela pergunta: “Quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a administração segura de agentes antineoplásicos à pessoa com doença hemato-oncológica internada?” e foi realizada nas bases de dados eletrónicas e pesquisa manual de trabalhos publicados entre Setembro de 2016 e Fevereiro de 2017, tendo sido seleccionados seis estudos que foram incluídos nesta

revisão integrativa após avaliação dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, com diferentes desenhos de investigação.

**Resultados:** No que respeita à segurança da pessoa com doença oncológica submetida a terapêutica antineoplásica os resultados encontrados apontam para a ênfase nas intervenções de enfermagem dando especial destaque à sistematização e padronização das intervenções, à educação e envolvimento do doente e família/pessoa significativa e à formação contínua dos enfermeiros.

**Conclusões:** As intervenções de enfermagem são determinantes na promoção da segurança do doente, assumindo especial importância quando se trata de terapêutica antineoplásica, destacando-se a pessoa com doença hemato-oncológica enquanto elemento central dos cuidados de enfermagem.

**Palavras-chave:** Intervenções de enfermagem; Pessoa com doença hemato-oncológica; Agentes antineoplásicos; Segurança do doente.

## INTRODUÇÃO

Apesar da perspetiva projetada pela Direção-Geral da Saúde para as décadas futuras, expressa pelo pressuposto de um crescimento progressivo do número de novos casos de cancro a nível nacional (Direção-Geral da Saúde, 2016), sendo esta partilhada pela *World Health Organization* (2008) a nível mundial, a ciência na área da oncologia tem evoluído a um ritmo acelerado e com as recentes melhorias na deteção precoce, diagnóstico e tratamento do cancro, as pessoas estão a viver mais, e este pode ser gerido como uma doença crónica (McCorkle et al., 2011).

A par desta tendência, a doença hemato-oncológica em particular, passou a ser encarada como uma doença crónica com remissões e recaídas ao longo da sua história natural, sendo para tal imprescindível o contributo do avanço da medicina nomeadamente da terapêutica que imprime maiores taxas de sobrevivência clínica (sobrevivência aos cinco anos).

De acordo com Sant, et al. (2010), as doenças hematológicas malignas são um grupo heterogéneo de doenças pela sua diversidade na incidência, prognóstico e etiologia. Da mesma forma, também o tratamento apresenta características heterogéneas, apesar da modalidade terapêutica predominante nesta área ser a quimioterapia (Direção-Geral da Saúde, 2016).

A prestação de cuidados de saúde, pela sua natureza, especificidade e complexidade, comporta um certo grau de risco, que quando relacionado com a administração de agentes antineoplásicos pode apresentar consequências irreversíveis ou até mesmo fatais (Rosa, Perini, Anacleto, Neiva e Bogutchi, 2009).

Nesta desejável segurança do doente, entendida pela *World Health Organization* (2009) como um modelo integrado de comportamentos individuais e organizacionais com vista a minimizar os danos nos doentes que podem resultar da prestação de cuidados, os enfermeiros têm uma enorme influência.

Estes são o grupo profissional mais numeroso nos hospitais portugueses e, por força das características do seu papel, delineado pela deontologia profissional, preconizada no pelo artigo 97º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que o enfermeiro deve exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos

cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015) sendo a única classe profissional que permanece 24 sobre 24 horas junto dos doentes. Devido às competências e características do seu desempenho profissional, com uma intervenção clínica determinante, os enfermeiros encontram-se muitas vezes entre a tomada de decisão e a execução. Aquilo que eles pensam, dizem e fazem influencia em definitivo a segurança do doente (Fernandes e Queirós, 2011).

A este respeito, a Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 9) afirma que os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados

em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional.

Nesta linha de pensamento, a Ordem dos Enfermeiros, através da criação de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, destaca, entre outros, que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes, almejando qualidade em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem a segurança está classificada como um diagnóstico, isto é, “Papel: Estar seguro, livre de perigo, risco ou lesão” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 74).

A segurança do doente é hoje internacionalmente reconhecida como uma componente extremamente importante da qualidade em saúde. Porém, apesar da preocupação atual com esta temática, no âmbito nacional, verifica-se uma escassez de estudos portugueses neste domínio, pelo que urge a necessidade de refletir e desenvolver investigações no campo da melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem e, conseqüentemente, em saúde (Fernandes e Queirós, 2011).

Como consequência, torna-se essencial investigar sobre as intervenções de enfermagem que promovam a segurança do doente, no âmbito específico da administração de agentes antineoplásicos. Infere-se, desta forma, que esta é uma área de investigação premente, pois apesar do crescente interesse que a segurança do doente tem merecido, existe uma falta de consciência dos profissionais de saúde, para a sua efetiva importância (Sousa, 2006), sendo por isso fulcral expandir o conhecimento nesta área.

Deste modo, por tudo o que foi exposto, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, no âmbito do curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, tendo como principal finalidade de identificar as intervenções de enfermagem que promovem a segurança do doente hemato-oncológico, na administração de agentes antineoplásicos.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura e caracteriza-se por ser um estudo de síntese. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) este método de pesquisa permite reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema, de forma sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento sobre esse mesmo tema. Souza, Silva e Carvalho (2010), neste contexto, afirmam que diante da necessidade de alicerçar a prática clínica em evidências científicas, a revisão integrativa da literatura tem sido apontada como uma ferramenta extremamente útil no campo da saúde, pelo facto de sintetizar as pesquisas disponíveis sobre determinado tema e direccionar a prática sobre as bases científicas.

Esta revisão integrativa da literatura tem como objetivo identificar e sintetizar o conhecimento atual disponível sobre as intervenções de enfermagem na administração de agentes antineoplásicos, promotoras de segurança à pessoa com doença oncológica. Foi ainda elaborada de acordo com a metodologia proposta por Galvão (2008) e por Souza, Silva e Carvalho (2010), baseando-se em seis etapas distintas, nomeadamente: a definição da pergunta chave, a determinação dos critérios de inclusão e exclusão, a definição da informação a retirar dos artigos seleccionados, a análise dos artigos seleccionados, a interpretação dos resultados encontrados e, por fim, a revisão e apresentação das considerações finais.

Por conseguinte, com esta revisão integrativa pretende-se responder à seguinte questão orientadora: Quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a administração segura de agentes antineoplásicos à pessoa com doença hemato-oncológica internada?

Esta questão foi elaborada segundo a mnemónica PICO (População [P], Intervenção [I], Comparação [C] e Resultados [O]), conforme se encontra exposto no Quadro 1:

**Quadro 1** - Aplicação da mnemónica PI[C]O\* para elaboração da questão de partida e seleção dos termos de pesquisa

<b>P</b>	Participantes	Pessoa com doença hemato-oncológica	<b>Palavras-chave</b>	Intervenções de enfermagem; Pessoa com doença hemato-oncológica; Agentes antineoplásicos; Segurança do doente	
	<b>I</b>	Intervenção			Intervenções de enfermagem na administração de agentes antineoplásicos
		<b>[C]</b>			Comparação
	<b>O</b>	Resultados			Segurança

\*Adaptado de Joanna Briggs Institute, 2014

Por forma a realizar a pesquisa e obter estudos adequados à esta questão orientadora e ao objetivo do estudo, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão apresentados no Quadro 2.

**Quadro 2** - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

<b>CRITÉRIOS DE SELEÇÃO</b>	<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>	<b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>
<b>Participantes</b>	Todas as pessoas com doença hemato-oncológica ou oncológica.	Pessoas com idade inferior a 18 anos, com patologias específicas não oncológicas.
<b>Intervenção</b>	Estudos cujo foco seja a administração de agentes antineoplásicos como intervenção da enfermagem; Estudos que incidam sobre a	Estudos que abordem a administração de agentes antineoplásicos em patologias específicas não oncológicas.

<b>Resultados</b>	administração de agentes antineoplásicos em contexto de cuidados hemato-oncológicos ou oncológicos; Estudos que incidam sobre a atitude dos enfermeiros em relação à administração de agentes antineoplásicos.	
	Todos os estudos que incluam, como resultados, a segurança da pessoa submetida a terapêutica antineoplásica.	
<b>Desenho</b>	Serão considerados para esta revisão, todos os tipos de documentos a que se tenha acesso.	Estudos que não se encontrem disponíveis em <i>open access/full-text</i> .
<b>Tipo de documento</b>		Estudos com período de publicação anterior ao ano de 2010.

No que diz respeito à pesquisa nas bases de dados, primeiramente foram introduzidos os termos de pesquisa, em linguagem natural, tendo como base algumas palavras-chave de artigos relacionados com a temática em estudo para a identificação de descritores específicos de cada base de dados encontrados na pesquisa natural anterior.

Posteriormente, de modo a reunir a literatura científica relevante para esta investigação foi utilizado o motor de busca EBSCOhost, no qual foram selecionadas as seguintes bases de dados: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text. A limitação de pesquisa a estas bases de dados prende-se com o fato de estas compreenderem a evidência mais relevante no que diz respeito à disciplina de Enfermagem, dado desta forma, uma maior visibilidade ao que é publicado na mesma.

Na medida em que se pretende reunir a melhor e mais atual evidência disponível, foi definido como limite temporal, para inclusão dos estudos encontrados,

a data de publicação ser posterior a 2010, inclusive, sendo que a língua do artigo não foi utilizada como critério de exclusão, aceitando-se documentos de todas as línguas, com a perspetiva da necessidade de eventual tradução para a língua portuguesa, em alguns casos, o que não se veio a verificar pois todos os artigos resultantes da pesquisa eram em língua inglesa.

A estratégia de pesquisa desenvolveu-se entre Setembro de 2016 e Fevereiro de 2017, tendo sido realizadas as pesquisas que se encontram descritas seguidamente.

A escassez deste tema junto de populações específicas como as pessoas com doença hemato-oncológica, levou à procura de intervenções de enfermagem num contexto mais amplo, pelo que se considerou para amostra estudos com doentes oncológicos, pois entendeu-se as intervenções de enfermagem relacionadas com a administração de agentes antineoplásicos enquanto promotoras da segurança do doente, como algo que é abarcado por todos.

Não foram considerados os estudos que não mencionavam as intervenções de enfermagem, os sobre crianças e jovens e os que não apresentavam *open access/full-text*, nas bases de dados acedidas.

A base de dados eletrónica EBSCOhost (CINAHL with Full Text e MEDLINE with Full Text), foi consultada usando as palavras de pesquisa: patient safety, (antineoplastic agents or chemotherapy), hematologic neoplasms, nurs\* e safety\*, tendo sido encontrados 175 e 290 resultados respetivamente. Dos 465 artigos encontrados, após a leitura do título foram escolhidos 120, dos quais 32 repetidos foram excluídos imediatamente, ficando 88 artigos dos quais após leitura do resumo foram selecionados 29, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Destes, apenas foi possível aceder a 18 artigos em *full-text*.

Através da observação das referências bibliográficas dos artigos encontrados, foram observados 3 artigos, dentro do período temporal definido anteriormente e selecionado 1 artigo para ser analisado,

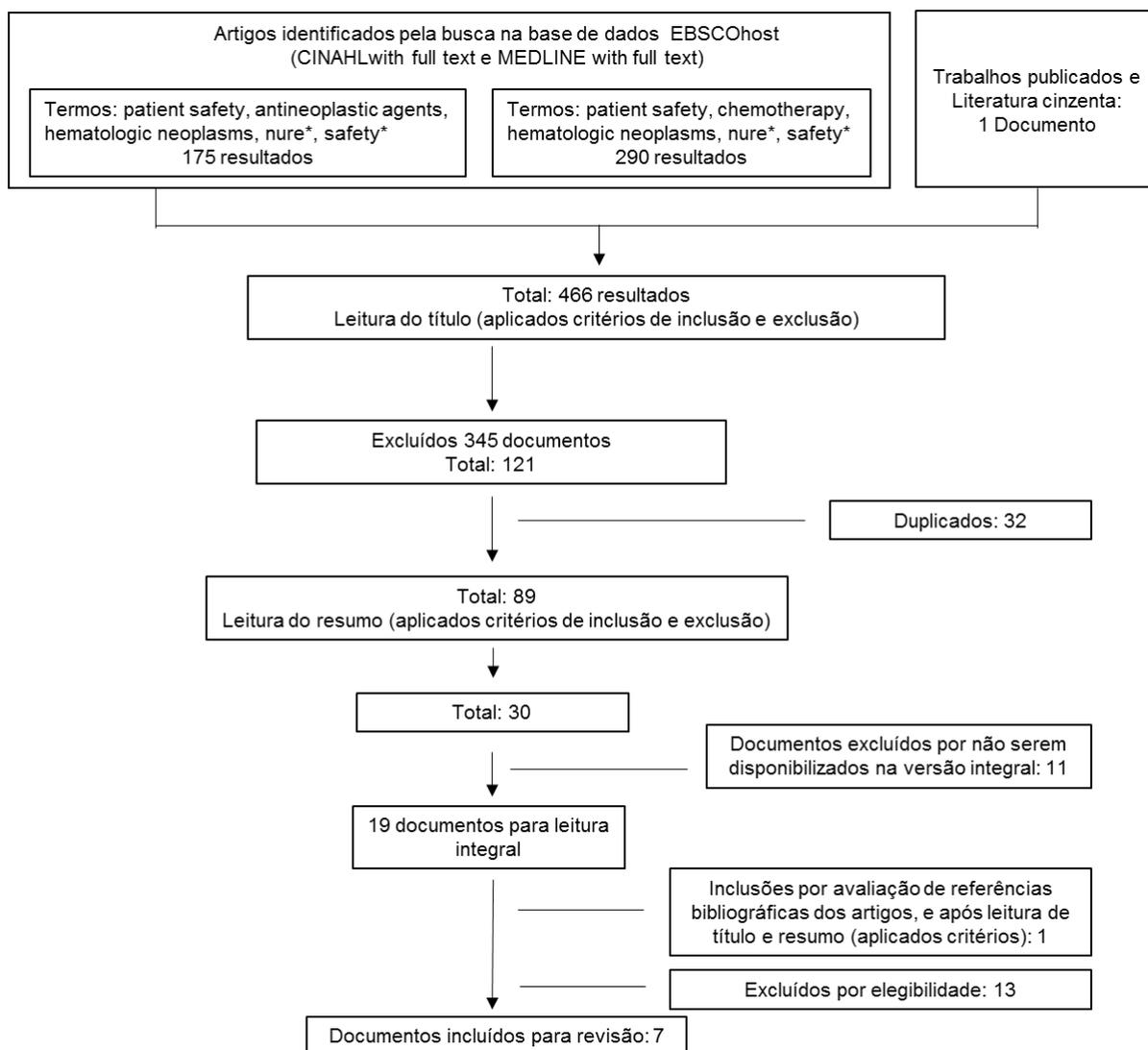
Efetou-se ainda uma procura no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, não tendo sido encontrado nenhum resultado dentro dos critérios definidos.

Teve-se também em consideração a pesquisa manual de trabalhos publicados e literatura cinzenta, disponíveis na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tendo sido encontrado um manual publicado pela *Oncology Nursing Society*,

com título: *Chemotherapy and Biotherapy Guidelines and Recommendations for Practice* (Polovich, Olsen e Lefebvre, 2014) que respeita os critérios delineados.

Por conseguinte, de todas as pesquisas resultaram 20 documentos, os quais foram lidos na sua totalidade, profundamente, sendo excluídos 13 documentos por não se incluírem nos critérios definidos, tendo-se obtido 7 documentos para análise, como demonstrado no diagrama seguinte (Figura 1).

**Figura 1 - Diagrama de pesquisa e seleção**



Após a seleção dos estudos a incluir na presente revisão integrativa da literatura, e por forma a avaliar a qualidade da evidência encontrada, procedeu-se à sua classificação segundo os níveis de evidência propostos por Newhouse, Dearholt, Poe, Pugh e White (2005).

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De seguida, são apresentados os quadros de resumo para cada estudo (Quadro 3 a 9), dando ênfase à caracterização e descrição dos resultados de cada um dos artigos seleccionados.

**Quadro 3** – Estudo de Neuss; Gilmore; Belderson; Billett; Conti-Kalchik; Harvey; Hendricks; LeFebvre; Mangu; McNiff; Olsen; Schulmeister; Von Gehr; e Polovich (2016)

<b>Título do estudo/artigo</b>	2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for Pediatric Oncology
<b>Autor(es)</b>	Neuss, M.; Gilmore, T.; Belderson, K.; Billett, A.; Conti-Kalchik, T.; Harvey, B.; Hendricks, C.; LeFebvre, K.; Mangu, P.; McNiff, K.; Olsen, M.; Schulmeister, L.; Von Gehr, A.; e Polovich, M.
<b>Ano</b>	2016
<b>Publicação</b>	Journal of Oncology Practice
<b>Objetivos do estudo/Questão de investigação</b>	Atualizar as diretrizes de segurança da ASCO/ONS para a administração de quimioterapia e destacar normas para a oncologia pediátrica.
<b>Desenho do estudo e Metodologia</b>	Revisão sistemática da literatura sujeita posteriormente a um período de comentário público
<b>Nível de evidência</b>	Nível IV
<b>Participantes</b>	Grupo de trabalho da ASCO e ONS, incluindo representantes da American Society of Pediatric Hematology/Oncology e da Association of Pediatric Hematology Oncology Nurses
<b>Resultados/ Conclusões</b>	O estabelecimento de normas de segurança na administração de quimioterapia tornou-se uma necessidade crescente nas últimas décadas. No artigo são apresentadas diretrizes

	<p>promotoras de segurança na administração de quimioterapia, divididas em quatro secções principais, nomeadamente, a importância de um ambiente seguro; o planeamento do tratamento, consentimento e educação do paciente antes do início do tratamento; apresentação de normas específicas relativamente ao acondicionamento, preparação, distribuição e administração de quimioterapia; como também discute a monitorização após a administração da quimioterapia, incidindo na adesão, toxicidade e possíveis complicações decorrentes do tratamento.</p> <p>São ainda descritas as várias aplicações das normas de segurança apresentadas ao longo do artigo, tais como funcionar como um guião da prática diária, promover a avaliação dos cuidados prestados bem como a revisão das políticas e procedimentos institucionais, de forma a garantir a administração segura de quimioterapia promovendo uma cultura de segurança e consequente melhoria da qualidade.</p>
--	---

**Quadro 4** – Estudo de Carrington; Stone; Koczwara; Searle; Siderov; Stevenson; Michael; Hyde; Booth e Rushton (2010)

<b>Título do estudo/artigo</b>	The Clinical Oncological Society of Australia (COSA) guidelines for the safe prescribing, dispensing and administration of cancer chemotherapy
<b>Autor(es)</b>	Carrington, C.; Stone, L.; Koczwara, B.; Searle, C.; Siderov, J.; Stevenson, B.; Michael, M.; Hyde, S.; Booth, A. e Rushton, S.
<b>Ano</b>	2010
<b>Publicação</b>	Asia-Pacific Journal Of Clinical Oncology
<b>Objetivos do estudo/Questão de investigação</b>	Promover recomendações sobre segurança na prescrição, distribuição e administração de agentes antineoplásicos

<b>Desenho do estudo e Metodologia</b>	Revisão da literatura e opinião de profissionais a trabalhar em oncologia
<b>Nível de evidência</b>	Nível V
<b>Participantes</b>	Não são referidos
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>A questão da segurança na administração de medicação é altamente significativa quando associada à quimioterapia, devido ao alto potencial de dano desses agentes.</p> <p>O artigo apresenta um conjunto de diretrizes no sentido de padronizar o complexo processo de administração de quimioterapia, promovendo a segurança do doente.</p> <p>Ao longo do mesmo é evidenciado o papel do médico, farmacêutico e enfermeiro, sendo descritas as responsabilidades, competências e orientações para cada classe profissional.</p> <p>Ao enfermeiro são inculcidas uma série de responsabilidades na administração de agentes antineoplásicos, sendo imperioso uma formação contínua por forma a promover a aquisição de competências específicas nesta área.</p> <p>São variadas as estratégias que o enfermeiro deve utilizar para promover a segurança do doente, sendo reconhecidos três momentos determinantes, nomeadamente, o períodos pré-administração, a administração e pós-administração, e enfatizadas as várias vias de administração de agentes antineoplásicos.</p> <p>Paralelamente, é descrita a importância da informação verbal e escrita a fornecer ao doente e/ou cuidador, valorizando a entrega de folhetos informativos, sendo definidas características para a elaboração dos mesmos. É assim enaltecido o contributo da educação ao doente e/ou cuidador enquanto promotor da segurança.</p>

**Quadro 5** – Estudo de Kullberg; Larsen; e Sharp (2013)

<b>Título do estudo/artigo</b>	Why is there another person's name on my infusion bag? Patient safety in chemotherapy care - A review of the literature
<b>Autor(es)</b>	Kullberg, A.; Larsen, J.; e Sharp, L.
<b>Ano</b>	2013
<b>Publicação</b>	European Journal of Oncology Nursing
<b>Objetivos do estudo/Questão de investigação</b>	Identificar e avaliar as intervenções que promovem a segurança do doente na administração de quimioterapia
<b>Desenho do estudo e Metodologia</b>	Revisão sistemática da literatura
<b>Nível de evidência</b>	Nível IV
<b>Participantes</b>	Não descritos
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>No tratamento da doença oncológica em geral, e tratamento com quimioterapia em particular, a questão da segurança é ainda pouco pesquisada. As pessoas com doença oncológica constituem um grupo que requer especial atenção no que respeita à segurança, uma vez que se encontram muitas vezes envolvidos em processos críticos onde a ocorrência de eventos adversos é mais provável.</p> <p>Os resultados de uma pesquisa sistemática da literatura neste âmbito permitiu identificar cinco áreas de intervenção, nomeadamente, a prescrição eletrónica, a análise de modos de falha e seus efeitos (AMFE) e Lean Sigma, relatórios de erros e sistemas de vigilância, checklist de administração e formação em enfermagem, como promotoras de segurança do doente. Contudo a necessidade de desenvolver estudos e produzir evidência científica nesta área específica é, ainda, uma necessidade.</p>

**Quadro 6** - Schwappach; Hochreutener; e Wernli (2010)

<b>Título do estudo/artigo</b>	Oncology Nurses' Perceptions About Involving Patients in the Prevention of Chemotherapy Administration Errors
<b>Autor(es)</b>	Schwappach D.; Hochreutener, M.; e Wernli, M.
<b>Ano</b>	2010
<b>Publicação</b>	Oncology Nursing Forum
<b>Objetivos do estudo/Questão de investigação</b>	Explorar as percepções e experiências dos enfermeiros oncológicos sobre o envolvimento do doente na prevenção do erro associado ao tratamento com quimioterapia
<b>Desenho do estudo e Metodologia</b>	Estudo qualitativo descritivo
<b>Nível de evidência</b>	Nível III
<b>Participantes</b>	11 enfermeiros oncológicos a trabalhar em ambulatório ou internamento
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Os enfermeiros desempenham um papel central e desafiador no envolvimento dos doentes na sua própria segurança e prevenção de erros.</p> <p>Os participantes partilharam atitudes afirmativas e relataram, de forma esmagadora, experiências positivas do envolvimento dos doentes em comportamentos de segurança. O envolvimento do paciente na prevenção de erros foi percebido como compatível com relações de confiança.</p> <p>O estabelecimento de um ambiente de confiança é considerado fundamental enquanto promotor de uma relação bidirecional de parceria, contrastando com a visão unidirecional de dependência do doente face ao enfermeiro. No entanto, apesar da importância da educação em segurança, várias são as barreiras organizacionais e culturais que a limitam.</p>

**Quadro 7 - Schwappach; e Wernli (2010a)**

<b>Título do estudo/artigo</b>	Am I (un)safe here? Chemotherapy patients' perspectives towards engaging in their safety
<b>Autor(es)</b>	Schwappach, D.; e Wernli, M.
<b>Ano</b>	2010
<b>Publicação</b>	Quality Safety Health Care
<b>Objetivos do estudo/Questão de investigação</b>	Avaliar a percepção dos doentes submetidos a tratamento com quimioterapia quanto à segurança e atitudes relativamente à participação em estratégias de prevenção do erro
<b>Desenho do estudo e Metodologia</b>	Estudo qualitativo
<b>Nível de evidência</b>	Nível III
<b>Participantes</b>	30 doentes submetidos a tratamentos com quimioterapia
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Apesar de uma experiência anterior de erro associado aos tratamentos, os doentes apenas demonstraram uma preocupação moderada relativamente à segurança, e à ocorrência de erros potenciais. Preocupação esta que foi incrementando ao longo das entrevistas, traduzindo-se num maior grau de vigilância.</p> <p>Os participantes concordaram, de uma forma generalizada, que o doente pode contribuir para a promoção da sua própria segurança, e muitos destes demonstram ainda estar preparados para se envolver. Envolvimento este, que é descrito como um processo de aprendizagem, no qual se destaca a proatividade face ao tratamento, através da comunicação com o enfermeiro, esclarecimento de dúvidas, comunicação de qualquer sinal e/ou sintoma ou acontecimento desviante das rotinas.</p> <p>As estratégias de prevenção de erros recomendadas foram classificadas pelos mesmos como altamente eficazes, sendo</p>

	<p>que este envolvimento com a própria segurança, foi entendido como fator fortalecedor da relação enfermeiro-doente.</p> <p>Em suma, os pacientes encontram-se preparados para se debruçarem sobre a sua segurança, no entanto, o estímulo da equipa de enfermagem é determinante, sendo fulcral o reconhecimento das conceções acerca do tratamento, bem como a avaliação da capacidade para realizar comportamentos seguros nos diferentes momentos do processo de tratamento.</p>
--	---

**Quadro 8 - Schwappach; e Wernli (2010b)**

<b>Título do estudo/artigo</b>	Medication errors in chemotherapy: incidence, types and involvement of patients in prevention
<b>Autor(es)</b>	Schwappach, D.; e Wernli, M.
<b>Ano</b>	2010
<b>Publicação</b>	European Journal of Cancer Care
<b>Objetivos do estudo/Questão de investigação</b>	Compreender a relevância dos erros de medicação no tratamento da doença oncológica e o papel que os doentes podem desempenhar na sua prevenção
<b>Desenho do estudo e Metodologia</b>	Revisão da literatura
<b>Nível de evidência</b>	Nível V
<b>Participantes</b>	Não descritos
<b>Resultados/ Conclusões</b>	<p>Erros de medicação em quimioterapia ocorrem com frequência, muitos dos quais são erros de administração e, portanto, frequentemente detetados pelos doentes.</p> <p>Neste âmbito, para além das intervenções da equipa multidisciplinar para a redução da incidência de erros, os doentes revelam ser um importante recurso na deteção de erros, dado</p>

	<p>que identificam com frequência desvios nas rotinas de administração de agentes antineoplásicos.</p> <p>A equipa multidisciplinar desempenha um papel fulcral na transmissão de informação, motivação e encorajando os doentes a envolverem-se na sua própria segurança.</p>
--	--

**Quadro 9 – Polovich; Olsen e Lefebvre (2014)**

<b>Título do estudo/artigo</b>	Chemotherapy and Biotherapy Guidelines and Recommendations for Practice
<b>Autor(es)</b>	Polovich, M.; Olsen, M.; & Lefebvre, K.
<b>Ano</b>	2014
<b>Publicação</b>	Oncology Nursing Society
<b>Objetivos do estudo/Questão de investigação</b>	Contribuir para a uniformização da prática de enfermagem oncológica, no que respeita à administração de quimioterapia e bioterapia, baseada na evidência.
<b>Desenho do estudo e Metodologia</b>	Não se aplica
<b>Nível de evidência</b>	Não se aplica
<b>Participantes</b>	Não descritos
<b>Resultados/ Conclusões</b>	Guidelines pra administração de quimioterapia e bioterapia

Da análise dos artigos selecionados emergiram oito áreas centrais no que respeita à segurança da pessoa com doença oncológica submetida a terapêutica antineoplásica.

