



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente: Enfermagem Oncológica

DOENTE ONCOLÓGICO SUBMETIDO A TERAPÊUTICA ORAL ANTINEOPLÁSICA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Sara Torcato Parreira

2014





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente: Enfermagem Oncológica

DOENTE ONCOLÓGICO SUBMETIDO A TERAPÊUTICA ORAL ANTINEOPLÁSICA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Sara Torcato Parreira

Relatório de Estágio orientado por:

Professora Patrícia Vinheiras Alves

2014



“Faz aquilo em que acreditas e acredita naquilo que fazes. Tudo o resto é perda de energia e de tempo”

Sri Nisargadatta Maharaj, n.d.

AGRADECIMENTOS

À Professora Orientadora Patrícia Alves, pela sua disponibilidade e presença, pelos seus conselhos e pelo seu saber.

Ao Enfermeiro Chefe Rui Santos, por acreditar neste projeto, por apostar na formação e na melhoria da qualidade dos cuidados, por estar sempre presente para os “seus” enfermeiros, pelo seu humanismo e pela ajuda preciosa que me deu ao longo destes anos.

Às minhas colegas, com quem tenho o prazer de trabalhar, por me ajudarem na concretização deste projeto e pela tolerância e prestabilidade.

Aos doentes com quem contactei durante os estágios, pela sua colaboração; e aos doentes com quem trabalho, aos que estão e aos que já partiram, por me fazerem crescer enquanto pessoa e procurar ser melhor enfermeira.

Aos enfermeiros com quem convivi em estágio, sobretudo aos enfermeiros orientadores, por se mostrarem disponíveis, pela partilha de experiências e saberes e pela empatia.

Aos meus amigos mais próximos, por me acompanharem e apoiarem, por se preocuparem comigo e por me ajudarem na busca da felicidade.

À minha família, pais, avós, tios e afilhados, pelo apoio incondicional e pelo carinho que me dão, mesmo à distância, e pela compreensão pelo tempo que não lhes dediquei.

Em especial aos meus pais, aos quais devo a minha formação pessoal e académica, por me terem transmitido valores como a perseverança, a solidariedade, a dignidade, a humildade, o respeito e o gosto pelo cuidar do outro; por estarem sempre presentes e partilharem as minhas dores e alegrias, acreditando sempre que eu sou capaz.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

AEOP – Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa

APA – Associação Americana de Psicologia

ARS – Administração Regional de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral de Saúde

EONS – European Oncology Nursing Society

FDA – United States Food and Drug Administration

HDO – Hospital de Dia de Oncologia

ICN – International Council of Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

POP – Portal de Oncologia Português

ROR – Registo Oncológico Regional

SUPROC – Support Patients Receiving Oral Chemotherapy

RESUMO

Os números de pessoas com doença oncológica têm aumentado. Apesar da representação desta doença ainda ser negativa, existem cada vez mais sobreviventes de cancro, o que se deve aos rastreios, deteção precoce e novos tratamentos. Os tratamentos antineoplásicos têm vindo a revolucionar-se e têm surgido mais tratamentos para serem administrados via oral. A terapêutica oral antineoplásica é mais cómoda para o doente, pois evita idas mais frequentes ao hospital, diminui punções e permite ao doente ser gestor do seu próprio tratamento. À semelhança dos tratamentos injetáveis, a terapêutica oral também tem cuidados específicos e toxicidades associadas, pelo que exige educação do doente e monitorização de sinais e sintomas, por parte da equipa de enfermagem. É necessário que os enfermeiros efetuem o acompanhamento dos doentes oncológicos submetidos a antineoplásicos orais, no sentido de promoverem a adesão à terapêutica e ao autocuidado. Assim, de acordo com a necessidade sentida em contexto de trabalho, aliada à evidência científica, surgiu a realização de um projeto, com a finalidade de desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, na área da intervenção de enfermagem aos doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica, de forma a promover a melhoria de cuidados no serviço desempenho funções.

A metodologia aplicada foi a de projeto, desenvolvida durante cinco meses em três locais de estágio, em instituições de saúde na área de Lisboa (Consulta de Enfermagem de Oncologia Médica, Hospital de Dia Médico e Centro Clínico Privado). As estratégias utilizadas foram a observação da prática de enfermagem, a colaboração nas consultas de primeira vez e de acompanhamento aos doentes sob antineoplásicos orais, a partilha de experiências e reflexão sobre acontecimentos significativos e a criação de um plano de consulta de enfermagem, dirigido a estes doentes, no serviço onde trabalho, culminando no presente relatório de estágio. Com este percurso considero que atingi a finalidade a que me propus.

Palavras-chave: doente oncológico, terapêutica oral antineoplásica, enfermagem, adesão terapêutica, autocuidado.

ABSTRACT

The number of people affected by an oncologic disease is increasing. In spite of the negative representation of this disease there are more cancer survivors, which is due to screenings, early detection and new treatments. Antineoplastic treatments are being revolutionized and the use of oral antineoplastic agents has increased in oncology treatment. Oral antineoplastic agents can provide a sense of control over treatment, reduce hospital stay and eliminate the discomfort of punctures. However, oral antineoplastic agents also demand specific care and have associated toxicities. Because of this, nurses play a key role in assessing, educating and monitoring patients receiving oral antineoplastic agents, thus contributing to increase patient adherence to treatment and self-care.

Scientific evidence alongside with what can be observed at my work environment, show that oral antineoplastic agents pose a challenge for health care providers. This is due to the issue of self-administration, adherence and the lack of monitoring. Therefore, to promote better care in my working place, the aim of this project is to develop nursing competencies, regarding nursing interventions for oncologic patients receiving oral antineoplastic agents

Project methodology was applied and developed during five months in three different internships, all of which performed in health care institutions in Lisbon. Observation of a nurse's practice, collaboration in nursing consultations, sharing of experiences and reflection about significant events were some of the applied strategies, as well as, the development of a nursing consultation plan, in my working environment, for patients receiving oral antineoplastic agents. I believe that, as shown in this training report, I have achieved my purpose.

Key-words: oncologic patient, oral antineoplastic agents, nursing, adherence, self-care

ÍNDICE

Introdução	9
1. Justificação da Problemática	12
2. Enquadramento Teórico	17
2.1. A Pessoa com Doença Oncológica	17
2.2. Terapêutica Oral Antineoplásica na Doença Oncológica	20
2.3. Adesão à Terapêutica Oral Antineoplásica da Pessoa com Doença Oncológica e Intervenções de Enfermagem	23
2.4. A Teoria do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem	29
3. Percurso de Trabalho Desenvolvido	33
3.1. Metodologia.....	33
3.2. Estágio na Consulta de Enfermagem de Oncologia Médica, do Hospital de Dia de Oncologia, do Hospital A de Lisboa.....	35
3.3. Estágio no Hospital de Dia Médico, do Hospital B de Lisboa.....	40
3.4. Estágio no Centro Clínico Privado	45
3.5. Plano da Consulta de Enfermagem de Acompanhamento dos Doentes Oncológicos Submetidos a Terapêutica Oral Antineoplásica.....	51
4. Limitações.....	54
5. Questões éticas	56
6. Implicações para a Prática de Enfermagem e Perspetivas Futuras	57
7. Considerações Finais	59
Referências Bibliográficas	60
Apêndice I - Antineoplásicos Orais – Informações Gerais	
Apêndice II - Quadro Síntese: Terapêutica Oral Antineoplásica	
Apêndice III - Informação para os Doentes e Familiares – Guias Terapêuticos.....	
Apêndice IV - Reflexão de Situação Mobilizando o Ciclo de Gibbs.....	
Apêndice V - Plano da Consulta de Enfermagem: Acompanhamento dos Doentes Oncológicos Submetidos a Terapêutica Oral Antineoplásica	
Apêndice VI - Folha de Registo de Monitorização dos Doentes Oncológicos Submetidos a Terapêutica Oral Antineoplásica.....	

INTRODUÇÃO

A doença oncológica encontra-se presente na maioria dos contextos pessoais, sociais e profissionais de qualquer um de nós. Apesar das previsões apontarem, a nível nacional e europeu, para o seu aumento, em cerca de 13%, na próxima década (Direção-Geral de Saúde (DGS), 2013), a evolução nos métodos de diagnóstico e tratamento do cancro também se tem traduzido no aumento do número de sobreviventes de cancro. Face aos novos tratamentos em estudo, ou recentemente instituídos, o prognóstico da doença oncológica poderá alterar-se significativamente (Wood, 2012). Entre eles, consta o desenvolvimento de tratamentos com antineoplásicos, sob a forma oral, subcutânea ou intramuscular, que tem vindo a aumentar, sobretudo por serem tratamentos menos invasivos e/ou agressivos para o doente, permitindo que esteja menos tempo no hospital e/ou que tenha menos toxicidades associadas à medicação (Thivat *et al.*, 2012). Surgem, portanto, novos desafios às equipas de saúde, nomeadamente de enfermagem, sobretudo inerentes à necessidade de acompanhamento/seguimento destes doentes e de atualização de conhecimentos neste âmbito.

A minha experiência profissional, como enfermeira, em Hospital de Dia de Oncologia (HDO), tem reconhecido esta realidade, pelo que o presente relatório, inserido no âmbito do 4º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, traduz o percurso desenvolvido durante o estágio, com a finalidade de desenvolver competências de Enfermeiro Especialista, na área da intervenção de enfermagem aos doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica (quimioterapia e terapêuticas *target*/dirigidas), de forma a promover a melhoria de cuidados no serviço onde trabalho.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define Enfermeiro Especialista como

o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (OE, 2010, p.2).

Assim, com vista a atingir a finalidade já referida, e dado que os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências¹ (Serrano, Costa & Costa, 2011), realizei um estágio em três locais distintos: Consulta de Enfermagem de Oncologia Médica de um hospital nível I, Hospital de Dia Médico de um hospital nível II e num Centro Clínico Privado. Em contexto da prática são mobilizados vários tipos de saberes que Serrano *et al.* (2011) designam por saber empírico ou ciência de enfermagem, saber do domínio do conhecimento científico; saber ético; saber pessoal; saber estético ou arte de enfermagem, que congregam, no enfermeiro, competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afetivas (a arte de cuidar); e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações).

No início deste percurso considero que, enquanto enfermeira na área a que me propus trabalhar, me situava no nível 3 – Competente, do Modelo de Dreyfus, de Benner (2001). De acordo com esta autora (2001, p.53), a enfermeira

torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus actos em termos objectivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente. [...] Assim, para uma enfermeira competente, um plano estabelece uma perspectiva e baseia-se sobre uma análise consciente, abstracta e analítica do problema.

Constata-se, porém, que, para existir aprendizagem pela experiência, é necessário que exista intencionalidade por parte dos protagonistas nas situações de trabalho, ou seja, que a interação com essa situação faça sentido (Serrano *et al.*, 2011). É esse sentido que se procura substantivar, pelo que no trabalho que se segue pretendo analisar o percurso desenvolvido, os ganhos, aprendizagens e competências obtidas, bem como as dificuldades e constrangimentos associados.

Este relatório tem como objetivos:

- Desenvolver a capacidade de análise, síntese e reflexão;
- Mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Descrever o percurso de estágio;
- Analisar crítica e reflexivamente o percurso de estágio, com base na evidência científica, na minha prática profissional e na prática observada nos diferentes contextos de estágio;

¹ Entende-se por competência: “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades” (Fleury & Fleury, 2001, p.188).

- Reconhecer o papel do enfermeiro especialista no acompanhamento dos doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica;
- Identificar as implicações para a prática de Enfermagem do percurso que desenvolvi.

Em termos de estrutura, o trabalho encontra-se dividido em 7 capítulos: (1) justificação da problemática (que apresenta o problema que esteve na origem deste percurso e o motivo da escolha do tema), (2) enquadramento teórico (no qual apresento a conceitualização teórica em que suportei o percurso e o presente relatório e a teoria de enfermagem em que me ancorei – Teoria do Défice de Autocuidado, de Orem), no capítulo (3) apresento uma análise crítica e reflexiva sobre o percurso desenvolvido, fundamentada na evidência científica, no (4) as limitações que surgiram ao longo do percurso, no (5) explano as questões éticas que surgiram durante o percurso, no (6) apresento as implicações para a prática de enfermagem e perspetivas futuras e no (7) as considerações finais. Foi utilizada a norma da Associação Americana de Psicologia (APA) como arquétipo das citações e referências bibliográficas associadas.

1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Nos últimos anos, os avanços na tecnologia, na investigação e nos sistemas de saúde, têm sido inúmeros, e alguns até impressionantes. Esta é, também, uma realidade na área da oncologia, dado que algumas das inovações permitem que alguns dos tratamentos usados para a cura ou controlo do cancro sejam menos invasivos e menos agressivos para a pessoa com doença oncológica. Mantêm-se os tratamentos mais conhecidos, como a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia injetável, mas surgiram outras hipóteses/alternativas, algumas mais benéficas para o doente, como é o caso da existência de agentes medicamentosos orais para o tratamento do cancro. A medicação antineoplásica oral, seja ela sob a forma de quimioterapia ou terapêuticas *target*, tem ganho especial importância desde a última década (Thivat *et al.*, 2012). Dados de 2006 informam que, de toda a terapêutica antineoplásica existente no mercado, 5% correspondia a terapêutica oral (Marques, 2006), mas estima-se que, atualmente, cerca de 25% dos tratamentos de quimioterapia em desenvolvimento possam ser tomados via oral (Verbrugge, Verhaeghe, Beeckman & Van Hecke, 2013).

O Hospital de Dia de Oncologia onde trabalho tem seguido esta tendência, com um aumento, nos últimos anos, do número de doentes submetidos a terapêutica oral antineoplásica. De acordo com a análise evolutiva do consumo, em 2013, houve um aumento de 3%, em relação ao período homólogo de 2012, da terapêutica oral antineoplásica dispensada aos doentes.

São várias as vantagens associadas à terapêutica oral, nomeadamente uma maior conveniência para o doente, com menor interferência na sua vida pessoal, familiar e social, na medida em que diminui o tempo despendido em cuidados de saúde e a necessidade de recorrer frequentemente aos mesmos, para consultas, tratamentos ou mesmo internamentos. Para além disso, a terapêutica oral antineoplásica fomenta, no doente, o sentimento de controlo e de responsabilização como próprio “gestor”/autorregulador da sua doença (Batista, 2012). A estes fatores associam-se a flexibilidade em todo o processo e conseqüente redução de custos. No entanto, as suas principais desvantagens centram-se na biodisponibilidade (daí que a maioria dos fármacos tenha indicações específicas para toma) e na menor perceção e controlo, por parte dos profissionais de saúde, na monitorização dos

efeitos adversos e toma correta da própria terapêutica, já que o doente terá de revelar capacidades de autorregulação na gestão da sua saúde/doença, ou seja, terá de apresentar requisitos pessoais inerentes ao autocuidado. Acresce que o menor contacto do doente com a equipa de saúde

pode conduzir a um frágil aconselhamento, essencial para que o doente possa realizar assertivamente a toma da terapêutica mas também reconhecer os efeitos adversos que exigem a cessação da mesma. A adesão do cliente em relação à quimioterapia oral é variável e pouco previsível, apresentando taxas entre os 20 e os 100%. (...) Diversos factores foram identificados como determinantes para a não-adesão com a terapia oral, nomeadamente a complexidade da posologia, supervisão inadequada, fraca comunicação com a equipa de saúde, suporte social inadequado, história de doença mental e perspectiva de terapia crónica.” (Batista, 2012, p. 4).

O desconhecimento ou o incorreto cumprimento da medicação podem comprometer o resultado dos tratamentos, com possíveis consequências na morbilidade e mortalidade. A Ordem dos Enfermeiros reconhece o problema da não-adesão, afirmando que as consequências “são tão graves que justificam um maior investimento, e em larga escala, nas medidas de promoção da adesão ao regime terapêutico, para reduzir as barreiras ou os obstáculos ao cumprimento do regime terapêutico.” (OE, 2009a, p.III).

A adesão ao regime medicamentoso é, então, um fenómeno complexo e multifatorial diretamente ligado à eficácia do tratamento e resultados para a saúde do doente. Verbrugghe *et al.* (2013) reuniram os estudos de alguns autores, como Fallowfield, Wojtacki, Paley e Liu, que demonstram que a maioria dos doentes (entre 54 a 89%) preferiria estar sob terapêutica oral antineoplásica ao invés de injetável. As principais razões dizem respeito ao facto de poder ser realizada no domicílio e de evitar técnicas invasivas (nomeadamente punções) (Verbrugghe *et al.*, 2013). No entanto, o sucesso do tratamento e os ganhos em saúde para o doente dependem, em grande parte, da sua adesão/aquiescência à terapêutica.

Supõe-se que, dado o estigma e a gravidade da doença, os doentes oncológicos estarão mais motivados para o tratamento e terão taxas de adesão à terapêutica superiores (Marques, 2006). No entanto, Timmers *et al.* (2012) afirmam que os doentes oncológicos submetidos a terapêutica antineoplásica oral (principalmente de longa duração) têm níveis de adesão similares a doentes com outras doenças. Ou seja, a taxa de adesão ao tratamento nos doentes crónicos dos países desenvolvidos é, em média, de 50%, sendo mais baixa nos países em

desenvolvimento (Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003). A OMS afirma, por isso, no seu relatório de 2003, que a não-adesão à terapêutica é um “problema mundial de magnitude impressionante” (OMS, 2003, p. XIII).

No que concerne à terapêutica oral antineoplásica, existem poucos estudos que avaliem a aquiescência dos doentes. De acordo com os dados disponíveis, estes revelam que as taxas de adesão a terapias de longa duração rondam os 40 a 50% (Partridge, Avorn, Wang & Winer, 2002) e que, no que diz respeito à quimioterapia oral, a taxa de adesão pode ir dos 20 aos 100% (Thivat *et al.*, 2012). Num estudo que englobou 161 mulheres com cancro da mama, sob Capecitabina, apenas 75% tomou 80% das suas doses (com monitorização sob sistema eletrónico) (Partridge *et al.*, 2002). Outro estudo multi-institucional, realizado na Bélgica, avaliou doentes com diagnóstico de Leucemia Mielóide Crónica, durante 90 dias, para aferir a sua adesão ao Imatinib (através de entrevista e contagem de comprimidos). Os resultados demonstraram que aproximadamente 36% dos clientes não aderiam à terapêutica e somente 14% cumpriam os requisitos a 100%. A baixa adesão à terapêutica foi também demonstrada num estudo em que a análise farmacocinética revelou que a atual adesão era menos de metade do que a indicada pelos doentes nas suas entrevistas (Wood, 2012).

Em Portugal, Batista (2012) avaliou a adesão à terapêutica antineoplásica em 225 doentes (sob o método de contagem de comprimidos). Destes, 173 (76,9%) apresentaram uma aquiescência adequada (considerada entre os 90 e 100%), sendo que os restantes 52 (23,1%) apresentaram uma taxa de adesão inferior a 90%.

No caso específico da terapêutica antineoplásica oral, se a adesão ao regime medicamentoso estiver comprometida, o tratamento não será eficaz, o que traz consequências não apenas para a saúde do doente, mas também gastos acrescidos ao erário público. Desta forma, na promoção da adesão à terapêutica, os enfermeiros têm um papel crucial, com enfoque na função educativa. A relação terapêutica, caracterizada pela parceria de cuidados, tem por objetivo ajudar o doente a ser pró-ativo e conduzi-lo ao autocuidado, minimizando e gerindo os efeitos adversos do tratamento e, conseqüentemente, aumentando a possibilidade de sucesso do tratamento (OE, 2012 e Andrade, 2012). Hartigan (2003, p.21), corrobora, explicitando que

a educação do paciente torna-se a pedra angular para o sucesso do tratamento com quimioterapia oral. Os ensinamentos efetivos acerca da quimioterapia oral promovem a segurança do paciente, a administração/posologia adequada, a adesão ao plano de tratamento, uma correta avaliação dos efeitos adversos/toxicidades e a implementação de medidas de autocuidado.

As intervenções de enfermagem passam, então, por aferir e acompanhar o doente e perceber até que ponto a terapêutica oral está a ser aplicada por forma a demonstrar os benefícios que se lhe reconhecem, ou não sendo bem aplicada, evitar a conseqüente perda para o doente.

No entanto, esta não é a realidade do meu local de trabalho (HDO) uma vez que a equipa de enfermagem só acompanha os doentes submetidos a terapêutica injetável antineoplásica. Quanto aos doentes submetidos a terapêutica oral antineoplásica, o seu percurso é o seguinte: consulta médica, com prescrição da terapêutica oral; deslocação aos serviços farmacêuticos, onde obtêm o que foi prescrito pelo médico e, a partir deste momento, perde-se o contacto com o doente, enquanto o mesmo realiza a terapêutica oral, no domicílio.

Deparamo-nos, assim, com um cenário em que não há um acompanhamento da equipa de enfermagem a estes doentes, nem se realizam processos que monitorizem/supervisionem quer os sinais e sintomas da terapêutica, quer o modo como a mesma é operacionalizada pelo doente

Levantam-se, então, as seguintes questões: Quem educa a pessoa acerca da terapêutica (posologia, efeitos adversos, cuidados a ter)? Quem monitoriza os possíveis sinais e sintomas associados à terapêutica e as dificuldades com que o doente se depara? Quem esclarece as dúvidas? Quem acompanha estes doentes enquanto estão no domicílio, sob terapêutica, até voltarem a nova consulta médica? Quem alerta para as toxicidades importantes e para o contacto que deve ser feito com a equipa de saúde nesses casos? Quem avalia a adesão à terapêutica?

Apesar de existir uma linha de apoio telefónico, gerida pelos enfermeiros 24 horas por dia, que qualquer doente do serviço pode utilizar, são raros os contactos que se obtêm de doentes a fazer terapêutica oral antineoplásica. E, quando existem esses contactos, a equipa, na maioria das vezes, não está preparada para dar resposta, pois não conhece alguma da terapêutica aplicada nem tem protocolos de atuação definidos para a sintomatologia da mesma.

Através das conversas com os colegas e chefe de enfermagem do serviço sobre estas questões, revela-se pertinente criar condições para acompanhar os doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica. Uma das formas que poderá ter mais eficácia será o alargamento da consulta de enfermagem, preconizada para os doentes submetidos a terapêutica injetável antineoplásica, aos que realizam terapêutica oral antineoplásica, no sentido de potenciar a adesão terapêutica. Para tal é necessário desenvolver, nos doentes nessa situação, competências pessoais e responsabilidade pela forma como gerem e se envolvem na regulação do seu processo de saúde-doença, o que implica requisitos de autocuidado e uma tomada de consciência do seu próprio papel, enquanto agentes ativos nesse processo.

A Consulta de Enfermagem, definida na legislação pelo Ministério da Saúde como uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade para o autocuidado”, dirigida aos doentes submetidos a terapêutica antineoplásica oral, poderá e deverá, então, contribuir para a participação e capacitação dos mesmos na gestão da sua doença. Como é referido no Plano Nacional de Saúde (PNS) (DGS, 2012, secção 3.3., p.8),

a participação e capacitação dos doentes, família e cuidadores informais, incluindo aspectos da gestão da doença crónica, são objectivos de qualidade em saúde, conducentes à promoção da auto-gestão e auto-cuidado, alteração de estilos de vida e comportamentos de risco e do acesso adequado aos recursos (...). Os programas de Gestão da Doença (...), assim como o envolvimento na decisão e na organização dos serviços, resultam em maior adesão e aliança terapêutica, melhor qualidade de vida do doente e ganhos em saúde.