## **1. Fatores influenciadores da segurança**

A maior parte dos erros associados à administração de quimioterapia estão relacionados com o sistema, não sendo a causa atribuível a negligência ou má conduta individual (Polovich, Olsen, e Lefebvre, 2014). Sendo que, de entre os mais frequentes se destacam: o *stress*, a falta de pessoal, a falta de experiência na administração de quimioterapia, prescrições de quimioterapia pouco claras ou ambíguas, a falta de experiência na administração de um agente antineoplásico específico com o qual ocorreu o erro, fadiga, caligrafia ilegível, inacessibilidade a informação sobre agentes antineoplásicos, embalagem ou fraco para agentes antineoplásicos de difícil leitura ou compreensão, aumento do número de horários complicados e combinações de agentes antineoplásicos (Schwappach e Wernli, 2010b; Polovich et al., 2014).

Ainda neste sentido, Schwappach e Wernli (2010), descrevem também os agentes antineoplásicos como agentes com perigos acrescidos comparativamente a outros medicamentos, uma vez que, têm um índice terapêutico estreito, são tóxicos mesmo em dosagens terapêuticas, os regimes de quimioterapia são altamente complexos e as pessoas com doença oncológica são uma população vulnerável com pouca tolerância.

## **2. Erros associados à administração de agentes antineoplásicos**

A questão da segurança na administração de medicação é altamente significativa quando associada à quimioterapia, devido ao alto potencial de dano desses agentes (Carrington, et al., 2010)

Na literatura, estão descritos um conjunto de erros associados à administração de quimioterapia, sendo destacados a administração do medicamento errado, dose errada (sob ou sobredosagem), via de administração errada, (Schwappach, e Wernli, 2010b; Neuss, et al., 2016), erros no tempo e ordem de administração, erros na velocidade de infusão, omissão de medicamentos ou hidratação, administração no doente errado, administração quando os valores laboratoriais não são apropriados (Neuss, et al., 2016).

Os agentes antineoplásicos descritos como mais comumente envolvidos em relatórios de erro foram metotrexato, citarabina e etoposídeo (Schwappach, e Wernli, 2010b).

### **3. Estratégias para prevenção de erros**

A administração de quimioterapia pela sua natureza complexa e dinâmica, traduz-se num processo altamente vulnerável a erros. Erros estes que podem provocar graves danos ao paciente ou até mesmo a morte. Embora seja impossível eliminar os riscos inerentes aos cuidados de saúde, no entanto, é aconselhável tomar medidas para minimizar os erros e as suas consequências (Ashley, Dexter, Marshall, McKenzie, Ryan, e Armitage, 2011).

Neuss, et al. (2016), apresentam um conjunto de estratégias de prevenção de erros associados à administração de agentes antineoplásicos, nomeadamente:

- verificar toda a informação clínica pertinente sobre o doente,
- não aceitação de ordens verbais e/ou telefónicas para comunicação de alterações à prescrição associada à terapêutica antineoplásica,
- utilização de prescrições pré-impresas, padronizadas ou electrónicas (Neuss, et al., 2016), sendo que as prescrições eletrónicas de quimioterapia apresentam uma maior segurança comparativamente às manuais (Kullberg, Larsen, e Sharp, 2013);
- evitar a utilização de abreviaturas, acrónimos e outros métodos ambíguos para comunicação de informação acerca de agentes antineoplásicos,
- providenciar educação ao doente e/ou pessoa significativa,
- garantir a adesão a políticas institucionais e procedimentos,
- rever prescrições num ambiente sem distrações,
- utilizar processos padronizados de verificação, administração e registo de agentes antineoplásicos (Neuss, et al., 2016).

O envolvimento do doente enquanto parceiro na vigilância e prevenção da ocorrência de eventos adversos, é também considerada uma estratégia promotora de segurança (Schwappach, Hochreutener e Wernli. 2010; Schwappach, e Wernli., 2010a; Schwappach, e Wernli., 2010b).

### **4. Responsabilidades de enfermagem na administração de agentes antineoplásicos**

A Clinical Oncological Society of Australia preconiza, através dos contributos de Carrington, et al. (2010), que aos enfermeiros estão determinadas uma série de

responsabilidades quando se trata da administração de agentes antineoplásicos, de entre as quais destacam:

- garantir que os medicamentos são armazenados adequadamente antes da administração;
- verificar a prescrição terapêutica, incluindo agentes antineoplásicos, terapêutica de suporte, de acordo com o protocolo, bem como os parâmetros laboratoriais do doente;
- administrar a terapêutica ao doente de forma segura e oportuna;
- assegurar que quaisquer efeitos secundários a curto e/ou a longo prazo sejam geridos adequadamente;
- assegurar que todas as responsabilidades profissionais e legais no que respeita à administração de medicamentos sejam atendidas.

## **5. Intervenções de enfermagem na administração de agentes antineoplásicos**

Da revisão da literatura, sugerem três momentos fundamentais aquando da administração de terapêutica antineoplásica, nomeadamente o período pré-administração, administração e pós-administração (Carrington, et al., 2010).

### **5.1. Momento pré-administração de agentes antineoplásicos**

Antes do início da administração de qualquer agente antineoplásico, é imprescindível assegurar um conjunto de intervenções relativas à história clínica do doente, aos dados do doente, à verificação do protocolo de tratamento e à preparação do doente (Carrington, et al., 2010; Polovich et al., 2014; Neuss, et al., 2016).

#### História clínica do doente

Torna-se prioritário aceder e documentar a informação sobre a história clínica do doente (Carrington, et al., 2010; Polovich et al., 2014), não descurando aspetos como:

- história médica oncológica, como a identificação do diagnóstico oncológico, procedimentos cirúrgicos anteriores, realização de radioterapia ou terapia hormonal;
- resposta a tratamentos anteriores e toxicidades anteriores que podem ter impacto no tratamento atual (Carrington, et al., 2010; Neuss, et al., 2016);

- avaliação dos sintomas associados ao diagnóstico oncológico, protocolo de tratamento, comorbilidades e aspetos psicológicos (Carrington, et al., 2010; Polovich et al., 2014);
- alergias e história de reações de hipersensibilidade;
- antecedentes médicos;
- terapêutica do domicílio;
- avaliação do nível de *distress*, no sentido de estabelecer contactos interdisciplinares, tais como, assistente social, apoio religioso ou espiritual, avaliação da dor e avaliação da fadiga (Polovich et al., 2014).

### Dados do doente

Este ponto refere-se sobretudo aos parâmetros do doente, no que respeita ao peso, altura e resultados laboratoriais (Carrington, et al., 2010), bem como outros exames complementares que são pertinentes para agentes antineoplásicos específicos (Polovich et al., 2014).

### Verificação do protocolo de tratamento

- assegurar que o nome, dose, a via de administração, volume e velocidade de perfusão estão descritos claramente;
- verificação da sequência da medicação (Polovich et al., 2014);
- verificação da prescrição de pré-medicação (se aplicável) (Carrington, et al., 2010);
- verificação de prescrição de agentes antineoplásicos orais, estes requerem o mesmo processo de verificação que outros tipos de tratamento sistémico;
- despistar possíveis interações medicamentosas, uma vez que pode afetar a eficácia dos mesmos e se necessário consultar o farmacêutico (Polovich et al., 2014);
- necessidade de colocação de dispositivos de acesso venoso para administração da medicação (Carrington, et al., 2010).

Deve ser avaliada a necessidade de qualquer esclarecimento ou informação adicional relativamente ao protocolo de tratamento, antes do mesmo ser iniciado, nomeadamente se a prescrição não é clara ou pode ser interpretada de mais que uma maneira (Polovich et al., 2014).

## Educação do doente, família e/ou pessoa significativa

Segundo Schwappach et al. (2010) envolver o doente no plano de cuidados promovendo educação apropriada pode reduzir a ocorrência de erros na administração de medicação. Tal é apoiado por Polovich et al. (2014) considerando a educação do doente como uma estratégia para a prevenção da ocorrência de erros. Sendo que o processo educativo deve ser iniciado com o primeiro contacto com o doente, sendo promovida a sua continuidade, validação e reforço ao longo dos seguintes contactos (Carrington, et al., 2010).

A informação é considerada como um elemento central e crucial para a capacidade e eficácia dos doentes em participar na prevenção de erros. Neste sentido, os enfermeiros desempenham um papel desafiador no envolvimento dos doentes na promoção da segurança (Schwappach et al. 2010).

Polovich et al. (2014) enunciam um conjunto de aspetos que devem ser abarcados no processo educativo do doente, nomeadamente:

- o diagnóstico;
- objetivo do tratamento;
- duração prevista do tratamento, nome dos agentes antineoplásicos e medicação de suporte, bem como possíveis interações;
- potenciais efeitos secundários a curto e longo prazo;
- procedimentos para manuseamento de agentes antineoplásicos orais;
- sintomas ou eventos adversos que requerem o relato à equipa multidisciplinar.

Por outro lado, e de acordo com o preconizado pela *Oncology Nursing Society* (Polovich et al., 2014; Neuss, et al., 2016) a transmissão de informação deve incluir para além da pessoa com doença oncológica, a família, cuidadores ou outras pessoas significativas, sendo os ensinamentos realizados com base nas necessidades de aprendizagem do doente, habilitações, preferências e vontade do mesmo para aprender.

Paralelamente, afirmam ainda que esta informação deve ser providenciada de forma verbal e escrita, de fácil leitura, utilizando uma linguagem adequada para o doente, devendo ainda ser encorajado quer o doente como sua família/pessoa significativa a escutar ativamente, promovendo oportunidade para expor as suas dúvidas e assegurando a sua compreensão (Polovich et al., 2014). Os mesmos autores sublinham que, deve ser verificada a compreensão do doente sobre o plano de tratamento (Polovich et al., 2014), por forma a garantir o seu envolvimento.

## 5.2. Momento de administração de agentes antineoplásicos

Polovich et al. (2014) determinam a existência de três períodos a destacar na administração de agentes antineoplásicos, nomeadamente a preparação do enfermeiro, a preparação do doente e a administração da terapêutica.

### Preparação do enfermeiro

- preparar o equipamento de proteção individual (EPI's);
- reunir o equipamento necessário de acordo com a via de administração;
- assegurar que os citostáticos recebidos correspondem com a prescrição e estão rotulados apropriadamente com a seguinte informação: nome completo do doente e um segundo identificador (por exemplo, data de nascimento, número de processo clínico), data da administração, nome genérico completo do agente antineoplásico, via de administração, dose total, volume total, data e hora de preparação bem como dados relativos à estabilidade (Polovich et al., 2014).

### Preparação do doente

- informar o doente e família da administração da quimioterapia;
- notificar o médico de qualquer sintoma que possa determinar uma alteração no plano de tratamento;
- rever verbalmente o protocolo de tratamento com o doente e/ou família;
- fornecer uma explicação detalhada ao doente, família e/ou cuidador sobre o protocolo ou agentes antineoplásicos, via de administração, efeitos secundários promovendo e incentivando o esclarecimento de dúvidas;
- confirmação com o doente do nome completo;
- monitorizar os sinais vitais (Polovich et al., 2014).

### Administração da terapêutica

- confirmar o protocolo de tratamento com o doente (no início de cada ciclo), incluindo, nome do medicamento, tempo de perfusão, via de administração e sintomas a reportar relacionados com a administração (Neuss, et al., 2016);
- utilizar EPI's (Polovich et al., 2014);
- dupla confirmação do medicamento e documento de prescrição por dois enfermeiros, com especial atenção para: dois dados identificadores do doente; confirmar número do ciclo, nome do medicamento, dose, volume e via de

administração; obter duas assinaturas; confirmar velocidade de perfusão (Polovich et al., 2014; Neuss, et al., 2016);

- obter consentimento do doente para iniciar o tratamento;
- iniciar a administração do agente antineoplásico pela via correta;
- monitorizar o doente durante a administração para despistar complicações imediatas;
- registar a administração bem como a resposta do doente (Polovich et al., 2014).

A utilização de checklist's no momento da administração de terapêutica antineoplásica é considerada também uma estratégia promotora da segurança do doente, tendo como foco a prevenção de riscos (Kullberg et al., 2013).

### 5.3. Momento pós-administração de agentes antineoplásicos

Vários são os protocolos que requerem a administração de medicação após os agentes antineoplásicos, incluindo hidratação, anti-eméticos, entre outros. Pelo que a equipa de enfermagem deve assegurar que esses medicamentos são prescritos e administrados de acordo com o protocolo (Carrington, et al., 2010).

Por outro lado, Polovich et al. (2014), valorizam a importância da utilização de processos padronizados específicos para monitorizar a resposta ao tratamento, dando especial ênfase à gestão de possíveis complicações e toxicidades relacionadas com o tratamento, bem como adesão ao mesmo.

Após a administração, o enfermeiro deve assegurar também que são cumpridas, por parte do doente e/ou família, precauções relativas à manipulação de fluidos corporais. O período de tempo pode variar dependendo da via de administração, da dose administrada e da semi-vida do medicamento. Neste sentido, e de forma geral, as precauções devem ser mantidas durante 48 horas após a administração parental ou até 7 dias após a administração de terapêutica oral (Carrington, et al., 2010).

Na preparação para a alta do doente o enfermeiro deve:

- garantir que é fornecida informação sobre próxima consulta médica, exames complementares de diagnóstico e ciclo de tratamento;
- assegurar continuidade do tratamento no domicílio;

- fornecer informação sobre a o tratamento administrado e possíveis efeitos secundários, incluindo precauções a tomar e o que fazer em caso de aparecimento de sintomas;
- quando e como deve contactar ou dirigir-se a um centro médico (Carrington, et al., 2010).

Uma vez concluído o plano terapêutico, Polovich et al. (2014) nomeiam os temas a abordar com o doente e família, nomeadamente:

- promover informação sobre o tratamento e potenciais efeitos secundários a longo prazo, relacionados com a doença e o tratamento;
- explicar os riscos de uma segunda neoplasia maligna, recomendações de rastreio e importância da vigilância médica;
- promover a prática de um estilo de vida saudável (alimentação, atividade física regular, cessação tabágica, proteção solar).

## **6. Envolvimento do doente**

Intimamente ligado à educação, surge o envolvimento do doente na sua própria segurança, sendo este denominado como uma parceria de vigilância por Schwappach e Wernli (2010b).

Os erros de medicação em quimioterapia ocorrem com frequência, muitos dos quais são erros de administração e, portanto, comunmente observáveis pelos pacientes (Schwappach e Wernli, 2010b). Neste âmbito, os mesmos autores afirmam que frequentemente os doentes se envolvem na sua própria segurança, pelo que é recomendável apoiar e fortalecer sistematicamente a consciência dos mesmos, e aproveitar o seu potencial para abordar situações de potenciais erros, incentivando o desenvolvimento de conhecimentos, bem como a motivação para o seu envolvimento na prevenção dos mesmos (Schwappach e Wernli, 2010a, 2010b).

Sublinham ainda que o elemento central e crucial para a promover a capacidade e eficácia dos doentes em identificar e reportar eventos adversos é a informação (Schwappach e Wernli, 2010b). A este propósito, doentes que compreendem o seu regime terapêutico, podem gerar valiosos contributos para a melhoria da segurança (Carrington, et al., 2010).

Para Schwappach et al. (2010), os procedimentos de administração de quimioterapia devem ser padronizados de forma a permitir que os pacientes

identifiquem desvios nas rotinas e Schwappach e Wernli (2010b) adiantam que ao fornecer ao doente informação sobre todas as etapas do tratamento, juntamente com informação personalizada sobre medicação, estes são capazes de contribuir, de acordo com as suas capacidades, para a sua própria segurança.

Neste sentido, a comunicação é apontada como uma importante estratégia na prevenção do erro, sendo que, ser proactivo, esclarecer dúvidas, comunicar com a equipa multidisciplinar, relatar sinais e/ou sintomas, bem como comunicar quaisquer observações de desvios das rotinas são descritas como atividades que os pacientes podem realizar promovendo a sua própria segurança (Schwappach, e Wernli, 2010a).

As pessoas com doença oncológica com frequência trabalham arduamente no sentido de contribuir para a segurança e a qualidade dos cuidados que recebem, desenvolvendo habitualmente conhecimento especializado sobre a sua doença e tratamento. Porém, paralelamente, é importante que os doentes não se sintam sobrecarregados com outros fatores, como sejam, a gravidade da doença, ansiedade, medo e possibilidade de ocorrência de efeitos secundários, para que se possam envolver de uma forma eficaz na sua segurança (Schwappach e Wernli, 2010b).

A avaliação da capacidade de envolvimento na sua própria segurança, tem-se verificado como uma tarefa sensível e exigente para a equipa multidisciplinar, condicionando e determinando a comunicação e até mesmo o nível de envolvimento. É fundamental não pretender que todos os doentes se impliquem com todos os aspetos de segurança, mas antes fornecer aos que sejam considerados capazes e se encontrem dispostos em participar, informação adequada, motivação encorajando o envolvimento do doente na sua segurança (Schwappach e Wernli, 2010b). Tal assume ainda maior relevância, quando Schwappach et al. Wernli (2010) afirmam que a disposição, as habilidades e os recursos dos doentes para se envolverem em estratégias promotoras de segurança, podem variar consideravelmente de acordo com o estado de saúde e a fase do processo de tratamento em que se encontram, o que deve motivar a adequação da linguagem, informação a transmitir e o momento dessa mesma educação, como acima já foi referido.

Simultaneamente, é determinante que não seja descurado o reconhecimento face ao valor das intervenções dos doentes (Schwappach e Wernli, 2010b).

Por outro lado, importa clarificar ainda que a promoção do envolvimento do doente na sua própria segurança, não se trata de transferência de responsabilidade por parte da equipa de enfermagem para o doente, mas antes uma vigilância

partilhada, na qual o estabelecimento de uma relação de confiança entre ambos é fundamental, de forma a que estas intervenções sejam compreendidas como resultado uma verdadeira parceria enfermeiro-doente, com o intuito de promover a segurança deste último (Schwappach et al., 2010).

## **7. Sistema de notificação de eventos adversos e incidentes**

A sub-notificação de erros e eventos adversos é uma ameaça para a segurança e um grande desafio para na melhoria de cuidados de saúde. Neste sentido, os enfermeiros devem ser encorajados a relatar erros e riscos observados, uma vez que tais ações se traduzem num grande ganho promovendo a segurança do paciente (Kullberg et al.,2013).

## **8. Formação da equipa de enfermagem**

Uma equipa de enfermagem com competência e habilitações é um pré-requisito para a prestação de cuidados de qualidade (Kullberg et al.,2013). Neste sentido, os autores referidos, afirmam que o aumento da formação traduz-se numa maior segurança do doente.

Assim sendo, de forma a assegurar um nível de cuidados seguro para aqueles que realizam tratamentos com administração de agentes antineoplásicos, os enfermeiros devem receber formação especializada (Carrington, et al., 2010; Polovich et al., 2014), abarcando uma componente teórica e pratica, através da realização de estágio clínico (Polovich et al., 2014).

A componente teórica deve ser baseada na evidência atual, fornecendo o estágio a aplicação do conhecimento teórico adquirido em situações da prática de cuidados (Polovich et al., 2014).

## CONCLUSÕES

Esta revisão integrativa da literatura permitiu responder à questão orientadora inicial, gerando contributos importantes para atuação do enfermeiro enquanto ator da prestação de cuidados, com papel determinante na segurança do doente submetido a terapêutica antineoplásica.

Por conseguinte, em síntese, dos vários estudos analisados, destaca-se o doente enquanto elemento central dos cuidados de enfermagem, sendo determinante promover o envolvimento do mesmo e família/pessoa significativa em todo o processo de tratamento, construindo uma verdadeira parceria de cuidados.

De acordo com os achados, os enfermeiros sobressaem no elenco da prestação de cuidados, sendo que a sistematização e padronização das suas intervenções no âmbito desta temática é uma condição fulcral para a prestação de cuidados mais seguros ao doente. Assim sendo, a literatura recomenda a adoção de normas de orientação, *guidelines*, no sentido de reduzir a variabilidade e aumentar as tomadas de decisão baseada na melhor evidência disponível.

Emerge ainda desta revisão a necessidade de dotar os enfermeiros de conhecimentos específicos, promovendo uma formação adequada e contínua. Neste sentido, surgem também os sistemas de notificação de eventos adversos/incidentes, que devem ser utilizados sem receios persecutórios e entendidos como premissa importante para diminuir ou evitar episódios recorrentes, devendo ser encorajada a análise e reflexão sobre a raiz dos problemas e causas que estão subjacentes.

Os dados obtidos respondem ao acima proposto, no entanto, ainda não estão esgotadas as expectativas, pelo que se propõe manter a atualização desta pesquisa.

A evidência científica encontrada apoia a perspetiva de que as intervenções de enfermagem promotoras de segurança da pessoa submetida a terapêutica antineoplásica não diferem consoante a patologia oncológica. Porém, permanece a ambição de encontrar mais estudos dirigidos especificamente à pessoa com doença hemato-oncológica, dada a sua escassez atual. Estas não são intervenções extraordinárias, mas antes aquelas que estão ao nosso alcance e claramente descritas no nosso código deontológico, que promovem a segurança do doente.

Por tudo isto, pode dizer-se que, com base nos dados obtidos, é possível melhorar os cuidados prestados à pessoa com doença hemato-oncológica submetida

a terapêutica antineoplásica, cujas intervenções abarquem a pessoa como um todo, traduzindo-se numa maior segurança e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem potenciando ganhos em saúde.

## **IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

A intervenção de enfermagem ao longo dos tempos tem tentado responder às necessidades em cuidados da população. Contudo nem sempre a segurança e a qualidade dos cuidados responde a esta expectativa.

Apesar deste conhecimento generalizado refletido na literatura, o compromisso de se conseguir demonstrar resultados nos doentes, de intervenções de enfermagem efetuadas com o objetivo de promover a segurança, será uma forma de dar visibilidade a uma prática de enfermagem e de contribuir para a assunção desta pelos próprios enfermeiros.

Torna-se assim urgente desenvolver, planear e implementar intervenções de enfermagem nesta área, com a ambição de posteriormente selecionar indicadores que permitam monitorizar e avaliar essas intervenções, por forma a assegurar cuidados seguros, de qualidade e, conseqüentemente, contribuir para a prestação de cuidados de saúde de excelência, baseada na melhor evidência disponível.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ashley, L.; Dexter, R; Marshall, F.; McKenzie, B.; Ryan, M.; & Armitage, G. (2011). Improving the Safety of Chemotherapy Administration: An Oncology Nurse-Led Failure Mode and Effects Analysis. *Oncology Nursing Forum*, 38 (6), 436-444.
- Carrington, C.; Stone, L.; Koczwara, B.; Searle, C.; Siderov, J.; Stevenson, B.; Michael, M.; Hyde, S.; Booth, A.; & Rushton, S. (2010). The Clinical Oncological Society of Australia (COSA) guidelines for the safe prescribing, dispensing and administration of cancer chemotherapy. *Asia-Pacific Journal Of Clinical Oncology*, 6, 220-237.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *PORTUGAL - Doenças Oncológicas em Números – 2015. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Disponível em <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/D4C834D6-865F-4349-8140-73999084FB3A/0/i022204.pdf>
- Fernandes, A., & Queirós, P. (2011). Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (4), 37-48.
- Kullberg, A.; Larsen, J.; & Sharp, L. (2013). Why is there another person's name on my infusion bag? Patient safety in chemotherapy care - A review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 228-235.
- McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L., Lorig, K., & Wagner, E. (2011). Self-Mangement: Enabling and Empowering Patients Living With Cancer as a Chronic Illness. *CA Cancer J Clin*, 61(1), 50-62.
- Mendes, K.; Silveira, R.; & Galvão, C. M. (2008). Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Contexto Enfermagem*, 17 (4), 758–764. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
- Neuss, M.; Gilmore, T.; Belderson, K.; Billett, A.; Conti-Kalchik, T.; Harvey, B.; Hendricks, C.; LeFebvre, K.; Mangu, P.; McNiff, K.; Olsen, M.; Schulmeister, L.; Von Gehr, A.; & Polovich, M. (2016). 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety

Standards, Including Standards for Pediatric Oncology. *Journal of Oncology Practice*, 12 (12), 1262-1271.

Newhouse, R.; Dearholt, S.; Poe, S.; Pugh, L.; & White, K. (2005). *The Johns Hopkins Evidence-based Practice Rating Scale*. Baltimore: The Johns Hopkins University School of Nursing/The Johns Hopkins Hospital.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente*. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao\\_2maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2010). *CIPE Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Polovich, M.; Olsen, M.; & Lefebvre, K. (2014). *Chemotherapy and Biotherapy Guidelines and Recommendations for Practice* (4<sup>a</sup> ed.). Pittsburgh: Oncology Nursing Society.

Rosa M.; Perini E.; Anacleto T.; Neiva H.; & Bogutchi T. (2009). Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. *Rev Saúde Pública*, 43 (3), 490-498. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/7265.pdf>

Sant, M., Allemani, C., Tereanu, C., DeAngelis, R., Capocaccia, R., Visser, O., Marcos-Gragera, R., Maynadié, M., Simonetti, A., Lutz, J., Berrino, F., & HAEMACARE Working Group. (2010). Incidence of hematologic malignancies in Europe by morphologic subtype: results of the HAEMACARE project. *Blood*, 116 (19), 3724-3734. Disponível em [www.bloodjournal.org/content/bloodjournal/116/19/3724.full.pdf](http://www.bloodjournal.org/content/bloodjournal/116/19/3724.full.pdf)

Schwappach D.; Hochreutener, M.; & Wernli, M. (2010). Oncology Nurses' Perceptions

About Involving Patients in the Prevention of Chemotherapy Administration Errors. *Oncology Nursing Forum*, 37 (2), 84-91.

Schwappach, D.; & Wernli, M. (2010a). Am I (un)safe here? Chemotherapy patients' perspectives towards engaging in their safety. *Quality Safety Health Care*, 19, 1-6.

Schwappach, D.; & Wernli, M. (2010b). Medication errors in chemotherapy: incidence, types and involvement of patients in prevention. A review of the literature. *European Journal of Cancer Care*, 19, 285-292.

Sousa, P. (2006). Patient safety: a necessidade de uma estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19 (4), 309-318. Disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/964/637>

Souza, M.; Silva, M.;& Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8 (1 Pt 1), 102–106. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)

The Joanna Briggs Institute (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Disponível em <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>

World Health Organization (2008). World cancer report 2008. Disponível em: [http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr\\_2008.pdf](http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf)

World Health Organization (2009). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/ICPS-report/en/>

**Apêndice 8.**

Grelha de registo: Intervenções de enfermagem que contribuem para a administração segura de agentes antineoplásicos



## GRELHA DE REGISTO

### Intervenções de enfermagem que contribuem para a administração segura de agentes antineoplásicos

<b>Evidência Científica - Revisão da Literatura</b>	<b>Observado em contexto Ensino Clínico</b>
Prescrições de AAN utilizando formulários pré- impressos/padronizados ou sistema eletrónico	
Receção e verificação do condicionamento no transporte do AAN (recipiente selado, de forma a que possa conter um possível derrame, e devidamente identificado)	
Dupla verificação do AAN e documento de prescrição:	
- confirmação de dois dados identificadores do doente	
- confirmação do nome, dose, volume, estabilidade, velocidade de perfusão e via de administração	
- obtenção de duas assinaturas	
Identificação positiva	
Confirmação do protocolo de tratamento com o doente antes do início do mesmo	
Promover momentos de ensino ao doente/pessoa significativa:	
- pré administração de AAN	
- durante administração de AAN	
- pós administração de AAN	
- alta	
Promover o esclarecimento de dúvidas ao doente/pessoa significativa	
Consentimento do doente para o início do tratamento	
Utilização de equipamento de proteção individual	
Verificação da integridade do acesso venoso periférico/central	
Confirmar com o doente a capacidade para alertar sobre sinais de extravazão/outros	
Despiste de possíveis reações adversas	
Realização de notas de enfermagem sobre a administração do AAN e reações adversas observadas ou relatadas pelos doentes, durante ou após a administração	

Eliminação do material - resíduos hospitalares do Grupo IV	
Confirmação do plano de follow-up com o doente/pessoa significativa, se aplicável	

### Referências Bibliográficas:

Neuss, M.; Polovich, M.; McNiff, K.; Gilmore, T.; LeFebvre, K.; Schulmeister, L.; & Jacobson, J. (2013). 2013 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards Including Standards for the Safe Administration and Management of Oral Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 40 (3), 225-233. Disponível em: <https://www.ons.org/sites/default/files/2013chemostandards.pdf>

Polovich, M.; Olsen, M.; & LeFebvre K. (2015). *Chemotherapy and Biotherapy Guidelines and Recommendations for Practice*. Pennsylvania: Oncology Nursing Society (ONS).

Ribeiro, T.; & Santos, V. (2015). Segurança do Paciente na Administração de Quimioterapia Antineoplásica: uma Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 61 (2), 145-153. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_61/v02/pdf/09-revisao-de-literatura-seguranca-do-paciente-na-administracao-de-quimioterapia-antineoplasica-uma-revisao-integrativa.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v02/pdf/09-revisao-de-literatura-seguranca-do-paciente-na-administracao-de-quimioterapia-antineoplasica-uma-revisao-integrativa.pdf)

## **Apêndice 9.**

Reflexão crítica: Importância dos ensinamentos para a segurança da pessoa submetida a terapêutica antineoplásica (prática clínica *versus* evidência científica)



## REFLEXÃO CRÍTICA

### Importância dos ensinamentos para a segurança da pessoa submetida a terapêutica antineoplásica

(prática clínica *versus* evidência científica)

A educação do doente é considerada uma estratégia para a prevenção da ocorrência de erros na administração de terapêutica antineoplásica (Polovich, Olsen e Lefebvre, 2014). Pelo que a informação constitui um elemento central e crucial para a capacidade e eficácia dos doentes em participar na prevenção de erros. Neste sentido, os enfermeiros desempenham um papel desafiador no envolvimento dos doentes na promoção da sua própria segurança (Schwappach, Hochreutener e Wernli, 2010).

A oportunidade de ter realizado estágios no âmbito desta temática em diferentes serviços e instituições permitiu alargar o leque de experiências que posteriormente deram origem à presente reflexão. Uma das grandes diferenças entre os locais de estágio é, precisamente, o contexto dos mesmos, ou seja, internamento *versus* ambulatorio, o que pode por si só determinar diferentes condições no que respeita aos ensinamentos à pessoa submetida a terapêutica antineoplásica. Com isto, reporto-me ao fato de que o doente oncológico, a realizar tratamentos em contexto de ambulatorio, irá vivenciar os efeitos secundários decorrentes dos mesmos no domicílio, sendo de extrema importância a preparação e capacitação do doente e da família para a gestão desses mesmos efeitos, ao passo que numa situação de internamento, apesar de se manter a importância da transmissão de informação, os doentes terão sempre à cabeceira enfermeiros que os irão ajudar ou, até mesmo substituir, nessa tarefa.

Ainda assim, de uma forma geral, independentemente do contexto onde a pessoa realiza o tratamento antineoplásico, a transmissão de informação revela-se de extrema importância para a segurança da pessoa com doença oncológica. Ao falar em segurança, não me reporto apenas aos erros que podem advir da administração, quando não contemplados os “5 certos” da medicação, mas também às complicações decorrentes de uma gestão não adequada dos efeitos secundários do tratamento com agentes antineoplásicos, que podem implicar um acréscimo do número de

internamentos hospitalares, dos custos associados aos mesmos, colocando em causa todo o tratamento, podendo até determinar o ajuste de intervalos entre ciclos, doses e fármacos, colocando em causa a qualidade de vida do próprio doente.

Por um lado, de entre todos os eventos adversos e erros de medicação, os erros durante a administração são comuns (Schwappach e Wernli, 2010b), sendo considerado que mais de metade de todos os erros ocorrem na administração de medicação (Schwappach e Wernli, 2010a). Paralelamente, é cada vez mais reconhecido que os doentes podem fazer contribuições importantes para a sua segurança e prevenção de erros e eventos adversos neste âmbito (Schwappach, 2010; Schwappach e Wernli, 2010a; Schwappach, e Wernli 2010b). Sendo que na última década, organizações como o Conselho da Europa (Perneger, 2008) e a Organização Mundial de Saúde através da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Health Organization*, 2008) recomendam o envolvimento dos doentes na notificação de incidentes e na gestão da segurança, como estratégias para a segurança do doente.

Pela observação da prática clínica, o doente é efetivamente o único indivíduo que está fisicamente presente durante todo e cada tratamento com agentes antineoplásicos, pelo que se constitui como um recurso valioso na prevenção de erros, pela capacidade de detetar erros durante a administração, bem como, identificar desvios nas rotinas. Neste sentido, segundo Schwappach e Wernli (2010b) o envolvimento do doente na deteção e prevenção do erro e, portanto, na promoção da sua própria segurança, passa pela informação.

São assim apontados um conjunto de motivos por Schwappach (2010) pelos quais o envolvimento do doente pode ser considerado como um instrumento viável na promoção da segurança do mesmo, nomeadamente, o facto de serem os únicos indivíduos que efetivamente estão presentes durante todo o procedimento de administração de terapêutica antineoplásica, muitos destes preferem estar envolvidos nos cuidados que lhe são prestados, o que pode também aplicar-se a questões de segurança e qualidade dos mesmos, por norma encontram-se altamente motivados para diminuir o risco de dano e garantir bons resultados e, finalmente, dado que muitos dos erros se efetivam à cabeceira do doente, têm um potencial elevado de serem observados e intercetados pelo doente. Assim, fornecer aos doentes informações acerca do tratamento, educando-os e envolvendo-os nos seus cuidados, apresenta-se como uma forma de garantir a segurança do doente (Schwappach, 2010), porém,

é importante refletir acerca da aceitação e capacidade do próprio doente em adquirir conhecimentos, uma vez que não vivemos num mundo perfeito onde o idealizado contrasta com a realidade, onde nem todas as pessoas aceitam o diagnóstico de doença oncológica, bem como os tratamentos associados da mesma forma ou, por outro lado, não têm as mesmas capacidades de compreensão ou cognitivas para refletir e usar a informação transmitida.

Surge assim uma importante questão quando se fala sobre a importância dos ensinamentos à pessoa submetida a terapêutica antineoplásica: **o que e como transmitir, a quem, quando e onde?**

A este propósito, a *Oncology Nursing Society* (ONS) enuncia um conjunto de aspetos que devem ser abarcados no processo educativo do doente, como por exemplo, o diagnóstico, objetivo do tratamento, duração prevista do tratamento, nome dos agentes antineoplásicos e medicação de suporte, bem como possíveis interações, potenciais efeitos secundários a curto e longo prazo, procedimentos para manuseamento de agentes antineoplásicos orais, sintomas ou eventos adversos que requerem o relato à equipa multidisciplinar (Polovich et al., 2014). Paralelamente, afirmam ainda que esta informação deve ser providenciada de forma verbal e escrita, de fácil leitura, utilizando uma linguagem adequada para o doente, devendo ainda ser ainda encorajado quer o doente como sua família/pessoa significativa a escutar ativamente, promovendo oportunidade para expor as suas dúvidas e assegurando a sua compreensão (Polovich et al., 2014). Os mesmos autores sublinham que, deve ser verificada e documentada a compreensão do doente acerca do conteúdo transmitido.

Sendo esta a melhor e mais atual evidência acerca da informação a transmitir ao doente, tal contrasta com a realidade observada em ensino clínico, sendo que dos quatro estágios realizados apenas o Serviço A abarca na globalidade o anteriormente exposto, ao passo que nos restantes serviços alguns dos aspetos referidos não são considerados na sua totalidade, como sejam a não existência de informação em suporte escrito, ou ainda que existente a sua não utilização de forma regular, ou até mesmo a existência de lacunas na informação transmitida.

Quando considerado a quem devem ser dirigidos os ensinamentos a ONS (Polovich et al., 2014; Neuss, et al., 2016) preconiza que a transmissão de informação deve incluir para além da pessoa com doença oncológica, a família, cuidadores ou outras pessoas significativas.

Durante o desenrolar do período de ensino clínico, todos os enfermeiros nos vários campos de estágios sustentaram o acima referido, sendo que assumem a família como um recurso fundamental à pessoa com doença oncológica, no entanto, relatam que nem sempre é fácil educar para além do doente. Em específico na situação de internamento, que pode ser mais ou menos prolongada, nem sempre há por parte dos familiares disponibilidade de tempo ou até mesmo financeira para acompanhar o doente a realizar tratamento com agentes antineoplásicos, pelo que grande parte, senão a totalidade dos ensinamentos realizados são feitos exclusivamente ao doente. Por outro lado, apesar do alargado período de visitas existente atualmente, este é ainda muitas vezes limitador dado os horários de trabalho dos familiares.

No que concerne ao local onde devem ser realizados os ensinamentos ao doente e família/pessoa significativa é consistente na literatura que um espaço tranquilo, sem distrações ou interrupções favorece a comunicação (Phaneuf, 2005) e, por conseguinte, o processo educacional. Este aspeto em particular está muito condicionado, a meu ver, pelas condições físicas e estruturais de cada serviço em particular pois, por exemplo, nos serviços de internamento A e D onde realizei estágio os quartos das enfermarias não eram individuais, pelo que a única forma de individualizar o espaço e promover de alguma forma a confidencialidade da informação a transmitir eram as cortinas existentes, que embora possam tornar o espaço mais reservado não limitam de uma forma absoluta as interrupções que podem ocorrer durante o processo, nem a forma como estas podem afetar a qualidade da informação transmitida.

Por outro lado, parece-me ainda importante referir a existência de outras salas no serviço que poderiam permitir o estabelecimento de conversas privadas, limitando as possíveis interrupções, no entanto, também estas se revelam por vezes insuficientes, não havendo sobretudo por parte dos enfermeiros uma prática frequente da sua utilização. Tal leva-nos a pensar se estarão os enfermeiros cientes destes aspetos aquando da educação do doente e família. Da observação da realidade em contexto de ensino clínico e do contacto com os mesmos pude perceber que o têm em consideração, mas o tempo ou a gestão inadequada do mesmo não os deixa, muitas vezes, colocar em prática aquilo que idealizam.

Se pensarmos na realidade atual dos serviços de saúde, onde os cuidados de enfermagem são de grande complexidade, o número adequado de enfermeiros para os realizar não é muitas vezes suficiente, conduzindo assim a uma sobrecarga de

trabalho, naturalmente, podem existir procedimentos que não são realizados por falta de tempo, de incapacidade de gerir os cuidados, ou da crença de que mais tarde os poderão realizar, o que pode conduzir à delegação para segundo plano de aspetos como a educação do doente em detrimento de acontecimentos e/ou procedimentos aparentemente mais prementes. Numa outra interpretação, a escassez de pessoal pode ameaçar o processo educacional do doente, pois pelo fato dos enfermeiros se demonstrarem pouco disponíveis, stressados ou cansados, tal pode coibir a partilha de preocupações ou o esclarecimento de dúvidas por parte do doente e família.

O momento adequado para a transmissão de informação ao doente e família, parece ser algo indeterminado, sendo que Carrington, et al. (2010) afirmam que processo educativo deve ser contínuo, assim sendo a informação relativa à terapêutica antineoplásica deve ser transmitida no início do internamento, ser transversal ao longo do mesmo e mantida após a alta para o domicílio.

É certo que no início do tratamento com agentes antineoplásicos os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para a realização de ensinamentos, pois grande parte das vezes o doente oncológico e família estão carentes por informação. Contudo, a ONS preconiza que esta deve ser transmitida com base nas necessidades de aprendizagem do doente, habilitações, preferências e vontade do mesmo para aprender (Polovich et al., 2014; Neuss, et al., 2016). É frequente querermos transmitir tanto quanto possível logo no primeiro contacto com o doente e sua família e/ou pessoa significativa, fomentando a educação/conhecimento da pessoa com doença oncológica, capacitando-o para uma tomada de decisão informada. No entanto, muitas vezes, mais é menos, pois o excesso de informação pode ser considerado prejudicial e desajustado às necessidades do doente. Da minha experiência profissional, bem como dos contributos gerado pelos estágios, posso afirmar que cada ser humano é único pelo que aspetos individuais relativos aos doentes como a idade, nível de literacia, a falta de motivação ou confiança no tratamento, a ansiedade inerente à administração dos fármacos, a ausência de perceção da necessidade do tratamento, a incerteza do futuro, entre muitos outros, são aspetos que interferem na capacidade de compreensão e de aquisição de conhecimento. Neste sentido, o processo educativo deve ser sempre centrado no doente, porém, não basta a simples transmissão de informação científica e técnica, ainda que culturalmente neutra. É necessária uma verdadeira interpretação da narrativa do indivíduo, considerando os seus conhecimentos prévios, crenças, valores

e comportamentos, não descurando os seus sentimentos e preocupações, com vista a adequar os ensinamentos sobre a terapêutica antineoplásica às necessidades do mesmo, isto é, individualizando-os e personalizando-os, pois só assim será possível o estabelecimento de uma verdadeira parceria de cuidados, visando a segurança do doente e o envolvimento deste na sua própria segurança.

Os ensinamentos à pessoa com doença oncológica revestem-se assim de grande importância para a promoção da segurança do doente submetido a terapêutica antineoplásica e, portanto, recorrendo ao léxico da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) é primordial saber **Interpretar**, isto é, compreender as necessidades da pessoa com doença oncológica submetida a terapêutica antineoplásica. Para tal, não basta **Informar**, ou seja, comunicar alguma coisa ao doente/família. É essencial **Educar**, ou transmitir conhecimentos pertinentes para a segurança do doente, sendo para tal, necessário dar as informações sistematizadas, ou **Ensinar**. Contudo, é também importante fornecer a informação sistematizada integrando-a no devido contexto, ou seja, **Instruir**, de modo a **Permitir**, ou dar uma oportunidade ao doente, de **Otimizar** a sua segurança, ou seja, obter os melhores resultados em termos de saúde. Neste contexto, assume primordial importância o facto de tornar as coisas compreensíveis e claras, ou **Explicar**, através do **Orientar** que é dirigir o doente/família para as melhores decisões relacionadas com a saúde, e também **Aconselhar** ou, através do diálogo, capacitar os indivíduos a tomar as suas próprias decisões. Para tal, o enfermeiro deve **Colaborar**, isto é, trabalhar em conjunto com o doente/família, pois só assim consegue **Estimular**, ou incitar os indivíduos a adotar comportamentos seguros (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

## Referências Bibliográficas

- Care, 20, 305-307. Disponível em <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzn034>
- Carrington, C.; Stone, L.; Koczwara, B.; Searle, C.; Siderov, J.; Stevenson, B.; Michael, M.; Hyde, S.; Booth, A.; & Rushton, S. (2010). The Clinical Oncological Society of Australia (COSA) guidelines for the safe prescribing, dispensing and administration of cancer chemotherapy. *Asia-Pacific Journal Of Clinical Oncology*, 6, 220-237.
- Neuss, M.; Gilmore, T.; Belderson, K.; Billett, A.; Conti-Kalchik, T.; Harvey, B.; Hendricks, C.; LeFebvre, K.; Mangu, P.; McNiff, K.; Olsen, M.; Schulmeister, L.; Von Gehr, A.; & Polovich, M. (2016). 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for Pediatric Oncology. *Journal of Oncology Practice*, 12 (12), 1262-1271.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem: CIPE – versão 2015*.
- Perneger, T. (2008). The Council of Europe recommendation Rec (2006)7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. *International Journal for Quality in Health*.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.
- Polovich, M.; Olsen, M.; & Lefebvre, K. (2014). *Chemotherapy and Biotherapy Guidelines and Recommendations for Practice* (4<sup>a</sup> ed.). Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
- Schwappach D.; Hochreutener, M.; & Wernli, M. (2010). Oncology Nurses' Perceptions About Involving Patients in the Prevention of Chemotherapy Administration Errors. *Oncology Nursing Forum*, 37 (2), 84-91.
- Schwappach, D. (2010). Engaging Patients as Vigilant Partners in Safety: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*, 67 (2), 119-148.
- Schwappach, D.; & Wernli, M. (2010a). Am I (un)safe here? Chemotherapy patients'

perspectives towards engaging in their safety. *Quality Safety Health Care*, 19, 1-6.

Schwappach, D.; & Wernli, M. (2010b). Medication errors in chemotherapy: incidence, types and involvement of patients in prevention. A review of the literature. *European Journal of Cancer Care*, 19, 285-292.

World Health Organization (2008). *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2008–2009*. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70460/1/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.04\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70460/1/WHO_IER_PSP_2008.04_eng.pdf)

**Apêndice 10.**

Reflexão crítica: Contributo das novas tecnologias para a segurança do doente na administração de agentes antineoplásicos



## **REFLEXÃO CRÍTICA**

### **Contributo das novas tecnologias para a segurança do doente na administração de agentes antineoplásicos**

A segurança do doente envolve, em geral, a prevenção de erros nos cuidados prestados ao mesmo e a eliminação de danos causados por tais erros. O erro, na prática de cuidados, resulta de uma ação não intencional causado por uma falha ou problema, podendo ser cometido por qualquer profissional de saúde, na prestação de cuidados como, por exemplo, na administração de medicação (Silva, 2014).

A enfermagem tem um papel fundamental no processo de administração de medicação e, com responsabilidade ética, técnica e científica, assegura a proteção do doente e o seu direito a ser bem cuidado. Neste sentido, a administração segura de medicamentos é definida operacionalmente como uma boa prática de enfermagem da seguinte forma: “Os enfermeiros administram a dose certa da medicação pela via certa no doente certo à hora certa pela razão certa” (Benner, Malloch e Sheets, 2010, p.12).

No entanto, quando se fala em agentes antineoplásicos, a complexidade da terapêutica, o uso de inúmeros medicamentos potencialmente perigosos, associados à gravidade e instabilidade clínica dos doentes oncológicos, levam a que as consequências dos erros de medicação, possam ser ainda mais danosas.

Apesar dos grandes avanços tecnológicos na área da saúde, a ocorrência de erros nos cuidados de saúde ainda acontecem de forma assustadora, causando grande impacto económico, graves prejuízos aos profissionais, às instituições, mas sobretudo, à pessoa que dele padece... o doente!

Vários foram os ensinamentos clínicos que realizei, e neles várias foram as situações, os contextos, as intervenções, os procedimentos, as estratégias, enfim, a prática diária de enfermagem que, sendo que de tudo o observado me debruço agora pela administração segura de agentes antineoplásicos, e a contribuição das novas tecnologias para tal.

Ao longo dos anos, vários foram e são os desenvolvimentos tecnológicos com importantes contributos para a segurança na administração de terapêutica, pelo que não ambiciono nomear todos, mas antes aqueles que pela diferença perante a

realidade do meu contexto de trabalho, me suscitaram mais interesse, refletindo assim sobre as suas vantagens e/ou desvantagens, pois estou segura que também as há!

### **A prescrição eletrónica...**

...surge nas Grandes Opções do Plano 2008, na qual o Governo Português incluí, na rubrica dos Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação, a “Implementação da Prescrição Electrónica”, tornando esta ferramenta uma das prioridades governativas (Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2007).

Nos estudos realizados em diferentes países e que analisaram de uma forma global os eventos adversos relacionados com os cuidados de saúde, os eventos relacionados com a utilização de medicamentos detiveram a percentagem mais elevada do total de eventos adversos registados (Otero, 2007), sendo que, a prescrição resultou ser o processo da cadeia onde se verificaram com mais frequência erros de prescrição (56%), seguido de administração (34%), transcrição (6%) e dispensa (4%) (Bates, et al., 1995). Porém, dados mais recentes relativamente a esta temática apontam para uma maior incidência de erros de administração (35,7%) face aos erros associados à prescrição (15,5%) posicionando no último lugar da totalidade dos erros (Choi, et al., 2016). De salientar que, neste último estudo, a prescrição terapêutica era efetuada com a utilização de sistemas eletrónicos, o que permite desde logo verificar e atestar os contributos desta tecnologia para a segurança do doente.

Dada a escassez de estudos portugueses neste domínio, os dados são presumidos a partir da observância internacional, pelo que estudos internacionais que compararam a utilização da prescrição manual versus eletrónica (Menendez, Alonso, Rancaño, Corte, Herranz e Vazquez, 2012; Al-Rowibah, Younis e Parkash, 2013), mostram uma redução nas taxas de erro de prescrição e melhores resultados para os pacientes após a implementação de um sistema eletrónico.

De acordo com esta linha de pensamento, no nosso país, o Ministério da Saúde afirma que a prescrição eletrónica aumenta a segurança do doente em diversos níveis: a informatização implica que a prescrição esteja estruturada, com o medicamento, a dosagem, a frequência e a via de administração bem especificadas, por outro lado permite a validação permanente da prescrição, identificando possíveis interações, sobredosagens ou eventuais erros na seleção do medicamento. Deste modo, a

implementação da prescrição eletrônica em todos os serviços permite reduzir os erros associados à terapêutica (Ministério da Saúde, 2008).

Este sistema tem por base o ciclo diagnóstico-terapêutica, centrado no doente, em que os principais intervenientes no circuito do medicamento, tanto na área clínica (médicos, farmacêuticos e enfermeiros), como na área técnico-administrativa trabalham diretamente sobre o sistema, com o objetivo de servir o doente com mais segurança, eficácia, racionalidade e eficiência (Sistemas de Apoio à Decisão Clínica: uma oportunidade para os farmacêuticos hospitalares, [s.d]).

Contudo, apesar dos seus vários intervenientes, pretendo analisar esta ferramenta apenas na ótica de um único utilizador, o enfermeiro, indagando sobre os contributos da sua utilização para a segurança do doente.

Os enfermeiros trabalham sobre o sistema eletrónico para consultar e registar, para além do plano medicamentoso, o plano terapêutico. Desta forma, o trabalho da equipa de enfermagem é dotado de maior segurança no cumprimento do plano terapêutico do doente, visto que este é automaticamente atualizado pela prescrição médica e pela informação disponibilizada pelos serviços farmacêuticos. Além da informação obtida através do sistema, os enfermeiros podem registar quais os medicamentos administrados, quais não foram administrados e a sua razão, bem como toda a componente não associada ao plano medicamentoso, como seja resultados de determinação de glicemias capilares, tensão arterial, peso, diurese, entre outros (Sistemas de Apoio à Decisão Clínica: uma oportunidade para os farmacêuticos hospitalares, [s.d]).

Assim sendo na prática clínica importa perceber quais são as reais desvantagens da prescrição manual e, em alternativa, as vantagens da utilização das novas tecnologias neste processo.