Assim, a necessidade de mudança inerente à melhoria de cuidados no serviço onde desempenho funções e a de desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, levam-me à busca de boas práticas, situações de inovação e oportunidades de desenvolvimento, nos âmbitos profissional, pessoal, organizacional e académico. Face a esta realidade constatei a necessidade e o sentido/pertinência de, neste percurso, trabalhar a temática das intervenções de enfermagem dirigidas ao doente oncológico submetido a terapêutica oral antineoplásica.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo divide-se em quatro subcapítulos. O primeiro, “A Pessoa com Doença Oncológica”, integra os conceitos de pessoa com doença oncológica, a incidência da doença oncológica e as suas repercussões para o doente oncológico e sua família. O segundo, “Terapêutica Oral Antineoplásica na Doença Oncológica”, define e detalha o que se entende por terapêutica oral antineoplásica e suas principais vantagens e desvantagens. O terceiro, “Adesão à Terapêutica Oral Antineoplásica da Pessoa com Doença Oncológica e Intervenções de Enfermagem”, define o conceito de adesão e explicita os possíveis fatores que a influenciam e quais as intervenções de enfermagem neste âmbito. O quarto subcapítulo aborda a teoria de enfermagem que suportou este trabalho, “A Teoria do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem”. A escolha desta teoria prende-se, sobretudo, com o facto da promoção da adesão terapêutica estar intrinsecamente ligada com a promoção do autocuidado, como será referido no respetivo subcapítulo.

2.1. A Pessoa com Doença Oncológica

A pessoa com doença oncológica é uma

peessoa portadora de uma doença crónica, geradora de um futuro de incertezas e percepcionada como uma ameaça à vida. Esta ameaça será tanto mais difícil de gerir quanto maior for a sua dificuldade em prever o processo de doença e a ausência de conhecimentos acerca dos efeitos do tratamento no seu organismo e nas suas actividades de vida diária. (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., n.d., par.14)

Esta doença crónica que é a doença oncológica está associada ao vocábulo “cancro”, que, por si só, transporta uma representação clínica, social, cultural e pessoal negativa e mantém-se associada à morte (Mohallem & Rodrigues, 2007), representação esta que se tem procurado desconstruir, ao longo dos tempos, nomeadamente através dos processos de informação, recurso a rastreios/prevenção e tratamento.

Hipócrates foi o primeiro, na Grécia, por volta de 500 a.C., a descrever a palavra “carcinomas”, e este termo já definia uma doença que continha,

semanticamente, um mau prognóstico (Mohallem & Rodrigues, 2007). Não admira, por isso, que, ao longo dos tempos, esta simples palavra provocasse nas pessoas sentimentos de medo e desespero perante um diagnóstico que apontasse para essa doença (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, n.d.). Não obstante muitos anos terem passado, e se ter verificado grande evolução da ciência e dos processos clínicos, são indiscutíveis as repercussões que, ainda hoje, o diagnóstico desta doença tem na pessoa e nos que a rodeiam.

Dados da DGS (2013) revelam que, no ano de 2011, a taxa geral de mortalidade por tumor maligno padronizada era de 154,3 por 100.000 habitantes, representando a segunda causa de morte em Portugal, precedida pelas doenças cardiovasculares. Daí o estigma e o profundo impacto que a doença causa não apenas na pessoa, mas também na família e na população em geral (Costa, Magalhães, Félix, Costa & Cordeiro, 2005).

O Registo Oncológico Regional (ROR) conclui que a incidência de cancro tem aumentado nos últimos anos, revelando que, em 2005, a taxa de incidência bruta de tumores malignos era de 364,4 em 100.000 e em 2007 de 402,6 em 100.000 (DGS, 2013).

Dados publicados pela DGS (2013) preveem que, até 2020, as taxas de cancro possam aumentar até 20%. De acordo com a mesma fonte existe uma maior taxa de incidência e de mortalidade no sexo masculino em relação ao feminino. Para o sexo masculino, existem altas taxas de mortalidade por cancro do estômago na população abrangida pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte; cancro do cólon na população abrangida pela ARS de Lisboa e Vale do Tejo e ARS Alentejo; cancro do reto e cancro da traqueia, brônquios e pulmão na população abrangida pela ARS Algarve. No que concerne ao sexo feminino, existe uma alta taxa de mortalidade nas ARS de Lisboa e Vale do Tejo e ARS Algarve por cancro da mama (DGS, 2013).

A International Agency for Research on Cancer apresenta dados de 2012, para Portugal e para a União Europeia, acerca da incidência e mortalidade dos diferentes tipos de cancro. Ao correlacionarem-se os dados, constata-se que há várias semelhanças, nomeadamente nos quatro primeiros tipos de cancro (próstata, mama, intestino grosso e pulmão), apenas com ligeiros desvios no cancro do

intestino grosso e pulmão. Também no caso do cancro do estômago este aparece em 5º lugar para Portugal e 13º para a União Europeia.

O aparecimento de uma doença oncológica depende da intensidade e duração da exposição das células a agentes desencadeadores da doença (fatores virais, químicos, físicos e hereditariedade). A nível celular, relaciona-se com a desordem na regulação celular, replicação e inibição, como resultado de uma série de mutações no ADN da célula (Mohallem & Rodrigues, 2007). Segundo a OMS (2014), o cancro consiste no crescimento e divisão de células descontrolados, podendo afetar quase qualquer parte do corpo. Esta proliferação anormal pode invadir tecidos adjacentes e metastizar para outras partes do corpo.

Deve, todavia, ter-se presente que ao termo “cancro” podem corresponder mais de 100 doenças diferentes, com diferentes causas, diferentes fatores de risco, diferentes tratamentos e diferentes prognósticos. Este facto faz com que os diferentes tipos de cancro estejam, simultaneamente, tão afastados entre si mas tendo um conjunto de características comuns que lhe dão uma identidade própria, uma evolução semelhante e um significado biológico igualmente próximo (Portal de Oncologia Português (POP), n.d., par.1).

Com o desenvolvimento da investigação na área oncológica, que se verificou até ao presente, quer a nível de rastreio, quer a nível de tratamento, o prognóstico tem-se tornado mais favorável, com um aumento do número de sobreviventes, não deixando, no entanto, de corresponder a uma mudança no projeto de saúde da pessoa. O processo de doença oncológica constitui-se, por isso, como um processo de transição, uma vez que a pessoa vivencia uma mudança no seu projeto de saúde, com alterações nas suas relações, expectativas, capacidades e necessidades (Lopes, 2006). Apesar de alguns doentes conseguirem adaptar-se a esta mudança, outros apresentam dificuldades nesta adaptação, correndo o risco de sofrer de ansiedade e/ou depressão (Cardoso *et al.*, n.d). A adaptação ineficaz pode resultar em sintomas físicos como a fadiga, insónia, perda de apetite ou perturbação na esfera sexual (Cardoso *et al.*, n.d). O impacto psicológico da doença oncológica relaciona-se sobretudo, de acordo com os mesmos autores, na incerteza em relação ao futuro, no sofrimento e na dor, na dependência, na sensação de perda de controlo dos acontecimentos, nos efeitos secundários dos tratamentos, na recidiva da doença, na separação e na morte. Também a família integra esse processo de

transição e assume um fulcral papel na gestão do impacto da doença, dada a importância que tem enquanto unidade de suporte dos seus membros. As necessidades do doente, relacionadas com a doença ou com o tratamento, exigem, por vezes, “ações que vão para além do poder e da capacidade do indivíduo para as executar, desempenhando a família um papel preponderante no seu atendimento” (Moreira, 2012, p.3).

As diferentes fases da doença oncológica (como o diagnóstico, tratamento, recuperação, palição) requerem diferentes cuidados de enfermagem, que devem estar centrados na pessoa e respetivo ambiente e projeto de saúde. Efetivamente, durante este processo de doença, a pessoa com doença oncológica passa por diferentes fases em que pode apresentar défice do autocuidado, havendo uma exigência de cuidados de enfermagem com o objetivo de satisfazer as necessidades de autocuidado da pessoa, produzindo um sistema de enfermagem totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação (Orem, 2001). Por isso, durante todas as fases da doença, os enfermeiros assumem-se como a “figura pivô” (Lopes, 2006, p.49) dado o seu papel e proximidade.

Tendo em conta a temática deste trabalho, no subcapítulo seguinte irei centrar-me nos tratamentos com terapêutica oral antineoplásica, para, subsequentemente, abordar a adesão à terapêutica oral antineoplásica da pessoa com doença oncológica e as intervenções de enfermagem.

2.2. Terapêutica Oral Antineoplásica na Doença Oncológica

O tratamento das doenças oncológicas tem evoluído desde o século XVIII, altura em que John Hunter sugeriu que os tumores poderiam ser removidos cirurgicamente, se não afetassem os tecidos circundantes e fossem móveis. No século XIX, com o aparecimento da anestesia, iniciaram-se as primeiras cirurgias, nomeadamente mastectomias radicais. No final do século XIX, Marie Curie e Pierre Curie descobriram a radiação e, desta forma, o primeiro tratamento não-cirúrgico para o cancro. Durante a II Guerra Mundial, enquanto se procuravam agentes químicos para a guerra, descobriu-se um que atuava contra os linfomas e, assim, iniciou-se a era da quimioterapia (Marques, 2006). Atualmente, em pleno século XXI,

as abordagens mais conhecidas continuam a ser a cirurgia, radioterapia e a quimioterapia, mas surgiram outras hipóteses como as terapêuticas *target*/dirigidas.

Entende-se por quimioterapia a utilização de substâncias químicas com atividade citotóxica que tem o objetivo de tratar pessoas com doença oncológica. Através desta terapêutica, pretende-se assegurar “que cada célula de uma população tumoral seja exposta a um fármaco letal, em dose suficiente, e por um período adequado para o destruir” (Costa *et al.*, 2005, p.32).

A utilização da quimioterapia tem como objetivos curar a doença, através da erradicação de todas as células neoplásicas; controlar a doença, impedindo a sua progressão; promover a prevenção, recorrendo a medidas que inibam o crescimento tumoral a partir de células neoplásicas remanescentes após cirurgia ou radioterapia; controlar os sintomas, quando já se encontra em fase paliativa (Costa *et al.*, 2005).

As terapêuticas *target*, ou terapêuticas dirigidas, são terapêuticas que foram especificamente desenhadas para interromper ou evitar processos biológicos importantes que ocorrem nas células neoplásicas. Com as terapêuticas dirigidas, concentradas especificamente nas células malignas, o tecido normal é mais poupado e, desta forma, o grau de toxicidades medicamente significativas pode ser reduzido (Almeida, 2007).

Na última década, tem-se verificado outra mudança: uma maior disponibilidade de terapêuticas orais antineoplásicas², quer de quimioterapia, quer de terapêuticas *target* (Batista, 2012). De acordo com Batista (2012, p.2), “esta mudança no tratamento do cancro, de antineoplásicos intravenosos para antineoplásicos orais, criou um novo paradigma, desafiando as atitudes tradicionais e requerendo novos conceitos de organização nos serviços hospitalares”. No entanto, nem todas as pessoas com doença oncológica poderão fazer terapêutica oral antineoplásica, uma vez que tal depende do tipo de cancro, do seu estadiamento, do percurso terapêutico que tem efetuado e das suas comorbilidades.

As principais vantagens da terapêutica oral antineoplásica estão relacionadas, para o doente, com a redução de tempo no hospital e diminuição de punções, bem como com uma maior sensação de controlo sobre a terapêutica e menor interferência na vida social (Batista, 2012). Ademais, “pode proporcionar qualidade

² Entende-se por terapêutica oral antineoplásica a utilização de substâncias (quimioterapia ou terapêuticas *target*), isoladas ou combinadas, que destruam, reduzam ou controlem as células neoplásicas, para serem administradas via oral (usualmente sob a forma de comprimidos) (Mohallem & Rodrigues, 2007).

de vida a doentes que não tolerem regimes agressivos, como doentes idosos, tendo ainda a vantagem de poder ser administrada em locais diversos” (Batista, 2012, p.3). Numa lógica de economia e políticas de saúde, pode trazer vantagens com a “redução do volume de trabalho, economia dos custos de reconstituição e administração intravenosa e também uma limitação de custos de hospitalização, salários, equipamentos de infusão e consumíveis, fluidos intravenosos e custos de produção” (Batista, 2012, p.3).

No entanto, as suas principais desvantagens concernem a biodisponibilidade³, daí que alguma da terapêutica tenha indicações especiais para toma, acrescentando o facto de existir uma menor perceção e controlo, por parte dos profissionais de saúde, na adequada monitorização dos efeitos adversos e desenvolvimento do processo (Batista, 2012). Tais situações afiguram-se como alguns constrangimentos, pelo que é fundamental o investimento em processos que obviem estas fragilidades e permitam um acompanhamento/supervisão mais eficiente e eficaz, por parte dos profissionais de saúde, ao doente que se encontra nesta posição. Reitera-se, assim, o preconizado na justificação da problemática deste trabalho, quando se salienta a pertinência de amplificar/alargar a consulta de enfermagem, preconizada para os doentes submetidos a terapêutica injetável antineoplásica, aos que realizam terapêutica oral antineoplásica, no sentido de potenciar a adesão terapêutica, desenvolvendo, nos doentes nessa situação, competências para o autocuidado, para que tomem consciência do seu próprio papel na responsabilidade e regulação da sua saúde-doença.

O desconhecimento, ou a incompreensão, dos efeitos adversos, por parte do doente ou cuidadores, pode comprometer a adesão à terapêutica e autocuidado e, conseqüentemente, interferir diretamente na resposta da doença. Também não se podem excluir as preocupações acerca de alguns dos efeitos adversos, que podem ser fatais (Mohallem & Rodrigues, 2007). Para prevenir ou colmatar possíveis défices de autocuidado, relacionados com o desconhecimento ou as dúvidas sobre a doença e/ou tratamento, deverá ser mobilizado o sistema de enfermagem de apoio-educação, descrito por Orem (2001). Os doentes têm de estar bem informados, já que, frequentemente, sofrem esses efeitos adversos no domicílio, espaço onde

³ A disponibilidade refere-se a “um termo farmacocinético que descreve a velocidade e o grau com que uma substância activa ou a sua forma molecular terapeuticamente activa é absorvida a partir de um medicamento e se torna disponível no local de acção.” (Infarmed, n.d. par. 2)

poderão não ter acesso imediato aos profissionais de saúde. Os doentes necessitam de aprender o que fazer perante algumas toxicidades, possíveis de controlar no domicílio, ou em que casos devem recorrer ao serviço de urgência (Mohallem & Rodrigues, 2007). A educação é, por isso, uma ferramenta essencial para o desenvolvimento de práticas de autocuidado, tal como reconhece a OMS (2009), citada por Moreira (2012, p.7), “ao referir que a promoção do autocuidado assenta num processo educacional e de empowerment.”

Neste sentido, educar o doente e promover a adesão terapêutica, promovendo o seu autocuidado, são intervenções de enfermagem fundamentais para que a terapêutica oral antineoplásica traduza as vantagens que se lhe reconhecem, como supra referido. Assim, no subcapítulo que se segue abordarei a adesão à terapêutica oral antineoplásica da pessoa com doença oncológica e intervenções de enfermagem.

2.3. Adesão à Terapêutica Oral Antineoplásica da Pessoa com Doença Oncológica e Intervenções de Enfermagem

A Ordem dos Enfermeiros entende por adesão

a medida em que o comportamento do cliente é concordante com as recomendações do prestador de cuidados. Naturalmente, abrange comportamentos alargados, relacionados com a saúde, que vão para além de tomar a medicação prescrita, e considera a auto-gestão da doença e das suas consequências. (OE, 2009a, p.III).

Independentemente do tipo de doença (aguda ou crónica), a questão da adesão, quer pelo abandono, quer pelo incorreto incumprimento, pode traduzir-se em consequências, na morbilidade e mortalidade. Concretamente, e no que diz respeito à terapêutica oral antineoplásica, a não-adesão ao regime medicamentoso, para além das consequências económicas (desperdício de medicação, visitas mais frequentes ao hospital, maiores taxas e maior tempo de internamento), traz consequências para a saúde da pessoa, pois pode ocorrer progressão da doença e, consequentemente, menor qualidade de vida ou morte prematura (Batista, 2012).

O problema ou risco de não adesão é reconhecido como multifatorial e complexo. Os agentes que podem interferir neste processo estão relacionados com os fatores sociais, económicos e culturais; os fatores relacionados com os

profissionais e serviços de saúde (como a fraca capacidade de educar os doentes e assegurar o seu acompanhamento); os fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades; os fatores relacionados com o tratamento (como a sua complexidade e duração); e os fatores individuais (Machado, 2009). Deste número de preditores de adesão/não-adesão têm-se evidenciado os fatores individuais e ambientais (sociais/económicos/culturais) (OE, 2009a).

Os métodos mais comuns de avaliação da adesão, provavelmente por serem mais baratos e fáceis de usar, são a contagem de comprimidos, a descrição da toma da terapêutica e/ou o preenchimento de um diário. Também se poderá utilizar a monitorização eletrónica (em forma de bases de dados retrospectivos de dispensa de terapêutica ou em forma de *chip* na embalagem, que regista a hora e data de cada abertura), ou a análise de concentrações séricas na urina (Batista, 2012).

Na pesquisa efetuada, relativamente à taxa de adesão ao tratamento com antineoplásicos orais e aos fatores que a influenciaram na população portuguesa, apenas encontrei resultados publicados de Batista (2012). Esta autora conclui que, da sua população, 76,9% foram recetivos à terapêutica oral antineoplásica, contrapondo os 23,1% que apresentaram uma taxa de adesão inferior a 90%. Batista (2012) refere que alguns autores consideram taxas de adesão superiores a 80% como aceitáveis, enquanto outros apenas consideram taxas superiores a 95% como adequadas. Quanto aos fatores que mais influenciaram a não adesão à terapêutica oral antineoplásica, Batista (2012) apresenta em maior número os relacionados com a própria terapêutica oral antineoplásica (nomeadamente os efeitos secundários), o que reforça a importância do trabalho que estou a desenvolver, no sentido de dotar os doentes de competências para o autocuidado, onde se inclui a gestão da própria terapêutica e seus efeitos secundários.

A avaliação da adesão poderá ser sempre afetada pelo efeito de *Hawthorne*, isto é, os doentes, sabendo que estão a ser observados/avaliados, tendem sempre a melhorar os seus comportamentos ou a descrever taxas de adesão mais altas (Ruddy, Mayer & Partridge, 2009). Este aspeto reforça a importância da consulta de enfermagem dirigida ao doente oncológico sob antineoplásicos orais, no serviço onde trabalho, uma vez que, se o doente se sentir observado/avaliado/acompanhado durante o percurso terapêutico poderá melhorar os seus comportamentos e, assim, aumentar a taxa de adesão. Efetivamente, o

acompanhamento dos doentes, por parte do enfermeiro, pode colmatar alguns dos fatores de risco de não-adesão, pois pretende-se otimizar os conhecimentos do doente e torná-lo um parceiro de cuidados durante o seu tratamento, mobilizando o sistema de enfermagem de apoio-educação (Orem, 2001), de forma a dotar a pessoa com doença oncológica de competências para o autocuidado.

As intervenções de enfermagem dirigidas ao doente submetido a terapêutica oral antineoplásica poderão contribuir para uma redução da não-adesão, na medida em que,

de acordo com o seu mandato social e desempenho de papel na equipa de saúde, são particularmente os enfermeiros quem desenvolve, com os clientes, planos de gestão de regime terapêutico que, frequentemente, envolvem orientações de diferentes profissionais, terapêutica medicamentosa, modificações no estilo de vida e acompanhamentos que podem ser difíceis para as pessoas e suas famílias. Decorrente da identificação que fazemos, quanto às dificuldades e constrangimentos, cabe-nos planejar com as pessoas e famílias para melhorar a adesão, ajudando a integrar os diferentes aspectos do regime terapêutico e constituindo-nos como parceiros e recurso. (OE, 2009a, p.III).

Marques (2006), na sua tese de mestrado, faz referência a um estudo em que o objetivo foi avaliar a adesão, através dos níveis séricos e dos autorrelatos, e associar às intervenções propostas para aumento da adesão. No grupo de controlo, os doentes foram totalmente aderentes apenas 16,8% do tempo, enquanto no grupo que recebeu algum tipo de intervenção de enfermagem (educação, suporte ou visitas domiciliárias), a adesão aumentou para 44%.

Para além da Ordem dos Enfermeiros, também o International Council of Nurses (ICN) considera que, dados os cerca de 12 milhões de enfermeiros no mundo, o facto de estarem presentes em todos os contextos de cuidados e a proximidade que têm com os doentes, coloca-os numa posição privilegiada para implementar estratégias de melhoria da adesão (Machado, 2009) e comportamentos de autocuidado. Estes comportamentos expressam a visão de que “os seres humanos cuidam de si próprios sublinhando a noção de que o indivíduo é tanto o agente da ação (quem age) como o objeto da ação (sobre quem se age)” (Moreira, 2012, p. 7). A mesma autora, reportando Orem, Dennis, Taylor e Renpenning (2011), define o autocuidado como algo

intencional, aprendido, tem um objetivo, é processado pelo eu, é uma conduta, é um contínuo, tem um padrão e uma sequência e há novas necessidades de ações de autocuidado em resultado de mudanças na capacidade do indivíduo para agir, como em situações de doença ou outras condições (2012, p.7).

Neste sentido, a adesão terapêutica está intrinsecamente relacionada com a adesão ao autocuidado. Hertinen (1987), citado pela OMS (2003), relaciona ambos como um processo ativo, responsável e flexível, no qual a pessoa se esforça por obter um bom nível de saúde, trabalhando em conjunto com os profissionais de saúde, em vez de se limitar a seguir regras e instruções. Nesta perspetiva, tem de se cultivar uma mudança de atitude⁴, na qual o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro é indispensável. Face à situação de doença, o modo como a própria pessoa vai agir e gerir a situação é fundamental, mas torna-se imprescindível a monitorização e orientação, por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, dos comportamentos que advêm da(s) atitude(s) do doente e da promoção do seu autocuidado.

A atual perceção da sociedade, nomeadamente a do doente, privilegia princípios que respeitam e exigem o acesso à informação acerca de tudo o que diz respeito ao próprio doente e cuidados de saúde (PNS, secção 3.3.). Esta situação concorre para que a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional da enfermagem se caracterize por uma parceria estabelecida com o doente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu próprio papel.

O enquadramento concetual do papel do enfermeiro expressa que o exercício profissional de enfermagem se centra

na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). [...] No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.10).

Neste processo de interação enfermeiro-doente desenvolve-se e fortalece-se uma relação dinâmica que tem como objetivo ajudar o cliente/doente a ser pró-ativo na consecução do seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Na implementação de todo este processo há outros intervenientes, igualmente importantes, como a família. Neste sentido, e de uma forma holística, “os cuidados

⁴ Atitude – “Processo psicológico: modelos mentais e opiniões” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), 2010)

de enfermagem tomam por foco a atenção e promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue.” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.11).

É neste contexto que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na abordagem aos doentes submetidos a terapêutica antineoplásica. Pela sua relação de proximidade e de continuidade com os doentes durante o tratamento, os enfermeiros encontram-se na posição ideal não apenas no que diz respeito à administração da medicação mas, também, na educação acerca da doença, tratamento e seus potenciais efeitos adversos, bem como na monitorização dos mesmos, assegurando uma abordagem eficaz e dirigida. Esta ideia é corroborada pelo que é descrito como o papel do enfermeiro:

prevenir a doença e promover os processos de readaptação, [procurando-se] a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, [procurando-se] a adaptação fundamental aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente. (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.11).

Tal como preconizado nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a prevenção de complicações para a saúde da pessoa e a procura do bem-estar e autocuidado, através da “identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais para o cliente” (OE, 2012, p. 15), revelam-se como cuidados fundamentais para o mesmo e para o seu processo de saúde, no qual se deve enquadrar a adesão à terapêutica.

Neste sentido, o papel do enfermeiro traduz-se num vasto leque de intervenções e cuidados, cujo objetivo máximo é o da satisfação da pessoa. Especificamente no que concerne aos doentes oncológicos, submetidos a terapêutica oral antineoplásica, a aplicação de um sistema de enfermagem de apoio-educação (Orem, 2001), que regule o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado (Orem, 2001), deverá englobar estratégias de capacitação, monitorização e acompanhamento, de forma a permitir ao doente executar o autocuidado, com um melhor controlo de sinais e sintomas e gestão da sua doença e tratamento. Tal só será possível se o enfermeiro conhecer, avaliar e traçar um plano de cuidados específico e adaptado a cada pessoa, como é corroborado pela Ordem dos Enfermeiros, ao referir que:

enquanto prestadores de cuidados de saúde em quem as pessoas confiam no contínuo de cuidados, os enfermeiros encontram-se numa posição única para avaliar,

diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão. A prática holística da Enfermagem inclui:

- avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspectos físicos, mentais, comportamentais, sócio-culturais, ambientais e espirituais);
- identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão;
- proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação, e
- avaliar a adesão ao tratamento. (OE, 2009a, p.10).

A adesão à terapêutica constitui-se como um indicador de qualidade, fazendo, inclusive, parte do Resumo Mínimo de Dados e *Core* de Indicadores de Enfermagem preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2007). Desta forma, as intervenções de enfermagem dirigidas aos doentes submetidos a antineoplásicos orais, no sentido de potenciar a adesão terapêutica e de desenvolver competências de autocuidado (pela forma como gerem e se envolvem na regulação da sua saúde-doença) e a avaliação da adesão à terapêutica poderão tornar-se indicadores sensíveis aos resultados da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011, p.2) define como competências específicas:

- a) Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- b) Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

A relação que se constrói resulta num produto de intercâmbios relacionais, em que as descrições, explicações, palavras, emoções e os desejos têm significado. O (auto e hetero) conhecimento passa a ser um processo partilhado, numa rede sistémica que se constrói continuamente. O (re)nascimento do sentir, das vivências e do experimentar o mundo palpável e bem real (Martins, 2004), como é a vivência de uma situação de doença oncológica, fazem-se através da ação, do agir comunicacional e do encontro doente-enfermeiro.

O Enfermeiro Especialista que cuida do doente oncológico submetido a terapêutica oral antineoplásica deve possuir competências que permitam criar situações de favorecimento da apropriação, por parte do doente, de capacidades que o levem a tomar atitudes pró-ativas e de responsabilidade no cuidado da sua

própria saúde. O Enfermeiro Especialista deve, então, monitorizar e supervisionar as ações realizadas pelo próprio doente, no sentido de o envolver e criar sentido de responsabilidade que conduzam a uma situação de autocuidado.

O autocuidado foi um conceito trabalhado por Dorothea Orem, na sua teoria de défice de autocuidado, em que ancorei o meu percurso e este relatório, e que abordarei de seguida.

2.4. A Teoria do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem

Dada a estreita ligação que existe entre autocuidado e adesão à terapêutica, afigurou-se-me relevante ancorar-me na teoria geral de enfermagem do défice de autocuidado, de Dorothea Orem.

Esta teoria geral engloba três teorias relacionadas:

(1) a teoria do auto-cuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias; (2) a teoria do défice de auto-cuidado, que descreve e explica porque razão as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem, e (3) a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem. (Tomey & Alligood, 2004, p. 213).

Na perspetiva de Orem (2001), a ciência da enfermagem é uma ciência prática, através da qual se torna importante compreender como as provas empíricas são reunidas e interpretadas.

O autocuidado define-se como a prática de ações favorecedoras do aperfeiçoamento e amadurecimento das pessoas que, em contextos temporais, conseguem desempenhar, em relação a si próprias, formas de autorregulação, com benefício próprio. Este facto ajuda a preservar a vida e o funcionamento saudável, bem como promove o bem-estar pessoal (Orem, 2001).

A capacidade de pôr em prática o autocuidado exige requisitos específicos. Orem (2001) sugere seis requisitos universais de autocuidado: (1) manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida; (2) cuidados associados aos processos de eliminação dos excrementos; (3) preservação do equilíbrio entre atividade e descanso; (4) preservação do equilíbrio entre solidão e interação social; (5) prevenção de riscos para a vida, funcionamento e bem-estar humano; (6) promoção do desenvolvimento humano nos grupos sociais, consoante o potencial

humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal⁵. Deste modo, a pessoa tem de ter capacidade de autogestão por forma a manter os aspetos do funcionamento e desenvolvimento humanos, dentro de normas compatíveis com a vida, a saúde e o bem-estar pessoal. A natureza e caráter dos cuidados necessários são também aspetos a ter em conta nesses requisitos (Orem, 2001). Porém, há situações em que se torna necessária a promoção de processos e condições que mitiguem efeitos negativos para a obtenção do bem-estar e vida humanos.

As situações que manifestam características de desvio de saúde do autocuidado apresentam como requisitos a existência de pessoas que “estão doentes ou lesionadas, que têm formas específicas de situações ou desordens patológicas, incluindo defeitos ou incapacidades, e que estão submetidas a diagnóstico ou a tratamento médico.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 215). As tipologias do desvio de saúde acabam por ter influência e determinar os tipos de necessidades e conseqüentes ações de correção e/ou acompanhamento. Daí que a expressão “défice de autocuidado” exprima (a diferença entre) a relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades de cuidado. O diagnóstico desta situação fornece orientações para a seleção de metodologias de auxílio/ajuda e compreensão do papel do doente no autocuidado, no modo como percebe e se apropria dos mecanismos de autocontrolo e autorregulação do seu bem-estar/da sua saúde (Tomey & Alligood, 2004).

No défice de autocuidado, ocorre uma parceria entre doente e profissional, na qual os problemas são identificados e se determinam as ações e o tipo de intervenção apropriada (Orem, 2001), com o objetivo de transmitir/munir o doente de capacidades e competências que lhe permitam cuidar de si próprio.

Em momentos específicos, como situações de desvio de saúde, o trabalho a desenvolver deve preencher todos os requisitos que conduzam à aquisição de mecanismos de autocuidado. A garantia dos agentes reguladores do funcionamento humano, bem como da sua manutenção são exemplo dessas situações. Nestes momentos, estamos perante situações de autocuidado terapêutico, em que é necessário o desenvolvimento de ações que produzam um resultado terapêutico (Orem, 2001; Moreira, 2012).

Como refere Moreira (2012, p.8), citando Orem:

⁵ “A normalidade é definida como o que é essencialmente humano e o que está de acordo com as características genéticas e constitucionais e os talentos dos indivíduos” (Tomey & Alligood, 2004, p. 214).

os requisitos de autocuidado de desvio de saúde decorrem em resultado da mudança do estado de saúde/doença e do tratamento da pessoa, já que a mudança no estado de saúde conduz a requisitos relacionados com o atender aos sentimentos associados; procurar assistência dos profissionais de saúde; desenvolver ações recomendadas, atender aos efeitos dos tratamentos ou dos procedimentos, nomeadamente aqueles que são desconfortáveis ou deletéricos; modificar o eu ao aceitar que se encontra num estado de saúde específico que necessita de cuidados específicos; aprender a viver com os efeitos causados pela doença e ou tratamento de maneira a que promova o desenvolvimento pessoal e contínuo, e integrar as mudanças no sistema familiar de vida.

Desta forma, o desenvolvimento de capacidades de autocuidado, nas pessoas, é uma tarefa complexa que exige, por parte das mesmas, consciência de si próprias, das suas necessidades e dos contextos em que se encontram inseridas. Exige maturidade e amadurecimento para que se disponha de capacidade de auto-observação, autoanálise, autocrítica, capacidade reflexiva e de ação. Os mecanismos de autorregulação são indispensáveis (Moreira, 2012; Tomey & Alligood, 2004).

O enfermeiro, pela sua formação e desenvolvimento pessoal e profissional, é detentor de capacidades que lhe permitem agir, numa relação interpessoal legítima, para cuidar de pessoas e ajudá-las a aprender a cuidar de si próprias, como referem Tomey e Alligood, acerca de teoria de Orem:

as capacidades desenvolvidas de pessoas formadas em enfermagem, que lhes dão poder para se representarem enquanto enfermeiras e dentro da estrutura de uma relação interpessoal legítima para agir, saber e cuidar as pessoas nessas relações e a satisfazer as suas necessidades de auto-cuidado terapêutico e a regular o desenvolvimento ou exercício da sua atividade de auto-cuidado. (2004, p. 216)

Quando a pessoa não consegue cuidar de si própria, o défice de autocuidado conduz à ativação de sistemas de enfermagem, criados e aplicados pelos enfermeiros, consoante as necessidades identificadas. Orem (2001) criou três sistemas de enfermagem: o totalmente compensatório, o parcialmente compensatório e o de apoio-educação. No sistema de enfermagem totalmente compensatório, o enfermeiro concretiza o autocuidado do doente, compensando a incapacidade do mesmo em executar o autocuidado, e apoia e protege o doente. No parcialmente compensatório, o enfermeiro regula a atividade de autocuidado e compensa as limitações de autocuidado, executando algumas medidas de autocuidado para o doente e assistindo-o conforme necessário. Cabe ao doente executar, também, algumas atividades de autocuidado e regular o seu autocuidado, aceitando a assistência do enfermeiro. O sistema de enfermagem de apoio-

educação é especialmente importante para o trabalho que estou a desenvolver. Este sistema pretende que seja o doente a executar e a regular o desenvolvimento da atividade de autocuidado. O enfermeiro assume-se como um parceiro, que orienta e dirige, fornece apoio e ensina. (Orem, 2001; Tomey & Alligood, 2004).

A função do profissional de enfermagem, antes ou depois do diagnóstico de enfermagem, consubstancia-se em juízos práticos reflexivos sobre as condições existentes, sintetizando e correlacionando informação, com vista à elaboração de um plano de ação que permita a mobilização de todos os métodos, selecionando-os e combinando-os em relação às necessidades de ação em pessoas sob cuidados de enfermagem e às suas condicionantes no que diz respeito à saúde: “(1) Actuar por ou fazer por outrem; (2) Orientar e dirigir; (3) Fornecer apoio físico ou psicológico (4) Proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal; (5) Ensinar.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 216).

No caso específico da terapêutica antineoplásica oral, se a adesão à terapêutica estiver comprometida, o tratamento não será eficaz, o que traz consequências quer para a saúde do doente, quer para o sistema de saúde. Salienta-se que,

numa altura em que se questiona a sustentabilidade dos sistemas social e da saúde, o discurso sobre o autocuidado focaliza-se, cada vez mais, no que o indivíduo e a sociedade podem oferecer a este nível para assegurar este comportamento indispensável à condição/vida humana (Moreira, 2012, p.9).

As intervenções de enfermagem, integradas no sistema de enfermagem de apoio-educação passam, então, por aferir e acompanhar o doente, dotando-o de competências de autocuidado, e perceber até que ponto a terapêutica oral está a ser aplicada por forma a demonstrar os seus benefícios, ou não sendo bem aplicada, evitar as eventuais consequências negativas.

3. PERCURSO DE TRABALHO DESENVOLVIDO

O presente capítulo aborda a metodologia utilizada na realização deste trabalho e integra, também, a descrição e análise crítica do percurso desenvolvido em cada local de estágio, devidamente fundamentada com a evidência científica. Divide-se, portanto, em cinco subcapítulos: o primeiro sobre a “Metodologia”, os restantes três acerca dos três locais de estágio e o último diz respeito ao plano da consulta de enfermagem de acompanhamento dos doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica.

3.1. Metodologia

A metodologia utilizada neste trabalho foi a metodologia de projeto. Hernández e Ventura (1998) afirmam que a metodologia de projeto se baseia na problematização. É o próprio aluno/profissional que tem de investigar, perspetivar resultados, tomar decisões e resolver o problema. O “professor” torna-se um orientador, um parceiro na procura de soluções e um coordenador de conhecimentos de acordo com as necessidades do “aluno”.

Para a Enfermagem, a metodologia de projeto deve ter em conta a criação de projetos inovadores, de investigação e/ou de boas práticas, tendo por base a filosofia dos cuidados centrados no cliente/doente.

A função do projeto é, então, a conceção e proposição de estratégias, a busca de soluções para determinada problemática, que permitam o desenvolvimento da área/contexto em questão e promovam no “aluno” a construção dos seus conhecimentos e o desenvolvimento das suas competências (Hernández & Ventura, 1998), enquanto profissional.

Este projeto visa, pois, o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, na área da intervenção de enfermagem ao doente oncológico sob antineoplásicos orais, com vista a promover a melhoria de cuidados no serviço onde desempenha funções. Desenvolver e adquirir competências relaciona-se com a “capacidade de agir eficazmente numa determinada situação, apoiada em conhecimentos, e (...)

implica um saber responsável e assertivo (Sousa, n.d., par. 10). Considerando que a competência é desenvolvida na prática, através da procura de soluções para o problema ou da reflexão sobre a ação, delineei um estágio de 450 horas, que foram repartidas por três locais de ensino clínico (de 3 de outubro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014).

O primeiro local de estágio correspondeu à consulta de enfermagem de oncologia médica de um hospital central/nível 1; o segundo ao hospital de dia médico de um hospital distrital/nível 2; e o terceiro foi executado na unidade de mama e no hospital de dia de um centro clínico privado. Dada a especificidade do meu tema, procurei serviços nos quais a equipa de enfermagem efetuasse o acompanhamento dos doentes oncológicos sob antineoplásicos orais. No início do ano de 2013, uns meses prévios à realização dos estágios, dirigi-me pessoalmente aos serviços, para falar com as enfermeiras-chefes, e perceber se as dinâmicas de trabalho seriam promotoras de aprendizagens significativas e de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, no âmbito do meu projeto.

É de referir que, ao contrário do que foi proposto no meu projeto de estágio, e por motivos burocráticos/institucionais, o último estágio não foi desenvolvido no serviço onde trabalho (hospital de dia de oncologia de um hospital distrital/nível 2), pelo que o local foi alterado para o centro clínico privado, reformulando-se os objetivos inicialmente propostos.

Neste sentido, e tendo em conta o projeto em causa, a passagem experiencial pelos três locais de estágio implicou a operacionalização de uma prática baseada na evidência científica, o que requereu a consulta de manuais e teses da especialidade e de artigos científicos. Para tal, foi necessária a consulta do Catálogo Bibliográfico de diferentes Escolas/Universidades, do Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal, de motores de busca, como a EBSCO® e das estratégias/linhas de consenso definidas pela Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, International Society of Nurses in Cancer Care e European Oncology Nursing Society. As palavras-chave utilizadas, em língua inglesa e portuguesa, para a pesquisa de informação foram: enfermagem, cancro, antineoplásicos orais, quimioterapia oral, adesão, educação e autocuidado.

Nos ensinamentos clínicos foram adotadas como estratégias a observação participante, as conversas informais com a equipa multidisciplinar, maioritariamente

a equipa de enfermagem e respetivos enfermeiros orientadores, e a reflexão na e sobre a ação, dado que “reflectir sobre a experiência e interpretá-la é fundamental, pois só essa actividade conceptualizadora lhe atribui significado” (Alarcão, 2001, p.57). As entrevistas elaboradas aos doentes e os documentos de apoio à prática (que serão posteriormente abordados) foram outras estratégias mobilizadas para o desenvolvimento de competências e consecução do projeto.

O trabalho de campo exigiu, então, a obediência a uma contínua análise, reflexão e avaliação, no sentido da adequação/reformulação do projeto aos contextos e às necessidades dos diferentes serviços, a fim de se obterem resultados práticos, transponíveis para a realidade, promotores da satisfação do doente e passíveis de visibilidade e ganhos para os doentes.

Segue-se a descrição do trabalho de campo desenvolvido, com respetiva análise crítica e reflexão.

3.2. Estágio na Consulta de Enfermagem de Oncologia Médica, do Hospital de Dia de Oncologia, do Hospital A de Lisboa

Estando a desenvolver o projeto na área da intervenção de enfermagem ao doente oncológico submetido a terapêutica oral antineoplásica, com o objetivo de alargar a consulta de enfermagem do meu local de trabalho a estes doentes, revelou-se-me pertinente realizar um estágio numa consulta de enfermagem de oncologia médica de um hospital diferenciado e especializado no tratamento a doentes oncológicos, a fim de perceber a dinâmica da consulta e trazer/recolher contributos que pudessem melhorar a minha prática e adequarem-se no meu local de trabalho, com vista à promoção da melhoria de cuidados.

A consulta de enfermagem de oncologia médica do Hospital de Dia de Oncologia está inserida num hospital central/nível 1, de Lisboa.

Apontei como primeiro objetivo para este estágio, “Descrever a organização da consulta de enfermagem”. Aquando da escolha deste local, a equipa de enfermagem era constituída por dois elementos e funcionava durante um período diário das 8 às 20h. Quando iniciei o meu estágio, a consulta de enfermagem estava reduzida ao trabalho de uma enfermeira, na sequência das medidas económicas e reduções/não substituição de pessoal, que afetam o nosso país e, neste caso

particular, os serviços de saúde. A consulta funcionava, então, num período das 9 às 17h, e tinha como principais intervenções de enfermagem: consultas de primeira vez aos doentes que iniciam quimioterapia injetável/oral ou terapêuticas *target*, despiste de toxicidades (via presencial ou telefónica); e ensinamentos relativos à preparação para exames ou para colocação de cateteres venosos centrais totalmente implantados, com reservatório subcutâneo. A enfermeira era, também, sobretudo em situações de descompensação do doente ou necessidades de encaminhamento, elo de ligação entre a equipa multidisciplinar e outros serviços.

Esta instituição preconiza que a consulta de enfermagem seja uma atividade independente de enfermagem, desenvolvida apenas pelo enfermeiro, onde ocorre a interação entre o doente e o referido profissional, em que o segundo avalia as necessidades do primeiro e capacita-o para a gestão da sua situação de saúde.

Toda a atividade produzida na consulta, quer presencial, quer telefónica, é registada em documentos próprios, no sentido de contabilizar/discriminar a mesma, para se poder dar visibilidade às intervenções/cuidados de enfermagem prestados. Esta prática pode adaptar-se ao meu local de trabalho e deveria, aliás, ser transversal a todos os serviços, em virtude de, na grande maioria das vezes, os registos de enfermagem estarem formatados a uma lógica mais tecnicista, não existindo referência ao tempo despendido no contacto com outros elementos da equipa/serviços de saúde, ou a esclarecer dúvidas, atender e responder a situações emocionais e telefonemas dos doentes/famílias. Se não existirem registos não existem provas dessa atividade e, como tal, não há indicadores que demonstrem o real trabalho de um enfermeiro, além de se poder considerar que existe menor capacidade de realização de uma efetiva e real análise de conteúdo, que poderia, em muitas situações, ser um recurso fundamental de análise e avaliação dos serviços prestados e do funcionamento das instituições. Ademais, a importância dos registos traduz-se, para os doentes, em melhores cuidados, dado assegurarem a continuidade dos mesmos.

As consultas de enfermagem de primeira vez a que assisti foram, maioritariamente, dirigidas a doentes que iriam iniciar quimioterapia injetável. A enfermeira faz o acolhimento ao serviço e disponibiliza os contactos telefónicos da consulta, informa o doente acerca dos possíveis efeitos secundários e cuidados a ter e colhe os dados necessários para completar o processo clínico. Dada a redução de

pessoal e do tempo de funcionamento da consulta, deixou de existir agendamento das consultas de primeira vez. Pude verificar que, por este motivo, nem todos os doentes eram referenciados para a consulta de enfermagem de primeira vez. Este constrangimento pode ter consequências (adversas) na adesão ao tratamento. De acordo com Andrade (2012, p. 29), a consulta de enfermagem

mostra-se como um cuidado em essência, um modo ser-com o utente. Trata de reflexões teóricas sobre a prática de enfermagem em ambulatório de quimioterapia, com ênfase na função educativa, como meio de promover e melhorar a adesão ao tratamento. A consulta de enfermagem é um importante meio para estabelecer uma relação com o utente de forma a conduzi-lo ao auto-cuidado, visando minimizar os efeitos da toxicidade induzida pelos fármacos citotóxicos e tornar maior a possibilidade de sucesso no tratamento.

Associado ao constrangimento de falta de enfermeiros, as consultas de seguimento (presenciais ou telefónicas), anteriormente realizadas no serviço aos doentes que iniciaram tratamento pela primeira vez, deixaram de ser efetuadas, não obstante, e no sentido de manter a continuidade de cuidados, as *guidelines* internacionais propõem a avaliação sistemática dos doentes oncológicos, sobretudo durante a fase de tratamento (Howell *et al.*, 2009). Esta avaliação sistemática também contribui para que os doentes possam manter a equipa como referência e se sintam cuidados como um todo (Martins, 2004). Todavia, nas consultas de enfermagem de primeira vez a que assisti, a enfermeira disponibilizou-se para assistir o doente/família, via telefone, em caso de necessidade, daí que existissem muitos contactos telefónicos por parte dos doentes/família, para despiste de toxicidades ou informações. Foi neste sentido que tive um papel mais ativo na consulta de enfermagem e pude dar resposta ao meu segundo objetivo: “Colaborar na consulta de enfermagem”. Como trabalho em hospital de dia de oncologia, estou familiarizada com os tratamentos, possíveis efeitos secundários e cuidados a ter. A enfermeira orientadora deu-me, por isso, a possibilidade de ficar no atendimento e apoio telefónico aos doentes. A grande maioria das chamadas era para controlo sintomático/despiste de toxicidades. Para dar resposta a estas situações, apliquei maioritariamente o sistema de enfermagem destacado por Orem (2001) de apoio-educação. As intervenções de enfermagem passavam, então, por indicações de medidas farmacológicas ou não farmacológicas, por situações de encaminhamento para outros membros da equipa ou serviço, por informações acerca da toma de medicamentos e pelo apoio emocional. Também pude participar, em conjunto com a

enfermeira orientadora, nas consultas de enfermagem de primeira vez. Procurei que a minha participação fosse dirigida numa lógica de sistema de apoio-educação, como é preconizado por Orem (2001), dado que esta consulta segue o princípio da orientação/educação.

Dada a falta de pessoal no serviço, foram poucos os contactos que tive com os doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica. Os doentes, após consulta médica, efetuavam o levantamento da terapêutica na farmácia hospitalar. No sentido de minimizar as consequências negativas de não serem seguidos pela equipa de enfermagem, a equipa de farmácia disponibilizava o número da linha de apoio para os doentes contactarem a enfermeira em caso de necessidade. Durante o estágio, pedi para ser recebida na farmácia hospitalar, para perceber qual a informação que era dada ao doente e se existia algum suporte escrito da mesma. Constatei que, para alguns medicamentos, era fornecida a informação do laboratório (muitas vezes sob a forma de *kit*), mas existia outra medicação que não possuía qualquer informação escrita a que o doente/família/cuidador pudesse recorrer. Após conversa com a enfermeira orientadora, tomei a iniciativa de elaborar um folheto informativo generalista e simples, com os principais cuidados a ter com os antineoplásicos orais (Apêndice I), para ser entregue aos doentes pela enfermeira na consulta ou pelo farmacêutico aquando da dispensa da terapêutica. Este documento escrito pode colmatar uma das fragilidades do sucesso da adesão terapêutica, relacionado com o facto de a equipa não conseguir transmitir ao doente a informação que este necessita ou tentar evitar o esquecimento da mesma (Lopes & Pereira, 2005), dado que a informação escrita pode conferir autonomia ao doente, em função das suas competências individuais (Cavaco & Várzea, 2010).

Dada a especificidade dos medicamentos (biodisponibilidade, advertências e efeitos secundários) compilei a informação disponibilizada por Barton (2011), que se suporta na United States Food and Drug Administration (FDA), acerca dos antineoplásicos orais (quimioterapia e terapêuticas *target*), em forma de tabela (Apêndice II), para esclarecimento rápido e consulta por parte dos enfermeiros, o que foi considerado uma mais-valia para a prática, por parte da enfermeira orientadora.