A prescrição médica de forma manuscrita, é um dos pontos débeis do processo de utilização de medicamentos, por permitir prescrições incorretas (seleção inadequada do medicamento, indicação, dosagem, orientações, via de administração, duplicações); ilegíveis (frequentemente associadas a nomes similares de medicamentos, uso de abreviaturas ou acrónimos); incompletas (omissão de doses, frequência, via de administração, duração do tratamento) ou ambíguas; que geram erros de interpretação, bem como, tempos de espera prolongados entre a prescrição e a disponibilidade de medicamentos (Davis, 2000; Nightingale, Adu, Richards, e Peters, 2000).

A implementação da prescrição eletrônica reduz a ocorrência de eventos adversos pois, segundo Cassiani, Gimenes e Freire (2002), confere uma maior segurança, já que elimina dificuldades na leitura e no entendimento ocasionadas pela letra ilegível e possibilita que o erro seja corrigido no momento da digitação sem que, para isso, haja rasuras ou rabiscos que dificultam ainda mais o entendimento das informações.

Um estudo realizado por Volpe, Melo, Aguiar, Pinho e Stival (2016), demonstra que, em geral, a utilização do sistema de prescrição eletrônica foi associado a uma redução significativa dos fatores de risco para erros de medicação, destacando aspectos como a ilegibilidade, a transcrição e a presença de dados essenciais que promovem uma prescrição segura e efetiva (tais como, via de administração, frequência de administração ou diluição).

Na área oncológica, quando a terapêutica utilizada se trata de agentes antineoplásicos, entendidos como medicamentos de alto risco, já que têm um risco potencial de causar danos graves ou até mesmo fatais, quando um erro ocorre no curso da sua utilização, tudo o apresentado anteriormente também se aplica.

Na prática diária de enfermagem quando nos deparamos com a prescrição de terapêutica antineoplásica, ainda que esta não seja prescrita na sua totalidade de forma manuscrita, mas antes através da utilização de modelos pré-impressos, padronizados, quantas não foram as vezes que numa avaliação inicial da prescrição (que precede o envio para o serviço farmacêutico) foram identificadas lacunas por omissão de informação, como por exemplo, ausência de dados relativos à superfície corporal, dose do medicamento, assinatura do médico prescritor, ou ainda, a ausência ou preenchimento incorreto dos dias com respectiva correspondência com os dias do ciclo. A ausência de informação essencial pode gerar problemas no momento da preparação e/ou da administração, tornando o processo mais lento e moroso, obrigando à clarificação e correção por parte da equipa médica.

Contudo, ainda que a utilização de prescrições pré impressas seja preferível, a questão da ilegibilidade é um problema incontestável, traduzido pelo uso de caligrafia ilegível tornando incompreensível ou até indecifrável aspectos importantes numa prescrição terapêutica, como são o nome do doente, de medicamentos ou até doses a administrar; por outro lado, estas mesmas prescrições, dada a imprevisibilidade do doente oncológico, são sujeitas a correções ou ajustes durante a realização do ciclo, sendo muitas vezes efetuadas com a utilização de rasurados, setas, asteriscos,

escrita sobreposta a outra, numa tentativa de atualizar os dados, sendo todas estas técnicas dissonantes da clareza esperada, transformando as prescrições de terapêutica antineoplásica difíceis de entender, dificultando a prática de enfermeiros, aumentando o risco de erros, comprometendo assim a segurança do doente. De ressaltar ainda o reduzido espaço, do esquema de prescrição pré impressa, para que a anotação dos dados referentes ao farmacêutico que prepara, enfermeiro que recebe a terapêutica e enfermeiro que administra a terapêutica, sejam realizados de uma forma clara e organizada, bem como os aspetos relativos a reações ocorridas da administração do medicamento, ou ainda, identificação registo dos locais de administração de terapêutica subcutânea, proporcionando assim uma maior vigilância e monitorização das administrações posteriores, favorecendo a segurança da pessoa com doença oncológica submetida a terapêutica antineoplásica.

Em alternativa, a prescrição eletrónica é uma das estratégias sugeridas por diversas organizações internacionais (ASHP, ASCO/ONS), para minimizar a ocorrência de erros de medicação, uma vez que evita dificuldades em relação à grafia da equipa médica e às prescrições confusas e incompletas, permitindo que as informações sejam estruturadas (nome do fármaco, dose, via de administração, horário e ritmo de perfusão), legíveis e acessíveis aos farmacêuticos que preparam e distribuem a medicação e aos enfermeiros que a administram (Bates, 2000).

De acordo com Bates (2000) as prescrições eletrónicas reduzem os erros de medicação em 80%, tornando-se o sistema que provavelmente teve um maior impacto na redução dos erros de medicação, pois para além do referido anteriormente, permite grande parte das vezes o apoio à decisão clínica, apresentando como vantagens a possibilidade de poderem controlar alergias, recomendar doses de medicamentos, fornecer ajustes para doentes com insuficiência renal ou função hepática alteradas, e identificar possíveis interações medicamentosas. Embora o mesmo autor refira que, mesmo um sistema simples, sem fornecer muito apoio à decisão, promove uma grande diminuição do número de erros, em cerca de 64% (Bates, 2000).

Assim, pode-se concluir que a prescrição eletrónica de medicação é uma mais-valia, constituindo-se um feito importante com grandes contributos para segurança do doente.

Embora em considerável menor número, os estudos com dados específicos relativamente aos erros com terapêutica antineoplásica, podem ser equiparados aos achados anteriormente descritos no que concerne à terapêutica em geral, que

apontam a prescrição eletrônica como uma valiosa ferramenta para a redução do erro (Small, Barrett e Price, 2008; Bubalo et al., 2014). Na mesma linha de pensamento, Galligioni et al. (2015) identificam a prescrição eletrônica como a única tecnologia demonstrada que contribui para a redução dos erros de medicação em oncologia e, portanto, tem-se assistido ao incremento da sua utilização no caso específico da terapêutica antineoplásica.

No entanto, perante tais dados, o mais peculiar é a existência de serviços (do qual é exemplo o serviço E, onde exerço funções), em instituições de saúde do nosso país, nos quais a utilização de um sistema eletrônico é já uma realidade na prescrição de terapêutica em geral, à exceção da antineoplásica. Tal gera, a meu ver, um maior risco para a segurança do doente, uma vez que, os protocolos de tratamento da doença oncológica são compostos por diferentes medicamentos pertencentes a diferentes grupos terapêuticos (como sendo corticóides, anti-heméticos ou outros, para além dos citostáticos), sendo que podem surgir situações de dupla prescrição de terapêutica não citostática, pelo que muitas das vezes as doses que deveriam ser correspondentes em ambas as prescrições (eletrônica e manual), não o são, dificultando o entendimento da informação, podendo levar a erros, dúvidas e atrasos na administração resultantes da necessidade de clarificação e correção da prescrição. Ou seja, pode gerar um sem número de situações, todas elas com a capacidade de potenciar a ocorrência de eventos adversos colocando em causa a segurança do doente.

Emerge assim a questão: dados os benéficos contributos da utilização do sistema eletrônico para a prescrição segura de terapêutica, porque não abranger todos os medicamentos?

Neste âmbito, Bubalo et al. (2014) afirmam que a transição das ordens de quimioterapia em papel para a prescrição eletrônica pode ser uma mudança de paradigma para muitos médicos, aumentando o tempo gasto na prescrição, embora Small et al. (2008) aponte para uma economização desse mesmo tempo quando aplicado aos enfermeiros. Por outro lado, os elevados custos de implementação, a necessidade de manutenção do sistema, a dificuldade de articulação com diferentes sistemas eletrônicos e a capacitação do pessoal, são também aspetos apontados como limitações desta tecnologia (Small et al., 2008;).

Em jeito de conclusão, apraz-me dizer que contrabalançando os pontos fortes e fracos anteriormente expostos com a minha experiência e o observado em contexto

de ensino clínico, a prescrição eletrónica parece ser, na minha ótica, uma ferramenta útil para a prevenção da ocorrência de eventos adversos promovendo, por conseguinte, a segurança do doente. Porém, apesar do crescente número de evidência neste domínio, mais especificamente no que se relaciona com a terapêutica antineoplásica, Bubalo et al. (2014) defendem que os dados devem ser interpretados com cautela, uma vez que a literatura disponível atualmente fornece um baixo nível de evidência relativamente à utilização de prescrições eletrónicas para reduzir os erros com terapêutica antineoplásica, pelo que se torna premente continuar a investir nesta área de investigação.

### **A tecnologia de código de barras...**

...é descrita pela literatura como uma estratégia que pode reduzir substancialmente a ocorrência de erros de medicação, principalmente os relacionados com a administração e, em consequência, os eventos adversos associados a esses erros (Marini e Hasman, 2009), sendo considerada como a segunda tecnologia mais frequentemente implementada, com o intuito de reduzir os erros de medicação junto ao leito do doente (Galligioni et al., 2015).

Já no final do século XX, Bates apresentava a tecnologia do código de barras como promissora na redução das taxas de erro, apontando para uma diminuição de 80% dos erros associados à administração de medicação (Bates, 2000). Tal fato é apoiado por Cummings, Bush, Smith, Matuszewski e UHC Bar-Coding Task Force (2005), que afirmam que os erros que envolvem a administração errada de medicamentos, ou ao doente errado, foram reduzidos em 60%, após a implementação de códigos de barras em combinação com a prescrição médica eletrónica. Já Bubalo et al. (2014) apresentam uma visão mais global apontando para uma redução do risco de erro estimado entre os 48 e os 91%, motivo pelo qual esta ferramenta é considerada essencial para a segurança do doente por múltiplas entidades reguladoras.

O referido processo ajuda a garantir que o doente correto, recebe a dose correta do medicamento correto, pela via correta e no momento correto, os chamados “5 certos” (Franklin, O’Grady, Donyai, Jacklin e Barber, 2007; Marini e Hasman, 2009), aos que Bubalo et al. (2014) acrescenta a documentação, ação, forma de apresentação e resposta corretas, totalizando assim os “9 certos” para evitar erros de medicação, possibilitando ainda que a identificação e a história do doente se

relacionem com todos os momentos de prestação de cuidados, como sejam: a prescrição médica, a dispensa e administração de medicamentos (Franklin, et al., 2007). Para tal é necessário dispor de uma ferramenta informática apropriada, que gera os códigos de barras e respetivas ligações e dispositivos de leitura desses mesmos códigos.

Porém, nos nossos dias, apesar da implementação da tecnologia do código de barras em meio hospitalar ser descrita como um contributo significativo na redução dos erros de administração, a taxa de utilização pelas organizações é baixa dadas as dificuldades de aplicação e os elevados custos de implementação e manutenção do sistema (Hwang, Yoon, Ahn, Hwang e Park, 2016).

Tal tecnologia suscitou em mim maior curiosidade e interesse quando iniciei o ensino clínico no Serviço C, que detinha este tipo de tecnologia, utilizando-o para confirmação da terapêutica antineoplásica endovenosa, previamente à sua administração. Posteriormente, após um olhar mais atento, com o intuito de perceber o seu funcionamento e quais as mais-valias associadas, confesso que fiquei algo desapontada. Pois, apesar do meu entusiasmo inicial, rapidamente percebi, que aquela ferramenta em concreto utilizada naquela instituição específica, apesar de corresponder à tecnologia de código de barras antes descrita, apresentava muitas lacunas, pois não era o exemplo que melhor representava este tipo de tecnologia, no que respeita à sua eficácia. O referido anteriormente é justificado pelo facto da ferramenta em questão contribuir apenas (digo apenas, dado o abrangente que este sistema pode ser) para garantir que o medicamento correto seja administrado ao doente certo, não atendendo aos restantes “certos da medicação”, nomeadamente, dose, via e hora certas. Neste sentido, apesar de se verificar uma efetiva contribuição para a segurança do doente, esta é, no entanto, insuficiente por si só.

Mais tarde, através de contactos posteriores com pessoas com projetos nesta área de interesse e de pesquisas neste âmbito, percebi que o *software* associado à tecnologia de código de barras pode ser mais ou menos abrangente, ou seja permitir validar apenas que o medicamento em causa está prescrito àquele doente, ou de uma forma mais ampla permitir que aquele medicamento, naquela dose, àquela hora seja administrado àquele doente, gerando assim maiores contributos para a segurança do mesmo.

Porém, poucos são ainda os estudos desenvolvidos no âmbito específico da administração de terapêutica antineoplásica, tal como afirma Bubalo et al. (2014),

apresentando somente dados relativos à utilização da tecnologia de código de barras nas fases de preparação e verificação de agentes antineoplásicos, não estando discriminada a fase de administração dos mesmos. Pelo que, neste sentido, se destaca um estudo desenvolvido por Seibert, Maddox, Flynn e Williams (2014), que incluiu unidades mais complexas para as quais não existem dados na literatura, como é o caso da oncologia, sendo que os resultados obtidos reforçam as vantagens e as limitações desta tecnologia, na redução de erros de medicação. No caso específico da oncologia, descrevem a existência de altas taxas de precisão, mesmo antes da implementação da tecnologia de código de barras mas, ainda assim, expõem uma redução de cerca de 6% no total de erros de administração de terapêutica, acompanhado de uma melhoria da notificação e registo de erros, reforçando a sua importância na prevenção de eventos adversos. Por outro lado, destacam como limitações desta tecnologia não alertarem para erros de prescrição (como sejam a prescrição de medicamentos errados, doses não adequadas, via errada de administração, entre outros), erros relacionados com a hora ou via de administração do medicamento ou até na programação da bomba infusora (Seibert et al., 2014).

Ainda neste contexto, Bubalo et al. (2014) apontam como desvantagens os elevados custos de implementação e manutenção (já referidos anteriormente), e a possibilidade de criação de novos problemas, como sejam, a inexistência de códigos de barras no medicamento, códigos de barras incompatíveis, a possibilidade de realizar pré-digitalizações podendo gerar erros à posteriori e ainda problemas com o *software* que podem atrasar a administração da medicação ou resultar em registos incompletos. Ainda a este propósito Koppel, Wetterneck, Telles e Karsh (2008), alertam para a necessidade de uma atenção crítica aquando da implementação desta tecnologia na realidade da prática clínica, por forma a garantir que os recursos de segurança tecnológica sejam utilizados tal como planeado e que os sistemas sejam desenhados para suportar essa utilização, pois tal como qualquer outra tecnologia em organizações complexas, poderão surgir alternativas à sua correta utilização.

Em oposição, Seibert et al. (2014) afirmam que este sistema não introduz novos tipos de erros no processo de administração de medicamentos e destaca que, apesar da crença inicial dos enfermeiros de que a aplicação deste sistema pudesse tornar o processo de administração mais moroso, tal não foi observado salientando a eficiência dos mesmos na sua utilização.

Face ao apresentado anteriormente, destaco os benéficos contributos da aplicação da tecnologia de código de barras na administração de terapêutica antineoplásica para a redução da incidência de erros de medicação e, por conseguinte, para a melhoria da segurança do doente, porém, este sistema deve ser adequado à realidade da prestação de cuidados, devendo ser a sua utilização também adequada por parte dos enfermeiros, complementando (e não substituindo) assim as suas intervenções. É fulcral que a preparação e formação dos utilizadores anteceda a implementação do sistema, destacando as suas características, utilidade e facilidade de utilização, pois, caso contrário poderá influenciar a sua aceitação e o sucesso do mesmo, podendo constituir-se como uma barreira para a sua implementação. Tal poderá ser gerador de utilizações alternativas, não corretas, perdendo-se desta forma o objetivo da sua utilização, pelo que é igualmente importante, promover uma avaliação contínua de forma a identificar problemas de implementação e promover ajustes adequados, quer no sistema, quer nos utilizadores.

### **Equipamentos de perfusão eletrónica (mais comumente designados de bombas infusoras)...**

Um relatório sobre as taxas de adoção das tecnologias de segurança de medicamentos revelou que as organizações de saúde implementaram dispositivos de perfusão eletrónicos mais do que qualquer outra tecnologia (Pedersen, Schneider e Scheckelhoff, 2013).

Considera-se um dispositivo de perfusão eletrónico, um equipamento programável alimentado por eletricidade ou bateria, usado para regular a taxa de infusão e volume (*Infusion Nurse Society*, 2011). Por seu turno, a *U.S. Food and Drug Administration* (FDA), descreve o dispositivo de perfusão como um equipamento médico utilizado para administrar fluidos de uma forma controlada, como por exemplo, antibióticos, analgésicos, agentes antineoplásicos, entre outros (*Food and Drug Administration*, 2014).

No âmbito específico da administração de agentes antineoplásicos, importa referir, que segundo a *Infusion Nurse Society* (2011) devem ser utilizados equipamentos eletrónicos de perfusão para tipos específicos de administração antineoplásica e para todas as administrações contínuas. Sendo que, destaca a administração de agentes antineoplásicos vesicantes advertindo, que nestes casos, não devem ser utilizados sistemas eletrónicos de perfusão, de forma a minimizar a

pressão exercida sobre a veia, ou em alternativa, devem ser utilizados equipamentos de baixa pressão (*Infusion Nurse Society*, 2011; Polovich, Olsen, e Lefebvre, 2014).

Porém, à exceção deste caso específico e, apesar das diretrizes preconizadas, pude constatar durante a realização dos ensinamentos clínicos que nos dias de hoje ainda se verifica a administração de terapêutica antineoplásica (referindo-me somente à administrada por via endovenosa) utilizando como equipamento de suporte não bombas infusoras, mas antes sistemas manuais de controlo de débito (doseadores de débito) acoplados aos sistemas, cujo objetivo se destina como o próprio nome indica a controlar o débito de terapêutica num determinado período de tempo, ou seja, o ritmo de perfusão (sendo de tal exemplo o Serviço A).

Após pesquisa da literatura, esta revelou-se escassa neste domínio, não aportando qualquer tipo de contributo neste âmbito, pelo que me parece importante refletir acerca desta temática à luz da minha experiência pessoal.

Sem tecer grandes reflexões, diria que estes dispositivos geram vantajosos contributos para uma administração segura de terapêutica, promovendo a segurança do doente, pois caso contrário, ignorada esta validade não seriam utilizados e estariam em desuso poupando certamente milhares de euros às instituições de saúde. Contudo, após um olhar mais atento sobre a nossa prática diária e a influência destes dispositivos eletrónicos nos cuidados de enfermagem, pode afirmar-se que a vantagem deste equipamento reside no facto de permitir um controlo mais rigoroso dos débitos de fluxo, quando comparado com os sistemas de controlo manual. Por outro lado, permite um maior controlo da perfusão por parte do enfermeiro pois, pelo facto de serem habitualmente dotados de avisos sonoros, promovem uma observação e avaliação mais rápida pelo enfermeiro, despistando situações de frequente ocorrência, como sendo os movimentos do doente, a postura do braço do doente onde detém o catéter venoso, a fixação inadequada do catéter, dobra do sistema de perfusão, entre outros, que apesar de não serem aparentemente prejudiciais para o doente, podem dar lugar a um atraso ou aceleração na administração do medicamento, condicionando assim o período ideal de administração do mesmo, podendo levar a complicações e/ou prolongar o tempo de internamento.

Estes equipamentos, são cada vez mais fáceis de manusear e intuitivos sendo, regra geral, necessário despender pouco tempo para a sua programação, o que favorece a meu ver uma utilização eficiente por parte da equipa de enfermagem. Porém, a sua utilização pode originar novos erros, colocando em causa a segurança

do doente, nomeadamente erros na programação da bomba infusora. Tal é suportado por um estudo realizado por Camiré, Moyen e Stelfox (2009) que revela que nos erros de administração de medicação que ocorrem, a sua maioria são devido a erros no ritmo de infusão. Por outro lado, é importante ter em consideração que este tipo de equipamento, apesar dos alarmes sonoros, não evitam erros relacionados com os “certos da medicação”, nem deteta situações de infiltração e/ou extravasão, pelo que é necessária uma constante e contínua monitorização da administração por parte do enfermeiro.

Tudo o anteriormente descrito aplica-se à terapêutica no geral, e à terapêutica antineoplásica em específico, sendo que nesta as consequências para o doente podem ser ainda mais graves ou até potencialmente fatais. Assim sendo, apesar das vantagens da utilização deste tipo de equipamento, os dispositivos de controlo eletrónico, devem ser considerados como adjuvantes dos cuidados de enfermagem, não reduzindo a responsabilidade do enfermeiro no controlo do débito das perfusões.

A complexidade dos agentes antineoplásicos criam um cenário que exige atenção aos detalhes, sendo primordial a intervenção humana para detetar e evitar erros. O enfermeiro é o responsável pela etapa final de garantir a administração efetiva do medicamento prescrito e, embora o uso de tecnologia de perfusão eletrónica reduza o erro na administração, este não desaparece na sua totalidade, o que reforça a noção de que o utilizador final na interface humano-dispositivo é o guardião final da segurança do doente.

### **O Sistema Informativo de Enfermagem...**

...é, por último, a tecnologia relacionada com os registos de enfermagem que obrigatoriamente tinha que mencionar, por variadas razões! Durante a realização dos vários estágios deparei-me com serviços que realizavam os registos dos cuidados prestados em suporte de papel, contrastando com outros serviços que detinham um sistema de informação informatizado, sendo que, no meu próprio local de trabalho tal período coincidiu com uma época de transformação e mudança correspondente à introdução da linguagem CIPE através do programa SClínico, inicialmente numa fase de teste, depois em concomitância com o sistema em suporte de papel e posteriormente finalizou, com a total implementação do mesmo e o término do modelo de registo adotado até então.

A preocupação e a importância atribuída à existência e produção de documentação de enfermagem, atualmente denominada registros de enfermagem, já existe desde do tempo de Florence Nightingale, que assumia a importância dos registros e a necessidade de os preservar, de tal forma que essa documentação refletisse as repercussões quer positivas, quer negativas do cuidado de enfermagem sobre o estado de saúde do doente. Efetivamente, as preocupações de Nightingale continuam presentes nos dias de hoje, não só devido às dificuldades sentidas aquando da realização dos registros, mas também no sentido de encontrar novos caminhos que salientem o papel primordial da documentação de enfermagem na evolução da profissão.

Importa assim perceber quais são os objetivos e finalidades dos registros/documentação em enfermagem, por forma a melhor compreender a pertinência do seu papel na partilha de informação, uma vez que, hoje em dia, é consensual na nossa comunidade profissional, a grande importância que a informação tem para a enfermagem (Simões e Simões, 2007).

Registrar em enfermagem, de acordo com Figueiroa-Rêgo (2003), constitui-se como a ação de colocar por escrito factos (dados interpretados) relacionados com a pessoa/indivíduo que necessita de cuidados de enfermagem, ou seja, os registros/documentação de enfermagem geram informação não só para uso interprofissional, como também para consumo de outros profissionais. Informação essa, que serve como base para a prestação de cuidados e que deverá conter não só os dados observados e interpretados (diagnóstico de enfermagem), como também as intervenções direcionadas à situação que requer cuidados e resultados das intervenções de enfermagem.

No seguimento, o mesmo autor referencia que como finalidades da existência de registros/documentação de enfermagem consta, para além da obrigação legal que eles acarretam, a essência dos registros, nomeadamente, “promover a continuidade dos cuidados; produzir documentação dos cuidados; possibilitar a avaliação dos cuidados; facilitar a investigação sobre os cuidados; otimizar a gestão dos serviços” (Figueiroa-Rêgo, 2003, p.40).

Portanto, assim se encontra fundamentada a importância que a informação assume na profissão de enfermagem, não apenas no que se refere às finalidades legais e éticas ou quando é necessário tomar decisões clínicas, mas também no momento de eleger quanto à continuidade dos cuidados, quanto à qualidade dos

mesmos, quanto à gestão, à formação, à investigação, e quando é necessário assumir uma posição política.

Os registos em si mesmo, propõem melhorar a comunicação entre todos os que cuidam a pessoa, proporcionando uma atenção comum para os problemas desta (Rodrigues, 1998). Porém, frequentemente, se constata que os registos de enfermagem efetuados não espelham os cuidados que foram prestados às pessoas, nem tornam possível planear os cuidados a prestar, não servindo assim de elo de ligação, nem de meio de comunicação, quer intra quer inter equipas. Associada a esta constatação está, segundo Simões e Simões (2007), a não utilização ou a utilização deturpada, dos modelos de cuidados de enfermagem adotados pelas instituições de saúde.

De acordo com os mesmos autores, em sempre a documentação do processo de tomada de decisão clínica de enfermagem se verifica fácil (Simões e Simões, 2007). E porque se justificará tal facto? É certo que muitas vezes, o “tempo despendido pelos enfermeiros a documentar compete com o tempo disponível para os cuidados diretos aos clientes” (Silva, 2006, p.18) e, este facto, associado a um deficit na dotação de enfermeiros, pode gerar insatisfação face ao registo em suporte de papel, pela morosidade que este processo implica, podendo ser encarado como uma mera burocracia perdendo assim todo o reconhecimento da sua importância.

Por outro lado, pela natureza pouco estruturada dos modelos de registo de enfermagem tradicionais (registo em suporte de papel, ainda em uso em muitas instituições), associada à utilização de texto livre, verifica-se uma variabilidade de formas de documentar os cuidados, a duplicação constata de informação ao longo dos diferentes turnos e uma subvalorização dos planos de cuidados (Silva,2006). Tal é preocupante, uma vez que a falta de sistemática na documentação dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem gera falta de integridade dos dados (Silva, 2006). Sendo que a documentação é um instrumento importante na continuidade de cuidados, tal afirmação leva-me a questionar o valor que lhe é atribuído.

Pereira (2009) afirma ainda que a documentação tradicional é centrada em tarefas e valoriza pouco as necessidades em cuidados e os resultados, pelo que destaca que a “repetição dos dados, sem critérios de organização que não facilitam a sua recuperação, por força da não utilização de linguagens classificadas de enfermagem” (Pereira, 2009, p.39), o que vem reforçar a dificuldade na acessibilidade e interpretação dos conceitos, pondo em causa a sua utilidade clínica.