A circunstância de trabalhar em hospital de dia e a pesquisa bibliográfica que realizei, acerca da consulta de enfermagem, adesão terapêutica e antineoplásicos orais, deram-me conhecimentos que me ajudaram no processo de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista. Como refere Andrade (2012, p.28),

quando falamos de uma consulta de enfermagem ao utente oncológico é necessário salientar que esta detém um conhecimento técnico-científico complexo, específico e essencial à prática, ligado a uma imprevisibilidade ditada pelos efeitos secundários comuns à terapêutica. Esse conhecimento necessita de tempo e dedicação para ser adquirido e revela-se nas acções do enfermeiro, articuladas com uma visão humanista no âmbito do quotidiano assistencial; uma conjugação entre técnica e o modo de ser de quem realiza e para quem o cuidado é realizado.

Considero que os conhecimentos adquiridos durante o curso de pós-licenciatura, a minha participação na consulta, as pesquisas bibliográficas que fiz ao longo do estágio e a partilha de experiências/conversas informais com a enfermeira orientadora, permitiram-me desenvolver competências de enfermeira especialista, numa lógica de prática baseada na evidência e na procura da melhoria da qualidade dos cuidados. Desenvolvi, de forma substancial, as unidades de competência comuns “Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada” (OE, 2010, p.4), “Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (OE, 2010, p.10) e específicas “Identifica as necessidades da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares” (OE, 2011, p.3) e “Promove intervenções junto de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares” (OE, 2011, p.3). Também desenvolvi algumas das competências definidas pela EONS (2013), como “Conhece, aprofundadamente, os efeitos secundários – precoces e tardios – dos tratamentos para o cancro” (p.17), “Demonstra conhecimento da complexidade e múltiplas necessidades das pessoas com cancro e sua família na trajetória da sua doença” (p.18), “Identifica como a comunicação entre a equipa multidisciplinar pode beneficiar o cuidado à pessoa com cancro” (p.21) e “Analisa diferentes fontes de informação e aplica as apropriadas na prática” (p.23).

Apesar do pouco contacto que tive com doentes sob antineoplásicos orais, este estágio permitiu-me refletir sobre a prática naquele serviço, fazendo um paralelismo com o serviço onde trabalho e percebendo que aspetos positivos poderão ser adaptados ao meu contexto. Pude efetuar pesquisas bibliográficas

relacionadas com o tema e, também, concluir que as dificuldades que atualmente vivemos, do ponto de vista profissional, têm o seu impacto não só em nós, pelo excesso de trabalho ou pela consciencialização da diminuição da qualidade do mesmo, mas também nos doentes que, ao perderem a ligação e proximidade com a equipa de enfermagem, podem comprometer o seu tratamento e, conseqüentemente, o seu prognóstico.

3.3. Estágio no Hospital de Dia Médico, do Hospital B de Lisboa

O Hospital de Dia Médico onde realizei o meu segundo estágio pertence a um hospital distrital/nível II muito recente. Tomei conhecimento que faziam o acompanhamento dos doentes submetidos a antineoplásicos orais depois de ter frequentado um *workshop* no qual alguns membros desse serviço eram os pretores e abordaram o tema em causa. O serviço possuía um procedimento específico para os doentes submetidos a terapêutica oral e fazia o seu acompanhamento telefonicamente. No entanto, quando iniciei o meu estágio, quase um ano depois de ter frequentado esse *workshop*, o hospital de dia médico tinha aumentado significativamente o número de doentes e mantinha o mesmo número de enfermeiros. Tal situação alterou a forma como estava a ser seguidos os doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral, dado que, após a consulta de primeira vez, a equipa de enfermagem não tinha capacidade de efetuar o *follow-up* (via telefone), preconizado em procedimento do serviço. O doente ou família podem, no entanto, contactar a equipa de enfermagem, por telefone ou correio eletrónico, caso existam dúvidas ou toxicidades associadas à medicação.

O hospital de dia médico dá resposta a outras valências, que não apenas a oncológica, e funciona durante os dias de semana, das 8 às 20 horas. O espaço, do ponto de vista físico, é novo, muito amplo e iluminado, com uma distância de cerca de dois metros entre cadeirões (separados por cortinas), com dois quartos, sala de pensos e sala de enfermagem.

Para os doentes oncológicos que iniciam tratamento é-lhes feita a primeira consulta de enfermagem, com acolhimento ao serviço e disponibilização de um guia (elaborado pela equipa de enfermagem) acerca dos principais efeitos secundários do tratamento e dos cuidados a ter. Também é disponibilizado o contacto do serviço

e um endereço de correio eletrónico, para que os doentes/famílias/cuidadores possam contactar em caso de necessidade, geralmente associada a toxicidades. A consulta de primeira vez é efetuada em gabinete próprio, resguardando a privacidade do doente. A este propósito, Andrade (2012, p.28) refere que muitos dos doentes “se retraem em abordar os profissionais de saúde na sala de tratamento, onde estão rodeados de pessoas «estranhas». Devido a esta condicionante, não expõem as suas dúvidas pessoalmente, o que origina posteriormente um elevado número de contactos telefónicos”.

Nos tratamentos seguintes, os doentes fazem as análises no hospital de dia e aguardam consulta médica e aprovação do tratamento para o próprio dia. Todo o processo é informatizado, o que facilita o acesso à informação e à continuidade de cuidados, pois tudo o que diz respeito ao doente pode ser consultado, através de acesso rápido e por vários profissionais ao mesmo tempo. Para os tratamentos, existe, inclusive, um programa informático específico, que obriga à dupla validação dos tratamentos, minimizando a possibilidade de erro. Esta forma de funcionamento fez-me refletir sobre a prática no serviço onde trabalho pois o processo clínico ainda se discrimina e regista em suporte papel e as prescrições ainda são manuscritas, o que pode favorecer alguma confusão diacrónica no processo ou hiatos informativos, principalmente quando se trata de um doente já com um percurso de vários anos. Por isso, sugeri ao enfermeiro-chefe do meu serviço que visitasse o local de estágio em questão, como estratégia de *benchmarking* para a procura da melhoria da qualidade do nosso serviço e numa perspetiva de melhoria contínua, tendo o mesmo demonstrado interesse, questionado o funcionamento do sistema informático e solicitado os contactos da chefia do local de estágio para poder entrar em contacto.

Para dar resposta aos objetivos delineados para este local de estágio, “Colaborar na consulta de enfermagem de primeira vez aos doentes submetidos a terapêutica oral antineoplásica” e “Efetivar estratégias de *follow-up* aos doentes submetidos a terapêutica oral antineoplásica” efetuei, de forma autónoma, três consultas de enfermagem de primeira vez a doentes a iniciarem Capecitabina (tipo de quimioterapia oral) e quatro consultas de acompanhamento/*follow-up*, sendo que três doentes estavam sob Capecitabina e um sob Erlotinib (tipo de terapêutica *target*). A realização das consultas de forma autónoma, com supervisão do enfermeiro orientador, foi possível após observação de outras consultas de primeira

vez, no sentido de não existir desfasamento do processo preconizado pela equipa de enfermagem.

Para as três consultas de enfermagem de primeira vez, tive em consideração os princípios da comunicação, da entrevista e da relação terapêutica e, também, da promoção da adesão terapêutica e autocuidado. A entrevista utilizada durante uma consulta de primeira vez é um meio de comunicar com o doente “num contacto de cuidados [que] é antes de mais um encontro (...) entre dois seres humanos que, colocados um perante o outro, devem tomar conhecimento, aceitar-se e respeitar-se a fim de poderem criar entre eles uma convivência terapêutica” (Phaneuf, 2002, p.250). A situação de diagnóstico recente de doença oncológica e o início de tratamentos podem ser condutores de mudanças nos requisitos de autocuidado da pessoa, pelo que pode ser necessário o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que produzam um resultado terapêutico (Orem, 2001). De facto, numa primeira consulta de enfermagem, não basta “debitar” os efeitos secundários da medicação e os cuidados a ter, sobretudo numa altura em que o grau de ansiedade para o doente é, geralmente, elevado. É preciso procurar o estabelecimento de uma relação terapêutica, que respeite a individualidade da pessoa, que permita diagnosticar e colmatar as suas necessidades e que promova a sua pró-atividade e o seu autocuidado. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2012, p.10), a relação terapêutica

caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde.

Durante o contacto com estes doentes, tive sempre o cuidado de os apresentar à restante equipa de enfermagem, já que facilita a adaptação da pessoa a esta nova etapa e, também, para que esta se sinta em segurança (Hesbeen, 1997).

Para as consultas de acompanhamento, segui o procedimento definido pela equipa de enfermagem do hospital de dia médico, que se baseia nas linhas de consenso definidas pela Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP). A AEOP tem em estruturação o projeto SUPROC (Support Patients Receiving Oral Chemotherapy). Este projeto reconhece que o papel do enfermeiro é necessário e fundamental, pois deve contribuir para o desenvolvimento de

mecanismos que auxiliem a adesão do doente, a segurança e a educação a estas novas terapêuticas. Com o objetivo de garantir que os doentes conheçam e compreendam o seu tratamento e a importância de tomar os comprimidos conforme a prescrição, o contacto telefónico é uma das ferramentas utilizadas para garantir o sucesso da adesão ao tratamento (Hartigan, 2003).

Neste sentido, no *follow-up*, presencial ou telefónico, dos doentes submetidos a antineoplásicos orais pressupõe-se o despiste de toxicidades e a validação de conhecimentos acerca da terapêutica, bem como a avaliação da adesão à mesma.

Das três consultas de seguimento que efetuei a doentes sob Capecitabina, constatei que o efeito secundário mais frequente foi a síndrome palmo-plantar (ou mão-pé). Esta síndrome caracteriza-se pela alteração na palma das mãos ou na planta dos pés, sobretudo a nível de rubor e descamação. Em caso de dor ou de aparecimento de fissuras ou flitenas a terapêutica deve ser reduzida ou descontinuada. Todos os doentes estavam bem informados acerca dos efeitos secundários e quais os cuidados a ter. Tinham apenas algumas dúvidas, uma vez que estes assuntos não tinham sido abordados na consulta de primeira vez, quanto à manipulação dos comprimidos e como fazer em caso de desperdício da medicação. À semelhança de outras toxicidades que podem comprometer a vida do doente, é importante que o mesmo conheça e reporte as mesmas, dado que, ao fazer tratamento no domicílio, a observação pela equipa de saúde não é tão regular. As intervenções de enfermagem passam, então, essencialmente pelo foro do sistema de enfermagem apoio-educação (Orem, 2001), com orientações para promover o autocuidado e/ou diminuir os défices do mesmo.

O quarto doente, sob Erlotinib, já tinha feito terapêutica endovenosa no hospital de dia médico. Porém, quando iniciou Erlotinib, não fez a primeira consulta de enfermagem pois, após consulta e prescrição médica, foi levantar a terapêutica diretamente à farmácia hospitalar. O doente não sabia o nome da medicação, os efeitos secundários nem os cuidados a ter. Apresentava *rash* facial grau III e só foi medicado quando voltou à consulta médica (quase um mês após início da terapêutica). Após validar, com o doente e familiar, a informação que detinham acerca da medicação, efetuei a educação⁶ necessária e disponibilizei o guia informativo da medicação.

⁶ Educar: “Ensinar: transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém” (CIPE, 2010)

De acordo com Winkeljohn (2010, p.461),

os enfermeiros são uma parte essencial da equipa oncológica para ensinar os doentes acerca da quimioterapia endovenosa, geralmente tendo a responsabilidade de fornecer a maioria da informação, enquanto que, para a terapêutica oral, são os médicos quem fornece a informação. Os enfermeiros têm, também, de ser os primeiros elementos a contactar com os doentes que iniciem tratamentos orais. As suas capacidades de ajudar a controlar os efeitos adversos, monitorizar a administração no domicílio, validar os cuidados a ter e efetuar o acompanhamento dos doentes pode ajudar a aumentar a adesão à terapêutica e, conseqüentemente, a eficácia da mesma.

Foi interessante comprovar o que vem descrito na literatura, por autores como Hartigan (2003), Marques (2006), Winkeljohn (2010) e Andrade (2012), acerca da importância do acompanhamento dos doentes submetidos a terapêutica oral antineoplásica. Os doentes seguidos pela equipa de enfermagem, a quem foi feita uma primeira consulta, estavam mais bem informados e preparados para a gestão dos efeitos secundários do que o doente que levantou a terapêutica diretamente na farmácia hospitalar. Face a esta constatação, dirigi-me à farmácia do hospital, para perceber como é feita a dispensa da terapêutica e se é dada alguma informação ao doente ou disponibilizado material informativo. De acordo com a farmacêutica, dado o avultado número de trabalho, os doentes retiram senha e a dispensa é feita ao balcão, sendo apenas transmitida informação acerca da posologia ou respondidas a possíveis dúvidas colocadas pelo doente.

Partilhei esta situação com o enfermeiro orientador, que reuniu com a enfermeira-chefe, no sentido de encontrar estratégias e alertar a equipa médica e farmacêutica, para a importância do acompanhamento de todos estes doentes pela equipa de enfermagem. Interpelei, por isso, o enfermeiro orientador sobre se poderia formular os guias terapêuticos em falta para a terapêutica oral. A formulação destes guias (Apêndice III), para além de constituírem um instrumento em falta para o serviço e poderem ser uma referência para o doente no domicílio, também podem ser utilizados no meu local de trabalho, sendo uma mais-valia para entregar aos doentes na primeira consulta de enfermagem. Hartigan (2003) corrobora, afirmando que a informação transmitida aos doentes deverá ser via oral e escrita (para os doentes poderem ter um suporte no domicílio dado que, frequentemente, a informação fornecida na consulta é demasiada ou difícil de assimilar). Segundo o autor, as instruções dadas aos doentes devem incluir o nome da medicação

(genérico e comercial), a dose e o horário, como tomar a medicação, medidas de segurança, efeitos secundários e cuidados a ter.

De referir que, quer aos doentes a quem fiz consulta de primeira vez, quer aos de seguimento, todos consideraram a terapêutica oral como vantajosa, sobretudo por evitar três situações: deslocações frequentes ao hospital, ambiente do hospital (de dia) e punções venosas.

Neste estágio, consegui desenvolver competências que se evidenciaram no modo como eduquei o doente para a gestão da sua terapêutica e autocuidado, criando um ambiente terapêutico e seguro, e procurando a melhoria da qualidade dos cuidados. Considero, então, que desenvolvi, substancialmente, as unidades de competências comuns de Enfermeiro Especialista: “Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (OE, 2010, p.8), “Detém uma elevada consciência de si, enquanto pessoa e enfermeiro” (OE, 2010, p.9); e a competência de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa “Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (OE, 2011, p.3). Desenvolvi, também, alguns dos objetivos e competências definidas pela EONS (2013), nomeadamente, “Educa e ajuda a promover a saúde e bem-estar das pessoas afetadas pelo cancro” (p.17), “Demonstra sensibilidade para com os doentes e famílias em qualquer uma das fases do processo de doença” (p.17), “Avalia o conhecimento dos doentes e família e é capaz de explicar e facilitar os ensinamentos ao doente” (p.17) e “Monitoriza o estado de saúde do doente, procura sinais e sintomas e toma a iniciativa de intervir, encaminhar e registar” (p.18).

3.4. Estágio no Centro Clínico Privado

Como foi acima referido, o último estágio estava previsto ser realizado no meu local de trabalho. No entanto, por motivos da própria instituição, o estágio foi recusado. Optei, então, por solicitar a realização do estágio num Centro Clínico de uma instituição de referência, pela sua especialização e inovação na área oncológica.

O Centro Clínico é um local direcionado para a investigação e tratamento a doentes oncológicos em regime privado ou com acordos de entidades estatais ou seguradoras. Caracteriza-se pela sua especialização na área oncológica, pela tecnologia e pelos tratamentos inovadores que, geralmente, estão ligados à investigação. Encontra-se dividido por Unidades Multidisciplinares de Patologias (Mama, Pulmão, Próstata e Digestivo) e tem, também, a valência de hospital de dia. Funciona num período das 8 às 20horas, de segunda a sexta-feira. Possui uma equipa de enfermagem para cada unidade, pois procura a continuidade de cuidados e a especialização da equipa. De facto, no sentido de manter esta continuidade, o dia determinado para os tratamentos de cancro de mama está definido à quinta-feira, pelo que a equipa de enfermagem da unidade de mama fica no hospital de dia para prestar cuidados aos seus doentes.

Outra valência importante, e que, de forma semelhante, também existe no meu local de trabalho, é a linha de apoio telefónico disponível 24horas por dia, durante os sete dias da semana. Ou seja, mesmo quando o serviço está encerrado, o doente/família/cuidador(es) pode procurar o apoio ou aconselhamento junto do seu enfermeiro de referência, o que pode evitar preocupações e ansiedades acrescidas ou idas desnecessárias à urgência hospitalar.

Por ser um centro direcionado para a investigação na área oncológica, a equipa de enfermagem integra, também, múltiplos ensaios clínicos e está responsável por projetos de investigação na área da enfermagem oncológica, procurando a melhoria contínua da qualidade, tal como é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros.

Para dar resposta ao objetivo delineado para este estágio, “Descrever o acompanhamento, por parte da equipa de enfermagem, dos doentes submetidos a terapêutica oral antineoplásica do Centro Clínico”, fiz seis turnos na unidade de mama. No caso do cancro da mama, a maioria da terapêutica oral é hormonoterapia mas, apesar do meu projeto não considerar esta área, a escolha deste local teve subjacente o interesse pela forma como funcionavam as consultas de primeira vez e as de acompanhamento, como eram feitos os registos, se existiam procedimentos próprios e qual o material que era disponibilizado. Por se tratar de um centro clínico privado, e por funcionar em parceria com o centro Mama Help (Centro de Apoio a Doentes com Cancro da Mama), o material de suporte que é fornecido aos doentes

encontra-se muito bem elaborado, quer a nível de grafismo (forma), quer de informação (conteúdo), o que me deu algumas ideias para os instrumentos de suporte a fornecer aos doentes e para possíveis ações de informação e sensibilização, dirigidas a doentes e familiares, no serviço onde trabalho.

As consultas de primeira vez são semelhantes às das outras instituições nas quais realizei o estágio, com a ressalva que, na unidade de mama, apesar de só existirem três enfermeiras, funcionam com o método de enfermeira responsável. Ou seja, na consulta de primeira vez, mesmo sendo feito o acolhimento ao serviço e apresentação à equipa, a enfermeira disponibiliza o seu contacto telefónico da instituição e informa o doente que será a sua enfermeira de referência. Esta situação pode ser benéfica para o doente, na medida em que pode conduzir ao estabelecimento de uma relação terapêutica adequada e efetiva, baseada na empatia e na confiança. Como refere Andrade (2012, p.28), citando Collière (1999) e Hesbeen (2000),

para prestar cuidados de enfermagem diferenciados ao utente com doença oncológica submetido a quimioterapia, é essencial conhecer os seus sentimentos e as situações por ele vivenciadas de modo a viabilizar medidas concretas e efectivas de cuidar. Assim sendo, o cuidado não se limita à realidade de uma tarefa ou procedimento. Inclui o componente moral (do dever sem obrigação) e emocional, o aspecto cognitivo, da percepção, do conhecimento e da intuição. Este modo de entender o cuidado transforma ambientes, harmoniza relações, sensibiliza o humano de cada um e aumenta o nosso potencial para ajudar os outros a encontrarem as suas potencialidades e lidarem com as adversidades.

Assim, o doente contacta a enfermeira de referência sempre que necessita e esta pode agendar com ele uma consulta de seguimento. Caso não haja este contacto, a enfermeira tem sempre acesso ao doente, quer antes da consulta (porque é a enfermeira que faz a colheita de sangue para análises), quer na sala de pensos, quer no hospital de dia.

O Hospital de Dia funciona num ambiente físico exclusivo, num espaço amplo, com boxes individuais com televisão e com vista para um jardim interior, e é o local onde se administram formas de tratamento sistémico (quimioterapia, imunoterapia e terapêutica hormonal) e onde se procede à dispensa da terapêutica oral antineoplásica, com consulta de primeira vez e respetivo *follow-up* aquando da nova dispensa de terapêutica.

No que concerne à terapêutica (injetável ou oral) todo o sistema está informatizado, pelo que é a farmácia que envia a mesma para o hospital de dia e são os enfermeiros que fazem a sua dispensa, com respetiva educação e validações.

Por trabalhar em hospital de dia, estar familiarizada com a terapêutica e por já ser o meu último estágio, foi-me dada a possibilidade de efetuar as consultas de primeira vez e de acompanhamento de forma autónoma, o que foi ao encontro do objetivo proposto para este estágio: “Colaborar na consulta de enfermagem aos doentes submetidos a terapêutica oral antineoplásica”. Efetuei duas consultas de primeira vez e quatro consultas de acompanhamento. Pude constatar que todos os doentes estavam bem informados acerca da sua doença e do seu tratamento, mesmo quando se tratavam de consultas de primeira vez. Tal pode, provavelmente, explicar-se pelo facto de serem pessoas que recorrem ao centro clínico geralmente para uma segunda opinião e, também, pela filosofia do próprio centro, que procura que os doentes sejam parceiros e pró-ativos na gestão da sua doença e do seu tratamento. Esta realidade representa o conceito do autocuidado, tendo em conta que se verificam ações favorecedoras do aperfeiçoamento e amadurecimento das pessoas que, em contextos temporais, conseguem desempenhar, em relação a si próprias, formas de autorregulação, com benefício próprio. Este facto ajuda a preservar a vida e o funcionamento saudável, bem como promove o bem-estar pessoal (Orem, 2001).

Das duas consultas de primeira vez, ambos os doentes iriam iniciar quimioterapia oral (um com Vinorelbina e outro com Capecitabina). Ambos tinham lido a bula da medicação e estavam bem informados acerca dos mecanismos de ação da mesma e possíveis efeitos secundários. Validei a informação e fiz a educação acerca dos cuidados a ter para minorar alguns dos efeitos adversos. Ambos os doentes elogiaram a atenção e informação que lhes foi dada e, especificamente a doente que iria iniciar Capecitabina, uma médica, valorizou a importância da consulta de primeira vez, dado que, para qualquer pessoa, mesmo da área da saúde, “só a leitura da bula assusta” (SIC). De facto, o *feedback* das pessoas de quem cuidamos é o indicador mais preciso dos resultados dos nossos cuidados, pelo que elaborei uma reflexão escrita, mobilizando o ciclo de Gibbs, acerca desta situação (Apêndice IV). Efetivamente, a satisfação do doente é considerada um enunciado descritivo também específico para os cuidados de

enfermagem especializados. O enfermeiro especialista deve procurar os mais elevados níveis de satisfação dos doentes e família procurando:

a gestão da comunicação interpessoal e da informação com doente, família e restante equipa, criando um clima de confiança e facilitador da relação terapêutica; o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no doente e na sua família, provocado pelo processo de adaptação à doença, às perdas sucessivas e à proximidade da morte; o estabelecimento de parcerias, com o doente e sua família, no planeamento dos cuidados, onde informa, explica e os envolve no processo de tomada de decisões e no processo de cuidados. (OE, 2014, p.7).

Para as consultas de acompanhamento, o hospital de dia não tem definido nenhum procedimento. Aquando da dispensa da terapêutica, o enfermeiro questiona o doente acerca dos efeitos secundários e valida os principais cuidados a ter. Por isso, pedi à enfermeira orientadora se me poderia basear nas linhas de consenso da AEOP que utilizei durante o segundo estágio e que lhe disponibilizei.

Das quatro consultas de acompanhamento, todas presenciais, todos os doentes conheciam a terapêutica e os principais efeitos secundários, sabendo que devem recorrer primeiro ao enfermeiro do centro clínico em caso de descompensação. Um dos doentes já estava sob terapêutica oral (Imatinib) há mais de seis meses e reconhece as vantagens da mesma, associadas ao facto da terapêutica ser feita em ambulatório e, assim, ser mais cómoda para o doente: “uma pessoa nem dá conta que está a fazer tratamento” (SIC). Outro dos doentes, que iniciou tratamento num hospital central, reconhece que a educação feita pela equipa de enfermagem, e a sua disponibilidade, com a existência da linha telefónica, são fundamentais no acompanhamento aos doentes oncológicos que fazem o tratamento no domicílio e não vão tão frequentemente ao centro clínico, pois transmite-lhes uma sensação de segurança e confiança.

Este local de estágio permitiu-me perceber a importância do acompanhamento dos doentes ao longo do seu processo de saúde/doença. Os doentes detinham confiança na equipa, recorrendo à mesma sempre que necessário e cumprindo as instruções dadas, e estavam bem informados acerca da sua doença e tratamento. De facto, as consultas de primeira vez e de acompanhamento são fundamentais para o estabelecimento de uma relação terapêutica e para a promoção da adesão e do autocuidado, o que reforça a importância deste percurso e do trabalho que estou a desenvolver e da criação da consulta de enfermagem aos doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica, que pretendo

iniciar no serviço onde trabalho. Como refere Machado, Leitão e Holanda (2005, par.2), a

consulta de enfermagem é uma actividade independente, realizada pelo enfermeiro, cujo objectivo propicia condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Além da competência técnica, o profissional enfermeiro deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade. A consulta é também um processo de interação entre o profissional enfermeiro e o assistido, na busca da promoção da saúde, da prevenção de doenças e limitação do dano.

O enfermeiro deve, por isso, ser detentor de conhecimentos atualizados acerca do tema e procurar diagnosticar as necessidades do doente e estabelecer uma relação terapêutica com o mesmo, por forma a avaliar e responder aos défices de autocuidado, prevenindo riscos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar dos doentes (Orem, 2001). Por isso, as intervenções de enfermagem dirigidas aos doentes submetidos a antineoplásicos orais não se devem cingir apenas à consulta de primeira vez. No sentido de potenciar a adesão terapêutica e o autocuidado, o acompanhamento dos doentes, via presencial ou telefónica, com validação da informação e despiste dos efeitos adversos é fundamental (Winkeljonh, 2010).

Considero que atingi os objetivos propostos para este estágio e que mantive o desenvolvimento de competências relacionadas com o estabelecimento da relação terapêutica e o cuidar da pessoa com doença crónica, incapacitante ou terminal, nomeadamente a unidade de competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa “Promove parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família” (OE, 2011, p.4) e outras das competências definidas pela EONS, como “Providencia um ambiente de suporte onde doente e família são encorajados a partilhar as suas preocupações” (p.17), “Trabalha em parceria com o doente com o objetivo de controlar os sintomas da doença e dos tratamentos” (p.18), “Avalia a concordância e a adesão ao tratamento e inclui nos ensinamentos os benefícios da adesão” (p.19) e “Reconhece a importância da investigação em enfermagem na área do cancro” (p.23).

3.5. Plano da Consulta de Enfermagem de Acompanhamento dos Doentes Oncológicos Submetidos a Terapêutica Oral Antineoplásica

A ideia de implementar intervenções de enfermagem dirigidas aos doentes oncológicos submetidos a antineoplásicos orais no serviço onde trabalho surgiu no ano da minha entrada no curso de pós-licenciatura (2012). Denotei essa necessidade pelo aumento do número de doentes sob antineoplásicos orais no serviço e pela criação de novos fármacos sobre os quais eu e a equipa tínhamos poucos conhecimentos, tendo alguma dificuldade em conhecer esses doentes e dar resposta às questões que nos eram colocadas pelos mesmos e seus familiares quando telefonavam para o serviço. Falei sobre essa dificuldade com o enfermeiro-chefe do serviço, que me propôs pesquisar sobre o assunto e a importância do mesmo, bem como sobre as estratégias utilizadas para minimizar essa problemática. Quando, no curso de pós-licenciatura, me foi proposto elaborar um projeto de estágio, imediatamente pensei nesta problemática, tendo também sido sugerido pelo enfermeiro-chefe a possibilidade de, assim, estruturar um plano de consulta, devidamente fundamentado e que procurasse a melhoria da qualidade dos cuidados, para o serviço.

Não obstante o último estágio não ter sido realizado no meu contexto de trabalho, e aproveitando os contributos das aprendizagens e competências que desenvolvi ao longo de todo o percurso de estágio, mantive a elaboração do plano da consulta de enfermagem (Apêndice V) para acompanhamento dos doentes submetidos a terapêutica oral antineoplásica (quimioterapia e terapêuticas *target*), para o serviço onde exerço funções.

Durante o meu período de estágio no Centro Clínico, e estando simultaneamente a trabalhar no meu serviço, fiz algumas diligências importantes para possibilitar a concretização do referido plano. Assim, juntamente com o enfermeiro-chefe, reuni com a Diretora Clínica do serviço onde trabalho, no sentido de expor a problemática e o propósito do plano de consulta. Ambos consideraram importante reunir com a equipa de farmácia, para que se pudesse alterar o circuito dos doentes (passariam primeiro pela equipa de enfermagem e depois pela farmácia, para dispensa da terapêutica) e para que toda a informação disponibilizada aos doentes fosse concordante. Ficou, então, estipulado, entre

equipa multidisciplinar, que os doentes a iniciar terapêutica oral antineoplásica, após consulta médica, teriam uma consulta de enfermagem de primeira vez e, posteriormente, seriam acompanhados pela Auxiliar de Ação Médica até à farmácia hospitalar, para conhecerem o local e lhes ser disponibilizada a terapêutica em questão.

Preconizou-se que as consultas de acompanhamento fossem telefónicas, excetuando situações em que se considerasse que o seguimento deveria ser presencial, sobretudo por dois motivos: facilita a gestão do pessoal de enfermagem em sala (via telefone não exige marcação de horário nem desmobilização de um elemento da sala); e o levantamento da terapêutica oral, nas vezes subsequentes, é maioritariamente feito pelos familiares.

Após término do estágio dinamizei uma formação (no serviço) dirigida à restante equipa de enfermagem, na qual apresentei o plano de consulta, os seus pressupostos e o material de suporte, para que todos o pudessemos integrar e apropriar-nos dos seus objetivos. O material de suporte enquadra a tabela síntese dos antineoplásicos orais (Apêndice II), os guias informativos para fornecer aos doentes (Apêndice III) e a folha de registo de toxicidades e intervenções de enfermagem (Apêndice VI). Para as consultas de acompanhamento, mantiveram-se as linhas de consenso da AEOP, aliadas ao consignado na folha de registo de toxicidades e intervenções de enfermagem.

Embora não tenha realizado estágio no meu local de trabalho, desenvolvi um percurso paralelo, subsidiando-me nos contributos do curso de pós-licenciatura e nas experiências de estágio, que me permitiram desenvolver o plano de consulta de enfermagem para os doentes submetidos a terapêutica oral antineoplásica. Além disso, dado tratar-se de um plano que procura a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, foi-me proposto, pelo enfermeiro-chefe, elaborar um projeto para apresentar à Direção de Enfermagem, para que este pudesse integrar o Programa de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, que o hospital encetou em 2013. O projeto, intitulado “Programa de Intervenção para Adesão ao Regime Medicamentoso dos Clientes Oncológicos submetidos a Terapêutica Oral Antineoplásica”, segue as normas definidas pela OE para elaboração dos projetos de melhoria contínua e pretende criar/obter indicadores dos cuidados de enfermagem sensíveis a ganhos em saúde para a

população. Neste momento, o projeto já foi entregue à OE e aguarda o *feedback* da mesma para que se possa começar a trabalhar na obtenção dos primeiros indicadores, relacionados com as intervenções de enfermagem e a adesão à terapêutica.

Desta forma, considero que desenvolvi competências comuns de enfermeira especialista de domínio da melhoria da qualidade (“Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2010, p.6)) e do domínio da gestão dos cuidados (“Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (OE, 2010, p.7)).

4. LIMITAÇÕES

Fazendo uma análepse ao percurso desenvolvido ao longo destes meses, e a par da análise do mesmo previamente exposta, surge, inevitavelmente, a consciência das limitações e dos constrangimentos associados a esse mesmo percurso.

Considero que o maior constrangimento correspondeu ao facto de me ter sido negado, pela própria instituição onde trabalho, a execução do último estágio no meu próprio serviço. Tal situação obrigou-me a solicitar outro local de estágio, onde pudesse continuar a desenvolver competências no âmbito do meu trabalho, a reformular os objetivos inicialmente propostos e a adiar a execução e implementação do plano de consulta de enfermagem dirigida aos doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica. No entanto, não obstante a desmotivação inicial, a minha persistência e vontade de desenvolver este trabalho, que considero importante para os doentes e para a melhoria dos cuidados que lhes são prestados, e o apoio e ajuda inestimável que tive da Professora Orientadora e do Enfermeiro Chefe, permitiram que formulasse um projeto, que acabou por ser reconhecido pela instituição, para apresentar à Ordem dos Enfermeiros no programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Creio que esta será uma situação que poderá ser um referente de reflexão, para a instituição de saúde, sobre a mais-valia que pode advir da possibilidade de formação dos profissionais, em contexto efetivo de trabalho, e do seu desenvolvimento profissional. É precisamente em contextos de trabalho que emergem dinâmicas de formação, pois os profissionais procuram atribuir sentido ao que fazem e ao caminho que percorrem, dando respostas às necessidades com que o seu serviço se defronta (Caetano, 2003).

Outra das limitações que surgiu durante o meu percurso, sobretudo no primeiro e segundo estágios, diz respeito à falta de pessoal. Infelizmente, os tempos que hoje atravessamos, trouxeram drásticas medidas, especialmente aos contextos da saúde e da educação. É triste perceber que a qualidade dos cuidados aos doentes tende a decrescer, muitas vezes a par da desmotivação dos profissionais. Apesar da Ordem dos Enfermeiros preconizar a melhoria da qualidade dos cuidados, a realidade tende a afastar-se desse ideal. Pude constatar,

especificamente, no que diz respeito ao acompanhamento dos doentes oncológicos sob antineoplásicos orais, que os projetos anteriormente em vigor não constituem uma prioridade para os serviços, dada a falta de pessoal. Voltamos a aproximar-nos de uma lógica mais tecnicista, a do saber-fazer, afastando-nos do saber-ser e do saber-estar, quando este trinómio deveria ser indissociável e complementar.

Por fim, considero como desvantagem o número de doentes que entrevistei. O facto de existirem mais doentes sob terapêutica injetável do que sob terapêutica oral contribuiu para este facto. Procurei, no entanto, participar nas dinâmicas dos serviços por onde passei e conhecer novas experiências e boas práticas, algumas possíveis de aplicar no meu serviço, ainda que estas não se relacionassem com a terapêutica oral antineoplásica.

5. QUESTÕES ÉTICAS

A dimensão ética deste trabalho esteve presente desde a sua projeção até à sua finalização. Utilizei como principais suportes o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009b), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), 1948) e os Princípios da Bioética (Beauchamp & Childress, 2001).

Antes do início dos estágios reuni-me pessoalmente com as chefias dos serviços e dei a conhecer o projeto e os objetivos do mesmo. Foi solicitada, posteriormente, a aprovação oficial das chefias e da Direção. Quando iniciei os estágios, a equipa de enfermagem dos locais estava informada sobre a minha presença e o meu propósito, manifestando-se sempre disponível para me ajudar.

No que diz respeito aos doentes com quem contactei, todos foram informados que eu era uma estudante de pós-licenciatura/mestrado e quais os objetivos do meu trabalho, pelo que pedi o seu consentimento informado para a realização das consultas. Esteve, assim, implícito, o dever de informação previsto no artigo 84º do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009b). De referir que foi fundamental a forma como fui apresentada pelos enfermeiros dos locais, cujos doentes já conhecem, pois permitiu a promoção de um ambiente de abertura, favorecedor da solicitação do consentimento para as consultas e da concretização das mesmas. Considero, também, que as minhas intervenções foram baseadas nos princípios da beneficência e da autonomia, pois agi de acordo com os interesses dos doentes e para o seu benefício, aceitando as suas opiniões e escolhas, de acordo com os seus valores (Beauchamp & Childress, 2001).

A existência de uma consulta de enfermagem para os doentes submetidos a terapêutica oral antineoplásica deve procurar o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança com o doente, de acordo com os seus princípios, crenças, escolhas e valores, respeitando a sua liberdade e dignidade. Aliás, como refere Moreira (2012, p.50), “o respeito pela dignidade humana torna-se significativo (...) em enfermagem uma vez que esta abordagem assenta numa dimensão interacional”. Os princípios de beneficência, autonomia e justiça devem estar presentes, para que todos os doentes sob antineoplásicos orais lucrem do acompanhamento dos profissionais de enfermagem.

6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E PERSPETIVAS FUTURAS

O acompanhamento dos doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica é reconhecido pela literatura, pela AEOP e pela EONS como um desafio e uma necessidade.

É fundamental que os doentes oncológicos neste regime de tratamento sejam acompanhados pelos profissionais de enfermagem e que não sejam outros técnicos ou profissionais de saúde a fazê-lo, pois esta é uma área do domínio de intervenção de enfermagem, para a qual estes profissionais são formados. A promoção e avaliação da adesão à terapêutica são elementares nos cuidados de enfermagem, dada a proximidade que os enfermeiros têm com os doentes/família/cuidadores e os conhecimentos específicos que possuem (quer relacionados com a promoção da saúde, do bem-estar e do autocuidado, quer especificamente relacionados com a terapêutica e estratégias para a gestão da mesma). Todos os elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente os enfermeiros, os médicos e os farmacêuticos, ocupam papéis de relevo no acompanhamento do doente oncológico sob antineoplásicos orais mas que não se devem imiscuir nem sobrepor.

A aproximação dos doentes aos serviços, mesmo fazendo terapêutica em ambulatório, e consequente validação da informação e avaliação da adesão, pode ser conseguida através do *follow-up* telefónico (que também evita a deslocação ao hospital), da existência de uma linha telefónica para apoio e/ou da disponibilização de um diário para registo das toxicidades ou dúvidas. Tive conhecimento da existência de um diário, criado em 2006, para o doente submetido a quimioterapia oral: "Oral Chemotherapy: two month diary", de Oakley e Johnson, que ganhou prémios nacionais e internacionais de boas práticas e de excelência na educação para a saúde (pela EONS). Falei do assunto com duas colegas, que também acharam a ideia interessante, pelo que solicitei aos autores que me disponibilizassem um exemplar, o que foi conseguido com sucesso. Considero importante e interessante a tradução e adaptação deste instrumento para versão portuguesa, dado que os autores demonstraram, nos seus estudos, que a utilização de um diário permite identificar e registar os efeitos secundários, registar as tomas da terapêutica e despistar sinais e sintomas mais ou menos graves, contribuindo

para uma melhor gestão dos sintomas e promoção da adesão terapêutica e do autocuidado (Oakley, Johnson & Ream, 2010). Irei solicitar autorização aos autores para fazer a adaptação do diário, almejando a sua execução em formato eletrónico (tipo *app*), de forma a permitir aos doentes registar os seus efeitos secundários e as suas dúvidas, com acesso direto à equipa de enfermagem.

Acredito que este percurso, que me permitiu o desenvolvimento de competências na área da intervenção de enfermagem ao doente oncológico sob terapêutica oral antineoplásica e a implementação da consulta dirigida a estes doentes, e estas perspetivas futuras terão repercussões positivas nos cuidados aos doentes oncológicos, com o objetivo de promover a adesão à terapêutica e ao autocuidado, evidenciando uma melhoria de cuidados de enfermagem no serviço onde trabalho.

Neste sentido, defendo que é necessário os profissionais de enfermagem estarem em formação contínua, dado o surgimento de novas terapêuticas, da mudança que existe nos próprios doentes (aparentemente mais informados e interessados) e também nas nossas práticas, em que o doente é parceiro nos cuidados e o decisor quanto ao seu processo de saúde/doença. Só assim é possível fazer mais e melhor com os doentes e famílias.

Daí que também seja necessário o desenvolvimento da investigação acerca deste tema, a nível nacional e internacional, no sentido de demonstrar quais as intervenções de enfermagem, e sua importância, na promoção da adesão dos doentes à terapêutica oral antineoplásica. Pretendo contribuir para a divulgação e investigação deste tema, diligenciando parcerias junto da OE, da AEOP e da EONS, já que todas enfatizam e apoiam a investigação e o desenvolvimento de projetos que se traduzam na melhoria dos cuidados prestados à população e na procura de uma prática de excelência.

Por fim, dado que o futuro aponta para o crescimento deste tipo de terapêuticas, é premente que as equipas de enfermagem oncológica retomem, melhorem ou iniciem projetos de acompanhamento e de intervenção para os doentes oncológicos sob antineoplásicos orais. Estes projetos devem incluir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, que traduzam resultados das nossas intervenções e que mostrem a visibilidade e a importância das mesmas para o doente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalização deste relatório constitui uma recompensa pessoal e profissional, traduzindo-se em aprendizagens que me fizeram crescer como pessoa e como profissional-enfermeira. As competências adquiridas e o projeto desenvolvido trazem a gratificação de poder ser uma mais-valia para a enfermagem, para a melhoria dos cuidados e, sobretudo, para as pessoas de quem cuido.

Independentemente dos constrangimentos associados ao percurso, o resultado final representa a postura de reflexão, atualização e desenvolvimento que procurei ter para os minimizar. As competências que desenvolvi de enfermeira especialista permitem posicionar-me como enfermeira perita na área que trabalhei pois, segundo Benner (2001, p.58),

a enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (...) para passar ao estado de compreensão da situação ao acto apropriado. A perita (...) compreende, de maneira intuitiva, cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. (...) ela age a partir de uma compreensão profunda da situação global.

Os locais de estágio e as possibilidades dadas pelos enfermeiros orientadores, para além de permitirem o desenvolvimento de competências, deram-me a oportunidade de refletir sobre outras práticas e dinâmicas, transportando as melhores para a minha própria prática profissional e contexto de trabalho. Fico satisfeita por poder ter mudado, no meu próprio contexto de trabalho, algumas práticas, nomeadamente a promoção da utilização de equipamentos de proteção individual, o término da quimioterapia em bólus e a instalação de um sistema de ventilação para a sala de quimioterapia.

Creio que o projeto que iniciei, de acompanhamento aos doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica e promoção da adesão e autocuidado, trará indicadores positivos dos cuidados de enfermagem prestados, com consequentes vantagens para os doentes e repercussão positiva no seu percurso saúde-doença.

A realização deste trabalho, e deste projeto, dotou-me, também, da consciência da necessidade contínua de melhoria da prática, baseada na evidência, e da procura dos cuidados de excelência, numa perspetiva de desenvolvimento pessoal e profissional permanente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Revista Referência*, 6, 55-59.
- Almeida, M.J.F. (2007). Breves considerações sobre biologia molecular do cancro: Conceito de terapêutica dirigida. *Onco.News*, 1, 4-10.
- Andrade, M.I.C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.News*, 21, 27-31.
- Barton, D. (2011). Oral agents in cancer treatment: The context for adherence. *Seminars in Oncology Nursing*, 27(2), 104-115.
- Batista, E.M.M. (2012). *Avaliação da adesão à terapêutica farmacológica com antineoplásicos orais*. Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5ªed). New York: Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Caetano, A.P. (2003). *Processos participativos e investigativos na mudança dos professores e da escola*. Lisboa: Ministério da Educação/Departamento da Educação Básica.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C. & Reis, D. (n.d.). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 10-18. Acedido março 28, 2014, em http://www.psilogos.com/Revista/Vol6N1/Indice9_ficheiros/Cardoso%20et%20al%20_%20p8-19.pdf
- Cavaco, A. & Várzea, D. (2010). Contribuição para o estudo de folhetos informativos nas farmácias portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 179-186.
- CIPE (2010). Browser CIPE [em linha]. *Ordem dos Enfermeiros Web site*. Acedido em setembro 15, 2014, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A. & Cordeiro, S. (2005). *O Cancro e a qualidade de vida: A quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro*. Sintra: Novartis.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016: 3.3. Eixo estratégico – Qualidade em saúde*. Acedido em outubro 10, 2013, em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

- Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal – Doenças oncológicas em números: 2013*. Lisboa: Autor.
- European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum (4ed)*. Acedido em março 3, 2014, em http://www.cancernurse.eu/education/eons_cancer_nursing_curriculum.html
- Fleury, M.T.L. & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *RAC*, 183-196. Acedido em setembro 9, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>
- Hartigan, K. (2003). Patient education: The cornerstone of successful oral chemotherapy treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7(6), 21-24.
- Hernandez, F. & Ventura, M. (1998). *A organização do currículo por projetos de trabalho: o conhecimento é um caleidoscópio*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Howell, D., et al. (Eds.) (2009). A pan-canadian clinical practice guideline: Assessment of psychosocial health care needs of the adult cancer patient [em linha]. *Partnership Against Cancer Web site*. Acedido em dezembro 15, 2013, em <http://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/AdultAssesmentGuideline122109.pdf>
- Infarmed (n.d.). Avaliação biodisponibilidade/bioequivalência [em linha]. *Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (Infarmed) Web site*. Acedido em junho 3, 2014, em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/AVALIACAO_TECNICO_CIENTIFICA/AVALIACAO_DISPONIBILIDADE_EQUIVALENCIA
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. (n.d.). Quadro Conceptual [em linha]. *Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. (IPOLFG) Web site*. Acedido em maio 28, 2014, em <http://www.ipolisboa.min-saude.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=1224>
- International Agency for Research on Cancer (2012). Country Factsheets [em linha]. *European Cancer Observatory (ECO) Web site*. Acedido em março 15, 2014, em <http://eco.iarc.fr/EUCAN/Country.aspx?ISOCountryCd=930>
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Lopes, C. & Pereira, M.G. (2005). *O doente oncológico e a sua família (2ªed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Machado, M.M.P. (2009). *Adesão ao regime terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Tese de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho, Portugal.
- Machado, M.M.T., Leitão, G.C.M. & Holanda, F.U.X. (2005). O conceito de ação comunicativa: Uma contribuição para a consulta de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(5). Acedido em dezembro 15, 2013, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500017
- Marques, P.A.C. (2006). *Pacientes com câncer em tratamento ambulatorial em um hospital privado: atitudes frente à terapia com antineoplásicos orais e locus de controle de saúde*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, Brasil.
- Martins, L. (2004). Aspectos éticos em oncologia: Cuidados em oncologia - Uma reflexão. In M.E. Bilro & A.G. Cruz (coords), *Enfermagem Oncológica*, 181-191. Coimbra: Formasau.
- Mohallem, A.G.C. & Rodrigues, A.B.. (orgs.) (2007). *Enfermagem Oncológica*. Tamboré: Editora Manole.
- Moreira, I.M.P.B. (2012). *Competências do familiar cuidador da pessoa com doença oncológica em quimioterapia*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Oakley, C., Johnson, J. & Ream, E. (2010). Developing an intervention for cancer patients prescribed oral chemotherapy: A generic patient diary. *European Journal of Cancer Care*, 19, 21-28.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde [em linha]*. *Ordem dos Enfermeiros Web site*. Acedido em setembro 15, 2014, em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009a). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®)*. Acedido em outubro 10, 2013, em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cipe_adesaotratamento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009b). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Autor.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Autor.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). Missouri: Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade em Enfermagem da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Coimbra: Autor.
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Acedido em outubro 10, 2013, em http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
- Organização Mundial de Saúde (2014). Media Centre: Cancer [em linha]. *World Health Organization (WHO) Web site*. Acedido em fevereiro 23, 2014, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Partridge, A.H., Avorn, J., Wang, P.S., & Winer, E.P. (2002). Adherence to therapy with oral antineoplastic agents. *Journal of the National Cancer Institute*, 94 (9), 652-660.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, Entrevista e Relação de Ajuda*. Loures: Lusociência.
- Portal de Oncologia Português (n.d.). O cancro [em linha]. *Portal de Oncologia Português (POP) Web site*. Acedido em fevereiro 23, 2014, em <http://www.pop.eu.com/portal/publico-geral/o-cancro2.html>
- Portaria n.º 19/2012 de 20 de janeiro. *Diário da República n.º 15 – I Série*. Ministério da Saúde
- Ruddy, K., Mayer, E. & Partridge, A. (2009). Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. *Cancer Journal for Clinicians*, 59(1), 56-66.
- Serrano, M.T.P., Costa, A.S.M.C. & Costa, N.M.V.N. (2011). Cuidar em enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III (3), 15-23.
- Sousa, D. (n.d.). Competências e saberes em enfermagem [em linha]. *Ordem dos Enfermeiros Web site*. Acedido em fevereiro 1, 2014, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Compet%C3%A2ncias%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf>
- Thivat, E., *et al.* (2012). Adherence with oral oncologic treatment in cancer patients: interest of an adherence score of all dosing errors. *Oncology*, 84, 67-74

- Timmers, L., *et al.* (2012). The use of capecitabine in daily practice: a study on adherence and patients' experiences. *Patient Preference and Adherence*, 6, 741-748.
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Verbrugghe, M., Verhaeghe, S., Lauwaert, K., Beeckman, D. & Van Hecke, A. (2013). Determinants and associated factors influencing medication adherence and persistence to oral anticancer drugs: a systematic review. *Cancer Treatments Reviews*, 39, 610-621.
- Winkeljohn, D. (2010). Adherence to oral cancer therapies: Nursing interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 461-466.
- Wood, L. (2012). A review on adherence management in patients on oral cancer therapies. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 432-438

Apêndices

APÊNDICE I

ANTINEOPLÁSICOS ORAIS – INFORMAÇÕES GERAIS

Antineoplásicos Orais – Informações Gerais

Advertências Especiais:

- Tome sempre a dose correta: em caso de esquecimento de uma toma não deverá compensar na toma seguinte (se tal acontecer deve contactar o seu médico/enfermeiro);
- Cumpra as orientações do seu médico/enfermeiro/farmacêutico;
- Não se automedique;
- Não dê a sua medicação a tomar a outras pessoas;
- Mantenha a sua medicação longe do alcance das crianças;
- Deve lavar as mãos antes e depois de mexer na medicação;
- Grávidas não devem manipular a sua medicação;
- Se outra pessoa manipular os seus comprimidos deve usar máscara e luvas;
- Nem todos os comprimidos podem ser partidos ou esmagados: informe-se junto do seu médico/enfermeiro/farmacêutico;
- Caso interrompa o seu tratamento deve devolver a sua medicação à equipa de saúde.