Com a evolução da enfermagem no sentido de uma progressiva afirmação da disciplina, também ao nível do exercício profissional emerge a necessidade de uma melhor explicitação dos cuidados prestados (Leal, 2006) e de documentar um leque mais alargado de aspetos relacionados com a resolução de problemas complexos, frequentes na prática de enfermagem (Silva, 2001). De uma lógica meramente executiva avança-se assim para uma lógica mais concetual, passou-se para uma documentação no processo individual do próprio doente, orientada cronologicamente de forma a apoiar a tomada de decisão do enfermeiro e as consequências resultantes ou previstas dessa negociação com o seu cliente. A ênfase dada à produção de prova documental da ação realizada passou para a necessidade da construção de informação a ser utilizada no processo de tomada de decisão para facilitar a continuidade de cuidados (Silva, 2001).

A evolução dos sistemas de informação em enfermagem surge como resposta às necessidades sentidas pelos enfermeiros (tendo sido assumida pela Ordem dos Enfermeiros como uma questão estratégica), de uma nomenclatura comum em enfermagem com a finalidade de melhorar a comunicação entre enfermeiros e outros profissionais; de descrever o cuidado de enfermagem ao longo do contínuo dos cuidados; de garantir que os dados de enfermagem possam ser comparados; de calcular, com mais rigor, a alocação de recursos de enfermagem de acordo com as necessidades dos utentes; de estimular a investigação em enfermagem, através dos dados disponíveis nos sistemas de informação; de proporcionar a observação da prática de enfermagem através dos sistemas de informação e, deste modo, influenciar as decisões políticas na área da saúde e de promover os sistemas eletrónicos de documentação clínica otimizando a comunicação, bem como, a tomada de decisão em enfermagem (Pinto, 2009).

Neste sentido, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) emerge como a mais recente das classificações com o intuito de padronizar uma taxonomia de diagnósticos, intervenções e resultados utilizados pelos enfermeiros. Esta, associada à introdução dos sistemas eletrónicos, determina a evolução da tradição Scripto para o discurso Informo, tal como afirma o enfermeiro Abel Paiva e Silva (1995).

Esta classificação merece um enfoque especial dado o seu carácter emergente, evolutivo e globalizante, bem como a sua abrangência em todos os momentos da tomada de decisão em enfermagem (fenómenos de enfermagem, intervenções de

enfermagem e ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem) (Teixeira, 2003). A utilização da CIPE como representação do processo de cuidados e uniformização de informação pretende atingir um grau de objetividade passível de verificação científica.

Os enfermeiros constituem, sem dúvida, o maior grupo profissional da área da saúde e, por conseguinte, o grupo que mais decisões toma e atos pratica. Pela natureza e especificidade das suas funções, são os que maior informação clínica produzem, processam, utilizam e disponibilizam nos sistemas de informação e documentação da saúde dos utentes. Conscientes da crucial importância dos registos de enfermagem para a produção de conhecimento científico em enfermagem, tem-se verificado que as instituições de saúde e as equipas de enfermagem destas, têm vindo a desenvolver esforços na tentativa de implementar sistemas de informação e documentação em enfermagem informatizados utilizando a CIPE, que facilitem os registos por parte dos profissionais de enfermagem e que permitam avaliar adequadamente os ganhos em saúde.

Os sistemas de informação em enfermagem quando associados à segurança do doente na administração de terapêutica, assumem uma importância fulcral, promovendo para além da continuidade dos cuidados de enfermagem, a visibilidade desses mesmos cuidados, pois permitem a utilização da informação, não da informação pela informação, mas da informação para a qualidade. Silva (2001), argumenta que a informação presente nos sistemas de informação em enfermagem pode fornecer indicadores que se constituem como pretextos muito interessantes de reflexão sistemática sobre as práticas, e que o sentido da produção desses indicadores não é apenas circunscrever as estratégias de melhoria contínua da qualidade à mera análise dos mesmos, mas aproveitar a oportunidade para refletir a prática, a partir da informação válida extraída da documentação de enfermagem. Assim, mais do que dar visibilidade àquilo que os enfermeiros fazem, torna-se emergente dar visibilidade àquilo que as pessoas, os grupos e as famílias ou comunidades beneficiam com os cuidados de enfermagem, ou seja, nos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, face aos registos em suporte de papel, os sistemas de informação com recuso a uma linguagem classificada, do qual é exemplo a CIPE, são detentores de um maior potencial, facilitando a produção de indicadores a partir da documentação da prestação de cuidados, promovendo a melhoria da qualidade dos

cuidados prestados e, inevitavelmente, a segurança da pessoa que é alvo dos mesmos.

### **Em suma...**

... em muitos aspetos a tecnologia torna o trabalho dos enfermeiros mais fácil. Assim sendo, e em primeiro lugar, a prescrição eletrónica de terapêutica antineoplásica e de suporte reduz drasticamente os erros de medicação, porém, os enfermeiros devem estar atentos à prescrição efetuada, pois a utilização do sistema não invalida a introdução equivocada de um medicamento ou dose por parte do médico; em segundo, apesar da tecnologia de código de barras promover a segurança na administração de terapêutica, uma vez que assegura que a dose daquele medicamento está em concordância com a prescrição médica e é administrado ao doente certo, não evita que essa mesma medição seja administrada por via endovenosa, em vez de subcutânea; em terceiro lugar, um dispositivo de infusão garante uma velocidade de perfusão da terapêutica constante, mas cabe aos enfermeiros garantir que os valores introduzidos para o controlo de débito sejam os corretos; e por fim, a utilização de uma linguagem classificada através de um sistema informático para o registo dos cuidados de enfermagem prestados ao doente submetido a terapêutica antineoplásica, fomenta a segurança dos mesmos através de uma melhor transmissão de informação, passível de ser avaliada e quantificada, promovendo a continuidade de cuidados e a visibilidade dos mesmos, no entanto, cabe ao enfermeiro a capacidade de fazer espelhar os cuidados prestados através de uma linguagem pré estabelecida nem sempre adaptada à realidade vivida. Portanto, importa dizer-se que a tecnologia não substitui o olhar atento e o julgamento crítico em enfermagem!

A tecnologia vem aprimorar a eficácia dos cuidados de enfermagem, melhorar a segurança e, por conseguinte, a qualidade dos mesmos e propiciando ganhos em saúde, contudo, o mais importante e essencial para os enfermeiros é o facto de que o foco do cuidado de enfermagem não é a máquina ou a tecnologia, mas sim a pessoa!

Tudo isto, vem reforçar a noção de que o enfermeiro é o utilizador final na interface humano-dispositivo tornando-se o guardião final da segurança do doente, sendo que, em momento algum a comunicação entre o profissional de saúde e o doente deve ser descurada, mas antes centrada neste último, respeitando-o como um elemento ativo no seu processo de saúde, doença e tratamento.

## Referências Bibliográficas

- Al-Rowibah, F.; Younis M.; & Parkash, J. (2013). The impact of computerized physician order entry on medication errors and adverse drug events. *Journal of Health Care Finance*, 40 (1), 93-102.
- Bates, D. (2000). Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *BMJ*, 18, 788-791. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117776/>
- Bates, D.; Cohen, M.; Leape, L.; Overhage, J.; Shabot, M.; & Sheridan, T. (2001). Reducing the Frequency of Errors in Medicine Using Information Technology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 8 (4), 299-308. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC130074/>
- Bates, D.; Cullen, D.; Laird, N.; Petersen, L.; Small, S.; Servi, D.; Laffel, G.; Sweitzer, B.; Shea, B.; Hallisey, R.; Vilet, M.; Nemeskal, R.; & Leape, L. (1995). Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *The Journal of the American Medical Association*, 274 (1), 29-34. Disponível em <http://patientsafetyresearch.org/journal%20articles/Original%20021.pdf>
- Benner, P.; Malloch, K.; & Sheets, V. (2010). *Nursing Pathways for patients Safety*. USA: Mosby Elsevier.
- Bubalo, J.; Warden, B.; Wiegel, J.; Nishida, T.; Handel, E.; Svoboda L.; Nguyen, L.; & Edillo, P. (2014). Does applying technology throughout the medication use process improve patient safety with antineoplastics? *J Oncol Pharm Pratic.*, 20(6), 445-460.
- Camiré, E.; Moyon, E; & Stelfox, H. (2009). Medication errors in critical care: risk factors, prevention and disclosure. *CMAJ*, 180-189.
- Cassiani, S.; Gimenes, F.; & Freire, C. (2002). Avaliação da prescrição médica eletrônica em um hospital universitário. *Rev. Bras. Enferm, Brasília*, 55 (5), 509-509. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n5/v55n5a05.pdf>
- Choi, I.; Lee, S.; Flynn, L.; Kim, C.; Lee, S.; Kim, N.; & Suh. (2016). Incidence and treatment costs attributable to medication errors in hospitalized patients.

- ELSEVIAR - Research in Social and Administrative Pharmacy*, 12, 428-437. Disponível em [http://ac.els-cdn.com/S1551741115001606/1-s2.0-S1551741115001606-main.pdf?\\_tid=25349026-213b-11e7-bfbb-00000aab0f01&acdnat=1492192536\\_56e40ec4dfd1444cf555a65f80936327](http://ac.els-cdn.com/S1551741115001606/1-s2.0-S1551741115001606-main.pdf?_tid=25349026-213b-11e7-bfbb-00000aab0f01&acdnat=1492192536_56e40ec4dfd1444cf555a65f80936327)
- Cummings, J; Bush, P; Smith, D; Matuszewski, K.; UHC Bar-Coding Task Force (2005). UHC Bar-coding medication administration overview and consensus recommendations. *Am J Health Sys Pharm*, 62, 2626-2630. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=4766c7cd-f5fd-496e-9bf1-955cd737f765%40sessionmgr104&hid=116>
- Davis, N. (2000). Initiatives for reducing medications errors: the time is now. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 57(16), 1487-1492.
- Figueiroa-Rêgo, S. (2003). Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: Sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar Enfermagem*, 7, 34-47.
- Franklin, B.; O'Grady, K.; Donyai, P.; Jacklin, A.; & Barber, N. (2007). The impact of a closed-loop electronic prescribing and administration system on prescribing errors, administration errors and staff time: a before-and-after study. *Qual Saf Health Care*, 16 (4), 279-284. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464943/pdf/279.pdf>
- Galligioni, E.; Piras, E.; Galvagni M.; Eccher, C.; Caramatti, S.; Zanolli1, D.; Santi, J.; Berloffia, F.; Dianti, M.; Maines, F.; Sannicolò, M.; Sandri, M.; Bragantini, L.; Ferro, A.; Forti, S. (2015). Integrating mHealth in Oncology: Experience in the Province of Trento. *J Med Internet Res*, 17 (5), 1-14.
- Goldspiel, B.; Hoffman, J.; Griffith, N.; Goodin, S.; DeChristoforo, R.; Montello, M.; Chase, J.; Bartel, S.; & Patel, J. (2015). ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors with Chemotherapy and Biotherapy. *American Journal Of Health-System Pharmacy*, 72, 6-35. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=73acacf5-fb1b-42d1-943e-de3dd233bd45%40sessionmgr101&vid=5&hid=116>
- Hwang, Y.; Yoon, D.; Ahn, E.; Hwang, H.; & Park, R. (2016). Provider risk factors for medication administration error alerts: analyses of a large-scale closed-loop

medication administration system using RFID and barcode. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 25, 1387-1396.

Koppel, R.; Wetterneck, T.; Telles, J.; & Karsh, B. (2008). Workarounds to Barcode Medication Administration Systems: Their Occurrences, Causes, and Threats to Patient Safety. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 15 (4), 408-423.

Leal, M. (2006). *A CIPE e a Visibilidade da Enfermagem: Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência.

Marini, S.; & Hasman, A. (2009). Impact of BCMA on Medication Errors and Patient. *Connecting Health and Humans*. 439-444.

Menendez, M.; Alonso, J.; Rancaño, I.; Corte, J.; Herranz, V.; & Vazquez, F. (2012). Impact of computerized physician order entry on medication errors. *Revista de Calidad Asistencial*, 27 (6), 334-340.

Ministério da Saúde (2007). *Programa do Medicamento Hospitalar*. Lisboa. Disponível em: [http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/08B97218-B68D-42ED-97FD-6FF16F3558AF/0/PMH\\_Livro\\_ver\\_41DocumentoFinalSES.pdf](http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/08B97218-B68D-42ED-97FD-6FF16F3558AF/0/PMH_Livro_ver_41DocumentoFinalSES.pdf)

Ministério das Finanças e da Administração Pública (2007). *Grandes Opções do Plano 2008*. Lisboa. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/OrcamentoEstado/Documents/gop/GOP2008.pdf>

Nightingale, P.; Adu, D.; Richards, N.; Peters, M. (2000). Implementation of rules based computerised bedside prescribing and administration: intervention study. *BMJ*, 320 (18), 750-753.

Otero M. (2007). *Curso en Formación Continuada en Farmacoterapia de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria: Modulo IV - La gestión de riesgos en la prevención de los errores de medicación*. Madrid: Arán Ediciones, S.L. Disponível em <http://www.ismp-espana.org/ficheros/M%C3%B3dulo%20Gesti%C3%B3n%20riesgos%20Medicamentos.pdf>

Pedersen, C.; Schneider, P.; & Scheckelhoff, D. (2012). ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: monitoring and patient education. *Am J Health-Syst Pharm*, 70, 787-803.

- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Pinto, L. (2009). *SI e Profissionais de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Polovich, M.; Olsen, M.; & Lefebvre, K. (2014). *Chemotherapy and Biotherapy Guidelines and Recommendations for Practice* (4<sup>a</sup> ed.). Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
- Seibert, H.; Maddox, R.; Flynn, E.; & Williams, C. (2014). Effect of barcode technology with electronic medication administration record on medication accuracy rates. *Am J Health-Syst Pharm*, 71, 209-218.
- Silva, A. (1995). *Registos de Enfermagem: da tradição Scripto ao discurso Informo*. Dissertação de mestrado. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Silva, A. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Tese de doutoramento. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem – uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- Silva, A. (2014). *Gestão do risco clínico na segurança do doente: Contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados em Enfermagem*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Simões, C.; & Simões, J. (2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as necessidades Humanas Fundamentais. *Revista Referência*, 2 (4), 9-23.
- SISTEMAS DE APOIO À DECISÃO CLÍNICA: UMA OPORTUNIDADE PARA OS FARMACÊUTICOS HOSPITALARES [s.d]. Disponível em [http://www.apfh.pt/xfiles/sccontentdeployer\\_pt/docs/doc1023.pdf](http://www.apfh.pt/xfiles/sccontentdeployer_pt/docs/doc1023.pdf)
- Small, M.; Barrett, A.; & Price, G. (2008). The impact of computerized prescribing on error rate in a department of Oncology/Hematology. *J Oncol Pharm Practice*, 14, 181-187.

Teixeira, J. (2003). Análise Crítico – Reflexiva: Sistemas De Informação – O Que Registrar? *Nursing*, 15 (182), 18-19.

U.S. Food and Drug Administration (2014). *What Is an Infusion Pump?* Disponível em <https://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/GeneralHospitalDevicesandSupplies/InfusionPumps/ucm202495.htm>

Volpe, C.; Melo, E.; Aguiar, L.; Pinho, D.; & Stival, M. (2016). Fatores de risco para erros de medicação na prescrição eletrônica e manual. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 24, 1-9. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02742.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02742.pdf)

**Apêndice 11.**

Grelha de registo: Preparação de agentes antineoplásicos – estratégias utilizadas pelo serviço farmacêutico na prevenção da ocorrência de eventos adversos



## GRELHA DE REGISTO:

### Preparação de Agentes Antineoplásicos: estratégias utilizadas pelo Serviço Farmacêutico na prevenção da ocorrência de eventos adversos

	<b>Evidência científica – Revisão da literatura</b>	<b>Observado em contexto de Visita de Observação</b>	<b>Notas</b>
<b>1.</b>	<b>Armazenamento de medicamentos citotóxicos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- devidamente rotulados</li><li>- separado dos outros medicamentos</li><li>- respeitando as exigências de armazenamento do medicamento (espaço, luz, temperatura e humidade)</li></ul>		
<b>2.</b>	Presença de <b>Kit de derrames de citotóxicos</b> em local de fácil acesso		
<b>3.</b>	Dupla <b>verificação do documento de prescrição</b> de AAN, incluindo: <ul style="list-style-type: none"><li>- dois dados identificadores do doente</li><li>- nome do AAN</li><li>- dosagem</li><li>- volume</li><li>- via</li><li>- velocidade de administração</li><li>- cálculo da dose</li><li>- ciclo de tratamento</li><li>- dia do ciclo</li></ul>		
<b>4.</b>	Utilização de <b>equipamento de proteção individual</b>		
<b>5.</b>	Procedimento de preparação realizado com <b>técnica asséptica</b>		
<b>6.</b>	Preparação em <b>câmara de fluxo de ar laminar</b>		
<b>7.</b>	<b>Validação das preparações:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- avaliação visual das características do fármaco</li><li>- no caso de perfusões verificar o tipo de prolongador de sistema ou sistema utilizado, bem como a correta adaptação deste e o fecho de todos os <i>clamps</i></li><li>- no caso dos bólus, utilização de sistemas conectores ou tampas <i>luer lock</i> adequadas</li><li>- atribuição da validade</li></ul>		
<b>8.</b>	<b>Rotulagem:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- imediata após a preparação de AAN, incluindo:<ul style="list-style-type: none"><li>- nome completo do doente e um segundo identificador</li><li>- nome completo do fármaco</li><li>- dosagem</li><li>- solução de diluição</li></ul></li></ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- volume final</li> <li>- via de administração</li> <li>- data de preparação</li> <li>- estabilidade/validade</li> <li>- instruções especiais de conservação</li> </ul> <p>- privilegiar o uso de rótulos impressos em formato normalizado e evitado o preenchimento manual dos mesmos</p>		
<b>9.</b>	<p><b>Preparações para administração intratecal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- os AAN de administração intratecal não são preparados durante a preparação de outros agentes</li> <li>- colocação no rótulo da expressão "INTRATECAL"</li> <li>- acondicionamento em sacos selados distintos, no caso de esquemas de quimioterapia com administração endovenosa e intratecal no mesmo dia</li> </ul>		
<b>10.</b>	<p><b>Acondicionamento secundário:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fármacos fotossensíveis devem ser protegidos da luz</li> <li>- colocação num saco fechado por selagem térmica ou processo equivalente</li> </ul>		
<b>11.</b>	<p><b>Validação final:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-validação da conformidade do tratamento preparado com a prescrição médica</li> <li>- verificação do correto acondicionamento das preparações (de acordo com os pontos 8 e 10)</li> <li>- assinar e datar a ficha de preparação e a prescrição quando aplicável</li> </ul>		
<b>12.</b>	<p><b>Transporte:</b></p> <p>Circuito rastreável de transporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- existência de procedimento escrito com identificação de quem assegura o transporte desde o local de preparação até ao local de administração e quem efetua a receção</li> <li>- utilização de recipiente selado (de forma a que possa conter um possível derrame) e devidamente identificado</li> </ul>		
<b>13.</b>	<p><b>Devoluções:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- motivo da devolução deve ser identificado e registado</li> </ul>		
<b>14.</b>	<p><b>Recolha:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- existência de procedimento escrito para recolha rápida e efetiva de preparações com problemas de qualidade (como erros e defeitos após o envio)</li> <li>- estas preparações devem ser armazenadas em local próprio para o efeito</li> <li>- recolha deve ser documentada (reconciliação entre o que foi enviado e o devolvido)</li> </ul>		

## Referências Bibliográficas:

- Gouveia, A.; Silva, A.; Bernardo, D.; Fernandes, J.; Martins, M.; ...; Sernache, S. (2013). *Manual de Preparação de Citotóxicos*. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos. Disponível em: <http://www.ordemfarmaceuticos.pt/ManualPreparacaoCitotoxicos/index.html#/3/zoomed>
- Neuss, M.; Polovich, M.; McNiff, K.; Gilmore, T.; LeFebvre, K.; Schulmeister, L.; & Jacobson, J. (2013). 2013 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards Including Standards for the Safe Administration and Management of Oral Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 40 (3), 225-233. Disponível em: <https://www.ons.org/sites/default/files/2013chemostandards.pdf>



**Apêndice 12.**  
Estudo de Situação





**7º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica - Vertente Oncológica**

**Estágio com Relatório**

# **ESTUDO DE SITUAÇÃO**

**Pessoa com doença hemato-oncológica submetida a  
terapêutica antineoplásica**

**Orientador:**

Prof<sup>a</sup>. Eunice Sá

**Discente:**

Vânia Sofia Ferreira

n.º 7236

Lisboa, Fevereiro de 2017



## **LISTA DE SIGLAS**

**AAN** – Agente Antineoplásico

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**LMA** – Leucemia Mielóide Aguda

**NHF** – Necessidades Humanas Fundamentais



# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b>	9
<b>1. DADOS DEMOGRÁFICOS</b>	11
1.1. Identificação da pessoa	11
<b>2. CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR E HISTÓRIA SOCIO-ECONÓMICA</b>	12
<b>3. HISTÓRIA DE SAÚDE</b>	14
3.1. Antecedentes Pessoais	14
3.2. Antecedentes Familiares	14
3.3. Vigilância de Saúde e Estilos de Vida	14
<b>4. HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL</b>	16
<b>5. OBSERVAÇÃO OBJETIVA E APRECIÇÃO COGNITIVA E EMOCIONAL</b>	18
<b>6. IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA</b>	19
6.1. Aspetos exacerbados na doença oncológica	19
6.2. Caraterização segundo as Necessidades Humanas Fundamentais / Linguagem CIPE	20
<b>7. GESTÃO DA SITUAÇÃO</b>	24
<b>8. REFLEXÃO SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>	27
<b>CONCLUSÃO</b>	33
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	28



## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1.</b> Genograma Familiar	13



## INTRODUÇÃO

Uma análise de situação é, como afirma Colière (1999), um instrumento de trabalho que permite compreender as informações, agrupá-las e analisá-las à luz de conhecimentos, conferindo-lhes significado. Assim sendo, é o processo de clarificação, inerente à análise de situação, que dá origem ao processo de cuidados de enfermagem pois este “cria-se a partir daquilo que se descobre, manejando as informações provenientes da situação, descodificando-as com a ajuda dos conhecimentos, para compreender o seu significado e como as utilizar na ação de cuidar” (Colière, 1999, p. 293).

O doente oncológico que inicia tratamentos de quimioterapia, após um diagnóstico de cancro ou recaída, vê alterados os seus padrões de vida quotidiana. McCormack e McCance (2006), no Modelo de Cuidados de Enfermagem Centrados na Pessoa remete para a importância da pessoa, enquanto ser único e elemento central do processo de cuidados, através da prestação de cuidados individualizados e humanizados, numa parceria de cuidados. A individualização dos cuidados prestados assume um papel primordial na obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. E este constitui o ponto de cruzamento com o Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem, no qual Irvine, Sidani e Hall (1998) que para além de avaliar o contributo dos enfermeiros, permite evidenciar o valor e a efetividade dos cuidados de enfermagem.

Tendo em conta o atrás exposto desenvolveu-se o presente estudo de situação que pretende refletir as teorias de enfermagem subjacentes ao processo de enfermagem desenvolvido, assim como a mais recente evidência sobre as intervenções de enfermagem na administração de agentes antineoplásicos.

Este estudo de situação reporta-se a uma pessoa com doença hemato-oncológica submetida a terapêutica antineoplásica, em contexto de internamento, pessoa a quem prestei cuidados durante a realização do estágio desenvolvido no local de estágio D.

Estruturalmente, o presente trabalho inicia-se com a apresentação dos dados demográficos relativos à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a terapêutica antineoplásica, seguida da caracterização familiar e história socio-económica, história de saúde e história de saúde atual, sendo descrita uma breve

observação, bem como apreciação cognitiva e emocional, o impacto da doença oncológica e a gestão da situação por parte da pessoa com doença hematológica.

Segue-se uma reflexão sobre os cuidados de enfermagem dando ênfase às teorias de enfermagem anteriormente referenciadas.

Termino o presente trabalho tecendo algumas considerações relativamente às dificuldades sentidas no seu decurso, processo de aprendizagem de conhecimentos realizado e seu contributo para o desenvolvimento do projeto de intervenção clínica e aquisição de competências.

# 1. DADOS DEMOGRÁFICOS

## 1.1. Identificação da pessoa

**Nome:** C. A. C. X. A.

**Nome pelo qual gosta de ser tratado:** O seu último nome

**Género:** Masculino

**Idade:** 63 anos

**Naturalidade:** Alcácer do Sal

**Nacionalidade:** Portuguesa

**Local de Residência:** Lisboa

**Religião:** Católico praticante

**Profissão:** Gerente comercial, a aguardar deferimento após pedido de reforma

**Habilitações Literárias:** 3º ano do curso de Direito da Universidade de Lisboa

**Pessoas significativas:** Esposa e filhos

**Pessoa de referência:** Esposa (Sra. R)

**Subsistema de Saúde:** Sistema Nacional de Saúde e Seguro de Saúde

## 2. CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR E HISTÓRIA SOCIO-ECONÓMICA

O Sr. A vive em situação matrimonial com a Sra. R há cerca de 37 anos, sendo que deste relacionamento geraram três descendentes comuns com 30, 33 e 36 anos. O casal reside em Lisboa, num apartamento com quatro quartos, duas casas de banho, saneamento básico, eletricidade, sistema de aquecimento geral, descrita como confortável pelo próprio. Relativamente às condições sócio-económicas, o Sr. A considera que se enquadra na classe média alta.

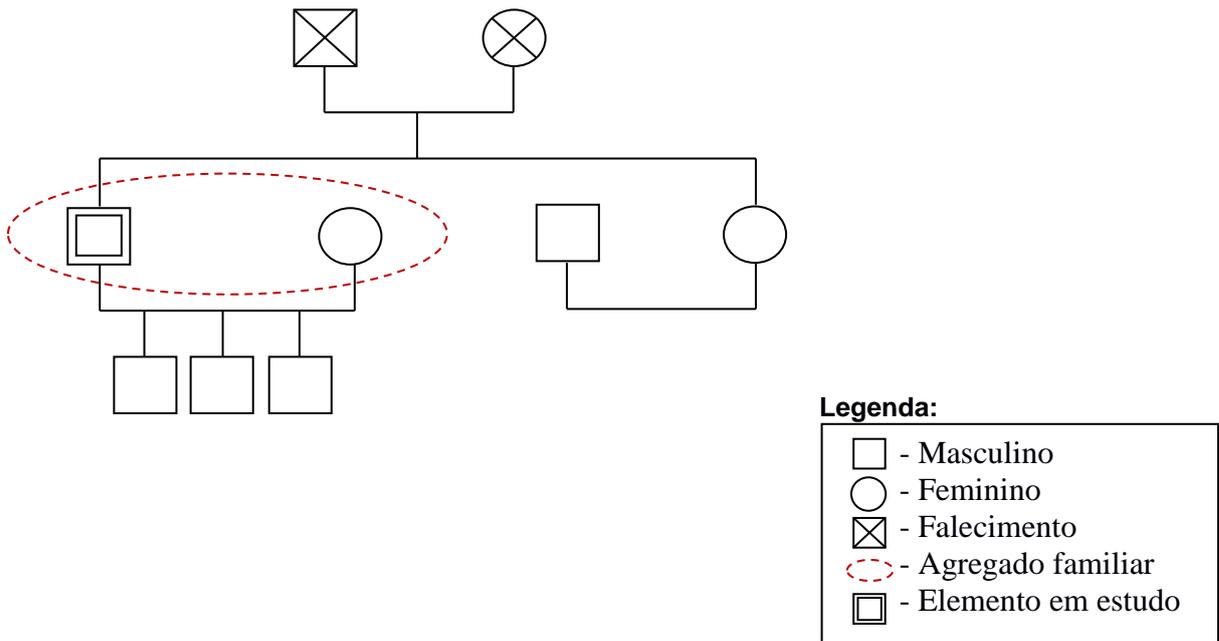
Mantém uma relação muito próxima com os filhos, motivo pelo qual os define como pessoas significativas, juntamente com a sua esposa, no entanto, pelo fator tempo e disponibilidade, dado a Sra. R se encontrar reformada, atribui a esta o carácter de pessoa de referência.

Explorando a relação conjugal, pode-se constatar que casal se percebe como feliz e ajustado relativamente à etapa do ciclo vital da família pelo qual transitam, sendo perceptível a expressão do afeto, cuidado e respeito mútuo entre ambos. No entanto, referem ter passado por inúmeros conflitos e discordâncias ao longo da vida em conjunto, porém, e talvez por se ter apresentado como uma das últimas transições vividas (há cerca de 2 anos), o casal refere que o momento de saída dos filhos adultos de casa como um “carrossel de emoções”, momento de mudanças que exigiram uma reorganização enquanto casal, implicando o início de um novo ciclo vital para esta família.

Apesar deste afastamento físico (referido pelo próprio dado não co-habitarem, embora residirem na mesma cidade), o Sr. A refere manter uma grande cumplicidade e relação de proximidade com todos os filhos, atribuindo especial importância à coesão familiar, enquanto dimensão imprescindível da família, sendo um valor que já lhe foi transmitido pelos seus ascendentes. Tal é notório, pelas visitas diárias, no período de internamento, de pelo menos um dos filhos, demonstrando preocupação e cuidado. Porém, o Sr. A transmite sentir-se preocupado pelos seus filhos, pois sente que o seu processo de doença os tem afetado, provocando-lhes medos, incertezas e insegurança, sentimentos que não queria, de todo, que saíssem exacerbados. Esta é tida como uma questão stressora, perturbadora do seu “eu”. Tal fato foi percecionado, por pausas no discurso, olhar vago e alterações no tom de voz.

No que concerne aos recursos da comunidade, bem como as suas relações sociais exteriores ao sistema familiar este valoriza a irmã e o cunhado, com os quais apresenta uma relação forte, alguns amigos da família e a Igreja, definindo-se como católico praticante.

**Figura 1.** Genograma Familiar



### **3. HISTÓRIA DE SAÚDE**

#### **3.1. Antecedentes Pessoais**

No que concerne aos *antecedentes médicos* apresenta dislipidemia e doença coronária, tendo como consequência realizado no ano de 2011 uma angioplastia, como colocação de 3 stents, apresentando-se este evento como o único *antecedente cirúrgico*.

Como *internamentos hospitalares* de referir, para além do episódio descrito anteriormente, um internamento Hospital de Santa Maria por pneumonia no ano de 2000, com um período não superior a 15 dias e com recuperação total da capacidade funcional após dois meses.

A *medicação habitual* é composta por Simvastatina 20 mg (0-0-1), Bisoprolol 5mg (½-0-0) e Ácido Acetilsalicílico 100mg (0-1-0). Aquando do diagnóstico de Leucemia Mielóide Aguda (LMA) suspendeu terapêutica anti-agregante com concordância com o cardiologista.

Desconhece alergias a fármacos, alimentos e /ou outros.

#### **3.2. Antecedentes Familiares**

Na linha paterna em duas gerações consecutivas anteriores (pai e avô) refere perda de vida ocasionada por problemas cardiovasculares, com diagnóstico fatal de Enfarte Agudo do Miocárdio. Relativamente à geração materna, atribui a causa de morte da mãe a Carcinoma Colo-Rectal, tendo ainda um tio materno falecido por Neoplasia do Pâncreas.

#### **3.3. Vigilância de Saúde e Estilos de Vida**

A Sr. A refere que, no período de vida laboral ativa, a adoção de padrões de vida eram considerados insuficientemente saudáveis, dado o facto de possuir um emprego de grande exigência e competitividade com tarefas por vezes esgotantes e que excediam o seu horário laboral expectável. Neste sentido, as refeições eram realizadas o mais rapidamente possível, sem horários regulares e frequentemente

ricas em gorduras saturadas, hidratados de carbono de rápida absorção, sem tempo disponível para a prática de exercício, com elevadas cargas de *stress* durante o dia. Refere ingestão alcoólica moderada (1 copo de bebida coincidindo com as refeições) diária e contínua, bem como consumos intermitentes resultantes de encontros sociais motivados por questões de ordem laboral. É também de salientar os hábitos tabágicos, que detém desde os 20 anos (com consumos máximos de 30 cigarros/dia). Com o diagnóstico de LMA refere redução dos mesmos, cerca de 4 cigarros/dia, até ao dia do internamento no serviço de Hematologia, momento em que suspendeu consumo. Nega consumo de outras substâncias aditivas. O próprio define-se como “um amante da gastronomia e dos prazeres da vida” (sic).

Relativamente à vigilância de saúde refere uma ausência da mesma até ao aparecimento dos primeiros problemas de saúde (pneumonia no ano de 2000), a partir dos quais realiza um acompanhamento mais regular com recurso a instituições privadas (detentor de seguro de saúde), sendo ocasionalmente acompanhado pelo médico de família, sem referência para enfermeiro de família.

## 4. HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL

Na sequência de um síndrome gripal arrastado desde o final no ano de 2014, em Janeiro de 2015 recorreu a um instituição de saúde privada na área de Lisboa, com queixas de astenia, adinamia, tosse seca, anorexia e emagrecimento (com perda ponderal de cerca de 8Kg em 3 meses) tendo realizado controlo analítico que evidenciava alterações, pelo que posteriormente foi encaminhado para a consulta de Hematologia de uma instituição de saúde em Lisboa, por suspeita de doença hemato-oncológica.

Após a referida consulta, com nova avaliação analítica e resultado de mielograma é confirmado, em Fevereiro de 2015, o diagnóstico de LMA – M2, sem alterações citogenéticas. Decorrente da confirmação do diagnóstico fica internado no serviço de Hematologia da mesma instituição para realização de tratamento.

Realizou quimioterapia de indução (com Daunorrubicina 60mg/m<sup>2</sup> e Citarabina 100mg/m<sup>2</sup>) de 13 a 20 de Fevereiro de 2015, com remissão imunofenotípica. Como intercorrência infecciosa durante este internamento, destacou-se infecção por *Enterococcus Faecalis*, tendo cumprido terapêutica antibiótica durante 8 dias. Posteriormente, fez dois ciclos de consolidação (o primeiro com Mitoxantrona 10mg/m<sup>2</sup> e Citarabina 500mg/m<sup>2</sup> de 20 a 22 de Março de 2015; e o segundo com Citarabina 1000mg/m<sup>2</sup>, de 3 a 5 de Maio de 2015). Nesse momento é proposto para transplante de medula óssea, no entanto, sem dador familiar ou de painel identificado ficou em vigilância na consulta de Hematologia.

Em Setembro de 2016 documentou-se recaída de doença, após realização de mielograma, tendo sido novamente proposto para transplante alogénico, com dador não relacionado.

Decorrente da progressão de doença, iniciou re-indução a 13 de Outubro (com Mitoxantrona 6mg/m<sup>2</sup>, Etoposido 80mg/m<sup>2</sup> e Citarabina 1000mg/m<sup>2</sup>) com avaliação de resposta compatível com remissão morfológica e molecular.

Nesse momento, apesar de ter sido identificado dador para transplante de células hematopoiéticas, este recusa (causas desconhecidas) o que motivou um novo internamento para realização de dois tratamentos de consolidação (o primeiro com Etoposido 80mg/m<sup>2</sup> e Citarabina 1000mg/m<sup>2</sup> de 28 de Novembro a 3 de Dezembro; e o segundo com Etoposido 160mg/m<sup>2</sup> e Citarabina 2000mg/m<sup>2</sup> de 4 a 9 de Fevereiro),

encontrando-se atualmente internado para vigilância da aplasia após ter realizado o segundo tratamento de consolidação.

Paralelamente, é seguido pelo serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos e dada a ausência de dador não relacionado encontra-se proposto para transplante de precursores de células hematopoiéticas haplo-idêntico de dador família, verificando-se uma resposta ao tratamento coincidente com remissão de doença.

## **5. OBSERVAÇÃO OBJETIVA E APRECIÇÃO COGNITIVA E EMOCIONAL**

O Sr. A apresenta uma aparência cuidada, concordante com a idade que detém. Realizava de forma autónoma todas as suas atividades de vida, comunica com um discurso assertivo, ponderado e mantém o contacto visual. Está consciente e orientado em todas as dimensões e refere estar informado sobre o seu processo de saúde/doença, tratamento e situação clínica atual.

Emocionalmente descreve-se como exausto, pois apesar de sempre tentar manter uma atitude positiva durante o seu percurso de vida, afirma ter uma história oncológica feita de altos e baixos, motivada pelos internamentos prolongados ou, em alternativa, frequentes, debilitante a nível físico, castradora no que respeita aos hábitos alimentares e sociais, de incertezas constantes, com múltiplos festejos, mas também com inúmeros “baldes de água fria” (sic), sendo que luta constantemente para que o desânimo não se apodere de si, vivendo um dia de cada vez, lição que diz ter aprendido com esta doença.

## **6. IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA**

### **6.1. Aspetos exacerbados na doença oncológica**

O diagnóstico de cancro e todo o processo da doença são experienciados, não só pelo doente como também pela sua família, como um momento de grande sofrimento, ansiedade, tristeza e angústia (Paredes, et al., 2008). Segundo os mesmos autores, além da própria doença em si, vários outros aspetos podem afetar a qualidade de vida dos doentes oncológicos.

Sendo a pessoa foco de atenção central para a enfermagem, a especificidade do processo de cuidar deverá exigir a capacidade de inferência e competência dos enfermeiros no sentido de orientar as suas práticas para as dimensões da pessoa, na sua globalidade (Ribeiro, 2012). Os cuidados centrados na pessoa, configuram esta perspetiva humanista do cuidar, valorizando a necessidade de conhecimento das crenças e valores da pessoa, capacitando-a para a tomada de decisão de uma forma autónoma e conscienciosa (McCanse, McCormack e Dewing, 2011). Esta perceção de autenticidade dá espaço ao doente para manter as suas escolhas, permitindo, assim, um agir direcionado e personalizado por parte do enfermeiro, possibilitando ver a pessoa com doença oncológica para além das suas necessidades imediatas, ou seja, como um parceiro de cuidados.

Neste contexto, para o Sr. A. várias foram as mudanças vivenciadas desde o diagnóstico oncológico, sendo que para este existiram aspetos que pela sua especificidade adquiriram o carácter de exacerbadores do impacto da doença oncológica, dos quais destaca:

- o diagnóstico de doença oncológica da esposa e conseqüente cirurgia para remoção do mesmo, acontecimentos estes que coincidiram com o diagnóstico da sua própria doença e posterior internamento; neste sentido, o fato de simultaneamente ser o elemento de suporte da sua esposa bem como o elemento requerente de apoio dos demais em virtude da sua situação de doença levou a um momento de crise que motivou um comportamento de evitamento da situação stressante (o seu diagnóstico de doença oncológica), caracterizado pela negação com tendência para ignorar ou bloquear os seus problemas ou emoções, numa tentativa de desvalorizar o diagnóstico havendo assim uma demissão de se confrontar com a doença (Pais-

Ribeiro, Ramos e Samico, 2003). Sendo que só após a recuperação da esposa foi notória a manifestação de espírito de luta, numa tentativa de obter uma maior percepção de controlo face à doença evidenciando um maior ajustamento emocional e melhor adaptação à situação (Pais-Ribeiro et al., 2003). Aquando da descrição deste tema o Sr. A recorreu-se do provérbio português “um mal nunca vem só” para caracterizar a situação;

- sensação de medo do desconhecido pela interação com uma nova realidade, que sobretudo associa ao primeiro internamento no serviço de Hematologia;

- privação social inerente não só ao período de internamento, mas também no domicílio dado acrescido risco de infeções;

- impossibilidade de acompanhar o filho mais novo no processo inicial de criação da sua própria empresa, pois pela condição debilitante provocada pelos tratamentos nem sempre conseguiu transmitir-lhe o apoio que desejava.

A doença oncológica, nos dias de hoje, é ainda detentora de uma reputação terrível na nossa sociedade, pois todo o processo de doença arrasta consigo dor e sofrimento que invadem a pessoa com doença oncológica, e a sua família, em toda a sua dimensão. Sendo que o Sr. A identifica como momentos exacerbadores da doença oncológicas, momentos de rutura com a vida anterior, condicionados pela própria doença e, sobretudo, relacionados com a sua família ou pessoas próximas.

A família do doente oncológico também vivencia este momento com incerteza, insegurança, impotência e culpa. Sofre, sente angústia, desespero, desânimo, depressão. Sendo que, tal fato, pode funcionar tanto como um elemento de auxílio, bem como um elemento que exacerba a condição de deficiência e dependência. Em geral, as famílias mais coesas renovam-se e tendem a unir-se para atender as necessidades imediatas, elaborar a aceitação da doença e enfrentar as dúvidas quanto ao futuro incerto (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira e Reis, [s.d]).

## **6.2. Caracterização segundo as Necessidades Humanas Fundamentais /**

### **Linguagem CIPE**

Necessidade Humana Fundamental (NHF) é considerada como sendo uma necessidade vital que a pessoa deve satisfazer a fim de conservar o seu equilíbrio físico, psicológico, social ou espiritual e de assegurar o seu desenvolvimento (Phaneuf, 2001). Em conformidade com a conceção de Virgínia Henderson, a função

exclusiva do enfermeiro é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para saúde ou recuperação (ou para uma morte tranquila), que ele realizaria sem auxílio se tivesse força, desejo ou conhecimento necessários (Tomey e Alligood, 2004), pelo que se pode concluir que a independência do doente no que se refere à satisfação das catorze NHF é o grande objetivo da profissão de enfermagem.

Optou-se por realizar a caracterização da pessoa oncológica em estudo segundo o Modelo Conceptual de Virgínia Henderson por este ser o vigente na instituição e por conseguinte no serviço onde realizei o estágio que permitiu a execução do presente trabalho. Paralelamente, será efetuada uma correspondência entre as catorze NHF enunciadas por Virgínia Henderson no seu Modelo de Cuidados de Enfermagem e a linguagem CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, nomeadamente, a Versão 2 dado ser a sessão atualmente utilizada no Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem (SClínico) em uso no referido serviço.

**NHF Respirar / Respiração e Circulação (CIPE):** respiração não comprometida, apresentando uma respiração regular, de amplitude normal, silenciosa e livre pelo nariz, sem presença de secreções e ruídos respiratórios anormais. Cessou hábitos tabágicos com o internamento no serviço, fator que refere ser gerador de ansiedade e *stress*, em alguns momentos do mesmo, sobretudo quando se sente fragilizado emocionalmente.

**NHF Comer e beber / Autocuidado comer e beber (CIPE):** com a realização de quimioterapia apresenta alteração do paladar (disgeusia), o que impede o prazer da degustação e gera, conseqüentemente, anorexia. É necessário conhecer o simbolismo, que cada indivíduo que é foco de cuidados, lhe atribui para uma melhor adequação alimentar dentro das possibilidades e preferências do doente. Neste âmbito, o mesmo manifesta como benefício a possibilidade de não inclusão de peixe na dieta dado não gostar do mesmo, bem como a variedade de alimentos ao dispor no serviço de internamento, contudo, até esses deixaram ser apetecíveis o que lhe provocava períodos de ansiedade. Não apresenta náuseas. Nega dificuldade em mastigar, deglutir e em digerir alimentos ou xerostomia. Não apresenta mucosite (dado a administração de AAN). É autónomo na escolha e no fracionamento da alimentação. Necessita de incentivo para cumprir aporte hídrico.

**NHF Eliminar / Eliminação (CIPE):** eliminação intestinal efetiva, sobre suporte laxativo profilático por risco de obstipação. Urina espontaneamente, com ausência de hematúria (relevante pela uro/nefrotoxicidade associada à administração de AAN). Apresenta controlo de ambos esfíncteres.

Refere sudorese aumentada em momentos de maior ansiedade ou esforço físico.

**NHF Mover-se e manter uma postura correta / Autocuidado: atividade física (CIPE):** apresenta diminuição do tónus muscular ao longo do internamento, causado pela longa permanência no leito. Apesar da tentativa do próprio em contrariar o sedentarismo, as condições físicas do quarto/serviço são limitantes do mesmo.

**NHF Dormir e repousar / Autocuidado: comportamento do sono – repouso (CIPE):** dorme cerca de 7 horas por noite. Refere que as rotinas do serviço não interferem na qualidade do sono.

**NHF Vestir e despir-se / Autocuidado: vestuário (CIPE):** é autónomo na escolha do vestuário, optando pelo pijama, mantém a integridade física, sendo independente no vestir e despir.

**NHF Manter a temperatura corporal / Temperatura corporal (CIPE):** manteve-se apirético durante o internamento.

**NHF Estar limpo e proteger os tegumentos / Autocuidado: higiene/proteger os tegumentos (CIPE):** é independente na satisfação da sua higiene corporal, apresentando um aspeto geral limpo e cuidado. Apresenta ainda dentição definitiva em bom estado de conservação, mucosa bucal íntegra, rosada e hidratada.

Dada a alopecia acentuada observada durante a primeira semana após administração de AAN, solicitou, por uma questão de higiene e conforto, a tricotomia do couro cabeludo, não sendo problema a alteração ao novo visual, dado não ser uma situação nova.

**NHF Evitar perigos / Consciência, emoção e precaução (CIPE):** alto risco de infeção, decorrente do período de aplasia.

**NHF Comunicar com os seus semelhantes / Comunicação, sensação e interação social (CIPE):** Mantém capacidade de comunicação verbal e não verbal. Apresenta discurso coerente, espontâneo, fluente, recorre ao humor quando se aborda a sua situação de saúde. Refere que os seus apoios são a esposa, os filhos, os familiares e os profissionais de saúde. No entanto, pelo fato de se encontrar num quarto duplo, limitando assim a privacidade do mesmo, esta revela-se como uma

situação que o Sr. A identifica como desconfortável condicionando a interação entre os interlocutores. A par da dificuldade que tem para, por vezes, expressar os seus sentimentos sobretudo relacionados com a preocupação com o futuro e a finitude da vida humana, esta condição física do meio vem agravar a partilha de emoções para com a família e amigos. Valoriza a possibilidade de ter consigo o telemóvel.

**NHF Praticar a sua religião e agir segundo as suas crenças / Crença (CIPE):** encontra-se alterada, pois refere ser católico praticante, vendo vetada a visita ao seu lugar habitual de culto, a igreja. Dada esta impossibilidade procura apoio a este nível sob a forma transcendente, tendo presente a figura de Nossa Senhora de Fátima na sua mesa de cabeceira (não solicita em nenhum momento a presença de nenhum representante religioso, embora sendo permitido).

Paralelamente, faz-se acompanhar de uma pedra de cor verde oferecida pela sua cunhada, que de acordo com o relatado absorve as energias negativas convertendo-as em bem-estar e harmonia. Refere que inicialmente não tinha qualquer tipo de crença associado a cristais/pedras, mas decidiu aceder ao pedido da sua cunhada e, apesar de não conseguir justificar, passa religiosamente todos os dias o cristal pelo corpo, referindo sentir-se bem com tal ação.

**NHF Ocupar-se com vista a realizar-se & NHF Recrear-se / Interação de papéis/bem-estar (CIPE) & Autocuidado: atividade recreativa (CIPE):** ocupa os seus dias a ver televisão, a comunicar com a esposa, os filhos, familiares e amigos – presencialmente ou por telemóvel – e com os profissionais de saúde.

**NHF Aprender / Aprendizagem (CIPE):** não apresenta dificuldade na aprendizagem, mantém capacidade de questionamento, retenção da informação, compreensão, análise e decisão. Mantém capacidade de ler e escrever. Considera estar satisfeito com o conhecimento que detém sobre a sua condição de saúde.

## 7. GESTÃO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico de cancro coloca a pessoa perante um desafio ou uma ameaça à sua integridade física e psicológica (Gonçalves, Guterres e Novais, 2010). Meleis (2007) define transição como uma mudança no estado de saúde, ou no papel das relações, expectativas ou habilidades. Enquanto passagem de um estado para outro, a transição implica não só a disrupção, mas igualmente, segundo Chick e Meleis (1986), as respostas da pessoa a essa disrupção. Uma transição saúde/doença é caracterizada por mudança súbita de papéis resultante da alteração de um estado de bem-estar para um estado de doença, seja ela uma doença aguda ou crónica (Meleis, 2007).

No que reporta à situação de saúde do Sr. A, as perdas/transições por ele experienciadas são definitivas, com um padrão múltiplo e impacto evidente nos papéis que desempenha quer a nível familiar, quer na sociedade.

Este senhor vive o processo de doença em várias fases. Relativamente, experiência de transição no momento do diagnóstico, no que respeita à perceção, conhecimento e reconhecimento das mudanças que lhe estão a ocorrer naquele momento, o Sr. A explica que pela situação concomitante de diagnóstico oncológico da esposa, debruçou todas as suas atenções e preocupações sobre a companheira e, apesar de todas representações sociais estigmatizantes do diagnóstico de leucemia serem tendencialmente negativistas, sempre optou por um olhar positivo da situação.

A consciência da gravidade emergiu com a recaída após a realização de vários tratamentos. Este momento é descrito como perturbador e traumatizante pelo mesmo, dada a dualidade de sentimentos, pois se por um lado fisicamente se sentia bem, sendo elogiado pelas enfermeiras relativamente ao bom aspeto que detinha aquando da consulta, por outro lado no dia seguinte se via sujeito a um novo internamento, internamento este bem mais agressivo psico e emocionalmente que os anteriores dada a carga emocional associada.

Outra fase geradora de instabilidade e sentimentos de incerteza, coincidiu com o conhecimento da recusa do dador adiando mais uma vez o transplante de medula óssea, encarado pelo próprio e família como fundamental no processo de cura.

Paralelamente, apesar do seu estado de incerteza e insegurança sempre acreditou e se envolveu no plano terapêutico sendo este manifesto no questionamento

assertivo e colaboração nos cuidados de saúde. É de importante menção o carácter cómico com o qual encara, por vezes, o processo de saúde/doença, frequentemente brincando com as situações, desvalorizando e/ou minimizando a importância que na realidade detêm para o próprio. Tal comportamento foi partilhado pela Sra. R descrevendo-o como habitual no seu marido perante situações limite geradoras de vulnerabilidade e imprevisibilidade, funcionando como um mecanismo de defesa pessoal.

Estes eventos críticos determinam a necessidade de ocorrer uma transição. Contudo, em paralelo, podem ser consideradas condições inibidoras pela possibilidade de condicionar o processo de transição, originando respostas não adaptativas despoletadas pela vulnerabilidade face ao diagnóstico de cancro.

Desta forma, esta patologia provoca no doente sentimentos de incerteza face ao futuro e à evolução do cancro, acompanhada de um medo latente e constante de que a doença, subitamente e por qualquer motivo, regresse novamente. A recaída do cancro possui um carácter ameaçador pois simboliza o fracasso dos esforços empenhados em controlar a doença e coloca o seu portador novamente frente à sua própria finitude. A possibilidade da recaída parece ser especialmente angustiante, pois, além de evidenciar de forma contundente a fragilidade que marca a condição humana, é vivenciada como uma nova ameaça ao corpo já mutilado pelo tratamento (Landeiro, 2011).

A pessoa vivencia um estado de disrupção do seu Eu, uma sensação de perda da sua integridade pessoal e de controlo, bem como de incerteza relativamente ao futuro, onde também emergem fatores inibidores da sua homeostasia. Relativamente aos fatores inibidores da transição, destaca-se a ausência de significação para a sua doença tão agressiva e mutilante, em que nem mesmo a sua fé ou a religião católica conseguem apaziguar a sua procura de sentido. Neste âmbito, segundo Cardoso *et al.* ([s.d]), quando as pessoas são confrontadas com alguma adversidade, lidam melhor com ela se conseguem encontrar uma explicação aceitável para a mesma. Para a maioria das doenças oncológicas contudo, existem poucos fatores de risco claramente identificados, deixando um vazio onde os doentes projetam as suas fantasias.

A perda da sua autonomia, privacidade, as alterações infligidas na auto-imagem e, paralelamente, na auto-estima, bem como o afastamento prolongado de tudo aquilo que faz parte da sua identidade, a sua casa, a relação com os outros, a

sua rotina quotidiana são obstáculos importantes na sua resposta adaptativa. Este processo é essencialmente marcado pela desorganização do mundo, que altera os ritmos normais da vida da pessoa, resultando de um diálogo permanente entre o individual e o social (Pereira, 2011).

No que concerne às condições facilitadoras da transição, identifica-se a qualidade da relação com os três filhos, e a sua esposa. O nível educacional do Sr. A pode representar outro fator facilitador, dado que um nível de escolaridade médio a elevado pode aumentar a capacidade de procura de informação, auto-eficácia e reduzir os índices de depressão (Gonçalves et al., 2010).

Houve portanto, uma consequente e inerente alteração do projeto de vida que o Sr. A, que num período anterior ao processo de doença passava pela projeção da carreira profissional com a participação em novos projetos profissionais e pela vivência (dentro de limites racionais, refere o próprio) da vida, valorizando o seu lado social e consumista; passando a não ter qualquer interesse pelos negócios anteriores, tendo trespassado a sua participação na empresa que detinha, sendo o seu foco atual investir em tempo passado em família, dando à doença um sentido monstruosamente determinante, pois condiciona estes momentos. É por vezes absorvido por questões existenciais, associadas à finitude da vida humana, das quais não se sente ainda preparado para profundizar, pois a fé e a esperança dominam todas as suas dúvidas e incertezas relativas ao processo de doença.

No que concerne às terapêuticas de enfermagem, o estabelecimento de um plano individualizado, a valorização das suas preferências individuais e a qualidade de comunicação e relação interpessoal foram apontados pela Sr. A como mais-valias. Concomitantemente, a abordagem centrada na pessoa tem sido encontrada como a maior fonte de satisfação das pessoas com os cuidados de enfermagem (McCance, Slater e McCormack, 2009).

## 8. REFLEXÃO SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O cuidado centrado na pessoa assenta numa corrente de pensamento existencial-humanista (McCormack, 2004) e pressupõe a valorização da experiência subjetiva da pessoa. Esta abordagem centra-se na pessoa enquanto sujeito de cuidados e na perspectiva holística, enquanto vital para que a humanização dos cuidados de enfermagem seja uma realidade. Estamos sempre em presença de um Outro – um ser humano em contexto de transição. Prestar cuidados à pessoa doente como um ser único é sempre uma situação única, pois diz respeito à singularidade da pessoa, envolvida num contexto próprio, contexto este que envolve a inclusão de um novo conhecimento, uma alteração de comportamentos e uma apreensão de novos papéis, sendo por isso imprescindível dispensar-lhe uma atenção integral e particular (Gomes, 2009; Nunes, 2011).

Concordo com Moreira, Castanheira e Reis (2003, p. 28) quando referem que “o acolhimento tem uma continuidade temporal” sendo este entendido numa perspetiva dinâmica como parte constituinte de um processo contínuo, não ficando circunscrito ao momento de admissão, embora este seja considerado fundamental para a consolidação das interações futuras pois, segundo Madeira, Melão, Torres e Baptista (2004), o primeiro contacto é crucial para o desenrolar de toda a situação. Neste sentido, a abordagem durante a admissão é determinante para a prestação de cuidados em parceria (Casey, 1993 e Smith, 1995). Assim sendo, o primeiro contacto deve ser privilegiado pelos enfermeiros que devem ter presente que cada pessoa é única e que vive as suas experiências de doença, não só de acordo com as suas experiências de vida anterior, como também de acordo com a sua cultura, crenças espirituais e personalidade (Moreira, Castanheira e Reis (2003).

Neste âmbito, a relação interpessoal revela-se como uma ferramenta essencial para avaliar as necessidades e recursos da pessoa com doença oncológica e sua família, sendo da mesma forma um instrumento central na construção de uma relação empática e de confiança. McCanse et al. (2011) enfatizam a importância das relações e dos processos interpessoais que promovam relacionamentos que tenham benefício terapêutico.

A duração do estágio, que possibilitou a elaboração do presente trabalho, revelou-se como um aspeto condicionante para a construção de uma relação de

ajuda, dado curto período de tempo de interação com o Sr. A, não sendo, no entanto, limitativa do mesmo. Por outro lado, como aspeto favorecedor, sobressai o facto de já conhecer o Sr. A por lhe ter prestado cuidados de enfermagem em internamentos anteriores. Tal possibilitou a compreensão da transição para o ter e viver com doença oncológica mediante a perspectiva de quem a experiencia e, conseqüentemente, identificar necessidades de cuidados a nível físico, psicológico, emocional, espiritual e sócio-familiar que anteriormente (em internamentos anteriores) durante a prestação de cuidados a esta pessoa não tinha conseguido identificar. Tal entendimento despertou-me para inúmeras questões: Mas o que terá acontecido para que tal não fosse identificado? Terei eu prestado cuidados centrados na pessoa e sua família? Hoje questiono-me sobre a minha intervenção perante este doente e sua família, será que os meus cuidados foram direcionados às verdadeiras necessidades deste(s)? Apesar das várias tentativas para dar resposta às minhas inquietudes a elevada carga horária, o reduzido número de profissionais, a rotinização os cuidados, a falta de motivação dos mesmos, resultante do baixo reconhecimento e valorização do trabalho de enfermagem, podem ter determinado algumas das respostas, com conseqüências nefastas na individualização dos cuidados, que tanto almejamos.

Com frequência agimos dissociando os cuidados prestados na prática do conhecimento conceptual proveniente das várias teorias de enfermagem que suportam a nossa profissão. Aqui reconheço o meu verdadeiro hiato (ausência de confronto da teoria com a prática e vice-versa), pois o conhecimento e aplicação dos modelos promovendo a valorização de teorias de enfermagem, dando ênfase às respostas humanas envolvidas nas transições geradas, por exemplo, pela doença, são fundamentais para a prestação de cuidados individualizados de qualidade, promovendo resultados de enfermagem e conseqüentemente ganhos em saúde.

Os cuidados individualizados constituem um antigo paradigma preconizado na enfermagem, mas que se perpetua ao longo dos tempos e que se centra na tomada de decisão para a melhor ação, com a finalidade de obter o melhor resultado em saúde, com o intuito de diminuir os cuidados rotinizados. A este propósito, Kitwood (1997) define cuidado centrado na pessoa como um estado ou *status* que é concedido a um ser humano pelos outros no contexto da relação, como ser social que implica reconhecimento, respeito e verdade. A partir desta definição, no seu modelo de cuidados centrados na pessoa, McCormack (2003) reconhece quatro conceitos fundamentais como, estar em relação, estar no mundo social, estar no contexto e estar

consigo próprio. Pelo que a articulação dos conceitos referidos através de um modelo de cuidados centrados na pessoa valoriza o conhecimento desta, a centralidade nos seus valores, a importância da sua biografia, das relações e permite ver a pessoa para além das suas necessidades imediatas, ou seja, como um parceiro de cuidados.

A relação interpessoal eficaz é identificada de igual forma como uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa essencial para facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte. Simultaneamente, favoreceu para aumentar o auto-conhecimento, mediante a análise da forma como me expressei verbal e não verbalmente, como me posiciono, como faço a gestão das minhas emoções e sentimentos, que me permitiu aumentar a consciência de mim, enquanto enfermeira e pessoa. Pois, a centralidade nas necessidades próprias em detrimento das necessidades do doente, podem ter um efeito adverso dos cuidados prestados afetando a qualidade dos mesmos (McCormack, 2004), dado que uma interação contaminada com ideias pré-concebidas e estereótipos, pode limitar as possibilidades de apreender o desconhecido, bem como a capacidade de um olhar imparcial e objetivo. Desta forma, torna-se essencial apresentar um modo de estar, caracterizado por uma presença reflexiva por forma a conhecer o que de mais singular existe no outro, na sua situação, mas sobretudo como ele a vivencia, dando especial relevância ao seu projeto de vida.

Neste encontro com o Outro, existem responsabilidades éticas ao qual o enfermeiro se deve ancorar como modo de garantir a preservação da dignidade do outro e do seu direito à informação e tomada de decisão, patentes no código deontológico da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Da sua omissão ou subvalorização podem advir repercussões catastróficas e irreversíveis no viver humano, pelo que a intervenção do enfermeiro, junto da pessoa com doença oncológica, deve suportar a sua decisão em princípios, valores e normas deontológicas, de modo a promover a proteção dos direitos humanos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Neste âmbito, os cuidados individualizados ganham um importante destaque face aos cuidados padronizados, influenciando positivamente os resultados obtidos nos doentes, sendo que inúmeros autores evidenciam a relação entre cuidados individualizados e qualidade dos cuidados de enfermagem (Amaral, 2014).

A Ordem dos Enfermeiros (2001) inscreve, na sua matriz conceptual, os padrões de qualidade em enfermagem e assume a qualidade em saúde como uma

tarefa multiprofissional num contexto de aplicação local. Acrescenta que a qualidade em saúde não se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou ocultado nos esforços para obter qualidade em saúde. Esta perspetiva remete para uma noção de qualidade em saúde que é resultante de uma construção coletiva, mas proveniente da competência individual (Irvine, Sidani e Hall, 1998).

O Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem surge como um modelo de referência para o estudo dos resultados dos cuidados de enfermagem que mede a sua efetividade (Irvine, et al., 1998). Segundo Amaral (2014) a chave estará sempre nos resultados que se obtêm, ou seja, no impacto das medidas no estado de saúde das populações em geral e de cada um dos cidadãos em particular, isto é, na efetividade. Se os resultados corresponderem à forma como as pessoas e os seus problemas de saúde são afetados pelas intervenções de enfermagem, então são designados por resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Amaral, 2014).

Neste âmbito, o Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem permite avaliar o contributo dos enfermeiros nos cuidados de saúde, apresentando um conjunto de relações entre as variáveis de estrutura, processo e resultados (Irvine, et al., 1998). Neste modelo, os domínios autónomos e interdependentes do papel de enfermagem são estudados como um elo entre as estruturas organizacionais e o doente, bem como entre os resultados obtidos no doente e o trabalho de equipa. O modelo representa bem a natureza multidimensional dos cuidados e pode orientar a investigação sobre a forma como os cuidados de enfermagem influenciam o sucesso ou insucesso dos cuidados nos resultados obtidos e as condições que os influenciam (Amaral, 2014).

O modelo propõe relações entre os diferentes papéis que os enfermeiros assumem na equipa de saúde e os resultados que lhes são sensíveis. As componentes da estrutura estão associadas às características dos enfermeiros, dos doentes e da organização e que influenciam o processo e os resultados dos cuidados. Dessas características, a experiência, o conhecimento e o nível de competência podem afetar a qualidade dos cuidados, assim como a idade, a função física do doente na altura da admissão e a gravidade do problema, podem influenciar a obtenção de resultados. Por outro lado, o número de enfermeiros por turno, por doente, a forma de organização dos cuidados e a autonomia exercida pelos enfermeiros podem influenciar o processo de cuidados e por essa via os resultados (Irvine, et al., 1998).

Relativamente ao processo, as variáveis do modelo, dizem respeito aos domínios autónomo e interdependente do papel de enfermagem (Irvine, et al., 1998).

Quanto aos resultados, propostos pelo modelo, a educação ou ensino de doentes tem sido a intervenção de interação mais estudada, a par do controlo de sintomas, em especial ênfase para a dor ou em doentes oncológicos, bem como o funcionamento físico e psicossocial, a capacidade para o auto-cuidado, a segurança dos doentes e a sua satisfação (Amaral, 2014).

Efetivamente, nos últimos anos têm-se gerado uma grande quantidade de estudos, cujo objetivo é o de identificar, claramente, os resultados que podem ser obtidos pela intervenção autónoma dos enfermeiros, tentando demonstrar que a enfermagem faz a diferença no cuidado das pessoas, nos seus processos de vida, nas transições que se operam nesses processos e também nas suas experiências de doença (Amaral, 2014). Na minha ótica, só através desta operacionalização é possível comprovar o valor da enfermagem ou por outras palavras o impacto que os cuidados têm nas pessoas. Neste sentido, quero acreditar que o trabalho do enfermeiro é reconhecido e valorizado, ainda que mais pelos doentes do que pelos gestores, no entanto se este valor não é mensurável e traduzido num efetivo resultado em saúde, tal não permite demonstrar o verdadeiro valor que a enfermagem detém.

O descrito anteriormente é também observável pela partilha do Sr. A, onde é possível constatar a valorização do mesmo face à comunicação enfermeiro-doente-família, ao estabelecimento de uma relação interpessoal, à educação para a saúde que gerou, segundo o mesmo, grandes contributos para uma melhor gestão de estratégias no domicílio e promoção do auto-cuidado durante os períodos de alta. Porém, perante tal partilha, quando faço uma pequena auditoria mental aos registos por mim efetuados face aos cuidados prestados constato que estes não dão visibilidade nem aos cuidados que prestei nem aos resultados obtidos pela prática dos mesmos. Tal gerou em mim um sentimento ambíguo, pois se por um lado a prestação de cuidados individualizados foi uma preocupação, por outro lado, esses mesmos cuidados centrados nas necessidades reais do doente e sua família não estavam refletidos nos registos realizados a par dos possíveis ganhos em saúde decorrentes dos cuidados de enfermagem.

Estou certa que inúmeros serão seguramente os fatores associados a tal comportamento, no entanto, para garantir a visibilidade a essa prática, a profissão de enfermagem tem de continuar a documentar o que acrescenta valor nos cuidados de

enfermagem, medindo e aferindo os resultados obtidos pelos doentes, pois só assim será possível valorizar os cuidados de enfermagem.

## CONCLUSÃO

O cancro apresenta-se como uma das doenças mais ameaçadoras devido a uma série de fatores como, o dilema vida/morte, a incerteza face à sobrevivência e evolução da doença podendo ocorrer o reaparecimento de novos tumores, as alterações na imagem corporal e por vezes ao nível funcional que podem conduzir a uma pior qualidade de vida, os tratamentos invasivos que podem ser prolongados no tempo acabando por limitar a atividade laboral do doente, levando a preocupações económicas e profissionais, podendo existir também limitações nas interações sociais implicando um pior ajustamento psicossocial (Patrão, 2007).

Durante o período de transição vivenciado pelo doente é fundamental que os enfermeiros adotem uma presença empática, de negociação e valorização do doente, incentivando a sua participação nos cuidados e consequente, tomada de decisão. É este envolvimento, em tempo real, que perfaz a condição para um projeto de saúde em parceria, ou seja, onde os cuidados de enfermagem reconhecem a individualidade da pessoa, considerando-a como única, respeitando os seus valores e crenças e respondendo às suas necessidades e preferências individuais. Com o desenvolvimento de uma prática de enfermagem que contemple estas dimensões, é possível a aquisição de ganhos em saúde precursores de populações com maiores níveis de qualidade de vida.

Neste sentido, Frias (2008) salienta que “o cuidar é um ato conjuntivo e, no discurso científico da enfermagem, a compreensão adequada para o conceito de ‘cuidar’ é cuidar com, não cuidar de alguém”. Porém não é suficiente dizê-lo, é necessário demonstrá-lo, salientando que o nosso agir é centrado no cuidado ao outro, respondendo às suas necessidades tendo em vista a sua máxima independência, no respeito pela sua autonomia e dignidade, promovendo o *empowerment* e ajudando na prossecução dos seus projetos de saúde e de vida. E, por outro lado, é importante mostrar através dos resultados em saúde e nomeadamente, dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, a efetividade ou o valor da profissão que, pelo domínio do seu conhecimento e práticas, acrescentam nos cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica e à sociedade no seu conjunto.

Em suma, revela-se fulcral fazer valer as nossas práticas e metodologias tendo em vista a individualização da nossa ação para com o outro, o que permitirá com o

tempo desenvolver cuidados de saúde impulsionadores de um cuidado centrado na pessoa com importantes ganhos em saúde.

No que diz respeito à análise aqui realizada, considero que esta permitiu clarificar o enraizamento das intervenções de enfermagem relacionadas no âmbito dos cuidados à pessoa submetida a terapêutica antineoplásica, no Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa, de McCormack e McCanse (2006), no Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem de Irvine, et al. (1998) e na mais recente evidência científica sobre a temática.

Considero a realização deste trabalho uma mais-valia, pelos contributos que trouxe ao desenvolvimento do projeto de intervenção clínica em curso e pelos conhecimentos que me permitiu adquirir. Tal como indicado na alínea 4 do artigo 2º do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estes permitirão, num futuro exercício de funções de enfermeiro especialista, ser detentora de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2014). *Resultados dos Cuidados de Enfermagem: Qualidade e Efetividade*. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Coimbra.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In Glasper, E., & Tucker, A. (Eds.). *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari Press.
- Chick, N., & Meleis, A. Transitions: A nursing concern. In Chinn P. (Ed.).(1986). *Nursing research methodology*. Boulder, 237-257.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida:Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cradoso, G., Luengo, A., Transcas, B., Vieira, C., & Reis, D. ([s.d]). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *PsiLogos*. 4, 8-18.
- Frias, C. (2008). O Enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na Construção do Cuidar. *Revista Referência*, 6, 57–67.
- Gomes, I. (2009). *Cuidado de si a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.
- Gonçalves, G.; Guterres, J. & Novais, S. (2010). A vivência da transição numa pessoa laringectomizada. *ONCONEWS*, 14, 7-17.
- Irvine, D.; Sidani, S.; & Hall, L. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing economics*, 16 (2), 58-87.
- Kitwood, T. (1997). *On being a person in demencia reconsidered: the person comes first*. London: Hawker Publications.
- Landeiro, E. (2011). *Significações, Reações Familiares, Avaliação, Apoio à Doença e Luto*. O Portal do Psicólogos. Porto: PsicoGlobal.

- Madeira, A.; Melão, A.; Torres, C.; & Baptista, L. (2004). Acolhimento ao doente oncológico: cuidado autónomo de enfermagem. *Nursing*, 191, 18-19.
- Maia, M.; Pacheco, M.; Costa, M.; & Leal, Z. (2001). Saber acolher reflecte uma atitude “cuidativa”. *AESOP*, 2 (6), 17-18.
- McCance, T.; Slater, P. & McCormack, B. (2009). Using the caring dimension inventory as na indicator or person-centred nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (3), 409-417.
- McCanse, T.; McCormack, B.; & Dewing, J. (2011). An Exploration do person-centredness in practice. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16 (2). Disponível em: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No2-May-2011/Person-Centredness-in-Practice.html>
- McComark, B. (2003). A conceptual framework for person-centred pratice with older people. *Internacional Journal of Nursing Praticce*, 9, p. 202-209.
- McCormack, B.; & McCance, T. (2006). Development of a framework for personcentred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472–479.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. (4ª Ed). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Mendes, M. (2013). *A Natureza da Parceria de Cuidados de Enfermagem em Pediatria um Contributo para a Parceria Efetiva*. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.
- Moreira, C.; Castanheira, I.; & Reis, T. (2003). Acolhimento do dente oncológico: o que valorizam os enfermeiros? *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 23-27.
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem: Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. 240p.
- Pais-Ribeiro, J.; Ramos, D.; & Samico, S. (2003). Contribuição para uma Avaliação Conservadora da Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-MAC). *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 231-247.
- Paredes, T.; Simões, M.; Canavarro, M.; Serra, A; Pereira, M.; Quartilho, M.; Rijo, D.; Gameiro, S.; & Carona, C. (2008). Impacto da Doença Crónica na Qualidade de Vida: Comparação entre Indivíduos da População Geral e Doentes com Tumor do Aparelho Locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 73-87.
- Patrão, I. (2007). *O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos*. Tese de Doutoramento apresentada no ISPA, Lisboa.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Poochikian-Sarkissian, S.; Sidani, S; Ferguson-Pare, M.; & Doran, D. (2010). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32 (4), 14-21.
- Ribeiro, P. (2012). *A Natureza do Processo de Conforto do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar – Construção de uma Teoria Explicativa: Projecto Integrado de Vivência e Cuidado Cocriado*. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.
- Smith, F. (1995). *Childrens nursing in practice: The Nottingham model*. Oxford: Blackwell Science.
- Tomey, A.; & Alligood, M. (2004) *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*, 5º ed. Lusociência: Loures.



**Apêndice 13.**

Plano de sessão de sensibilização à equipa de enfermagem



## PLANO DE SESSÃO

**TEMA:**

Intervenções de Enfermagem na Administração de Agentes Antineoplásicos -  
segurança da pessoa com doença oncológica

**LOCAL:** Serviço D

**DATA:** 27 de Janeiro de 2017

**HORA:** 15:30hr

**DURAÇÃO:** 30min.

**DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros do Serviço D

**FINALIDADE:**

Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância de intervenções de enfermagem seguras na administração de agentes antineoplásicos, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença hemato-oncológica.

**OBJETIVOS:**

1. Identificar os objetivos e finalidade do projeto;
2. Refletir sobre a importância da administração segura de agentes antineoplásicos, para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica;
3. Reconhecer a necessidade de implementação de estratégias que suportem as intervenções de enfermagem na administração de agentes antineoplásicos à pessoa com doença hemato-oncológica.

ETAPAS	CONTEÚDOS	TEMPO	ESTRATÉGIAS	RECURSOS
Introdução	.Sumário	5min.	Método	.Computador
	.Objetivos da sessão		expositivo	.Programa <i>Microsoft</i> para apresentação de <i>slide show</i>
Desenvolvimento	.Justificação da problemática: sondagem de opinião	15min.	Método	.Datashow
	.Enquadramento conceptual: tratamento da doença hemato- oncológica; agentes antineoplásicos; segurança do doente		expositivo	.Programa <i>Microsoft</i> para apresentação de <i>slide show</i>
Conclusão	.Questão orientadora	10min.	Método	.Computador
	.Objetivos do projeto		expositivo	.Programa <i>Microsoft</i> para apresentação de <i>slide show</i>
Conclusão	.Enquadramento teórico de enfermagem: Modelo de Efetividade dos Cuidados; Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa	10min.	Debate	.Datashow
	.Implementação do projeto			

### **AValiação da Sessão:**

Aplicação de um questionário de avaliação no final da sessão.

**Apêndice 14.**

Questionário de avaliação de sessão de sensibilização à equipa de enfermagem –  
análise de conteúdo



**Tema:** Intervenções de Enfermagem na Administração de Agentes Antineoplásicos -  
segurança da pessoa com doença hemato-oncológica

**Formador:** Enf<sup>a</sup> Vânia Sofia Ferreira

**Duração:** 30min.

	ITENS A AVALIAR	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
<b>CONTEÚDO</b>	<i>Pertinência da temática</i>				
	<i>Estrutura da formação</i>				
	<i>Clareza do conteúdo</i>				
<b>ESTRATÉGIA</b>	<i>Estratégia de exposição</i>				
<b>FORMADOR</b>	<i>Clareza na exposição da informação</i>				
	<i>Linguagem utilizada</i>				
	<i>Domínio dos conteúdos</i>				
	<i>Relação com os participantes</i>				

Considera que as intervenções de enfermagem na administração de agentes antineoplásicos podem determinar a segurança da pessoa com doença hemato-oncológica?

Sim\_\_\_

Não\_\_\_

Enumere três intervenções de enfermagem que considera facilitadoras e/ou inibidoras da segurança na administração de agentes antineoplásicos à pessoa com doença hemato-oncológica?

---

---

---

---

Sugestões/Outros comentários:

---

---

---

---

Muito obrigada pela colaboração!

## **Análise de conteúdo do questionário de avaliação de sessão de sensibilização em serviço subordinada ao tema:**

**Intervenções de Enfermagem na Administração de Agentes Antineoplásicos – segurança da pessoa com doença hemato-oncológica**

Os questionários foram aplicados a onze enfermeiros (50%) dos vinte e seis enfermeiros em atual exercício de funções no serviço excluindo a enfermeira coordenadora, enfermeiros de férias ou atestado). As respostas dizem respeito à totalidade do grupo que assistiu à sessão de formação. O questionário continha questões fechadas e questões abertas sendo que todas foram tratadas através da análise de conteúdo.

Todos os questionários foram respondidos de forma anónima e todos foram considerados válidos.

Relativamente ao conteúdo da sessão a apreciação global das respostas foi unânime, tendo a totalidade dos formandos (n=11) considerado como muito boa a pertinência da temática abordada, a estrutura da formação e a clareza do conteúdo da mesma.

Quanto à estratégia de exposição a maioria dos formandos a classificaram como muito boa (nove em onze) ou boa (dois em onze).

No que respeita ao formador a totalidade dos formandos atribuiu o nível máximo da classificação quanto à clareza na exposição da informação, à linguagem utilizada, ao domínio dos conteúdos e à relação com os participantes. Em nenhum dos itens foram assinalados níveis de desagrado.

Da análise da questão - Considera que as intervenções de enfermagem na administração de agentes antineoplásicos podem determinar a segurança da pessoa com doença hemato-oncológica? - pode considerar-se que todo o grupo de formandos considera as intervenções de enfermagem como determinantes para a segurança da pessoa internada.

Como resposta à questão – Enumere três intervenções de enfermagem que considera facilitadoras e/ou inibidoras da segurança na administração de agentes antineoplásicos à pessoa com doença hemato-oncológica – os formandos enunciaram aspetos que foram agrupados em categorias, nomeadamente, aspetos centrados no

doente (educação do doente/família, envolvimento do doente), aspetos relacionados com a administração de agentes antineoplásicos (presença de catéter venoso central para administração de agentes antineoplásicos, individualização no acondicionamento do agente antineoplásico, utilização de tabuleiro no transporte do agente antineoplásico, confirmação com a prescrição médica e dupla verificação) e por fim aspetos organizacionais (formação dos profissionais de enfermagem).

As sugestões da equipa de enfermagem (n=9) relacionam-se com a elaboração de um folheto/instrumento de suporte educacional para o doente, sobretudo no que diz respeito às informações relativas aos efeitos secundários potenciais.

Quanto aos comentários, cinco elementos da equipa referiram o projeto de intervenção clínica como pertinente, sendo apontada, por diversos elementos, a qualidade do seu contributo para prestação de cuidados ao doente hemato-oncológico submetido a terapêutica antineoplásica e exaltando também a valorização do trabalho de enfermagem para a segurança do doente.

**Apêndice 15.**

Instrumento de registo dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença  
hemato-oncológica submetida a AAN



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		Potencial para melhorar o conhecimento
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
<b>MOMENTO DE ENSINO</b>	<b>Admissão / Início do tratamento com AAN</b>	Providenciar material de leitura (guia de acolhimento)
		Informar sobre rotinas de serviço
		Ensinar sobre tratamentos (Ciclo de Quimioterapia)
		Ensinar sobre gestão dos Efeitos Secundários
		Ensinar sobre procedimento (e cuidados com Catéter Venoso Periférico /Central)
		Validar conhecimentos sobre tratamentos (Ciclo de Quimioterapia)
		Validar conhecimentos sobre gestão dos Efeitos Secundários
		Validar conhecimentos sobre procedimento (cuidados com CVP/CVC)
	<b>Durante o internamento</b>	Informar sobre necessidade e cuidados transfusionais
		Ensinar sobre gerir complicações do tratamento
		Ensinar sobre medicamentos
		Validar conhecimentos sobre gestão de complicações do tratamento
		Validar conhecimentos sobre medicamentos
		Providenciar material de leitura (guia de recomendações para a alta)
	<b>Alta</b>	Ensinar sobre os cuidados com higiene
		Ensinar sobre cuidados com alimentação
		Ensinar sobre o regresso a atividade social/laboral/escolar
		Ensinar sobre gerir alterações a nível da sexualidade
		Ensinar sobre a gestão de alterações psicossociais que possa sentir
		Ensinar a família a auxiliar a pessoa
		Validar conhecimentos sobre:
Informar sobre quando contactar a equipa de saúde		

	<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>	<b>Potencial para melhorar o conhecimento para promover auto-controlo: infeção</b>
	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
<b>MOMENTO DE ENSINO</b>	<b>Durante o internamento</b>	Ensinar sobre auto-controlo: infeção
		Ensinar sobre medidas de segurança
		Ensinar sobre medidas de segurança com dispositivos (os cuidados a ter com o CVC)
	<b>Alta</b>	Incentivar o auto-controlo: infeção
		Incentivar medidas de prevenção de contaminação

**Apêndice 16.**

Cartaz orientador de ensinios para a equipa de enfermagem: “Ensinios à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a tratamento com agentes antineoplásicos e família/pessoa significativa”



## ENSINOS À PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA SUBMETIDA A TRATAMENTO COM AGENTES ANTINEOPLÁSICOS E FAMÍLIA/PESSOA SIGNIFICATIVA

ADMISSÃO / INÍCIO DO TRATAMENTO COM AAN	DURANTE O INTERNAMENTO	ALTA
<p style="text-align: center;"><b>INFORMAR SOBRE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Complicações da doença</b></li> <li>• <b>Tratamento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Finalidade;</li> <li>- Duração;</li> <li>- Esquema do tratamento e agentes antineoplásicos.</li> </ul> </li> <li>• <b>Efeitos secundários do tratamento com agentes antineoplásicos (AAN):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neutropenia; Trombocitopenia; Anemia;</li> <li>Náuseas/Vómitos; Mucosite; Anorexia; Diarreia;</li> <li>Obstipação; Alopecia; Sexualidade.</li> </ul> </li> <li>• <b>Cuidados a ter com acesso venoso periférico/central e explicação dos respetivos procedimentos</b></li> <li>• <b>Complicações associadas à administração:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Extravasão</li> </ul> </li> <li>• <b>Especificidades da administração de AAN orais:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Precauções de armazenamento; precauções de segurança no manuseamento; interações medicamentosas/alimentares.</li> </ul> </li> </ul>	<p style="text-align: center;">...Validação e Reforço... +</p> <p style="text-align: center;"><b>INFORMAR SOBRE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Complicações relacionadas com o tratamento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco de hemorragia;</li> <li>- Risco de lise tumoral;</li> <li>- Anemia;</li> <li>- Infecção;</li> <li>- Neutropenia febril.</li> </ul> </li> <li>• <b>Prevenção de infeção</b></li> <li>• <b>Prevenção de traumatismo</b></li> <li>• <b>Necessidade de transfusões sanguíneas</b></li> <li>• <b>Necessidade de ATB</b></li> <li>• <b>Estratégias de capacitação para a auto-gestão dos riscos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados de higiene;</li> <li>- Cuidados de nutrição;</li> <li>- Cuidados com o CVP/CVC;</li> <li>- Cuidados com a pele;</li> <li>- Adesão ao regime terapêutico.</li> </ul> </li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>INFORMAR SOBRE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vigilância da saúde:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esquema de regime terapêutico;</li> <li>- Realização de exames e análises.</li> </ul> </li> <li>• <b>Higiene</b></li> <li>• <b>Alimentação</b></li> <li>• <b>Sexualidade</b></li> <li>• <b>Atividade física</b></li> <li>• <b>Atividade social e laboral</b></li> <li>• <b>Recursos da comunidade</b></li> <li>• <b>Sinais de alerta e cuidados com AAN orais</b></li> <li>• <b>Contatos</b></li> </ul>



**Apêndice 17.**

Guia de ensinos para a pessoa com doença hemato-oncológica: “A Quimioterapia”



GUIA INFORMATIVO

# A QUIMIOTERAPIA

SERVIÇO: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

# A QUIMIOTERAPIA

## Guia informativo

Com este guia pretendemos prestar informações e esclarecimentos à pessoa com doença hemato-oncológica e família, sobre o tratamento com quimioterapia.

Neste guia informativo descrevem-se aspetos gerais sobre a quimioterapia, quais os principais efeitos secundários que provoca e qual a melhor forma de os combater ou atenuar.

Lembre-se, porém, que os assuntos abordados não dispensam as explicações dadas pelos médicos e enfermeiros.

Questione, sempre que tenha qualquer dúvida...

...pode contar sempre com a disponibilidade dos profissionais de saúde para o ouvir e esclarecer.

Elaborado por: Enf<sup>a</sup> Vânia Sofia Ferreira  
Sob a orientação da Enf<sup>a</sup> Chefe (Estágio D) e da docente Eunice Sá

# ÍNDICE

	Pág.
<b>O que é a quimioterapia?</b>	<b>4</b>
- Finalidade	4
- Formas de administração	4
- Duração e frequência do tratamento	5
<b>Efeitos secundários da quimioterapia – Recomendações</b>	<b>6</b>
- Alterações hematológicas (sangue)	6
- Alterações na boca e gastrointestinais (sistema digestivo)	9
- Alterações dermatológicas (cabelos, pele e unhas)	12
- Alterações em órgãos específicos (coração, rins e bexiga e órgãos reprodutores)	14
<b>Contactos importantes</b>	<b>17</b>

## O QUE É A QUIMIOTERAPIA?

A quimioterapia é um dos métodos utilizados para tratar a doença oncológica. É o tratamento com medicamentos chamados citostáticos, que atuam nas células malignas, de modo a destruir o tumor, a impedir o seu crescimento e/ou a sua disseminação pelo organismo.

A quimioterapia pode ser feita com um só medicamento ou vários medicamentos associados, que atuam por diferentes mecanismos na destruição do tumor e na diminuição da sua resistência ao tratamento. A escolha dos medicamentos depende das características do tumor (tipo de tumor, localização e extensão), assim como das características da pessoa (idade, existência de outras doenças, estado funcional do organismo, entre outras), pretendendo-se sempre que possível um tratamento personalizado.

A quimioterapia pode ser utilizada como única arma terapêutica, ou em associação com outras modalidades (como por exemplo a radioterapia e/ou a cirurgia).

## FINALIDADE

- Curar a doença;
- Estabilizar a doença;
- Impedir a disseminação da doença;
- Aliviar os sintomas causados pela doença e aumentar a qualidade de vida.

## FORMAS DE ADMINISTRAÇÃO

Habitualmente a quimioterapia é administrada em instituições hospitalares, em regime de internamento ou em regime ambulatorio, dependendo do tipo de quimioterapia, esquema de tratamento ou do estado do doente.

Em algumas situações específicas o tratamento pode ser efetuado no domicílio, seja na totalidade ou parcialmente, através de medicamentos administrados por via oral.

No entanto existem várias vias para administração de quimioterapia:

- via endovenosa
- via oral
- via subcutânea
- via intra-tecal
- via intramuscular
- via intra-cavitária, entre outras

Nenhuma das vias é melhor nem significa que a quimioterapia é mais “forte” ou mais “fraca”, é apenas a mais adequada aos medicamentos que lhe foram prescritos, os quais dependem do diagnóstico ou da etapa do tratamento.

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DO TRATAMENTO

O número de tratamentos necessários, bem como a sua duração e frequência, dependem do tipo de doença, do tipo de quimioterapia e da resposta do organismo. Habitualmente a quimioterapia é administrada por ciclos, isto é, com uma determinada periodicidade, de modo a haver um período de descanso que lhe permita recuperar dos efeitos que possam surgir.

# EFEITOS SECUNDÁRIOS DA QUIMIOTERAPIA – RECOMENDAÇÕES

Os efeitos secundários da quimioterapia relacionam-se com a sua ação junto das células normais do organismo.

Na sua maioria os efeitos são temporários, permitindo ao organismo restabelecer-se no intervalo de tempo entre tratamentos. É importante lembrar que:

- nem todos os doentes apresentam efeitos secundários;
- diferentes fármacos podem causar diferentes efeitos secundários;
- muitos efeitos secundários são eliminados ou minimizados, com medidas adequadas

## ALTERAÇÕES HEMATOLÓGICAS (SANGUE)

A medula óssea, localizada no interior dos ossos, é o órgão onde são fabricadas as células que constituem o sangue:

- os **glóbulos vermelhos**, responsáveis pela oxigenação dos tecidos;
- os **glóbulos brancos**, responsáveis pela defesa contra as infeções;
- as **plaquetas**, responsáveis pela coagulação e prevenção de hemorragias.

Durante os tratamentos de quimioterapia todas estas células podem diminuir consideravelmente, podendo levar à anemia, às infeções e às hemorragias.

### **Anemia**

A anemia caracteriza-se pela diminuição do número de glóbulos vermelhos. Pode não ocasionar qualquer queixa ou então manifestar-se por palidez, cansaço fácil, respiração mais rápida, palpitações e dificuldade de concentração.

A forma de compensar a anemia ficará ao critério do seu médico, podendo ser necessárias transfusões sanguíneas, terapêutica que estimule a sua medula a produzir glóbulos vermelhos ou suplementos dietéticos.

### Recomendações:

- Mantenha uma alimentação equilibrada e rica em ferro (espinafres, beterraba roxa, fígado, frutos secos, peixe, ovos, couve, etc.)
- Poupe energia para as atividades que considera mais importantes
- Descanse sempre que sentir necessidade
- Mova-se com cuidado para evitar tonturas: não se levante repentinamente

## **Neutropenia**

A neutropenia é a diminuição dos neutrófilos, que são um tipo de glóbulos brancos que protegem o nosso corpo de infeções.

O risco de infeção está sempre presente quando se realiza quimioterapia, mas pode ser diminuído com algumas precauções.

### Recomendações:

- Lave frequentemente as mãos, sobretudo antes das refeições, depois de ir à casa de banho e após tocar em objetos públicos
- Realize uma higiene pessoal cuidada e diária (oral e corporal):
  - use sabão líquido de pH neutro
  - poderá continuar a usar o champô da sua preferência
  - realize uma secagem eficaz da superfície corporal e pregas cutâneas
  - reforce os cuidados com as próteses dentárias
  - se usar peruca deve lavá-la todas as semanas
  - use pensos higiénicos em vez de tampões
  - não partilhe objetos de uso pessoal
  - não use desodorizantes com álcool ou perfumes
  - não use palitos e/ou fio dental
  - evite manicure e pedicure, bem como utilização de unhas falsas (por ex., de silicone) ou vernizes coloridos, por impedir que se vejam as alterações
- Evite a ingestão de alimentos com maior probabilidade de contaminação bacteriana:
  - dê preferência a frutas de casca grossa quando optar por fruta crua (por ex., laranja ou banana)

- utilize vegetais cozinhados em vez de crus. Se os utilizar crus deve desinfetá-los com vinagre ou desinfetante próprio para alimentos
- beba e coma apenas laticínios pasteurizados – evite os queijos com fungos (os chamados queijos de pasta azul) e os queijos frescos com leite UHT
- evite ovos, carne ou peixe crus ou mal passados (por ex. grelhados), ou alimentos confeccionados em locais públicos
- evite comer sobras

→ Tenha cuidado na utilização de objetos cortantes, lave e desinfete imediatamente cortes ou arranhões acidentais

→ Evite o contacto com pessoas constipadas, com gripe, pneumonia ou outras doenças transmissíveis ou ainda crianças que tenham sido vacinadas recentemente

→ Evite o contacto com animais, sobretudo quando não vacinados ou que circulem livremente fora da habitação

→ Evite espaços fechados, com pouca ventilação ou com muitas pessoas (por ex., centros comerciais, supermercados, cafés, transportes públicos)

→ Esteja atento ao aparecimento de sinais que sugiram infeção: febre, arrepios de frio, dor de garganta, tosse, expetoração, dificuldade em respirar, feridas na boca, ardor ao urinar ou outros

→ Não tome NUNCA nenhum medicamento sem indicação do seu médico

## **Trombocitopenia**

Significa a diminuição do número de plaquetas, células essenciais no processo de coagulação do sangue, aumentando o risco de hemorragias.

Pode não ocasionar qualquer queixa ou então manifestar-se por: perdas de sangue mais frequentes e que a hemorragia demora mais tempo do que é habitual a ser controlada, nódoas negras, urina avermelhada, fezes muito escuras, gengivas sangrantes, perda de sangue pelo nariz ou aparecimento de pequenos pontos vermelhos na pele.

A forma de compensar a diminuição plaquetária ficará ao critério do seu médico, podendo ser necessária uma transfusão de plaquetas.

### Recomendações:

→ Utilize uma escova de dentes de cerdas macias

- Dê preferência a máquina de barbear elétrica em vez de lâmina de barbear, para evitar cortes na cara que possam ser portas de entrada à infecção
- Evite ferimentos (traumatismos ou queimaduras)
- Evite desportos ou atividades violentas
- Evite substâncias que interfiram com a função plaquetária, como a aspirina ou bebidas alcoólicas
- Mantenha a calma de tiver uma hemorragia:
  - o repouso diminui o número de batimentos cardíacos e a pressão, levando a que a hemorragia seja menos grave
  - em caso de ferimento, comprima imediatamente o local com um pano limpo e coloque gelo sobre a ferida para ajudar a parar a hemorragias

## ALTERAÇÕES NA BOCA E GASTROINTESTINAIS (SISTEMA DIGESTIVO)

### **Mucosite**

Alguns tratamentos de quimioterapia podem provocar uma inflamação do tubo digestivo, parcial ou total, desde a boca até ao intestino, sendo mais frequente nos períodos de neutropenia.

Quando atinge a boca pode sentir aumento da sensibilidade, sensação de ardor, secura e vermelhidão da mucosa oral e, numa fase mais avançada, pode haver formação de aftas e infecção.

Quando atinge o intestino pode surgir diarreia.

Todos estes sintomas podem ser dolorosos e, se acompanhados de dificuldade em engolir, podem interferir com a sua alimentação. Se sentir alguns destes efeitos fale com o seu médico e/ou enfermeiro para um tratamento apropriado.

### Recomendações:

- Mantenha uma higiene oral cuidada, em especial após as 3 refeições principais
- Efetue bochechos com frequência (use o composto fornecido pelo instituto como recomendado ou desinfetantes apropriados – soluções que não contenham álcool)

- Mantenha a boca humedecida e os lábios protegidos com uso de creme gordo, batom hidratante (próprio) ou manteiga de cacau
- Dê preferência a alimentos que sejam fáceis de mastigar e engolir, nomeadamente alimentos húmidos e moles como por ex., purés, massa, fruta cozida ou em calda, pudins, gelatina,...
- Coloque os alimentos na boca em pequenas quantidades, mastigando lentamente e bebendo pequenos goles de líquido enquanto comer
- Se a mucosite já estiver instalada evite usar a prótese dentária durante o dia, exceto para comer
- Evite bebidas alcoólicas e o tabaco
- Evite alimentos ácidos, muito condimentados e excessivamente quentes

## **Náuseas e Vômitos**

São habitualmente os efeitos secundários mais frequentes da quimioterapia embora a sua ocorrência e intensidade varie de pessoa para pessoa e de acordo com o tratamento efetuado.

Existem medicamentos que permitem ultrapassar estas situações – fale com o seu médico.

### Recomendações:

- Opte por fazer refeições diárias (5-6) mesmo que pequenas, evitando estar mais de 3 horas sem comer
- Prefira comidas menos gordurosas, pouco condimentadas (abuse das ervas aromáticas, mas evite as especiarias) e que libertem pouco cheiro após a sua confeção
- Opte por alimentos frios ou à temperatura ambiente (as comidas quentes podem agravar as náuseas)
- Tente distrair o seu espírito com uma atividade do seu agrado (por ex., ouvir música, ler ou assistir a um programa de TV) num ambiente calmo e acolhedor
- Dada a sua forte componente emocional, para além da medicação, o repouso e o relaxamento também ajudam a controlar as náuseas e os vômitos
- Evite comer refeições pesadas, imediatamente antes ou depois do tratamento, e evite estar em jejum

## **Alterações do paladar**

A quimioterapia pode provocar alterações que variam em função do tratamento e da pessoa: gosto metálico na boca, alteração do sabor habitual dos alimentos, que resultam na perda de apetite e repugnância por alimentos.

Estes constituem efeitos temporários que podem ser ultrapassados.

### Recomendações:

- Faça refeições ligeiras e frequentes
- Procure alimentos que mais lhe agradam desde que não prejudiquem a sua saúde
- Varie os alimentos e a forma de confeção

## **Diarreia**

A quimioterapia, a ansiedade e a alteração do regime alimentar podem provocar um aumento na frequência, consistência e volume das fezes.

Considera-se diarreia mais de três dejeções diárias de fezes semi-líquidas ou mesmo líquidas.

### Recomendações:

- Beba mais líquidos para compensar as perdas pela diarreia (2 a 3 litros por dia, sobretudo água ou se tiver dificuldade em fazê-lo opte por chá diluído e ligeiramente açucarado)
- Coma alimentos pobres em fibra (por ex., arroz, massas, pão de trigo e batatas), caldos e purés de cenoura
- Coma bananas e fruta em calda, elimine os vegetais e frutas cruas e evite fritos, doces e chocolates
- Tome medicação antidiarreica prescrita pelo médico
- Reforce os cuidados de higiene local sobretudo após cada dejeção e aplique pomadas indicadas que promovam a cicatrização e o alívio da dor, se existir irritação local

Se ao fim de 48 horas a diarreia persistir deve consultar o seu médico.

## **Obstipação**

A obstipação ou prisão de ventre pode ser provocada por alguns tipos de medicamentos, nomeadamente alguns medicamentos contra a dor, náuseas e alguns tipos de quimioterapia.

### Recomendações:

- Beba mais líquidos (pelo menos 8 copos por dia) de modo a que as fezes não fiquem tão duras
- Coma alimentos ricos em fibra (por ex., fruta, pão e cereais integrais, hortaliças e legumes, tais como feijões, ervilhas e lentilhas)
- Procure a prática de atividade física, por ex. alongamentos, caminhadas, adaptando a intensidade e a duração às suas novas possibilidades
- Fale com o seu médico, se estas medidas não resultarem pode necessitar de um laxante

## **ALTERAÇÕES DERMATOLÓGICAS (CABELOS, PELE E UNHAS)**

### **Alopécia (Queda de cabelo)**

Com a utilização de alguns medicamentos, a quimioterapia pode levar à queda de cabelo, parcial ou total, e pêlo em outras zonas do corpo e face, de forma gradual. Este efeito pode ocorrer 2 a 3 semanas após o início da quimioterapia, mas nem todos os medicamentos provocam queda de cabelo.

Este efeito é temporário e uma vez terminados dos tratamentos, cerca de 2 a 4 meses após, o cabelo volta a crescer, por vezes com uma textura e cor diferentes.

### Recomendações:

- Opte por um corte de cabelo mais curto antes de começar o tratamento ou mal o cabelo comece a cair
- Use champôs suaves, com pH neutro (para bebés) e escova macia ou pente de dentes largos

- Pondere sobre a melhor alternativa: uso de prótese capilar (peruca), lenços, chapéus, gorros ou, simplesmente, nada
- Se optar pela peruca, deve procurar uma casa especializada nas primeiras 2 semanas após iniciar o tratamento (ou antes) de forma a que a escolha e o aconselhamento possam ser melhor orientados – o Serviço Social da instituição pode dar informação a este respeito
- Use protetor solar (com o índice máximo de proteção – FPS 50+) se andar com o couro cabeludo a descoberto
- Evite o uso de lacas, gel, colorações, permanentes e outras técnicas agressivas
- Evite o uso contínuo de peruca para que o couro cabeludo possa “respirar” e seja menor o risco de irritação da pele

## **Pele**

A pele é um dos tecidos mais sensíveis à quimioterapia, pelo que é frequente tornar-se mais seca com a generalidade dos medicamentos.

As reações cutâneas podem ser variadas: descamação, vermelhidão, comichão e escurecimento da pele sobretudo nas zonas expostas às radiações solares (face, mãos e braços), síndrome mão-pé (que se caracteriza por atingir sobretudo as palmas das mãos e/ou plantas dos pés, com vermelhidão, inflamação, fissuras ou gretas) e reações tipo acne.

### Recomendações:

- Utilize cremes hidratantes
- Use roupa larga e calçado confortável
- Utilize luvas quando mexer em produtos irritantes (por ex., produtos de higiene)
- Evite banhos de água muito quente
- Evite expor-se ao sol, mas se tal não for possível use cremes com índice máximo de proteção solar (FPS 50+)
- Use roupa larga e calçado confortável

## **Unhas**

As unhas também sofrem alterações com a administração de alguns medicamentos, ficando geralmente mais grossas e quebradiças, podem apresentar mudanças na colocação (por ex., escurecimento) ou aparecimento de sulcos.

Estes efeitos quando surgem são tardios, geralmente só são visíveis 3 semanas após o início do tratamento.

### Recomendações:

- Deve ter com as unhas os mesmos cuidados a ter com a pele
- Desaconselha-se o uso de unhas falsas (por ex., silicone) ou vernizes coloridos, por impedir que se vejam as alterações

## **ALTERAÇÕES EM ÓRGÃOS ESPECÍFICOS (CORÇÃO, RINS E BEXIGA E ÓRGÃOS REPRODUTORES)**

### **Alterações Cardíacas (Coração)**

Podem ocorrer alterações cardíacas pelo que uma avaliação cardíaca antes de iniciar a quimioterapia é fundamental. Ao longo dos tratamentos, podem ser realizadas avaliações periódicas através da realização de exames específicos, para despiste de qualquer anomalia.

### Recomendações:

- Deve respeitar a marcação dos exames pedidos, sob a pena de não poder prosseguir com os tratamentos.

### **Alterações no Sistema Urinário (Rins e Bexiga)**

Alguns tratamentos de quimioterapia podem irritar a bexiga ou causar lesão renal permanente ou temporária e provocar alterações na cor e no cheiro da urina.

### Recomendações:

- Beba líquidos em quantidade suficiente: 1,5 a 2 litros por dia (de preferência água, mas também sopa, sumos de fruta e legumes...)
- Controle a cor e o cheiro da urina para despistar a presença de sangue ou de pus, indicativos de inflamação ou infeção
- Evite a ingestão de bebidas alcoólicas ou com cafeína (café, coca-cola)
- Evite o consumo de tabaco

A cor da urina pode sofrer modificações de acordo com a cor dos medicamentos administrados. Assim, poderá tornar-se vermelha, alaranjada, amarela ou azul, não sendo por isso motivo de preocupação.

### **Alterações nos Órgãos Reprodutores**

A quimioterapia pode alterar o funcionamento dos ovários e dos testículos, dependendo da medicação usada, as doses, da duração do tratamento, do sexo e da idade.

Alguns danos têm carácter temporário, enquanto que outros podem ser permanentes.

Na **mulher**, a quimioterapia pode provocar irregularidades menstruais e, inclusivamente, pode haver paragem da menstruação durante o tratamento. Pode apresentar sintomas semelhantes aos da menopausa como calores, afrontamentos, rubor facial, secura vaginal entre outros.

Apesar de tudo o risco de gravidez está sempre presente, sendo de todo desaconselhada durante o tratamento e nos 6 meses seguintes.

No **homem**, a quimioterapia pode provocar uma produção menor ou alterada de espermatozoides e, conseqüentemente, uma diminuição da fertilidade. Contudo, nem sempre essa diminuição conduz à infertilidade.

A intimidade não está contraindicada durante o período de tratamento ou após o mesmo. No entanto, a atividade sexual pode não estar indicada se tiver um número de glóbulos brancos baixo.

Recomendações:

→ Mulher: Use um meio contraceptivo eficaz e compatível com o seu tratamento, pois por vezes a pílula pode estar contraindicada – fale com o seu médico sobre o método de contraceção e planeamento de gravidez

→ Use preservativo como contraceção e meio para evitar infeções

→ É recomendável a utilização de lubrificante para evitar lesões

→ Informe-se com o seu médico e enfermeiro sobre a possibilidade de preservação da fertilidade, antes de iniciar o tratamento

## COMUNIQUE AO SEU MÉDICO, O MAIS BREVE QUANTO POSSÍVEL, SE MANIFESTAR ALGUMAS DAS SEGUINTE SITUAÇÕES:

- Febre superior a 38°C ou calafrios
- Vômitos persistentes e violentos durante mais de 24 horas após o tratamento com quimioterapia
- Diarreia que dure mais de 48 horas
- Hemorragias frequentes, nódoas negras e aparecimento de pontos vermelhos pelo corpo
- Tonturas, cansaço extremo e falta de ar
- Tosse com expectoração ou sangue
- Dor na garganta ou na boca
- Sensação de ardor ao urinar
- Sangue na urina ou urinar em pequena quantidade

## **CONTACTOS IMPORTANTES:**

Telefone geral da Instituição: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

Irvine, D.; Sidani, S.; & Hall, L. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing economics*, 16 (2), 58-87.

McCormack, B.; & McCance, T. (2006). Development of a framework for personcentred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472–479.

Polovich, M.; Olsen, M.; & LeFebvre K. (2015). Chemoterapy and Biotherapy Guidelines and Recommendations for Practice. Pennsylvania: Oncology Nursing Society (ONS).

**Apêndice 18.**

Fluxograma de administração segura de agentes antineoplásicos



# Administração SEGURA de Agentes Antineoplásicos (via de administração endovenosa)