Efeitos Secundários:

- Sinal Vermelho
 - Se dor no peito e dificuldade em respirar: contacte o 112;
 - Se mal-estar geral; sintomas de gripe; temperatura >38°C; vómitos; diarreia (+ de 4 dejeções em 24h); hemorragias; dificuldade em engolir: recorra ao Serviço de Atendimento Não Programado.
- Sinal Amarelo
 - Se dificuldade em engolir mas consegue alimentar-se; comichão, alterações ou dor na pele; lacrimejo; aumento da dor; constipação; náuseas; diarreia (2 a 4 dejeções em 24h): contacte Enfermeiros das Consultas de Oncologia Médica e Hematologia nas primeiras 24h após sintomatologia.
- Sinal Verde
 - Se fadiga/cansaço; alterações na pele sem dor ou comichão; alterações do humor; dificuldade em adaptar-se ao tratamento; perda de apetite: contacte Enfermeiros das Consultas de Oncologia Médica e Hematologia nas primeiras 48h após sintomatologia.

Contactos Úteis:

Consultas de Oncologia Médica e Hematologia (dias úteis 9-17h): 21XXXXXXX

Hospital de Dia (dias úteis 8-20h; Sáb 8-13h; Feriados 8-15h): 21XXXXXXX

Atendimento não programado (24horas):21XXXXXXX

APÊNDICE II

QUADRO SÍNTESE: TERAPÊUTICA ORAL ANTINEOPLÁSICA

Quadro Síntese: Terapêutica Oral Antineoplásica

Quimioterapia Oral			
Agente	Indicações Aprovadas (FDA ⁷)	Considerações Especiais	Efeitos Secundários
Ciclofosfamida	Gama muito ampla de malignidades sólidas e hematológicas	Dose oral entre os 1-5mg/kg/dia; pode ser usada como terapia de manutenção; hidratação contínua é essencial para evitar cistite hemorrágica; vigiar cardiomiopatias	Náuseas, vômitos, leucopenia, amenorreia, alopecia, cardiomiopatia, cistite hemorrágica, infertilidade
Melfalan	Tratamento para mieloma múltiplo e tumores epiteliais do ovário	Alimentos reduzem absorção (tomar em jejum); pode ocorrer supressão da medula óssea ou falência de órgãos (verificar risco/benefício durante o tratamento)	Estomatite, malignidades secundárias, supressão da medula óssea, insuficiência renal aguda
Clorambucil	Linfoma de Hodgkin e não-Hodgkin, Leucemia Linfocítica Crônica	Avaliar risco de infecção; encaminhar (quando aplicável) para recursos de fertilidade	Supressão da medula óssea, neuropatia periférica, convulsões, hipertermia, malignidades secundárias, infertilidade
Metotrexato	Gama muito ampla de tumores sólidos, Linfoma não-Hodgkin, Leucemia Linfocítica Aguda	Alimentos reduzem absorção e diminuem pico de concentração; atenção à hidratação; toxicidade gastrointestinal pode ser exacerbada com o uso de AINE's	Fotossensibilidade, rash, alopecia, diarreia, anorexia, náuseas, vômitos, estomatite, supressão da medula óssea, disfunção hepática/pulmonar/renal
Capecitabina	Cancro cólon (adjuvante e metastática), Cancro mama metastizada	Pode fazer-se com docetaxel, bevacizumab, oxaliplatina e sorafenib; toma 2 vezes/dia (até 30' após refeição); verificar INR regularmente se varfarina; não usar produtos com aloe vera	Supressão da medula óssea, dermatite, síndrome mão-pé, estomatite, náuseas, vômitos, diarreia/obstipação, fadiga, anorexia, dor abdominal
Etoposido	Pequenas células do pulmão, cancro testicular refratário	Comprimidos têm de ser guardados no frigorífico; ingestão de álcool não recomendada; sumo de toranja reduz absorção	Mielosupressão, alopecia, diarreia, anorexia, náuseas, vômitos, astenia, hipertermia, tremores, mucosite
Temozolamida	Astrocitoma anaplásico refratário	Recomendado tomar de estômago vazio ou ao deitar com copo de água cheio; é usado com a terapia de radiação para glioblastoma multiforme ou como terapia de manutenção	Obstipação, náuseas, vômitos, cefaleias, convulsões, fadiga, malignidades secundárias
Vinorelbina	Cancro mama metastizada, Cancro pulmão não-pequenas células, mesotelioma	Doentes com insuficiência hepática grave ou problemas com a absorção intestinal; Doentes com oxigenoterapia (crônica)	Supressão da medula óssea, fadiga, obstipação/diarreia, alopecia, neuropatia periférica, infertilidade, mucosite, xerostomia, mialgias/artralgias, alterações no paladar, insónias

⁷ United States Food and Drug Administration

Terapêutica Target			
Agente	Indicações Aprovadas (FDA)	Considerações Especiais	Efeitos Secundários
Sunitinib	Carcinoma células renais avançado, tumores estroma gastrointestinais (intolerantes ao imatinib)	Evitar hipericão/erva S.João; monitorizar insuficiência adrenal pos-stress; semi-vida de 40 a 60 horas; monitorizar TA e função tiroideia; evitar sumo toranja	Hipertensão, alterações na pele, supressão da medula óssea, hipotiroidismo, astenia/fadiga, diarreia, anorexia, náuseas, vômitos, alterações no paladar, mucosite, embolia pulmonar, perfuração gastrointestinal, disfunção ventricular esquerda
Sorafenib	Carcinoma hepatocelular irresecável, cancro células renais avançado	Risco hemorrágico em concomitância com varfarina; alimentos com alto teor de gordura reduzem biodisponibilidade; tomar de estômago vazio; monitorizar TA; evitar sumo de toranja	Alopecia, alterações pele (sobretudo mão-pé), rash, perda de peso, dor abdominal, diarreia, anorexia, náuseas, fadiga, aumento amilase/lipase, hipertensão, cefaleias, insuficiência cardíaca congestiva, hemorragia, diminuição fosforo
Erlotinib	Cancro do pâncreas, cancro do pulmão de não-pequenas células	Fumar diminui concentrações; alimentos aumentam absorção (tomar de estômago vazio); evitar sumo de toranja	Rash, edemas, dor abdominal, fadiga, diarreia, dores osteoarticulares, mialgias, alopecia, ansiedade, AVC, trombose veias profundas, perfuração gastrointestinal
Imatinib	Leucemia mieloide crónica, Leucemia linfocítica aguda, tumores estroma gastrointestinais, síndrome mielodisplásico	Vigiar inibidores CYP2D6 (paroxetina, fluoxetina); não esmagar; pode dissolver em água ou sumo de maçã; tomar durante a refeição e com bastante água; necessária contraceção; monitorizar transaminases; evitar sumo toranja	Rash, edemas, diarreia, náuseas, vômitos, fadiga, supressão da medula óssea, artralgias/mialgias, cólicas, dor músculo-esquelética, cefaleias, tonturas, insónias, tosse, calafrios
Lenalidomida	Mieloma múltiplo, síndrome mielodisplásico	Contraceção (não doar esperma até 4 semanas após tratamento); tomar com água; não esmagar/mastigar ou abrir capsulas; excreção renal; menor ligação às proteínas	Edemas periféricos, rash, prurido, obstipação/diarreia, náuseas, artralgias, cólicas, fadiga, tonturas, insónias, cefaleias, pneumonia, trombose, supressão medula óssea, fibrilação atrial
Talidomida	Mieloma múltiplo	Tomar com água 1 hora ou mais após ultima refeição; excreção renal; malformações feto	Edemas, neuropatia periférica, rash, hipocalcemia, obstipação, náuseas, leucopenia, confusão, sonolência, tremores, trombose
Abiraterona	Cancro próstata metastático resistente à castração	Usar com precaução em pessoas com doença cardiovascular; monitorizar TA, níveis potássio, edemas; insuficiência adrenocortical; hepatotoxicidade; alimentos aumentam absorção (deve ser tomado de estômago vazio)	Edemas, hipocaliemia, dor muscular, diarreia, infeções urinárias, afrontamentos, tosse, hipertensão, arritmias, nocturia, polaquiuria, nocturia, dispepsia, infeções respiratorios
Enzalutamida	Cancro próstata metastático resistente à castração	Ver uso concomitante com outros medicamentos (deve evitar-se a coadministração com anticoagulantes tipo varfarina); problemas hepáticos ou renais	Cefaleias, neutropenia, ansiedade, alucinações visuais, perda de memória, hipertensão, convulsões
Lapatinib	Cancro da mama avançado e metastático	Evitar sumo de toranja; atenção aos inibidores CYP3A4; alimentos aumentam exposição sistémica; tomar 1 hora antes/após refeições: se prescrito com capecitabina, esta é tomada com a refeição (reforçar o ensino das tomas)	Reação pele mão-pé, rash, diarreia, náuseas, vômitos, anemia, fadiga, indigestão, dor nas extremidades, cefaleias, dores dorsolombares, diminuição função ventrículo esquerdo

Pazopanib	Cancro células renais avançado	Evitar sumo de toranja; alimentos aumentam absorção (tomar 1 hora antes ou 2 horas depois da refeição); não esmagar	Hipertensão, hiperglicemia, diminuição fósforo e magnésio, diarreia, náuseas, vômitos, fadiga, supressão da medula óssea, hipotireoidismo
Everolimus	Cancro células renais avançado	Usar protetor solar; evitar sumo toranja e hipericão/erva São João; usar contraceção durante e até 2 meses após tratamento; alimentos reduzem absorção; não esmagar ou mastigar; tomar com copo de água	Hiperglicemia, aumento do colesterol e triglicéridos, rash, fadiga/astenia, febre, diarreia, náuseas, vômitos, anorexia, mucosite, aumento creatinina e função hepática, edemas periféricos, hipertensão, derrame pleural

APÊNDICE III

**INFORMAÇÃO PARA OS DOENTES E FAMILIARES – GUIAS
TERAPÊUTICOS**

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

ACETATO DE ABIRATERONA (ZYTIGA®)

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

O acetato de abiraterona é utilizado em combinação com a Prednisolona (5mg). Cada comprimido de acetato de abiraterona tem 250mg. O seu tratamento é de 1000mg por dia, ou seja, quatro (4) comprimidos. Os quatro comprimidos devem ser tomados juntos, com água, de estômago vazio (pelo menos 2 horas após a ingestão de alimentos e não devem ser ingeridos alimentos durante 1 hora após a toma – pode tomar em jejum mas só pode comer 1 hora após a toma).

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Vigie a sua tensão arterial e frequência cardíaca.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS - O QUE FAZER EM CASO DE:

Tonturas/desmaios, batimentos cardíacos rápidos ou irregulares, confusão	Contacte o seu médico ou a equipa de enfermagem do Hospital de Dia IMEDIATAMENTE
---	---

Dores articulares e musculares	Caso as dores interfiram com as suas atividades diárias entre em contacto com o médico ou com a equipa de enfermagem do Hospital de Dia
---------------------------------------	---

Afrontamentos	Deve utilizar roupa confortável (de preferência de algodão); deve evitar cafeína, álcool, comidas picantes e muito condimentadas
Diarreia	Beba e coma em pequenas quantidades; evite alimentos ricos em fibras e fritos; aumente a ingestão de líquidos (p.e.: água, chá preto ou coca-cola); evite o café, leite, álcool e doces; evite medicamentos não prescritos pelo médico; contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia se os episódios se tornarem frequentes
Cansaço	Durante o tratamento tente criar momentos de repouso; limite as suas atividades (trabalhe em tempo parcial, partilhe as tarefas com familiares e amigos); faça uma dieta equilibrada; tente dormir o número de horas adequado; procure distrações que goste e diminuam o stress
Edemas	Evite muitas horas em pé; deve sentar e dormir com as pernas elevadas; se o edema for generalizado (face, mãos, pernas/pés) deve contactar o seu médico ou a equipa de enfermagem do Hospital de Dia
Náuseas	Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas
Perda de apetite	Faça refeições pequenas e aumente o número de refeições diárias; faça uma alimentação variada e escolha alimentos do seu agrado

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

CAPECITABINA (XELODA®)

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Deve tomar os comprimidos após a refeição (pequeno-almoço e jantar).

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Evite produtos que contenham aloé vera.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Diminuição dos glóbulos brancos

Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia; não tome qualquer tipo de medicação para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e. varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno

Alterações da pele

Evite usar produtos de higiene agressivos para a pele; prefira sabonetes com pH neutro; aplique creme

	<p>hidratante no rosto (2x dia) e corpo; se usar maquilhagem opte por produtos não oclusivos (sem óleo); seque a pele com toalhas de algodão e sem esfregar; os homens devem barbear-se com máquina; beba água</p>
Síndrome mão-pé	<p>Evite usar calçado apertado; quando lavar as mãos faça-o com água morna e seque-as suavemente; aplique um creme hidratante nas mãos e pés duas vezes dia; caso sinta dor nas mãos ou nos pés, surjam bolhas ou fiquem muito ruborizadas (avermelhadas) contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia</p>
Mucosite (feridas na boca e garganta)	<p>Lave sempre os dentes depois de comer e ao deitar, com uma escova macia; evite alimentos muito condimentados, muito ácidos, muito quentes ou muito frios; use um batom hidratante; pode fazer bochechos com os produtos fornecidos no Hospital de Dia</p>
Náuseas/vómitos	<p>Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas</p>
Diarreia	<p>Beba e coma em pequenas quantidades; evite alimentos ricos em fibras e fritos; aumente a ingestão de líquidos (p.e.: água, chá preto ou coca-cola); evite o café, leite, álcool e doces; evite medicamentos não prescritos pelo médico; contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia se os episódios se tornarem frequentes</p>
Cansaço	<p>Durante o tratamento tente criar momentos de</p>

	repouso; limite as suas atividades (trabalhe em tempo parcial, partilhe as tarefas com familiares e amigos); faça uma dieta equilibrada; tente dormir o número de horas adequado; procure distrações que goste e diminuam o stress
Perda de apetite	Faça refeições pequenas e aumente o número de refeições diárias; faça uma alimentação variada e escolha alimentos do seu agrado
Dores abdominais	Caso as dores interfiram com as suas atividades diárias entre em contacto com o médico ou com a equipa de enfermagem do Hospital de Dia
Insónias	Evite bebidas com cafeína; evite ver televisão no quarto; use técnicas de relaxamento

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

CHLORAMBUCIL (LEUKERAN®)

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Deve tomar os comprimidos com bastante água, durante a refeição.

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Convulsões

Deve contactar o 112 IMEDIATAMENTE

Diminuição dos glóbulos brancos

Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia; não tome qualquer tipo de medicação para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e. varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno

Neuropatia periférica (formigueiro)

Se possível evite ar frio (use luvas) e manipular coisas frias.

Náuseas/vómitos

Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas

Alterações da pele

Evite usar produtos de higiene agressivos para a pele; prefira sabonetes com pH neutro; aplique creme hidratante no rosto (2x dia) e corpo; se usar maquilhagem opte por produtos não oclusivos (sem óleo); seque a pele com toalhas de algodão e sem esfregar; os homens devem barbear-se com máquina; beba água

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

CICLOFOSFAMIDA (CITOXAN®)

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Deve tomar os comprimidos durante o dia.

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Ingira líquidos (preferencialmente água) durante o tratamento.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Náuseas/vómitos

Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas

Diminuição dos glóbulos brancos

Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia; não tome qualquer tipo de medicação

para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e. varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno

Alopecia (queda de cabelo)

A perda de cabelo é parcial mas também pode afetar as sobrancelhas, pestanas e pelos da região púbica. Pode optar por utilizar uma prótese capilar (peruca ou cabeleira), gorros, chapéus ou lenços; no Inverno é normal sentir frio no couro cabeludo, no Verão deve proteger o couro cabeludo do sol; quando o cabelo recomeçar a crescer é normal que sinta prurido (comichão); se a perda de cabelo for parcial use um champô suave e evite secar o cabelo com secador a temperaturas elevadas; não pinte o cabelo nem use laca, gel, espuma ou outros produtos similares

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

ENZALUTAMIDA (XTANDI®)

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

A dose recomendada é de 160mg (quatro comprimidos por dia), mas pode ser ajustada de acordo com as indicações do seu médico.

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (sobretudo se faz anticoagulantes mas também outros suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Convulsões

Deve contactar o 112 IMEDIATAMENTE

Diminuição dos glóbulos brancos

Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia; não tome qualquer tipo de medicação para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e. varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno

Dores de cabeça

Caso as dores interfiram com as suas atividades diárias

entre em contacto com o médico ou com a equipa de enfermagem do Hospital de Dia

Hipertensão

Pode fazer medicação SOS se a tiver prescrita; caso não tenha e mantiver valores fora do normal deve contactar o seu médico assistente ou médico de família

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

ERLOTINIB (TARCEVA®)

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Deve tomar o comprimido uma hora antes ou duas horas depois da ingestão de alimentos.

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Evite sumo de toranja.

Deve evitar usar lentes de contacto durante o tratamento e até 14 dias após o seu término.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Rash (alterações da pele)

Evite usar produtos de higiene agressivos para a pele; prefira sabonetes com pH neutro; aplique creme hidratante no rosto (2x dia) e corpo; se usar maquilhagem opte por produtos não oclusivos (sem óleo); seque a pele com toalhas de algodão e sem esfregar; os homens devem barbear-se com máquina; beba água

Alopecia (queda de cabelo)

A perda de cabelo é parcial mas também pode afetar

as sobrancelhas, pestanas e pelos da região púbica. Pode optar por utilizar uma prótese capilar (peruca ou cabeleira), gorros, chapéus ou lenços; no Inverno é normal sentir frio no couro cabeludo, no Verão deve proteger o couro cabeludo do sol; quando o cabelo recomeçar a crescer é normal que sinta prurido (comichão); se a perda de cabelo for parcial use um champô suave e evite secar o cabelo com secador a temperaturas elevadas; não pinte o cabelo nem use laca, gel, espuma ou outros produtos similares

Edemas

Evite muitas horas em pé; deve sentar e dormir com as pernas elevadas; se o edema for generalizado (face, mãos, pernas/pés) deve contactar o seu médico ou a equipa de enfermagem do Hospital de Dia

Dores osteoarticulares e musculares

Caso as dores interfiram com as suas atividades diárias entre em contacto com o médico ou com a equipa de enfermagem do Hospital de Dia

Cansaço

Durante o tratamento tente criar momentos de repouso; limite as suas atividades (trabalhe em tempo parcial, partilhe as tarefas com familiares e amigos); faça uma dieta equilibrada; tente dormir o número de horas adequado; procure distrações que goste e diminuam o stress

Diarreia

Beba e coma em pequenas quantidades; evite alimentos ricos em fibras e fritos; aumente a ingestão de líquidos (p.e.: água, chá preto ou coca-cola); evite o café, leite, álcool e doces; evite medicamentos não prescritos pelo médico; contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia se os episódios se tornarem frequentes

Náuseas/vómitos

Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas

Mucosite (feridas na boca e garganta)

Lave sempre os dentes depois de comer e ao deitar, com uma escova macia; evite alimentos muito condimentados, muito ácidos, muito quentes ou muito frios; use um batom hidratante; pode fazer bochechos com os produtos fornecidos no Hospital de Dia

Diminuição dos glóbulos brancos

Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia; não tome qualquer tipo de medicação para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e. varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno

Perda de apetite

Faça refeições pequenas e aumente o número de refeições diárias; faça uma alimentação variada e escolha alimentos do seu agrado

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

ETOPOSIDO

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Pode tomar os comprimidos à refeição.

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos. Deve guardar os comprimidos no frigorífico.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Evite sumo de toranja e bebidas alcoólicas durante o tratamento.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Diminuição dos glóbulos brancos

Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia; não tome qualquer tipo de medicação para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e. varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno

Alopecia (queda de cabelo)

A perda de cabelo é parcial mas também pode afetar

as sobrancelhas, pestanas e pelos da região púbica. Pode optar por utilizar uma prótese capilar (peruca ou cabeleira), gorros, chapéus ou lenços; no Inverno é normal sentir frio no couro cabeludo, no Verão deve proteger o couro cabeludo do sol; quando o cabelo recomeçar a crescer é normal que sinta prurido (comichão); se a perda de cabelo for parcial use um champô suave e evite secar o cabelo com secador a temperaturas elevadas; não pinte o cabelo nem use laca, gel, espuma ou outros produtos similares

Diarreia

Beba e coma em pequenas quantidades; evite alimentos ricos em fibras e fritos; aumente a ingestão de líquidos (p.e.: água, chá preto ou coca-cola); evite o café, leite, álcool e doces; evite medicamentos não prescritos pelo médico; contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia se os episódios se tornarem frequentes

Perda de apetite

Faça refeições pequenas e aumente o número de refeições diárias; faça uma alimentação variada e escolha alimentos do seu agrado

Náuseas/vómitos

Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas

Cansaço

Durante o tratamento tente criar momentos de repouso; limite as suas atividades (trabalhe em tempo parcial, partilhe as tarefas com familiares e amigos); faça uma dieta equilibrada; tente dormir o número de

horas adequado; procure distrações que goste e diminuam o stress

Mucosite (feridas na boca e garganta)

Lave sempre os dentes depois de comer e ao deitar, com uma escova macia; evite alimentos muito condimentados, muito ácidos, muito quentes ou muito frios; use um batom hidratante; pode fazer bochechos com os produtos fornecidos no Hospital de Dia

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

EVEROLÍMUS (AFINITOR®)

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Deve tomar os comprimidos com água, de preferência fora da refeição.

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo (deve continuar a usar contraceção até 2 meses após término do tratamento).

Evite sumo de toranja e erva de São João (hipericão).

Utilize protetor solar (mínimo 30), mesmo no Inverno.

Vigie a sua tensão arterial e, se for diabético, a sua glicemia.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER EM CASO DE:

Dor no peito ou dificuldade respiratória

Contacte o seu médico ou a equipa de enfermagem do Hospital de Dia IMEDIATAMENTE

Hiperglicemia ou hipertensão

Pode fazer medicação SOS se a tiver prescrita; caso não tenha e mantiver valores fora do normal deve contactar o seu médico ou médico de família

Rash (alterações da pele)

Evite usar produtos de higiene agressivos para a pele; prefira sabonetes com pH neutro; aplique

	<p>creme hidratante no rosto (2x dia) e corpo; se usar maquilhagem opte por produtos não oclusivos (sem óleo); seque a pele com toalhas de algodão e sem esfregar; os homens devem barbear-se com máquina; beba água</p>
Cansaço	<p>Durante o tratamento tente criar momentos de repouso; limite as suas atividades (trabalhe em tempo parcial, partilhe as tarefas com familiares e amigos); faça uma dieta equilibrada; tente dormir o número de horas adequado; procure distrações que goste e diminuam o stress</p>
Febre	<p>Se superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia</p>
Diarreia	<p>Beba e coma em pequenas quantidades; evite alimentos ricos em fibras e fritos; aumente a ingestão de líquidos (p.e.: água, chá preto ou coca-cola); evite o café, leite, álcool e doces; evite medicamentos não prescritos pelo médico; contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia Médico se os episódios se tornarem frequentes</p>
Náuseas/vómitos	<p>Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia Médico: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas</p>
Perda de apetite	<p>Faça refeições pequenas e aumente o número de refeições diárias; faça uma alimentação variada e escolha alimentos do seu agrado</p>
Mucosite (feridas na boca e	<p>Lave sempre os dentes depois de comer e ao</p>

garganta)

deitar, com uma escova macia; evite alimentos muito condimentados, muito ácidos, muito quentes ou muito frios; use um batom hidratante; pode fazer bochechos com os produtos fornecidos no Hospital de Dia

Edemas

Evite muitas horas em pé; deve sentar e dormir com as pernas elevadas

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

IMATINIB (GLIVEC®)

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Deve tomar os comprimidos com bastante água, durante a refeição.

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos (pode dissolver em água ou sumo de maçã).

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Evite sumo de toranja.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Rash (alterações da pele)

Evite usar produtos de higiene agressivos para a pele; prefira sabonetes com pH neutro; aplique creme hidratante no rosto (2x dia) e corpo; se usar maquilhagem opte por produtos não oclusivos (sem óleo); seque a pele com toalhas de algodão e sem esfregar; os homens devem barbear-se com máquina; beba água

Edemas

Evite muitas horas em pé; deve sentar e dormir com as pernas elevadas; se o edema for generalizado (face,

	mãos, pernas/pés) deve contactar o seu médico ou a equipa de enfermagem do Hospital de Dia
Diarreia	Beba e coma em pequenas quantidades; evite alimentos ricos em fibras e fritos; aumente a ingestão de líquidos (p.e.: água, chá preto ou coca-cola); evite o café, leite, álcool e doces; evite medicamentos não prescritos pelo médico; contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia se os episódios se tornarem frequentes
Náuseas/vómitos	Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas
Diminuição dos glóbulos brancos	Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia; não tome qualquer tipo de medicação para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e. varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno
Cansaço	Durante o tratamento tente criar momentos de repouso; limite as suas atividades (trabalhe em tempo parcial, partilhe as tarefas com familiares e amigos); faça uma dieta equilibrada; tente dormir o número de horas adequado; procure distrações que goste e diminuam o stress
Dores articulares, musculares, cólicas e dores	Caso as dores interfiram com as suas atividades diárias entre em contacto com o médico ou com a equipa de

de cabeça

enfermagem do Hospital de Dia

Insónias

Evite bebidas com cafeína; evite ver televisão no quarto; use técnicas de relaxamento

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

LAPATINIB (TYVERB®)

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Deve tomar o comprimido uma hora antes ou uma hora após refeição (exceto se estiver a fazer juntamento com capecitabina).

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Evite sumo de toranja.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Rash (alterações da pele)

Evite usar produtos de higiene agressivos para a pele; prefira sabonetes com pH neutro; aplique creme hidratante no rosto (2x dia) e corpo; se usar maquilhagem opte por produtos não oclusivos (sem óleo); seque a pele com toalhas de algodão e sem esfregar; os homens devem barbear-se com máquina; beba água

Síndrome mão-pé

Evite usar calçado apertado; quando lavar as mãos faça-o com água morna e seque-as suavemente;

aplique um creme hidratante nas mãos e pés duas vezes dia; caso sinta dor nas mãos ou nos pés, surjam bolhas ou fiquem muito ruborizadas (avermelhadas) contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia

Diarreia

Beba e coma em pequenas quantidades; evite alimentos ricos em fibras e fritos; aumente a ingestão de líquidos (p.e.: água, chá preto ou coca-cola); evite o café, leite, álcool e doces; evite medicamentos não prescritos pelo médico; contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia se os episódios se tornarem frequentes

Náuseas/vómitos

Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas

Cansaço

Durante o tratamento tente criar momentos de repouso; limite as suas atividades (trabalhe em tempo parcial, partilhe as tarefas com familiares e amigos); faça uma dieta equilibrada; tente dormir o número de horas adequado; procure distrações que goste e diminuam o stress

Perda de apetite

Faça refeições pequenas e aumente o número de refeições diárias; faça uma alimentação variada e escolha alimentos do seu agrado

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

LENALIDOMIDA (REVLIMID®)

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Deve tomar os comprimidos com água.

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Diminuição dos glóbulos brancos

Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia; não tome qualquer tipo de medicação para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e. varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno

Rash (Alterações da pele)

Evite usar produtos de higiene agressivos para a pele; prefira sabonetes com pH neutro; aplique creme hidratante no rosto (2x dia) e corpo; se usar

	<p>maquilhagem opte por produtos não oclusivos (sem óleo); seque a pele com toalhas de algodão e sem esfregar; os homens devem barbear-se com máquina; beba água</p>
Náuseas/vómitos	<p>Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas</p>
Diarreia	<p>Beba e coma em pequenas quantidades; evite alimentos ricos em fibras e fritos; aumente a ingestão de líquidos (p.e.: água, chá preto ou coca-cola); evite o café, leite, álcool e doces; evite medicamentos não prescritos pelo médico; contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia se os episódios se tornarem frequentes</p>
Obstipação (prisão de ventre)	<p>Aumente a ingestão de líquidos; ingira alimentos ricos em fibra (exceto se a sua dieta não permitir ou se estiver a tomar opiáceos); tente fazer atividade física; cumpra a medicação laxante prescrita</p>
Cansaço	<p>Durante o tratamento tente criar momentos de repouso; limite as suas atividades (trabalhe em tempo parcial, partilhe as tarefas com familiares e amigos); faça uma dieta equilibrada; tente dormir o número de horas adequado; procure distrações que goste e diminuam o stress</p>
Edemas	<p>Evite muitas horas em pé; deve sentar e dormir com as pernas elevadas; se o edema for generalizado (face, mãos, pernas/pés) deve contactar o seu médico ou a equipa de enfermagem do Hospital de Dia</p>

Dores articulares e dores de cabeça

Caso as dores interfiram com as suas atividades diárias entre em contacto com o médico ou com a equipa de enfermagem do Hospital de Dia

Insónias

Evite bebidas com cafeína; evite ver televisão no quarto; use técnicas de relaxamento

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

MELFALAN

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Deve tomar os comprimidos em jejum.

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Diminuição dos glóbulos brancos

Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia; não tome qualquer tipo de medicação para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e. varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno

Mucosite (feridas na boca e garganta)

Lave sempre os dentes depois de comer e ao deitar, com uma escova macia; evite alimentos muito condimentados, muito ácidos, muito quentes ou

muito frios; use um batom hidratante; pode fazer bochechos com os produtos fornecidos no Hospital de Dia

Náuseas/vómitos

Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas

Diarreia

Beba e coma em pequenas quantidades; evite alimentos ricos em fibras e fritos; aumente a ingestão de líquidos (p.e.: água, chá preto ou coca-cola); evite o café, leite, álcool e doces; evite medicamentos não prescritos pelo médico; contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia se os episódios se tornarem frequentes

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

METOTREXATO (MTX)

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Deve tomar os comprimidos em jejum e manter uma hidratação adequada durante o tratamento.

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica). Deve tomar especial precaução com o uso de anti-inflamatórios não esteroides.

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Rash (alterações da pele) Evite usar produtos de higiene agressivos para a pele; prefira sabonetes com pH neutro; aplique creme hidratante no rosto (2x dia) e corpo; se usar maquilhagem opte por produtos não oclusivos (sem óleo); seque a pele com toalhas de algodão e sem esfregar; os homens devem barbear-se com máquina; beba água

Alopecia (queda de cabelo) A perda de cabelo é parcial mas também pode afetar as sobrancelhas, pestanas e pelos da região púbica. Pode optar por utilizar uma prótese capilar (peruca

ou cabeleira), gorros, chapéus ou lenços; no Inverno é normal sentir frio no couro cabeludo, no Verão deve proteger o couro cabeludo do sol; quando o cabelo recomeçar a crescer é normal que sinta prurido (comichão); se a perda de cabelo for parcial use um champô suave e evite secar o cabelo com secador a temperaturas elevadas; não pinte o cabelo nem use laca, gel, espuma ou outros produtos similares

Mucosite (feridas na boca e garganta)

Lave sempre os dentes depois de comer e ao deitar, com uma escova macia; evite alimentos muito condimentados, muito ácidos, muito quentes ou muito frios; use um batom hidratante; pode fazer bochechos com os produtos fornecidos no Hospital de Dia

Perda de apetite

Faça refeições pequenas e aumente o número de refeições diárias; faça uma alimentação variada e escolha alimentos do seu agrado

Diarreia

Beba e coma em pequenas quantidades; evite alimentos ricos em fibras e fritos; aumente a ingestão de líquidos (p.e.: água, chá preto ou coca-cola); evite o café, leite, álcool e doces; evite medicamentos não prescritos pelo médico; contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia se os episódios se tornarem frequentes

Náuseas/vómitos

Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas

**Diminuição dos glóbulos
brancos**

Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia; não tome qualquer tipo de medicação para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e. varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

PAZOPANIB (VOTRIENT®)

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO:

Cada comprimido de pazopanib tem 200mg. O seu tratamento é de 800mg por dia, ou seja, quatro (4) comprimidos. Os quatro comprimidos devem ser tomados juntos, com água, de estômago vazio (pelo menos 2 horas após a ingestão de alimentos e não devem ser ingeridos alimentos durante 1 hora após a toma – pode tomar em jejum mas só pode comer 1 hora após a toma).

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Evite sumo de toranja.

Vigie a sua tensão arterial e, se for diabético, a sua glicemia.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER EM CASO DE:

Hiperglicemia ou hipertensão Pode fazer medicação SOS se a tiver prescrita; caso não tenha e mantiver valores fora do normal deve contactar o seu médico ou médico de família

Diarreia Beba e coma em pequenas quantidades; evite alimentos ricos em fibras e fritos; aumente a ingestão de líquidos (p.e.: água, chá preto ou coca-

cola); evite o café, leite, álcool e doces; evite medicamentos não prescritos pelo médico; contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia se os episódios se tornarem frequentes

Náuseas/vómitos

Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas

Cansaço

Durante o tratamento tente criar momentos de repouso; limite as suas atividades (trabalhe em tempo parcial, partilhe as tarefas com familiares e amigos); faça uma dieta equilibrada; tente dormir o número de horas adequado; procure distrações que goste e diminuam o stress

Diminuição dos glóbulos brancos

Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia; não tome qualquer tipo de medicação para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e. varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

SORAFENIB (NEXAVAR®)

COMO É ADMINISTRADO O SEU TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Deve tomar os comprimidos com água, fora da refeição.

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Se estiver a fazer anticoagulantes (p.e. varfarina) informe o seu médico, pois pode haver risco hemorrágico.

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Evite sumo de toranja e alimentos com alto teor de gordura.

Vigie a sua tensão arterial.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Alopecia (queda de cabelo)

A perda de cabelo é parcial mas também pode afetar as sobrancelhas, pestanas e pelos da região púbica. Pode optar por utilizar uma prótese capilar (peruca ou cabeleira), gorros, chapéus ou lenços; no Inverno é normal sentir frio no couro cabeludo, no Verão deve proteger o couro cabeludo do sol; quando o cabelo recomeçar a crescer é normal que sinta

prurido (comichão); se a perda de cabelo for parcial use um champô suave e evite secar o cabelo com secador a temperaturas elevadas; não pinte o cabelo nem use laca, gel, espuma ou outros produtos similares

Alterações da pele

Evite usar produtos de higiene agressivos para a pele; prefira sabonetes com pH neutro; aplique creme hidratante no rosto (2x dia) e corpo; se usar maquilhagem opte por produtos não oclusivos (sem óleo); seque a pele com toalhas de algodão e sem esfregar; os homens devem barbear-se com máquina; beba água. As alterações podem ser mais visíveis nas mãos e pés: evite usar calçado apertado; quando lavar as mãos faça-o com água morna e seque-as suavemente, aplique um creme hidratante nas mãos e pés (2x dia). Caso as alterações provoquem dor ou agravem deve contactar o seu médico ou a equipa de enfermagem do Hospital de Dia

Perda de peso

Vigie o seu peso; se for necessário poderá ser encaminhado para uma consulta com o dietista

Dor abdominal ou dores de cabeça (cefaleias)

Caso as dores interfiram com as suas atividades diárias entre em contacto com o médico ou com a equipa de enfermagem do Hospital de Dia

Diarreia

Beba e coma em pequenas quantidades; evite alimentos ricos em fibras e fritos; aumente a ingestão de líquidos (p.e.: água, chá preto ou coca-cola); evite o café, leite, álcool e doces; evite medicamentos não prescritos pelo médico; contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia se os episódios se tornarem frequentes

Perda de apetite	Faça refeições pequenas e aumente o número de refeições diárias; faça uma alimentação variada e escolha alimentos do seu agrado
Edemas	Evite muitas horas em pé; deve sentar e dormir com as pernas elevadas; se o edema for generalizado (face, mãos, pernas/pés) deve contactar o seu médico ou a equipa de enfermagem do Hospital de Dia
Náuseas	Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas
Cansaço	Durante o tratamento tente criar momentos de repouso; limite as suas atividades (trabalhe em tempo parcial, partilhe as tarefas com familiares e amigos); faça uma dieta equilibrada; tente dormir o número de horas adequado; procure distrações que goste e diminuam o stress; caso apresente fadiga e fraqueza que interfiram com as suas atividades de vida deve contactar o seu médico ou equipa de enfermagem do Hospital de Dia
Hipertensão	Pode fazer medicação SOS se a tiver prescrita; caso não tenha e mantiver valores fora do normal deve contactar o seu médico ou médico de família

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

SUNITINIB (SUTENT®)

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Pode tomar os comprimidos à refeição.

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Evite sumo de toranja e erva de S.João (hipericão).

Vigie a sua tensão arterial.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Hiperglicemia ou hipertensão Pode fazer medicação SOS se a tiver prescrita; caso não tenha e mantiver valores fora do normal deve contactar o seu médico ou médico de família

Diminuição dos glóbulos brancos Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia; não tome qualquer tipo de medicação para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e.

	varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno
Rash (alterações da pele)	Evite usar produtos de higiene agressivos para a pele; prefira sabonetes com pH neutro; aplique creme hidratante no rosto (2x dia) e corpo; se usar maquilhagem opte por produtos não oclusivos (sem óleo); seque a pele com toalhas de algodão e sem esfregar; os homens devem barbear-se com máquina; beba água
Cansaço	Durante o tratamento tente criar momentos de repouso; limite as suas atividades (trabalhe em tempo parcial, partilhe as tarefas com familiares e amigos); faça uma dieta equilibrada; tente dormir o número de horas adequado; procure distrações que goste e diminuam o stress
Diarreia	Beba e coma em pequenas quantidades; evite alimentos ricos em fibras e fritos; aumente a ingestão de líquidos (p.e.: água, chá preto ou coca-cola); evite o café, leite, álcool e doces; evite medicamentos não prescritos pelo médico; contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia se os episódios se tornarem frequentes
Náuseas/vómitos	Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas
Perda de apetite	Faça refeições pequenas e aumente o número de refeições diárias; faça uma alimentação variada e escolha alimentos do seu agrado

Mucosite (feridas na boca e garganta)

Lave sempre os dentes depois de comer e ao deitar, com uma escova macia; evite alimentos muito condimentados, muito ácidos, muito quentes ou muito frios; use um batom hidratante; pode fazer bochechos com os produtos fornecidos no Hospital de Dia

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

TALIDOMIDA

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Deve tomar os comprimidos com água, uma hora ou mais após a última refeição.

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos (pode dissolver em água ou sumo de maçã).

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Evite sumo de toranja.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Edemas

Evite muitas horas em pé; deve sentar e dormir com as pernas elevadas; se o edema for generalizado (face, mãos, pernas/pés) deve contactar o seu médico ou a equipa de enfermagem do Hospital de Dia

Neuropatia periférica (formigueiro)

Se possível evite ar frio (use luvas) e manipular coisas frias.

Rash (alterações da pele)

Evite usar produtos de higiene agressivos para a pele; prefira sabonetes com pH neutro; aplique creme hidratante no rosto (2x dia) e corpo; se usar

	maquilhagem opte por produtos não oclusivos (sem óleo); seque a pele com toalhas de algodão e sem esfregar; os homens devem barbear-se com máquina; beba água
Obstipação (prisão de ventre)	Aumente a ingestão de líquidos; ingira alimentos ricos em fibra (exceto se a sua dieta não permitir ou se estiver a tomar opiáceos); tente fazer atividade física; cumpra a medicação laxante prescrita
Náuseas/vómitos	Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas
Diminuição dos glóbulos brancos	Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia; não tome qualquer tipo de medicação para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e. varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

TEMOZOLOMIDA (TEMODAR®)

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Deve tomar de estômago vazio, ou ao deitar, com um copo de água cheio.

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Deve evitar exposição solar.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Diminuição dos glóbulos brancos

Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia; não tome qualquer tipo de medicação para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e. varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno

Náuseas/vómitos

Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia;

	mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas
Obstipação (prisão de ventre)	Aumente a ingestão de líquidos; ingira alimentos ricos em fibra (exceto se a sua dieta não permitir ou se estiver a tomar opiáceos); tente fazer atividade física; cumpra a medicação laxante prescrita
Cansaço	Durante o tratamento tente criar momentos de repouso; limite as suas atividades (trabalhe em tempo parcial, partilhe as tarefas com familiares e amigos); faça uma dieta equilibrada; tente dormir o número de horas adequado; procure distrações que goste e diminuam o stress
Cefaleias (dores de cabeça)	Caso as dores interfiram com as suas atividades diárias entre em contacto com o médico ou com a equipa de enfermagem do Hospital de Dia

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

VINORELBINA (NAVELBINA®)

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Os comprimidos são tomados semanalmente. Deve tomar os comprimidos com água.

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose tome a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose contacte o seu médico o mais rapidamente possível.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Diminuição dos glóbulos brancos

Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 38°C contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia; não tome qualquer tipo de medicação para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e. varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno

Náuseas/vómitos

Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer

	alimentos ricos em proteínas; informe a equipa de enfermagem do Hospital de Dia: será prescrita medicação de toma oral para as náuseas
Diarreia	Beba e coma em pequenas quantidades; evite alimentos ricos em fibras e fritos; aumente a ingestão de líquidos (p.e.: água, chá preto ou coca-cola); evite o café, leite, álcool e doces; evite medicamentos não prescritos pelo médico; contacte a equipa de enfermagem do Hospital de Dia se os episódios se tornarem frequentes
Obstipação (prisão de ventre)	Aumente a ingestão de líquidos; ingira alimentos ricos em fibra (exceto se a sua dieta não permitir ou se estiver a tomar opiáceos); tente fazer atividade física; cumpra a medicação laxante prescrita
Mucosite (feridas na boca e garganta)	Lave sempre os dentes depois de comer e ao deitar, com uma escova macia; evite alimentos muito condimentados, muito ácidos, muito quentes ou muito frios; use um batom hidratante; pode fazer bochechos com os produtos fornecidos no Hospital de Dia
Perda de apetite	Faça refeições pequenas e aumente o número de refeições diárias; faça uma alimentação variada e escolha alimentos do seu agrado
Alopecia (queda de cabelo)	A perda de cabelo é parcial mas também pode afetar as sobrancelhas, pestanas e pelos da região púbica. Pode optar por utilizar uma prótese capilar (peruca ou cabeleira), gorros, chapéus ou lenços; no Inverno é normal sentir frio no couro cabeludo, no Verão deve proteger o couro cabeludo do sol; quando o cabelo recomeçar a crescer é normal que sinta prurido (comichão); se a perda de cabelo for parcial

	use um champô suave e evite secar o cabelo com secador a temperaturas elevadas; não pinte o cabelo nem use laca, gel, espuma ou outros produtos similares
Neuropatia periférica (formigueiro)	Se possível evite ar frio (use luvas) e manipular coisas frias.
Cansaço	Durante o tratamento tente criar momentos de repouso; limite as suas atividades (trabalhe em tempo parcial, partilhe as tarefas com familiares e amigos); faça uma dieta equilibrada; tente dormir o número de horas adequado; procure distrações que goste e diminuam o stress
Dores articulares e musculares	Caso as dores interfiram com as suas atividades diárias entre em contacto com o médico ou com a equipa de enfermagem do Hospital de Dia
Insónias	Evite bebidas com cafeína; evite ver televisão no quarto; use técnicas de relaxamento

APÊNDICE IV

REFLEXÃO DE SITUAÇÃO MOBILIZANDO O CICLO DE GIBBS

- **Descrição da Situação**

Encontro-me a estagiar no Centro Clínico. Nos últimos dias foi-me dada a possibilidade de fazer a consulta de enfermagem aos doentes oncológicos que irão iniciar terapêutica oral antineoplásica. Os doentes encontram-se marcados no plano de enfermagem para o dia e a farmácia envia a terapêutica para o Hospital de Dia, pelo que são os enfermeiros que fazem a dispensa da medicação e a educação aos doentes. Reparei que, aqui, os doentes são mais conhecedores da sua situação, quer a nível da própria doença, quer da terapêutica que fazem ou estão prestes a iniciar, e a equipa de enfermagem está em formação contínua acerca das terapêuticas existentes e cuidados associados e das novas terapêuticas.

A situação que irei relatar diz respeito a uma das consultas de primeira vez que fiz a uma doente que iria iniciar quimioterapia oral. A doente era uma senhora de 54 anos, caucasiana, portuguesa, casada, com dois filhos adultos e independentes, e profissionalmente ativa (médica). Não tinha antecedentes pessoais relevantes nem familiares próximos com doença oncológica. Foi-lhe diagnosticada uma neoplasia do cólon e iria iniciar quimioterapia adjuvante com Capecitabina.

Após ter tido acesso às informações clínicas, dirigi-me à doente, juntamente com a enfermeira orientadora, para que nos pudéssemos apresentar e para que a doente ficasse a conhecer um dos elementos da equipa de enfermagem do centro clínico. Depois fomos para um dos gabinetes de apoio ao Hospital de Dia destinado às consultas de enfermagem. A doente vinha sozinha e apresentava ótimo estado geral (Índice Karnofsky 100%⁸). Comecei por explicar à doente os propósitos da consulta e, posteriormente, solicitei-lhe que me contasse, brevemente, a sua história. A doente obteve o diagnóstico (neoplasia do cólon estadio III) há uns meses atrás, após realização de colonoscopia que solicitou fazer dada a idade e o padrão intestinal alterado “tinha dias de diarreia e outros de obstipação... nunca era regular... atribuía ao *stress*/cansaço ou alimentação, mas decidi pedir o exame, pela idade e para descargo de consciência... e ainda bem...”. (SIC). Começou a ser seguida no centro clínico e foi proposta para cirurgia (hemicolecomia) e, posteriormente, para quimioterapia adjuvante dada a possibilidade de recidiva. Referiu sentir-se bem, sem sinais e sintomas da doença, e, por isso mesmo, decidiu continuar a trabalhar, pelo que o médico assistente propôs tratamento com

⁸ Normal, sem queixas, sem sinais de doença.

quimioterapia oral (Capecitabina). Informe-i-a acerca da posologia e modo de administração, dos possíveis efeitos secundários da terapêutica (sobretudo diarreia, síndrome palmo-plantar e neutropénia) e dos cuidados a ter com a manipulação dos comprimidos e com a gestão dos efeitos secundários. Furneci-lhe o contacto dos enfermeiros do hospital de dia para que pudesse aceder em caso de dúvidas ou toxicidades. No final, disse-me “ainda bem que falou comigo... sei que sou médica mas não deixo de ter medos e dúvidas... só a leitura da bula assusta... fiquei mais descansada” (SIC).

- **Sentimentos**

Confesso que me é sempre difícil fazer as consultas de primeira vez. Talvez “difícil” não seja a palavra certa. Mas a verdade é que as consultas de primeira vez não são fáceis. O doente irá iniciar um tratamento cujo resultado estará diretamente ligado ao prognóstico e, conseqüentemente, à sua vida. Noutras situações habitualmente perguntam-me se o tratamento os vai curar. E eu temo dar falsas respostas, falsas esperanças. Nem sempre é fácil dizer a verdade, promovendo a esperança. Passa-me inúmeras vezes pela cabeça... “e se fosse eu, ou alguém dos meus?”. A relação terapêutica que criamos com os doentes, sob a base da empatia, da confiança, da ajuda e da parceria, também exige muito de nós, enfermeiros. Precisamos saber estar próximos, sem estar assim tão próximos. Mas nem sempre é fácil e eu reconheço que, em mim, há sentimentos de frustração, de perda, de medo por mim e pelo próximo, que deveria trabalhar/partilhar, por trabalhar com doentes oncológicos e, inevitavelmente, estabelecer com eles e suas famílias uma relação de proximidade.

A consulta acima descrita foi, para mim, extremamente gratificante. O facto da doente ser conhecedora da sua situação e da terapêutica em questão, permitiu que falássemos abertamente acerca do(s) assunto(s) e o interesse que a mesma demonstrou sobre a terapêutica, e a validação que fiz dos ensinamentos, deram-me a sensação de satisfação, por ter transmitido a informação que desejava, ter desmistificado algumas ideias e ter contribuído, também, para a satisfação da doente.

Nesta situação, por ser em contexto de estágio, não me iria ser possível seguir a doente. Fiquei com pena. Gostaria de fazer o seu acompanhamento,

monitorizar toxicidades, validar informações, responder a dúvidas, saber de que forma está a gerir a terapêutica e o seu processo de saúde/doença no seu dia-a-dia, e se está a responder ao tratamento.

- **Avaliação**

Começo pelos aspetos negativos da situação que considero serem muito poucos. O principal diz respeito à consulta de primeira vez e seguimento da doente. A consulta de primeira vez, e o enfermeiro que a faz, são, por norma, referências para o doente. O facto de não ter sido um enfermeiro do local a fazer a consulta poderá condicionar esta “referência”. No entanto, tive o cuidado de informar que era estudante do curso de pós-licenciatura/mestrado quando me apresentei juntamente com a minha enfermeira orientadora. Disponibilizei, também, os contactos dos enfermeiros do hospital de dia e informei a doente que, provavelmente, aquele seria o nosso único encontro, dado que o estágio iria acabar brevemente. Outro aspeto negativo concerne o material de suporte dado à doente. O material utilizado foi o disponibilizado pelo laboratório da marca e consiste numa pasta com vários folhetos informativos, umas luvas de algodão (para a síndrome palmo-plantar) e uma caixa de armazenamento dos comprimidos. Está bem conseguido mas considero que é muita informação, muitos papéis. Penso que seria mais eficaz e dirigido se fosse informação mais concisa e apenas um único documento.

Os aspetos positivos reúnem, essencialmente, a gratificação da doente e a sua satisfação face à consulta de enfermagem. Há que referir que só é possível existir consulta de enfermagem se existir um enfermeiro disponível, um local adequado, e se os doentes estiverem marcados para tal (o que, na maioria das vezes, implica uma referenciação por parte médica). No local de estágio em questão este circuito encontra-se muito bem definido, o que permite o seguimento dos doentes oncológicos sob terapêutica oral antineoplásica.

- **Análise**

A consulta de enfermagem traduz-se por ser

um cuidado em essência, um modo ser-com o utente. Trata de reflexões teóricas sobre a prática de enfermagem em ambulatório de quimioterapia, com ênfase na função

educativa, como meio de promover e melhorar a adesão ao tratamento. A consulta de enfermagem é um importante meio para estabelecer uma relação com o utente de forma a conduzi-lo ao auto-cuidado, visando minimizar os efeitos da toxicidade induzida pelos fármacos citotóxicos e tornar maior a possibilidade de sucesso no tratamento (Andrade 2012, p.29)

Neste sentido, a situação acima descrita teve como principais objetivos estabelecer uma relação com a doente e educá-la acerca da terapêutica, para potenciar a adesão ao tratamento e otimizar o autocuidado. A adesão à terapêutica torna-se indissociável do autocuidado, uma vez que este último define-se como a prática de ações favorecedoras do aperfeiçoamento e amadurecimento das pessoas que, em contextos temporais, conseguem desempenhar, em relação a si próprias, formas de autorregulação, com benefício próprio, o que ajuda a preservar a vida e o funcionamento saudável, bem como promove o bem-estar pessoal (Orem, 2001). Ou seja, ser capaz de se autocuidar implica praticar ações favorecedoras do próprio, com benefício para o mesmo, onde se inclui cumprir, adequadamente, a terapêutica. No caso da terapêutica oral antineoplásica, se a mesma não for bem aplicada, poderão advir consequências negativas para o doente que poderão, até, por em causa a sua vida. Daí que a consulta de enfermagem pretenda educar o doente no sentido de promover a adesão e o autocuidado.

A situação acima teve em conta estes pressupostos, pelo que mobilizei o sistema de apoio-educação, favorecedor da manutenção do autocuidado, da teoria de Orem (2001). A educação à doente, já conhecedora da situação e tratamento em questão, englobou os ensinamentos acerca da terapêutica, dos principais efeitos secundários e dos cuidados a ter, e a validação da informação que a doente já possuía e dos ensinamentos que foram feitos. A minha intervenção foi, essencialmente, de parceria, que forneceu apoio e educou, como é preconizado no sistema de apoio-educação (Orem, 2001).

Uma vez que não foi possível efetuar o seguimento da doente, o indicador mais preciso do resultado da consulta de primeira vez foi, para além dos ensinamentos validados, a satisfação da doente. O enfermeiro especialista deve procurar os mais elevados níveis de satisfação dos doentes e família procurando:

a gestão da comunicação interpessoal e da informação com doente, família e restante equipa, criando um clima de confiança e facilitador da relação terapêutica; o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no doente e na sua família, provocado pelo processo de adaptação à doença, às perdas sucessivas e à proximidade da morte; o estabelecimento de parcerias, com o doente e sua família, no planeamento

dos cuidados, onde informa, explica e os envolve no processo de tomada de decisões e no processo de cuidados. (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p.7).

De facto, o *feedback* das pessoas de quem cuidamos é o indicador mais preciso dos resultados dos nossos cuidados.

O momento da consulta de enfermagem permite a criação de uma relação terapêutica em que o enfermeiro, apesar de manter a sua componente técnica, aproxima-se cada vez mais dos doentes do ponto de vista de seguimento psicológico e social. A preocupação para com o outro vai mais além do seu problema físico e incorpora, também, as suas outras componentes biológicas, psicológicas e sociais. Pode-se dizer que, na atualidade, o profissional de enfermagem vê, cuida e comunica com o doente enquanto pessoa detentora de múltiplos componentes e fatores associados. Esta abordagem pode permitir estabelecer relações de parceria, promotoras da satisfação do doente, da adesão à terapêutica e ao autocuidado. Para tal, e dado que, muitas vezes, o profissional de enfermagem se revê nos doentes, é preciso trabalhar o autoconhecimento pois, como refere Sousa (s/d, p.2)

há um Enfermeiro como pessoa e um Enfermeiro como resposta a um comportamento, ou seja, a história de vida e o relacionamento consigo mesmo, influenciam em larga medida o cuidar. O que eu sou como pessoa e Enfermeiro que providencia cuidados, está interligado e não pode ser esquecido.

É, por isso, importante que os enfermeiros trabalhem o seu autoconhecimento, para melhorar os aspetos da relação com o outro e para melhor gerir os próprios sentimentos associados a esta relação.

- **Conclusão/Planear a Ação**

A situação que relatei e analisei permitiu-me perceber a importância das consultas de primeira vez aos doentes oncológicos a iniciar terapêutica oral antineoplásica. A satisfação da doente foi um indicador positivo. No entanto, há que constatar que só mantendo o seguimento desta (e destes) doentes poderemos comprovar que a intervenção de enfermagem neste âmbito é eficaz. Winkeljohn (2010, p.461) afirma que

os enfermeiros são uma parte essencial da equipa oncológica para ensinar os doentes acerca da quimioterapia endovenosa, geralmente tendo a responsabilidade de fornecer a maioria da informação, enquanto que, para a terapêutica oral, são os médicos quem

fornece a informação. Os enfermeiros têm, também, de ser os primeiros elementos a contactar com os doentes que iniciem tratamentos orais. As suas capacidades de ajudar a controlar os efeitos adversos, monitorizar a administração no domicílio, validar os cuidados a ter e efetuar o acompanhamento dos doentes pode ajudar a aumentar a adesão à terapêutica e, conseqüentemente, a eficácia da mesma.

Para tal, é necessário estruturar consultas de primeira vez e de seguimento, e respetivos indicadores, para que se torne visível a importância dos cuidados de enfermagem na adesão à terapêutica e ao autocuidado, que tragam ganhos em saúde a estas pessoas. Esta situação veio reforçar a importância do presente percurso e da pretensão de implementar a consulta de enfermagem dirigida aos doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica no serviço onde trabalho.

- **Referências Bibliográficas**

- Andrade, M.I.C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.News*, 21, 27-31.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). Missouri: Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade em Enfermagem da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Coimbra: Autor.
- Sousa, D. (n.d.). Competências e saberes em enfermagem [em linha]. *Ordem dos Enfermeiros Web site*. Acedido em fevereiro 1, 2014, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Compet%C3%A2ncias%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf>
- Winkeljohn, D. (2010). Adherence to oral cancer therapies: Nursing interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 461-466.

APÊNDICE V

PLANO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM: ACOMPANHAMENTO DOS DOENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS A TERAPÊUTICA ORAL ANTINEOPLÁSICA

HOSPITAL X

HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Plano da Consulta de Enfermagem

**Acompanhamento dos doentes oncológicos submetidos a
terapêutica oral antineoplásica**

Elaborado por:
Sara Parreira (Enfermeira)

INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o plano da consulta de enfermagem dirigida aos doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica, que se pretende implementar no Hospital de Dia de Oncologia, do Hospital X, como forma de promover a adesão terapêutica dos doentes, melhorando o seu autocuidado e, conseqüentemente, promovendo a melhoria de cuidados no serviço.

FUNDAMENTAÇÃO

Os avanços na tecnologia, na investigação e nos sistemas de saúde permitem que, atualmente, alguns dos tratamentos usados para a cura ou controlo do cancro sejam menos invasivos e menos agressivos para a pessoa portadora deste tipo de doença. No entanto, existem outras hipóteses/alternativas, algumas mais vantajosas para o doente, como é o caso da existência de agentes medicamentosos orais para o tratamento do cancro. Na última década, a administração de medicação antineoplásica oral, seja ela sob a forma de quimioterapia ou terapêuticas *target*, tem ganho especial importância (Thivat, *et al*, 2012). Atualmente, cerca de 25% dos tratamentos de quimioterapia em desenvolvimento podem ser tomados via oral (Verbrugghe, *et al*, 2013).

O Hospital de Dia de Oncologia (HDO) tem seguido esta tendência, com um aumento, nos últimos anos, do número de clientes submetidos a terapêutica oral antineoplásica. De acordo com a análise evolutiva do consumo, em 2013 houve um aumento de 3%, em relação ao período homólogo de 2012, da terapêutica oral antineoplásica dispensada aos clientes.

São várias as vantagens associadas à terapêutica oral, nomeadamente uma maior conveniência para o cliente, com menor interferência na sua vida pessoal, familiar e social, na medida em que diminui o tempo despendido em cuidados de saúde e a necessidade de recorrer frequentemente aos mesmos, para consultas, tratamentos ou mesmo internamentos. Para além disso, a terapêutica oral antineoplásica fomenta, no doente, o sentimento de controlo e de responsabilização como próprio “gestor” da sua doença (Batista, 2012). As principais desvantagens centram-se na biodisponibilidade (daí que a maioria dos fármacos tenham indicações específicas para toma) e no menor contacto do doente com a equipa de saúde, o que

pode conduzir a um frágil aconselhamento, essencial para que o doente possa realizar adequadamente a toma da terapêutica mas também reconhecer os efeitos adversos que exigem a cessação da mesma. A adesão⁹ do doente em

⁹ Entende-se por adesão “a medida em que o comportamento do cliente é concordante com as recomendações do prestador de cuidados. Naturalmente, abrange comportamentos alargados, relacionados com a saúde, que vão para além de tomar a medicação prescrita, e considera a auto-gestão da doença e das suas consequências.” (OE, 2009, p.III).

relação à quimioterapia oral é variável e pouco previsível, apresentando taxas entre os 20 e os 100%. (...) Diversos factores foram identificados como determinantes para a não-adesão à terapêutica oral, nomeadamente a complexidade da posologia, supervisão inadequada, fraca comunicação com a equipa de saúde, suporte social inadequado, história de doença mental e perspectiva de terapia crónica (Batista, 2012, p. 4).

O desconhecimento ou o incorreto cumprimento da medicação pode comprometer o resultado dos tratamentos, com possíveis consequências na morbilidade e mortalidade. A Ordem dos Enfermeiros reconhece o problema da não-adesão, afirmando que as consequências “são tão graves que justificam um maior investimento e em larga escala, nas medidas de promoção da adesão ao regime terapêutico, para reduzir as barreiras ou os obstáculos ao cumprimento do regime terapêutico.” (OE, 2009, p.III).

No caso específico da terapêutica antineoplásica oral, se a adesão ao regime medicamentoso estiver comprometida, o tratamento não será eficaz, o que traz consequências não apenas para a saúde do doente, mas também gastos acrescidos ao erário público. As intervenções de enfermagem passam, então, por assegurar o acompanhamento deste doentes e perceber até que ponto a terapêutica oral está a ser bem gerida de forma a demonstrar os benefícios que se lhe reconhecem, ou não sendo bem utilizada, evitar a consequente perda para os doentes.

A Consulta de Enfermagem, definida na legislação como uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade para o autocuidado” (Diário da República, Portaria n.º 19/2012, de 20 de janeiro), dirigida aos doentes submetidos a terapêutica antineoplásica oral, poderá, então, contribuir para a participação e capacitação dos doentes na gestão da sua doença e para a promoção do seu autocuidado. Como é referido no Plano Nacional de Saúde (PNS, seção 3.3., p.8),

a participação e capacitação dos doentes, família e cuidadores informais, incluindo aspectos da gestão da doença crónica, são objectivos de qualidade em saúde, conducentes à promoção da auto-gestão e auto-cuidado, alteração de estilos de vida e comportamentos de risco e do acesso adequado aos recursos (...). Os programas de Gestão da Doença (...), assim como o envolvimento na decisão e na organização dos serviços, resultam em maior adesão e aliança terapêutica, melhor qualidade de vida do doente e ganhos em saúde.

Nesta lógica, faz todo o sentido a implementação da consulta de enfermagem que acompanhe os doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica.

PLANO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ACOMPANHAMENTO DOS DOENTES ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS A TERAPÊUTICA ORAL ANTINEOPLÁSICA

- **Finalidade**

Assegurar o acompanhamento de enfermagem ao doente oncológico submetido a terapêutica oral antineoplásica e família.

- **Objetivo Geral**

Promover a adesão terapêutica e autocuidado dos doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica.

- **Objetivos Específicos**

- Educar doente e família no que diz respeito à terapêutica oral antineoplásica;
- Despistar sinais e sintomas secundários à administração da terapêutica oral;
- Monitorizar o cumprimento da terapêutica.

- **População-Alvo**

Doentes submetidos a terapêutica oral antineoplásica (terapêuticas *target* e quimioterapia), que não estejam internados em instituições de saúde (lares, unidades de paliativos e/ou casas de saúde), e que sejam seguidos no Hospital de Dia de Oncologia.

- **Local de Funcionamento**

Sala de Enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia

- **Modo de Funcionamento**

- A primeira consulta de enfermagem será presencial, aquando do primeiro dia de dispensa da terapêutica;
- A primeira consulta de enfermagem será marcada, após consulta médica do doente, pelos administrativos, em plano de enfermagem;
- As consultas de *follow-up*/seguimento poderão ser presenciais ou telefónicas, consoante o doente se deslocar, ou não ao hospital para

receber a terapêutica. A primeira consulta de seguimento será uma semana após o início da terapêutica. As restantes consultas serão mensais (exceto se houver alguma dificuldade por parte do doente no cumprimento da terapêutica, relacionada com a administração ou eventuais toxicidades).

Após formação em serviço todos os enfermeiros do HDO poderão efetuar o acompanhamento dos doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica. A Enfermeira Sara Parreira ficará responsável pela supervisão do processo.

Primeira Consulta	Consultas de Seguimento
<ul style="list-style-type: none"> • Colheita de Dados (em folha própria do HDO): <ul style="list-style-type: none"> - Caracterização socioeconómica e familiar (identificação dos cuidadores informais e principal cuidador); - Antecedentes pessoais; - Avaliação Malnutrition Universal Screening Tool (MUST); - Avaliação Índice Karnofsky; - Levantamento de necessidades do doente (existentes ou em risco). • Educação acerca do tratamento, sinais e sintomas, posologia e cuidados a ter; • Entrega dos guias informativos sobre tratamento¹⁰; • Informação acerca da Linha de Apoio Telefónico do HDO e do funcionamento da consulta; • Avaliação sinais vitais; • Esclarecimento de dúvidas; • Registo em diário de enfermagem (processo do doente). 	<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliar: <ul style="list-style-type: none"> - MUST; - Necessidades/dúvidas do doente. • Avaliar: <ul style="list-style-type: none"> - Sinais e sintomas (segundo graus de toxicidade) e respetivo registo (em folha própria¹¹); - Conhecimentos acerca da terapêutica; - Esquema terapêutico (cumprimento das dosagens – eventual contabilização de comprimidos –, os horários e os cuidados²).

¹⁰ Os guias informativos a fornecer ao doente, de acordo com a sua terapêutica, pertencem ao Apêndice III do relatório.

¹¹ A folha de monitorização/registo de toxicidades diz respeito ao Apêndice VI do relatório.

- **Intervenções de Enfermagem**

OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS ¹²
Educar doente e família no que diz respeito à terapêutica oral antineoplásica	<ul style="list-style-type: none"> - Avalia a capacidade cognitiva, social e familiar para a autoadministração; - Envolve o principal cuidador no ensino relativo à preparação e administração de terapêutica oral; - Informa acerca do tratamento, possíveis efeitos secundários, cuidados a ter e eventuais consequências do incumprimento da terapêutica; - Disponibiliza o contacto telefónico do serviço e informa sobre o funcionamento da consulta; - Escolhe e adequa documentos escritos; - Valida os ensinamentos.
Despistar sinais e sintomas secundários à administração da terapêutica oral.	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas de seguimento (com a regularidade preconizada de acordo com as necessidades do doente); - Registo dos graus de toxicidade em folha própria; - Articula com dietista ou outras áreas de intervenção.
Monitorizar o cumprimento da terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> - Registo de cumprimento/não cumprimento em folha própria (seguir linhas de consenso da Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa – AEOP – para a terapêutica oral); - Contabiliza eventuais comprimidos devolvidos (necessário articular com serviços farmacêuticos);

- **Documentos de Apoio à Consulta de Enfermagem**

- Guia de Acolhimento do serviço;

¹² Para além destas estratégias específicas do enfermeiro na consulta de enfermagem, devem ainda fazer parte o estabelecimento de uma relação de empatia com o doente/família e o desenvolvimento de estratégias promotoras de hábitos de vida saudáveis e a articulação/encaminhamento com outros profissionais/instituições sempre que haja necessidade.

- Folheto informativo: “Linha de Apoio ao Doente Oncológico” do serviço;
- Documento informativo sobre efeitos secundários da terapêutica e modo de administração;
- Registo de Enfermagem: “Colheita de Dados/Avaliação Inicial” do serviço;
- Documento do serviço para avaliação do MUST;
- Documento de registo para despiste de toxicidades e cumprimento da terapêutica;
- Diário do Doente: *Doente Oncológico e Terapêutica oral – elo de ligação com a equipa de saúde*¹³.

¹³ A ponderar consoante autorização dos autores para adaptação a língua portuguesa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batista, E.M.M. (2012). *Avaliação da adesão à terapêutica farmacológica com antineoplásicos orais*. Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016: 3.3. Eixo estratégico – Qualidade em saúde*. Acedido em outubro 10, 2013, em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Ordem dos Enfermeiros (2009a). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®)*. Acedido em outubro 10, 2013, em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cipe_adesaotratamento.pdf
- Portaria n.º 19/2012 de 20 de janeiro. *Diário da República n.º 15 – I Série*. Ministério da Saúde
- Thivat, E., et al. (2012). Adherence with oral oncologic treatment in cancer patients: interest of an adherence score of all dosing errors. *Oncology*, 84, 67-74
- Verbrugghe, M., Verhaeghe, S., Lauwaert, K., Beeckman, D. & Van Hecke, A. (2013). Determinants and associated factors influencing medication adherence and persistence to oral anticancer drugs: a systematic review. *Cancer Treatments Reviews*, 39, 610-621.

APÊNDICE VI

**FOLHA DE REGISTO DE MONITORIZAÇÃO DOS DOENTES
ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS A TERAPÊUTICA ORAL
ANTINEOPLÁSICA**

Consulta de Enfermagem: Monitorização doentes oncológicos submetidos a terapêutica oral antineoplásica

Identificação do Doente (nome/n.ºprocesso) _____

Data: ___/___/___ **Monitorização:** Presencial Telefónica

Informação dada por: Doente Familiar Outro _____

Fármaco _____ **Dose** _____ **Horário** Jejum PA AL L JT Deitar

Toma/administração correta? Sim Não _____

Sabe os cuidados a ter? Sim Não _____

EFEITOS SECUNDÁRIOS

Sinais e Sintomas	Graus de Toxicidade					Observações
	0	I	II	III	IV	
Diarreia						
Obstipação						
Náuseas						
Vómitos						
Mucosite						
Síndrome Palmo-plantar						
Rash						
Fadiga						
Dor						
Outro 1						
Outro 2						
Outro 3						

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Intervenções	Observações
Controlo sintomático	
Ensinos	
Informação acerca da toma de medicamentos	
Apoio emocional	
Encaminhamento	
Outras	

Outras observações: _____

Assinatura _____

Próxima Avaliação _____

Guia de orientação para enfermeiros (formulado com base nas linhas de consenso da AEOP):

- Qual o nome dos comprimidos que está a tomar?
 - Quantos comprimidos está a tomar? Confirmar tamanho dos comprimidos
 - É capaz de abrir o invólucro dos comprimidos
 - Pode tomar os comprimidos com ou sem comida?
 - Onde os acondiciona?
 - Em que situações deve contactar o médico ou enfermeiro?
 - Quando é a próxima visita ao hospital?
 - Em caso de problemas, como contactar?
 - O que fazer em caso de omissão de uma das tomas?
 - O que fazer se tomar mais do que uma dose prescrita?
-

Notas: