

# ON

**ONCO.NEWS**

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

## SUPLEMENTO

AEOP 16 · Conferência Nacional · Maio 2023



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa

### TRABALHOS DE BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS & INVESTIGAÇÃO

Divulgamos os resumos dos Trabalhos seleccionados à apresentação, defesa e discussão pública que ocorreu no dia 27 maio 2023, durante a 15ª Conferência Nacional de Enfermagem Oncológica.

### TRABALHOS SUBMETIDOS EM E-POSTERS

Divulgamos os resumos e publicações dos Trabalhos em formato de e-Pósters apresentados durante a 16ª Conferência nacional de Enfermagem Oncológica.

### RESUMO DAS SESSÕES CIENTÍFICAS

Publicamos os resumos de todas as sessões científicas apresentadas durante os dias 25 a 27 Maio na 16ª Conferência Nacional de Enfermagem Oncológica.

# ON

ONCO.NEWS INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

FICHA TÉCNICA

**EDITOR/EDITOR:**

AEOP – Associação Enfermagem  
Oncológica Portuguesa

**PUBLICAÇÃO E REVISÃO/EDITOR-IN-CHIEF:**

M. Jorge Freitas Almeida, RN, MSc  
Departamento de Imagem e Radioncologia - IPO Porto, Portugal

**DIRETOR ADJUNTO DE PUBLICAÇÃO/DEPUTY EDITOR:**

Bruno Magalhães, RN, MPH, PhD  
Departamento de Cirurgia Oncológica - IPO Porto, Portugal  
Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Porto, Portugal  
Unidade de Investigação em Enfermagem Oncológica, Centro de  
Investigação do IPO -Porto (CI-IPOP), Instituto Português de  
Oncologia do Porto (IPO Porto) / Porto Comprehensive Cancer  
Centre (Porto.CCC) & RISE@CI-IPOP (Health Research  
Network), Porto, Portugal

**ADMINISTRAÇÃO, REDAÇÃO E SECRETARIADO / ADMINISTRATION AND  
SECRETARIAT**

Onco.news  
Órgão e Propriedade da AEOP (Associação de Enfermagem  
Oncológica Portuguesa)  
Estrada Interior da Circunvalação, 6657  
4200-177 Porto

**DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA / GRAPHIC DESIGN**

Medesign - Edições e Design de Comunicação, Lda.

**PERIODICIDADE E IMPRESSÃO / PERIODICITY AND PRINTING**

Tiragem única

**TIRAGEM E DEPÓSITO LEGAL / PRINT RUN AND LEGAL DEPOSIT**

Separata Revista Onco.News 46, ISSN 978-989-53475-2-0

**DATA DE PUBLICAÇÃO**

Junho 2023





## ANA PAULA AMORIM

Presidente da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa

### EDITORIAL

#### As Razões e as Evidências desta Publicação...

A 16ª Reunião Nacional de Enfermagem Oncológica/II Conferência Internacional de Enfermagem Oncológica e o III Simpósio Ibérico de Radioncologia decorreu em Espinho, entre 25 e 27 de maio. O tema deste ano foi “Inovação e Excelência dos Cuidados para Melhores Resultados”.

Finda a maior reunião na área da enfermagem oncológica em Portugal, é o momento de fazer uma análise da mesma numa perspetiva de melhoria contínua. Para tal, pela primeira vez foi aplicado um questionário para avaliação da satisfação dos congressistas relativamente ao evento. As interpretações dos resultados obtidos demonstram que a maioria dos inquiridos (80% da amostra) consideraram o congresso uma oportunidade valiosa de atualização profissional, de partilha de experiências e de networking. Realçando também a importância de eventos como este para a melhoria da sua prática clínica.

Tal afirmação pode ser sustentada pelo elevado número de congressistas nacionais e internacionais (cerca de 480 inscritos), pela qualidade e inovação dos temas apresentados e pelos nossos palestrantes nacionais e internacionais (mais de 50 palestrantes). A reunião foi composta por três cursos pré-congresso, 23 sessões e 27 Patrocinadores.

No dia 25 de maio, realizou-se o III Simpósio Ibérico de Radioncologia. Neste, profissionais de diferentes unidades de saúde ibéricas abordaram temas atuais como, a Braquiterapia no tratamento do Cancro da Próstata contributos para conceção de cuidados de enfermagem; O Futuro Hoje (A Era Digital ao serviço dos Cuidados de Proximidade e Sobreviver Além do Cancro) e a Radiodermite: É hora de Falar a mesma Linguagem! Paralelamente, decorreram três cursos pré-congresso, um dedicado ao Cancro do Ovário e Cancro do Endométrio e o Papel da Enfermagem na Gestão destas Doentes e posteriormente deu lugar a outra temática, a Inovação do tratamento no Mieloma Múltiplo: O papel da enfermagem. O segundo curso abordou o tema do Rastreio e Intervenção Nutricional em Oncologia – com apresentação do White Paper e o terceiro apresentou o programa nursHER: “sharing is caring” – MoA - Partilha de experiências a nível nacional na administração e manuseio das toxicidades com trastuzumab-dexmetecan em Cancro da Mama. Este primeiro dia terminou com a assembleia geral da AEOP.

Dia 26 de Maio, os trabalhos iniciaram com uma temática inovadora na sessão Meet The Expert – Cuidar com a Arte: os saberes e narrativas visuais de resis-





tentes oncológicas. Permitiu-nos um outro olhar sobre o sofrimento/vivências destas mulheres e que a arte pode ser terapêutica, fornecendo um espaço seguro para a expressão emocional, uma forma destas mulheres se reconectarem com a vida e com as coisas que valorizam.

Durante o dia, decorreram várias sessões educacionais onde foram debatidos diferentes temas tais como, os Patient-Reported Outcomes (PROs) em oncologia, Projetos Inovadores em pessoas com Cancro da Mama, Desenvolvimento & Inovação, nesta última foram apresentados três documentos estruturantes para a nossa prática clínica, na área da radiologia de intervenção, das ostomias de eliminação e como intervir na gestão de complicações com os TKIs. De realçar, neste primeiro dia a sessão da Gamificação e Inovação em Oncologia por ser uma nova ferramenta que pode complementar o tratamento do doente oncológico promovendo o seu empoderamento, a adesão ao regime terapêutico e a consequente melhoria da qualidade de vida e, a sessão especial de “Thinking Enfermagem Oncológica”: Valoração de competências em Enfermagem Oncológica e Benchmarking de Boas Práticas clínicas – estas temáticas foram discutidas pelos Enfermeiros Diretores dos IPOs de Lisboa e Porto e pela representante do Enfermeiro Diretor do IPO de Coimbra. Este debate contribui para que os enfermeiros oncologistas possam ser auscultados e integrados no percurso das suas instituições, pois a audiência teve também um papel interventivo. Por fim, no Laboratório de Ideias Criativas foram apresentados dois trabalhos diferenciadores, um Guia para Sobreviventes de Cancro e o Ipalliumhope.

Ambos contribuem para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica/cuidador e para a importância da Enfermagem Oncológica, neste contexto de cuidados.

O jantar do congresso, realizado dia 26, foi um momento de convívio e boa disposição, permitiu não só um estreitamento de relações sociais/trabalho, mas também um momento de descontração e uma estratégia para o nosso equilíbrio mental. De agradecer, a presença do Vice-presidente da Ordem dos Enfermeiros, Enfermeiro Luís Barreira.

No dia 27 de maio, o terceiro e último dia da reunião, decorreu a apresentação dos trabalhos de investigação e de boas práticas e entrega dos prémios aos vencedores destes trabalhos e da categoria dos e-posters. O tema da última sessão educacional foi a Imunoterapia no Cancro Pulmão NPC: O que existe de novo em primeira linha.

Ao longo da reunião foram realizados vários simpósios abordando terapêuticas inovadoras e boas práticas. Em todos foi patente a importância do enfermeiro oncologista, inserido numa equipa multidisciplinar, na promoção da literacia em saúde, na capacitação/empoderamento da pessoa com doença oncológica/cuidador para uma autogestão eficaz do seu regime terapêutico e consequente melhoria de qualidade de vida, sendo este e o seu cuidador o centro dos cuidados em oncologia.

A sessão especial, «Artes» do Cuidar em Oncologia foi apresentada pela sobrevivente e palestrante motivacional, Marina Antunes. O humor esteve sempre presente e permitiu uma leveza e desmistificação na abordagem do Cancro, que a sociedade em geral ainda considera quase tabu. O humor pode ser uma ferramenta

a usar na abordagem da pessoa com doença oncológica, mas também para os próprios profissionais de saúde. Foi por excelência, um momento de muito boa disposição e risos.

Durante os três dias da reunião, decorreu a apresentação de 30 trabalhos em formato de e-posters, cuja votação pelos congressistas foi realizada recorrendo à App da AEOP. De realçar, que este ano houve um aumento exponencial de submissão de trabalhos (60) em formato e-poster, trabalhos de investigação e de boas práticas, o que revela a consciencialização por parte dos enfermeiros oncológicos, da necessidade de divulgação dos seus trabalhos.

Esta Separata da Revista Onco.news 46 foi construída para divulgar toda a informação científica apresentada e debatida, na AEOP 16. Assim, o acesso à informação relevante é disponibilizado a toda a comunidade científica não presente, mas interessada nesta área. Queremos manter-nos na linha da frente da publicação de evidência científica e contribuir para a evolução de ciência de enfermagem oncológica.

A AEOP como associação na área da enfermagem oncológica tem contribuído para a afirmação desta área do cuidar, quer a nível nacional quer internacional, pela sua capacidade de promover, desenvolver e divulgar o conhecimento científico bem como na integração da tecnologia no cuidar da pessoa com doença oncológica/cuidador.

Para que este evento tenha correspondido às vossas expectativas foi necessário um trabalho multiprofissional e em sintonia de diferentes intervenientes, daí o meu agradecimento, como presidente da AEOP, a todos.

Convido-vos a estarem presentes e participarem com trabalhos na AEOP 17, que se realiza na Figueira da Foz, nos dias 23 a 25 maio de 2024. Até lá estejam atentos à participação da AEOP em diferentes eventos científicos e trabalhos desenvolvidos – informação na página da associação, na APP e nas redes sociais, da associação.

Espero que esta publicação seja proveitosa para vocês.



Ana Paula Amorim  
Presidente da Associação de Enfermagem  
Oncológica Portuguesa





Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa



# TRABALHOS DE BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS & INVESTIGAÇÃO



## BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS

**T01**

### CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS SOBRE ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA (TANP)

<sup>1</sup>Ivo Cristiano Soares Paiva, Celina Ferreira Amaral; <sup>2</sup>Isabel Moreira

<sup>1</sup>Instituto Português de Oncologia de Coimbra; <sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

[celina2265@hotmail.com](mailto:celina2265@hotmail.com)

#### 1) Objectivos

Caracterizar as práticas dos enfermeiros que administram TANP.

Avaliar os conhecimentos dos enfermeiros que administram TANP.

Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros que administram TANP.

#### 2) Resultados

Para a realização de um diagnóstico de situação foram observadas as práticas de quatro enfermeiros que administram TANP, recorrendo a uma grelha de observação, constituída por 54 itens, previamente elaborada pelos autores e tem na sua fundamentação os padrões para a prática referidos pela AEOP (2019) e foi aplicado um questionário eletrónico a todos os enfermeiros que administram TANP, num hospital oncológico, constituído por três partes: caracterização sociodemográfica, percepção da necessidade de formação na temática e a adaptação do questionário de autoavaliação disponibilizado no manual “Competências práticas dos enfermeiros oncologistas na administração de terapêutica antineoplásica”.

Foram observadas as práticas de quatro enfermeiros, que se focaram em nove domínios de intervenção autónoma do enfermeiro, ao longo do processo de administração de TANP. Observou-se que em relação ao domínio da Avaliação inicial, apenas 2 enfermeiros a realizam tendo em conta os itens identificados na grelha. Em relação ao domínio da monitorização das respostas da pessoa ao tratamento antineoplásico em tempo útil, 2 enfermeiros observados não realizaram esta avaliação antes do ciclo de tratamento tendo realizado apenas em função das alterações/toxicidades apresentadas pelo doente. Em relação ao domínio da realização dos ensinamentos tendo em conta as toxicidades associadas ao tratamento e cuidados inerentes, a toxicidade hematológica foi a que se observou na maioria das práticas tendo sido efetuado ensino sobre cuidados inerentes à neutropenia realizada em 3 das práticas observadas, nenhum dos enfermeiros abordou os cuidados inerentes à anemia. Em relação à neurotoxicidade (neuropatia periférica), nenhum dos enfermeiros observados realizou ensino ao doente sobre os cuidados inerentes a esta toxicidade bem como os ensinamentos relacionados com a toxicidade hepática, cardíaca e pulmonar.

Em relação à realização de ensinamentos ajustados ao doente e família todos os enfermeiros têm em atenção, nas práticas observadas a avaliação da capacidade que o doente/família, no entanto, apenas dois fornecem informações específicas acerca da finalidade do tratamento, mecanismos de ação, validação do ensino efetuado e reforço do mesmo se necessário e fazendo a sua avaliação.

Todos os enfermeiros observados incluíram nos seus ensinamentos cuidados inerentes à alopecia, náuseas e vômitos induzidos pela terapêutica, diarreia, obstipação, reacção à perfusão e cuidados

inerentes à prevenção do extravasamento.

Nenhum dos enfermeiros observados incluiu no seu ensino cuidados inerentes às alterações cognitivas, distress psicossocial, anorexia, distúrbios do sono, fadiga, astenia e alterações sexuais e de fertilidade nem fez uso de escalas validadas para avaliação de sintomas ou protocolos para a gestão de sintomas.

Nenhum enfermeiro forneceu informações específicas sobre o manuseio seguro de equipamentos e fluidos corporais contaminados nem abordaram as toxicidades tardias e sua gestão. Três dos enfermeiros forneceram informações específicas sobre a terapêutica de suporte associada ao tratamento. Apenas um enfermeiro documentou de forma correta o ensino efetuado.

Em relação ao cumprimento das normas de segurança para administração e manuseamento de TANP, verificou-se que nenhum enfermeiro utilizou o equipamento de proteção individual adequado, utilizando apenas luvas e máscara ainda que inadequada como recomendado pelo National Institute for Occupational Safety and Health e pela AEOP.

No estudo quantitativo, obteve-se uma amostra de 31 enfermeiros (64,6% da população-alvo), verificando-se que 93,5% são do sexo feminino tendo uma média de idades de 38 anos.

A maioria dos participantes são licenciados (87,1%), dois são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e cinco detêm pós-graduação em Oncologia e competência acrescida diferenciada em Enfermagem Oncológica.

Os participantes trabalham em média 10 anos no seu serviço (min. = 5; max. = 25). Dos 31 participantes, nove (29%)

frequentaram formação sobre TANP com uma duração mínima de 2h e o máximo de 80h, tendo esta ocorrido em média há 5 anos, tendo sido na sua maioria (66%) frequentada por sua iniciativa. No âmbito da formação em serviço, apenas 7 participantes (22.5%) referem ter tido formação sobre TANP, com uma duração média de 2.2 horas.

No que respeita à autoavaliação do conhecimento dos enfermeiros que administram TANP, foram identificadas, tendo em conta a visão geral dos dados, quatro domínios com necessidade de intervenção prioritária: Avaliação contínua do doente (( $\bar{x}$ ) = 1.59;  $x_{\min}$  = 0.88;  $x_{\max}$  = 2.0; DP = 0.28), Gestão de efeitos adversos (( $\bar{x}$ ) = 1.53;  $x_{\min}$  = 1.0;  $x_{\max}$  = 1.91; DP = 0.26), Continuidade de cuidados (( $\bar{x}$ ) = 1.59;  $x_{\min}$  = 0.88;  $x_{\max}$  = 2.0; DP = 0.28), e Prática profissional e liderança cuidados (( $\bar{x}$ ) = 1.31;  $x_{\min}$  = 0.50;  $x_{\max}$  = 1.88; DP = 0.36).

### 3) Conclusões

Após a observação das práticas dos enfermeiros que administram TANP e análise dos dados obtidos através do preenchimento do questionário, realizou-se uma síntese dos resultados de modo a delinear uma estratégia de formação priorizando áreas com necessidade de intervenção. Os domínios de intervenção autónoma do enfermeiro identificados com necessidade prioritária de intervenção formativa foram: a avaliação inicial, a monitorização das respostas da pessoa ao tratamento anti-neoplásico, a utilização de ferramentas validadas para a avaliação do doente, a utilização de protocolos para gestão de sintomas, a avaliação contínua do doente, a documentação no processo individual do doente, a gestão de efeitos adversos, os ensinamentos realizados tendo

em conta as toxicidades associadas ao tratamento e cuidados inerentes, as normas de segurança para administração e manuseamento de TANP, a continuidade dos cuidados e a prática profissional e liderança.

Após identificação dos domínios e áreas consideradas prioritárias para intervenção formativa foi elaborado um plano de formação e identificadas estratégias para a sua implementação na instituição.

### 4) Bibliografia

- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2019). Competências práticas dos enfermeiros oncologistas na administração de terapêuticas anti-neoplásicas from <https://www.aeop.pt/ficheiros/Compet.-Quimiot.pdf>

## T02

### O DESAFIO DA INFORMAÇÃO DIGITAL

**Paula Amaro, Catarina Rodrigues**

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
Serviço de Hematologia B e Unidade de Transplante Hematopoiética  
[paula.amaro2107@gmail.com](mailto:paula.amaro2107@gmail.com)

#### 1) Objectivos

##### Objectivo Geral:

Promover a Literacia em Saúde Digital.

##### Objectivos Específicos:

Capacitar o doente na utilização de fontes eletrónicas credíveis, para obter informação adequada à promoção da sua saúde.

Aumentar os conhecimentos do doente sobre a gestão do regime terapêutico.

#### 2) Resultados

A colheita de dados teve início em agosto de 2022 até a abril de 2023.

Dos inquiridos 60% não tem a certeza que a Internet é útil para ajudar a tomar decisões, mas 80% consideram importante ter acesso aos recursos sobre saúde disponíveis na Internet. Verifica-se um aumento na utilização dos sites e aplicações recomendados entre o formulário de diagnóstico inicial e o final. Observa-se uma taxa de conhecimentos sobre o regime dietético de 80%.

### 3) Conclusões

A literacia em saúde centra-se nas capacidades que o doente tem para saber aceder, usar e compreender a informação e o sistema de saúde, por forma a tomar decisões em saúde, na prevenção de doenças e promoção da saúde, e consequentemente aumento da qualidade de vida (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Porem, as novas tecnologias como é o caso da Internet vieram alterar o modo de acesso aos cuidados de saúde encurtando a distância e facilitando o acesso a todos.

Pelo que, os profissionais de saúde, têm responsabilidade e dever de veicular informação fidedigna, orientando o doente para obterem ganhos em saúde com o menor gasto. Desenvolvendo-se assim, uma Biblioteca Digital com informação credível, que é utilizada como ferramenta para capacitar o doente.

Para a utilização da biblioteca digital é solicitado um consentimento informado ao doente, aplicado um formulário de diagnóstico inicial, antes e após a sessão de capacitação observa-se a aprendizagem demonstrada pelo doente, realiza-se sessões de capacitação de modo individual, recorrendo à Biblioteca Digital e cinco dias após a sessão será aplicado o formulário de

diagnóstico final assim como um mês após a sessão será realizado um formulário de monitorização.

Existindo assim documentação de fácil utilização e rápida consulta assegurando a continuidade de cuidados, melhorando a preparação no regresso a casa e contribuindo para a redução de complicações.

Em suma, com o desenvolvimento das tecnologias e das competências digitais dos cidadãos, o acesso à informação está cada vez mais facilitado, mas nem sempre é realizado com a informação mais credível, constituindo um desafio para os profissionais de saúde acompanhar a evolução tecnológica.

#### 4) Bibliografia

- Direção-Geral da Saúde. (2018). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 Portugal. Ministério da Saúde.

**T03**

## **AUTO-REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA DE GRUPO PARA MULHERES COM CANCRO DE MAMA**

Ana Rosado

Hospital Beatriz Ângelo  
[anabalixa@hotmail.com](mailto:anabalixa@hotmail.com)

### 1) Objectivos

Para a mulher, a mama significa o feminino, a beleza, a sexualidade e a maternidade, pelo que o diagnóstico de cancro de mama suscita sentimentos negativos face à imagem corporal e à autoimagem. Sabe-se que a doença oncológica apresenta um grande impacto no desempenho físico, no bem-estar psicológico e psicossocial. É comum que surjam emoções negativas

como: tristeza, medo, raiva, incerteza, desespero, frustração e por vezes culpa. A regulação emocional é uma estratégia para alcançar uma melhor adaptação à doença. Este projeto de enfermagem, desenvolvido no Hospital de Dia de Oncologia do Hospital Beatriz Ângelo, procurou abordar uma necessidade identificada: Promoção da Saúde Mental em contexto de intervenção grupal.

Os objetivos do presente projeto são:

- Desenvolver e fomentar em grupo intervenções e estratégias de autorregulação emocional potenciando uma melhor qualidade de vida;
- Promover a relação terapêutica em grupo utilizando técnicas expressivas e de psicoeducação;
- Avaliar escalas validadas para promoção da Saúde Mental;

### 2) Resultados

Criação de um grupo de intervenção psicoterapêutica, com a duração de 12 semanas consecutivas, moderado por Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria e Psicóloga Clínica. Grupo inicial constituído por 8 mulheres entre os 20 e 60 anos, com diagnóstico de cancro de mama não metastático submetidas a quimioterapia. Planearam-se e desenvolveram-se atividades com temas específicos utilizando diversos mediadores expressivos (pintura, desenho, escrita, dança e relaxamento) e psicoeducação, e aplicadas escalas no início e no fim: Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE), Escala de Ajustamento Mental ao Cancro (mini-MAC) e Escala de Qualidade de Vida (FACT-G) com a subescala FACIT-SP12. Dos dados obtidos inicialmente 58% das mulheres apre-

senta dificuldade na aceitação de respostas emocionais, 57% ausência de consciência emocional e ausência na compreensão de sentimentos. 88% refere que a qualidade de vida é afetada principalmente a nível físico e emocional. Após 12 semanas observa-se uma evolução positiva no que diz respeito a sentimentos de esperança, à valorização que as participantes dão à vida e às coisas boas que lhes aconteceram. Observa-se uma diminuição da preocupação de recidiva, maior consciencialização e aceitação emocional, que se reflete na capacidade de expressar emoções positivas.

### 3) Conclusões

A implementação deste projeto permitiu a introdução de uma nova forma de intervenção no âmbito da Saúde Mental. Apesar do número limitado da amostra, foi possível verificar os efeitos positivos da participação nos grupos no que diz respeito à Regulação Emocional e à Qualidade de Vida. O grupo de intervenção psicoterapêutica facilitou a partilha de experiências e o confronto de várias perspetivas, promovendo a regulação de pensamentos disfuncionais, proporcionando o empoderamento e a consciencialização face ao processo vivenciado. Revelou-se um recurso a ser implementado pois promove a aprendizagem, a autoconsciência e a autorreflexão, permite a consciencialização da universalidade e fomenta a esperança e o altruísmo. Mostra ainda a importância de cuidar e “olhar” o doente numa perspetiva biopsicossocial mostrando que os cuidados especializados de enfermagem em saúde mental são uma mais-valia na área da oncologia.

#### 4) Bibliografia

- Koçan, S. & Gürsoy, A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *The Journal of Breast Health*. 12 (4), 145-150
- Faller, H.; Schuler, M.; Richard, M.; Heckl, U.; Weis, J.; Küffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*. 31 (6), 782-793. Doi: 10.1200/JCO.2011.40.8922.
- Schouten, B., Avau, B.; Bekkering, G.E.; Vankrunkelsven, P.; Mebis, J.; Hellings, J.; Hecke, A.V.(2019). Systematic screening and assessment of psychosocial well-being and care needs of people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019.
- Brandão, T., Schulz, M. S., Gross, J. J., & Matos, P. M. (2017b). The Emotion Regulation Questionnaire in women with cancer: A psychometric evaluation and an item response theory analysis. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1647- 1653.
- Campbell-Enns, H. J., & Woodgate, R. L. (2017). The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 26(11), 1711-1721. doi:10.1002/pon.4281.
- Maass, S. W. M. C., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F. M., & de Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100- 108.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multi-dimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Cella et al. (1993). Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) versão 4.
- Watson, M. & Kissane, D. W. (2011).

Handbook of Psychotherapy in Cancer Care. Chichester (UK): John Wiley & Sons.

## INVESTIGAÇÃO

T01

### NAÚSEAS E VÔMITOS INDUZIDOS POR QUIMIOTERAPIA - INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO AUTOCUIDADO

<sup>1</sup>Patricia Martins, Luísa Barbosa; <sup>2</sup>Maria Alexandra Costa

<sup>1</sup>Centro Hospitalar Barreiro Montijo

<sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
[patriciammartins@chbm.min-saude.pt](mailto:patriciammartins@chbm.min-saude.pt)

#### 1) Objectivos

Capacitar a equipa de enfermagem no cuidar da pessoa com NVIQ, nomeadamente na avaliação, prevenção e gestão sintomática, melhorando particularmente a sua educação, por forma a garantir uma homogeneidade e qualidade da intervenção; Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da avaliação, prevenção e gestão sintomática de NVIQ nas consultas de enfermagem de primeira vez e subsequentes, junto da pessoa com doença oncológica; Identificar a prevalência das náuseas e vômitos agudos e tardios nos diferentes grupos de risco de doentes em tratamento de QT; Aumentar o nível de autocuidado para prevenir e gerir as náuseas e vômitos agudos e tardios nos mesmos grupos.

#### 2) Materiais e métodos

Num HDO os enfermeiros reconheceram faltar sistematização e fundamentação à intervenção com as pessoas com NVIQ, o que originou a questão de investigação: Quais as intervenções

de enfermagem na pessoa com doença oncológica com risco de NVIQ? e a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com risco de NVIQ em contexto de ambulatório. Numa primeira fase fez-se uma revisão scoping e numa segunda fase realizaram-se três estágios em contextos ambulatórios de oncologia médica onde as consultas de enfermagem, de primeira vez ou seguimento, presenciais ou telefónicas, foram feitas a adultos com prescrição de qualquer protocolo de AAN, em três momentos, D1 (1ª vez), D2 (24h) e D4 (96h). Em D1 foi feita colheita de dados presencial com o Guião D1 (avaliação do risco) e instrumento ASA-A (avaliação Capacidade Autocuidado) e aplicado Programa Educacional: prevenção e gestão de NVIQ, em D2 e D4 foram feitas colheita de dados telefónica com o Guião D2 ou D4 (inclui escala MAT (MASCC Antiemesis Tool) e CTCAEv4.0 (intensidade), mais a ASA-A, seguido de reforço do anterior Programa Educacional. No último estágio foi feito um estudo descritivo-exploratório para avaliar a frequência e intensidade das NVIQ agudas e tardias e da capacidade de autocuidado, autorizado por Comissão de Ética, tendo a colheita de dados sido apoiada por três Algoritmos de Intervenção: na Prevenção, na Gestão e na Pessoa com Risco de NVIQ.

#### 3) Resultados

A amostra de conveniência de 45 sujeitos revelou que 11 (24%) tiveram náuseas agudas (7 grau 1) e 6 (13%) vômitos agudos, mas 18 (40%) tiveram náuseas tardias (10 grau 1) e 7 (15%) vômitos tardios (6 grau 1). A capacidade de autocuidado passou de boa a

regular na população de pessoas com náuseas ou vômitos agudos ou tardios. Desenvolveu-se também um procedimento institucional com indicadores de avaliação e material educativo, para avaliar efetividade do programa de qualidade de cuidados de enfermagem sobre avaliação, prevenção, educação e gestão das NVIQ.

#### 4) Conclusões

Estes resultados revelam que as NVIQ têm uma prevalência maior entre o 2º e 4º dias após a QT (fase tardia) do que nas primeiras 24 horas (fase aguda), indo ao encontro de outros estudos publicados. A capacidade de autocuidado, avaliada pela escala ASA-A, passou de boa nas consultas de enfermagem de primeira vez (D1), a regular nas consultas não presenciais (D2 e D4), mas só nos sujeitos que tiveram náuseas ou vômitos, quer agudos, quer tardios. Estes resultados revelam que na presença de NVIQ há perda da capacidade de autocuidado, o que já seria esperado, no entanto revelam também que a escala ASA-A não mostra sensibilidade para medir a maior capacitação das pessoas para lidar com estes desvios de saúde, que se cumpriu com a implementação do programa educacional em todas as consultas de enfermagem presenciais e telefônicas e onde os dados mostram que 43 pessoas em D2 precisaram de pelo menos 1 reforço do programa educacional, mas em D4 esse número foi só de 6 sujeitos, uma vez que as pessoas demonstraram conhecer o programa e ter capacidade de tomada de decisão para gerir estes dois sintomas. Os resultados do estudo confirmam a importância de material educativo de fácil leitura para entregar aos doentes, com orientações para a

prevenção e gestão de NVIQ, nomeadamente medidas dietéticas, recomendações farmacológicas e não farmacológicas e estratégias de autocuidado. Concluiu-se também que a avaliação e o acompanhamento telefónico constituíram uma estratégia adequada para a monitorização destes efeitos adversos e para a promoção do autocuidado.

#### 5) Bibliografia

- AEOP (Coor.) (2014). Linha de consenso: profilaxia de náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia. Porto: Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa.
- DGS (2017). Portugal. Doenças oncológicas em números. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Kameli, M., Khoshnevic, M., Nouri, J., & Khademolhosseini, S. (2015). Designing and the validation of the evidence-based nursing care instruction in the nausea and vomiting of patients undergoing chemotherapy. *International Journal of Medical Reviews*, 2(4), 323-329.
- MASCC (2016). MASCC/ESMO Antiemetic Guidelines 2016. Version 1 (55 pp). Disponível em: <http://www.mascc.org/antiemetic-guidelines>.
- NCCN (2018). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines): Antiemesis (Version 1). Acesso em 18/04/2018. Disponível
- NCI (2010a). Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). Version 4.0. Disponível em: [http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE\\_4.03\\_2010-0614\\_QuickReference\\_5x7.pdf](http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-0614_QuickReference_5x7.pdf).
- Silva, J., & Domingues E. (2017). Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. *Arquivo Ciências da Saúde*, 24(4), 30-36. doi: [org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.686](https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.686)
- Underhill, M., Chicko, L., & Berry, D. (2015). A nurse-led evidence-based practice project to monitor and improve the

management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Clinical journal of oncology nursing*, 19, 38-40.

- Vidall, C., Fernandez-Ortega, P., Cortinovis, D., Jahn, P., Amlani, B., & Scotté, F. (2015). Impact and management of chemotherapy/radiotherapy-induced nausea and vomiting and the perceptual gap between oncologists/oncology nurses and patients: a cross-sectional multinational survey. *Support Care Cancer*, 23, 3297-3305.

**T02**

### **PESSOA COM NEUROPATIA PERIFÉRICA INDUZIDA PELA QUIMIOTERAPIA: DA AVALIAÇÃO AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM**

<sup>1</sup>Sandra Batista, Helena Domingues; <sup>2</sup>Rui Gonçalves; <sup>3</sup>Filipa Ventura

<sup>1</sup>Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Serviço de Hospital de Dia

<sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

<sup>3</sup>Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Unidade de Investigação em Ciências de Saúde

[baptista2@sandra@gmail.com](mailto:baptista2@sandra@gmail.com)

#### **1) Objetivos**

O objetivo principal deste estudo é responder à questão de investigação: “Como avaliam e registam os enfermeiros os efeitos da NPIQ na pessoa, numa unidade ambulatória de Oncologia Médica?”

A resposta a esta questão exigiu o planeamento de uma estratégia adequada e cientificamente estruturada. Todo o percurso de investigação é norteado por 2 objetivos específicos:

- Conhecer, descrever e mapear as intervenções dos enfermeiros, através do padrão documental, no que diz respeito à condição da pessoa com NPIQ;

- Analisar o perfil de conhecimento dos enfermeiros, discutir a pertinência da utilização de um instrumento de avaliação e desenhar estratégias de intervenção.

## 2) Materiais e métodos

Desenvolveu-se um estudo de caso, com abordagem mista, repartido em duas fases. Na primeira, quantitativa, procedeu-se à análise do padrão documental dos enfermeiros. Tal foi organizado numa base de dados, através de um formulário no Google Docs<sup>®</sup>, suportado por uma grelha de extração de dados. Este instrumento de recolha de dados foi previamente testado num processo de simulação e numa data anterior à do início da recolha de dados do estudo aqui apresentado.

Como horizonte temporal, definiu-se a consulta dos registos de enfermagem que constam no processo da pessoa que realizou QT, nos primeiros cinco dias úteis dos dois meses consecutivos anteriores ao mês em que se obteve o parecer favorável (janeiro 2021), por parte da administração hospitalar e respetiva comissão de ética, para a realização deste estudo de investigação.

Na segunda fase, qualitativa desenvolveu-se um focus group com a equipa de enfermagem, para explorar e refletir sobre a análise documental. Simultaneamente realizou-se a audiogravação, guiada por três investigadores.

Inicialmente, os investigadores propuseram-se a desenvolver dois momentos distintos para a realização do focus group com todos os elementos da equipa que aceitassem o desafio. Face à situação pandémica nacional e internacional, na qual se encontravam, que estrangulou os recursos humanos nas equipas na saúde, só foi possível realizar um focus

group. Esta discussão em grupo ocorreu no dia 2 do mês de março de 2022.

Os participantes corresponderam a um total de 7 enfermeiros, que integram a equipa de enfermagem responsável pela administração de Quimioterapia (QT), numa unidade ambulatória de oncologia.

Foram definidos como tópicos-guia da dinâmica, e consecução do focus group, a recolha de conceções sobre aspetos como: i) a perceção dos enfermeiros sobre a pessoa com NPIQ; ii) a abordagem à pessoa com neuropatia, nomeadamente a avaliação; iii) as intervenções perante a pessoa, especificando -as.

Após a transcrição, procedeu-se à organização e análise do conteúdo, através das orientações de Bardin (2020). Esta análise e codificação foram realizadas considerando uma perspetiva consensual em termos das ideias veiculadas pelos participantes. Cumpriram-se todos os procedimentos éticos e legais exigidos.

## 3) Resultados

Dos 278 registos de enfermagem analisados, apenas 2,2% apresentam o diagnóstico de NPIQ e 0,4% apresenta a avaliação do seu grau. Nenhum registo identificou as alterações nas Atividades de Vida Diárias (AVD) nem ensinios realizados acerca das intervenções desenvolvidas. Face ao exposto subsistiram algumas questões: i) O que levará a um tão reduzido número de diagnósticos e à não identificação das alterações nas AVD e Atividades Instrumentais de Vida Diárias da pessoa?; ii) Sabendo que este efeito secundário é dose dependente, e tendo em conta o histórico e algumas pessoas com tantos tratamentos de QT realizados, o que levará à não referência no padrão documental de

intervenções de enfermagem?; iii) Será a não perceção da condição por parte dos profissionais?; iv) Qual é o seu nível de conhecimento em relação à NPIQ? e v) Conhecerão, ou não, instrumentos e estratégias de avaliação?.

A apresentação destes dados à equipa de enfermagem através de um focus group permitiu verificar que os registos não ilustram a (1) perceção, (2) avaliação e (3) intervenção dos enfermeiros, neste domínio, tendo imergido estas três categorias e várias subcategorias.

## 4) Conclusões

A Neuropatia Periférica Induzida pela Quimioterapia (NPIQ) é a toxicidade neurológica mais frequente no tratamento do cancro. A sua prevenção, diagnóstico e tratamento são um desafio constante para os profissionais de saúde, particularmente para os enfermeiros, agentes no diagnóstico, avaliação, prevenção e reabilitação desta condição (Jordan et al., 2020).

Através da análise dos resultados obtidos na primeira fase deste estudo construíram-se os alicerces que contribuíram para o desenvolvimento do focus group (Bardin, 2020). Todos os participantes referiram este efeito secundário como sendo transversal a quase todas as pessoas que realizam QT. Não obstante a constatação desta problemática e a sua validação no focus group, o padrão documental não ilustra esta perceção através do diagnóstico feito pelo enfermeiro, assim como os registos de enfermagem não retratam a abordagem feita pelo profissional nem as intervenções autónomas e interdependentes desenvolvidas. Esta discussão em grupo permitiu lançar o desafio de ser selecionado um instrumento de avaliação que seja simples, metódico e objetivo.

Conscientes de que boas práticas resultam do desenvolvimento de um sistema complexo de intervenções, este estudo conduziu à sensibilização e mobilização de conhecimentos da equipa de enfermagem. Emergiram para o futuro várias propostas de intervenção clínica, nomeadamente: i) a seleção de um instrumento de avaliação da NPIQ simples, intuitivo e multidisciplinarmente aceite; ii) a implementação e parametrização de um instrumento de avaliação no sistema de registos informático da instituição envolvida; iii) o desenvolvimento de algoritmos de atuação/encaminhamento em função do grau de NPIQ diagnosticada; iv) o desenvolvimento de um documento de suporte escrito, fornecido à pessoa no primeiro tratamento, que esclareça sobre os efeitos secundários, sinais de alerta e cuidados na prevenção, otimização e reabilitação; v) a implementação de formação periódica sobre a pessoa com NPIQ, que permita a atualização da evidência produzida neste âmbito e a otimização dos cuidados.

### 5) Bibliografia

- Barbour, R. (2009). Grupos Focais. Artmed.
- Bardin, L. (2020). Análise de Conteúdo. (5th ed.). Edições 70.
- Jordan, B., Margulies, A., Cardoso, F., Cavaletti, G., Haugnes, H. S., Jahn, P., Rhun, E., Preusser, M., Scotté, F., & Taphoorn, M. J. B., (2020). Systemic anti-cancer therapy-induced peripheral and central neurotoxicity: ESMO-EONS-EANO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, prevention, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 31(10), 1306-19.
- <https://doi:10.1016/j.annonc.2020.07.003>

**T03**

## DETERMINANTES DA EXPERIÊNCIA VIVIDA DE CONFORTO DO SOBREVIVENTE A TRANSPLANTE ALOGÉNICO DE CÉLULAS PROGENITORAS DA HEMATOPOIESE

Lúcia Bacalhau; Patrícia Pontifice-w-Sousa

ICS Lisboa, Universidade Católica Portuguesa  
[luciabacalhau@gmail.com](mailto:luciabacalhau@gmail.com)

### 1) Objectivos

A situação de cronicidade associada à sobrevivência ao Transplante Alogénico de Progenitores da Hematopoiese (TACPH) tem uma prevalência crescente e um impacto significativo na vida e no quotidiano de cada sobrevivente (Williams, 2012). O aumento do número de sobreviventes ao processo de transplante devido aos progressos científicos na eficácia do tratamento e na aplicação do mesmo a mais patologias leva-nos a refletir sobre os desafios que estas pessoas enfrentam neste tempo de vida. Esta condição conduz a múltiplas alterações e mudanças em diferentes áreas da vida, desocultando necessidades de saúde variadas para as quais se procura uma resposta confortadora, colocando assim desafios aos cuidados de saúde, no período de sobrevivência (Islam, 2018). Definimos como objetivo da investigação:

Conhecer os determinantes da experiência vivida de conforto para o sobrevivente a Transplante Alogénico de Células Progenitoras da Hematopoiese.

### 2) Materiais e métodos

A investigação insere-se no paradigma qualitativo, na perspetiva fenomenológica da prática de van Manen (2020) e os dados foram recolhidos através de

entrevistas fenomenológicas e narrativas. Os participantes do estudo (20) são pessoas submetidas a transplante alogénico de células progenitoras da hematopoiese, acompanhadas em regime de ambulatório e que reuniam as seguintes condições:

- Ter idade superior a 18 anos;
- Ter experienciado o fenómeno em estudo (ser sobrevivente e ter sido submetido a TACPH, há, pelo menos, 3 meses);
- Sem evidências de recaída da doença;
- Ter capacidade de se expressar verbalmente. A seleção dos participantes ocorreu de forma intencional.

No processo de análise, seguimos as “etapas” como a epoché, a redução e o vocativo, que acontecem em simultâneo, sem se distinguirem umas das outras (Manen, Van, 2017). Após a transcrição e compilação de todo o material experiencial procedeu-se à leitura do global, de modo apreender o significado e o sentido do todo; seguidamente realizou-se uma leitura detalhada e reflexiva das descrições, onde procurámos identificar as frases essenciais e reveladoras da experiência de conforto; foram colocadas em evidência as unidades temáticas extraídas das descrições, utilizando o programa Maxqda. A análise foi validada com peritos na área da investigação e metodologia qualitativa e participantes do estudo. Foi construído um texto vocativo da experiência vivida do sobrevivente.

### 3) Resultados

Da análise e de forma entrelaçada, emergiram os seguintes aspetos como determinantes da experiência de conforto.

Sobreviver a doença para além da doença:

- A doença do enxerto contra hospedeiro;

Sobreviver o ajuste ao novo Eu:

- Viver o corpo;

- Ser pessoa sobrevivente;

- Viver o tempo dos dias;

Sobreviver o contexto hospitalar:

- O ambiente de cuidados;

- O tempo de permanência.

Inquiry. *Qualitative Inquiry*. . ISSN 15527565. 26:5 (2020) 486–490. doi: 10.1177/1077800419829788.

- WILLIAMS, Barbara J. - Self-transcendence in stem cell transplantation recipients: A phenomenologic inquiry. *Oncology Nursing Forum*. . ISSN 0190535X. 39:1 (2012) 41–49. doi: 10.1188/12.ONFE41-E48.

#### 4) Conclusões

Os achados permitem uma melhor compreensão do significado do conforto para o sobrevivente a TACPH reconhecendo-o, para além de uma necessidade, uma experiência subjetiva, desejada e determinada pelo que é vivido. Alerta-nos para determinantes intrínsecos à doença, à pessoa e ao ambiente de cuidados hospitalares. Percebe-se assim a importância desta investigação para a reflexão sobre a experiência de conforto do sobrevivente a TACPH. Constituindo estes resultados preliminares da tese de doutoramento, acreditamos que este conhecimento contribuirá para humanizar e adequar o cuidado de enfermagem, com vista à promoção do conforto pleno.

#### 5) Bibliografia

- ISLAM, Md Serajul - Treat patient, not just the disease: holistic needs assessment for haematological cancer patients. *Oncology Reviews*. . ISSN 19705565. 12:2 (2018) 83–89. doi: 10.4081/oncol.2018.374.
- MANEN, Max VAN - Phenomenology in Its Original Sense. *Qualitative Health Research*. . ISSN 15527557. 27:6 (2017) 810–825. doi: 10.1177/1049732317699381.
- MANEN, Michael A. VAN - Uniqueness and Novelty in Phenomenological

# TRABALHOS SUBMETIDOS EM E-POSTERS



P01

## NECESSIDADES FORMATIVAS DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL DE DIA DE UM CENTRO ONCOLÓGICO

Ana Raquel Chemela, Ana Catarina Cardeira

Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Hospital de Dia Hemato-Oncologia  
[achemela@ipolisboa.min-saude.pt](mailto:achemela@ipolisboa.min-saude.pt)

### 1) Objetivos

Caraterizar a população de enfermeiros a exercer no hospital de dia; Descrever as necessidades formativas dos enfermeiros.

### 2) Fundamentação

A formação e o desenvolvimento profissional são um pilar fundamental e determinante para a melhoria continua da qualidade do desempenho profissional e, consequentemente, dos serviços prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.131).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021, p.132) o processo formativo é “o percurso de desenvolvimento e aprendizagem decorrente da formação, formal e informal, relevantes no percurso profissional do enfermeiro e do enfermeiro especialista” que deve incluir a formação profissional continuada e a experiência que se traduzem em competências adquiridas enfatizando a capacitação profissional.

Realizou-se o levantamento das necessidades formativas dos enfermeiros com vista à elaboração do plano de formação para 2023. O questionário aplicado baseia-se no formulário disponibilizado pelo centro de formação da instituição. O mesmo encontra-se dividido em áreas temáticas: qualidade, ambiente, segurança e responsabilidade social; gestão de doentes; saúde; desenvolvimento

pessoal e comunicação; informática.

### 3) Resultados e Conclusões

Os dados foram colhidos entre janeiro e fevereiro de 2023, tendo sido analisados neste último.

A equipa tem 21 elementos, dos quais 3 são do sexo masculino. O tempo médio de exercício profissional é de 14 anos. Em termos de habilitações literárias encontramos 21 licenciaturas, 6 pós-graduações e 2 mestrados com especialização. O tempo médio de desempenho de funções no hospital de dia é de 5 anos, sendo a pessoa com maior tempo com 15 anos e a mais nova com 2 semanas.

As necessidades formativas referidas pelo menos por metade dos elementos da equipa e em ordem decrescente de relevância foram: prevenção de burnout e gestão de stress, gestão do stress (profissional e pessoal), derrames e extravasamento de citostáticos, registos de enfermagem em Sclínico, gestão de conflitos, reações de hipersensibilidade, comunicação na relação profissional e assertividade, carro e situações de urgência, avaliação de riscos profissionais, ensaios clínicos e investigação, projetos de melhoria dos

cuidados desenvolvidos na instituição, acessos vasculares e suporte básico e avançado de vida.

Verifica-se um número considerável de necessidades do foro emocional, social e comportamental, o que se pode justificar pelo tipo de população a quem se presta cuidados: doentes oncológicos com características próprias de fragilidade e vulnerabilidade e também pela rotatividade de doentes, sobrecarga de trabalho e ainda pela multiplicidade de protocolos e diferentes medicamentos administrados. Denota-se que as necessidades de formação são específicas e de carácter técnico, fundamentais aos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a tratamento anti-neoplásico. Os enfermeiros identificam a segurança, quer do ambiente, quer dos profissionais com área de interesse.

Para dar resposta às necessidades formativas acima identificadas elaboramos o plano de formação que trimestralmente divulgamos à restante equipa e que se operacionaliza em sessões semanais de 30 minutos. O conteúdo das sessões é divulgado em pasta partilhada acessível aos elementos da equipa e pretendemos construir um modelo de avaliação das sessões. As ações são

**NECESSIDADES FORMATIVAS DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL DE DIA DE UM CENTRO ONCOLÓGICO**

Ana Raquel Chemela, Ana Catarina Cardeira  
Instituto Português de Oncologia de Lisboa (Hospital de Dia Hemato-Oncologia) | [achemela@ipolisboa.min-saude.pt](mailto:achemela@ipolisboa.min-saude.pt) | [acardeira@ipolisboa.min-saude.pt](mailto:acardeira@ipolisboa.min-saude.pt)

<p><b>Objetivos</b></p> <p>Caraterizar a população de enfermeiros a exercer funções no hospital de dia; Descrever as necessidades formativas dos enfermeiros.</p> <p><b>Fundamentação</b></p> <p>A formação e o desenvolvimento profissional são um pilar fundamental e determinante para a melhoria continua da qualidade do desempenho profissional e, consequentemente, dos serviços prestados.</p> <p>Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021, p.132) o processo formativo é “o percurso de desenvolvimento e aprendizagem decorrente da formação, formal e informal, relevantes no percurso profissional do enfermeiro e do enfermeiro especialista” que deve incluir a formação profissional continuada e a experiência que se traduzem em competências adquiridas enfatizando a capacitação profissional.</p> <p>Realizou-se o levantamento das necessidades formativas dos enfermeiros com vista à elaboração do plano de formação para 2023. O questionário aplicado baseia-se no formulário disponibilizado pelo centro de formação da instituição. O mesmo encontra-se dividido em áreas temáticas: qualidade, ambiente, segurança e responsabilidade social; gestão de doentes; saúde; desenvolvimento</p>	<p><b>Resultados e Conclusões</b></p> <p>Os dados foram colhidos entre janeiro e fevereiro de 2023 e analisados neste último.</p> <p>A equipa tem 21 elementos, dos quais 3 são do sexo masculino.</p> <p>O tempo médio de exercício profissional é de 14 anos.</p> <p>Em termos de habilitações literárias encontramos 21 licenciaturas, 6 pós-graduações e 2 mestrados com especialização.</p> <p>O tempo médio de desempenho de funções no hospital de dia é de 5 anos, sendo a pessoa com maior tempo com 15 anos e a mais nova com 2 semanas.</p> <p>As necessidades formativas referidas pelo menos por metade dos elementos da equipa e em ordem decrescente de relevância foram: prevenção de burnout e gestão de stress, gestão do stress (profissional e pessoal), derrames e extravasamento de citostáticos, registos de enfermagem em Sclínico, gestão de conflitos, reações de hipersensibilidade, comunicação na relação profissional e assertividade, carro e situações de urgência, avaliação de riscos profissionais, ensaios clínicos e investigação, projetos de melhoria dos</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #e91e63; color: white;">Qualidade, ambiente, segurança, responsabilidade social</th> <th style="background-color: #e91e63; color: white;">Gestão de doentes</th> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicação e relacionamento interpessoal: 17</li> <li>Gestão de stress: 17</li> <li>Prevenção de burnout: 16</li> <li>Gestão de conflitos: 16</li> <li>Gestão de situações de emergência: 16</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenção de infeção: 17</li> <li>Gestão de acesso vascular: 17</li> <li>Gestão de suporte básico e avançado: 16</li> <li>Segurança: 16</li> <li>Segurança: 16</li> <li>Segurança: 16</li> <li>Segurança: 16</li> <li>Segurança: 16</li> <li>Segurança: 16</li> </ul> </td> </tr> <tr> <th style="background-color: #e91e63; color: white;">Saúde</th> <th style="background-color: #e91e63; color: white;">Informática</th> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> </ul> </td> </tr> </table>	Qualidade, ambiente, segurança, responsabilidade social	Gestão de doentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicação e relacionamento interpessoal: 17</li> <li>Gestão de stress: 17</li> <li>Prevenção de burnout: 16</li> <li>Gestão de conflitos: 16</li> <li>Gestão de situações de emergência: 16</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenção de infeção: 17</li> <li>Gestão de acesso vascular: 17</li> <li>Gestão de suporte básico e avançado: 16</li> <li>Segurança: 16</li> <li>Segurança: 16</li> <li>Segurança: 16</li> <li>Segurança: 16</li> <li>Segurança: 16</li> <li>Segurança: 16</li> </ul>	Saúde	Informática	<ul style="list-style-type: none"> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> </ul>
Qualidade, ambiente, segurança, responsabilidade social	Gestão de doentes									
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicação e relacionamento interpessoal: 17</li> <li>Gestão de stress: 17</li> <li>Prevenção de burnout: 16</li> <li>Gestão de conflitos: 16</li> <li>Gestão de situações de emergência: 16</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenção de infeção: 17</li> <li>Gestão de acesso vascular: 17</li> <li>Gestão de suporte básico e avançado: 16</li> <li>Segurança: 16</li> <li>Segurança: 16</li> <li>Segurança: 16</li> <li>Segurança: 16</li> <li>Segurança: 16</li> <li>Segurança: 16</li> </ul>									
Saúde	Informática									
<ul style="list-style-type: none"> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> <li>Segurança: 17</li> </ul>									

Verifica-se um número considerável de necessidades do foro emocional, social e comportamental, o que se pode justificar pelo tipo de população a quem se presta cuidados: doentes oncológicos com características próprias de fragilidade e vulnerabilidade e também pela rotatividade de doentes, sobrecarga de trabalho e ainda pela multiplicidade de protocolos e diferentes medicamentos administrados. Denota-se que as necessidades de formação são específicas e de carácter técnico, fundamentais aos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a tratamento anti-neoplásico. Os enfermeiros identificam a segurança, quer do ambiente, quer dos profissionais com área de interesse.

Para responder às necessidades formativas identificadas, elaboramos o plano de formação de acordo com as áreas temáticas e conteúdos curriculares do Programa formativo para o Atribuição de Competência Acesso/Dia realizado em Enfermagem Oncológica. Trimestralmente divulgamos o plano à equipa. Este operacionaliza-se em sessões semanais de 30 minutos, realizadas por formações in situ, no centro de formação, do gabinete de investigação clínica, bem como por intervenções pontuais de outros serviços e para outras instituições. O conteúdo das sessões é divulgado em pasta informática partilhada. O modelo de avaliação das sessões encontra-se em desenvolvimento. Pretendemos a frequência de formações técnicas e divulgamos conteúdos realizados na área de investigação no nível de equipa.

Reforçamos que o Enfermeiro Oncologista é “valorar de conhecimento científico e partilhado especializado nos domínios da avaliação de doentes, de diagnóstico e de enfermagem oncológica” (2021, p.132), contribuindo à formação em formação para o desenvolvimento do mesmo.

realizadas por formadores do próprio serviço, do centro de formação, do gabinete de investigação clínica, bem como por enfermeiros peritos de outros serviços e pela indústria farmacêutica. Fomentamos a frequência de formações internas e divulgamos formações realizadas na área de oncologia no seio de equipa.

Reforçamos que o Enfermeiro Oncologista é “detentor de conhecimento concreto e pensamento sistematizado nos domínios da disciplina, da profissão e da enfermagem oncológica” (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p.132), contribuindo a Formação em Serviço para o desenvolvimento do mesmo.

**4) Bibliografia**

- Ordem dos Enfermeiros, 2016. Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>. Acedido a 04/04/2023.
- Ordem dos Enfermeiros, 2021. Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Oncológica. Disponível em: <http://ordemenfermeiros.pt/Regulamentodacompetenciaacrescidamenfermagemoncologica.pdf>. Acedido a 16/03/2023.

**P02**  
**COMO LIMITAR A EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A CITOSTÁTICOS? PROTOCOLO DE LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO DE SUPERFÍCIES**

<sup>1</sup>Helena Mira; <sup>2</sup>Gisela Costa

<sup>1</sup>Hospital Garcia de Orta, Serviço de Hematologia, Oncologia e Hospital de Dia; <sup>2</sup>Hospital Garcia de Orta, Serviços Farmacêuticos.

[helenamira@gmail.com](mailto:helenamira@gmail.com)

**1) Objetivos**

Implementação de procedimento de limpeza e descontaminação das áreas de preparação e administração de citostáticos (Serviços Farmacêuticos (SF) e Hospital de Dia (HD))

**2) Fundamentação**

Estudos desenvolvidos, demonstraram existir contaminação das superfícies nos locais de preparação e administração. Como condicionantes desta contaminação temos a metodologia de trabalho, a não consciencialização do risco pelos profissionais e procedimentos de limpeza ineficazes (Viegas et al., 2014). Para minimizar a exposição dos profissionais, por contacto

dérmico, é necessário rever as práticas instituídas, nomeadamente o procedimento de limpeza. As guidelines existentes para descontaminação de superfícies não especificam os produtos e diluição a utilizar, o tempo de contato ou a frequência do procedimento (Negri et al., 2019). Sem normas de referência, cada hospital constrói os seus próprios procedimentos. A evidência aponta quais as superfícies com maior suscetibilidade de contaminação nos locais de acondicionamento, preparação e administração (prateleiras, computadores, bombas infusoras, malas de transporte, cadeirões, etc.) (Viegas et al., 2018). Também a monitorização microbiológica periódica, efetuada nas câmaras de fluxo laminar vertical, permitiu constatar a existência de resultados positivos.

**3) Resultados e Conclusões**

Tendo em conta a evidência disponível e identificada a necessidade de implementar medidas corretivas ao protocolo de limpeza de superfícies, foi realizada a sua alteração. Para o sucesso da sua implementação foi realizada formação à equipa multidisciplinar envolvida na preparação, administração, limpeza de superfícies e recolha de resíduos contaminados, num total de 46 profissionais.

The infographic is a vertical poster with a pink and white color scheme. At the top, it features the title and authors' names. Below this, it is divided into several sections:
 

- OBJETIVO:** A single bullet point describing the goal of implementing a cleaning and decontamination protocol.
- FUNDAMENTAÇÃO:** A paragraph explaining the rationale based on occupational exposure studies and the need for standardized procedures.
- METODOLOGIA:** A list of steps including literature review, identification of high-risk areas, and implementation of a cleaning protocol.
- RESULTADOS:** A flowchart showing the process from protocol development to implementation, and a table comparing contamination levels before and after the protocol.
 

Área avaliada	Antes protocolo	Depois protocolo
Área de preparação	34%	21%
Área de administração	39%	21%
- CONCLUSÃO:** A paragraph stating that the protocol was effective in reducing contamination and that further microbiological monitoring is needed.
- Formação realizada:** A circular diagram showing the distribution of training sessions across different departments: Farmácia (40%), Serviço de Preparação e Administração de Fármacos (26%), Serviço de Hematologia (13%), and Serviço de Oncologia (21%).

A formação teve como objetivos sensibilizar para a necessidade de práticas seguras de prevenção da contaminação e apresentar o novo procedimento de limpeza de superfícies contaminadas.

A análise dos resultados microbiológicos, antes e após a implementação do novo procedimento permitiu a sua validação.

Para uma avaliação fidedigna do nível de contaminação das superfícies dos SF e HD, consideramos ser necessário, a avaliação através da metodologia de “wipe sampling”. No entanto, sendo-nos apenas possível realizar a análise microbiológica atrás referida, os seus achados, indicam que a alteração do procedimento de limpeza trouxe a redução da contaminação e consequentemente da exposição ocupacional a citostáticos.

#### 4) Bibliografia

- Negri, S., Oddone, E., Morandi, F., Sottani, C., Gardinali, F., Lillo, A., Pastoris, O., Dacrema, V., Losurdo, A., Grignani, E., Cottica, D., & Imbriani, M. (2019). Validation of cleaning procedures used in an Italian hospital pharmacy for antineoplastic drug decontamination: A new tool for industrial hygiene. *Medicina Del Lavoro*, 110(2), 93–101. <https://doi.org/10.23749/mdl.v110i2.8001>
- Viegas, S., De Oliveira, A. C., Carolino, E., & Pádua, M. (2018). Occupational exposure to cytotoxic drugs: The importance of surface cleaning to prevent or minimize exposure. *Arhiv Za Higijenu Rada i Toksikologiju*, 69(3), 238–249. <https://doi.org/10.2478/aiht-2018-69-3137>
- Viegas, S., Pádua, M., Veiga, A. C., Carolino, E., & Gomes, M. (2014). Antineoplastic drugs contamination of workplace surfaces in two Portuguese hospitals. *Environmental Monitoring and Assessment*, 186(11), 7807–7818. <https://doi.org/10.1007/s10661-014-3969-1>

## PO3

### COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS VIA INTRAMUSCULAR NA REGIÃO GLÚTEA – PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

Luis Miguel Ferreira, Carla Fernandes, Carla Cerqueira, Isabel Rocha e Inês Cruz.  
Escola Superior de Enfermagem do Porto  
[lmferreira@esenf.pt](mailto:lmferreira@esenf.pt)

#### 1) Objetivos

Desenvolver um protocolo de revisão da literatura que permita mapear as complicações associadas à administração de medicação por via IM na região glútea, mais especificamente no que concerne à seleção da área a administrar nas regiões dorsoglútea e ventroglútea.

#### 2) Fundamentação

O procedimento de administração de medicamentos através da via intramuscular está intrinsecamente associado à profissão de enfermagem, não envolvendo apenas a administração de um medicamento no interior de uma massa muscular, mas implicando o conhecimento dos riscos associados,

o planeamento da melhor região e o músculo a selecionar (Strohufus, Palma, & Wallace, 2021; Thomas, Mraz, & Rajcan, 2015).

#### 3) Resultados e Conclusões

Desenvolveu-se um protocolo de revisão do tipo scoping sustentado na metodologia de Joanna Briggs Institute (Peters, et al., 2017), seguindo a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto). População – Adultos; Conceito – injeção intramuscular no glúteo, unicamente e exclusivamente, através das vias dorsoglútea e ventroglútea; Contexto – complicações associadas à técnica. Delimitou-se um horizonte temporal entre 2013 e 2023. Foi construída a frase booleana de acordo com a base de pesquisa e os descritores indexados. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados: MEDLINE, CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Scopus, Cochrane Library.

Quatro investigadores independentes iniciarão o processo de triagem selecionando os documentos com base no título e resumo, no programa rayyan®. Um quinto investigador irá participar na seleção dos documentos, apenas nas situações em que não exista consenso

**COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS VIA INTRAMUSCULAR NA REGIÃO GLÚTEA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW**

Autores: Luis Miguel Ferreira\*, Carla Fernandes\*, Carla Cerqueira\*, Isabel Rocha\*, Inês Cruz\*  
\* Escola Superior de Enfermagem do Porto  
\*\* Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, I.P.

**INTRODUÇÃO:**  
O procedimento de administração de medicamentos através da via intramuscular está intrinsecamente associado à profissão de enfermagem, não envolvendo apenas a administração de um medicamento no interior de uma massa muscular, mas implicando o conhecimento dos riscos associados, o planeamento da melhor região e o músculo a selecionar (Strohufus, Palma, & Wallace 2021; Thomas, Mraz, & Rajcan, 2015).

**OBJETIVO:**  
Mapear as complicações associadas à administração de medicação por via IM na região glútea (regiões dorsoglútea e ventroglútea).

**METODOLOGIA:**  
Foi definido o protocolo de scoping review, baseado na metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute, sendo definidos critérios de inclusão e exclusão sendo considerados todos os tipos de estudos exceto cartas ao editor. A pesquisa será realizada em Português, Inglês e Espanhol, com horizonte temporal entre 2013 e 2023.

**Population**  
•Adultos

**Concept**  
•Injeção intramuscular no glúteo: dorsoglútea e ventroglútea

**Context**  
•Complicações associadas à técnica de injeção

**DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:**  
A síntese do conhecimento neste domínio permitirá ao enfermeiro alocar a prática clínica prevenindo as complicações associadas à administração de medicamentos por via intramuscular na região glútea (ventroglútea e dorsoglútea).

**REFERÊNCIAS:**  
\*Peters, M., Godfrey, C., Mullen, G., Khalil, H., Fisher, D., & Baker, S. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. <https://www.joannabriggs.org/>  
\*Bridges, P., Palma, S., & Wallace, C. (2021). Dorsogluteal intramuscular injection depth: nested to the neck muscle tissue according to body mass index and gender: A systematic review. *Clinical Nursing*, 31, 2543–2553.  
\*Thomas, G., Mraz, M., & Rajcan, L. (2015). Blood Analyses During IM Injection. *Clinical Nursing Research*, 1–11.



entre os outros investigadores. Após este processo inicial de triagem, avança-se para uma segunda fase com a leitura integral dos documentos selecionados e, posteriormente, a análise dos documentos que cumprirão os critérios de elegibilidade. A síntese do conhecimento proporcionará a fundamentação das complicações associadas à área de administração de injetáveis por via IM na região glútea, contribuindo para a otimização desta intervenção de enfermagem.

Uma revisão de literatura do tipo scoping permitirá o mapeamento do conhecimento, potenciando a sua utilização na prática clínica. Neste domínio do conhecimento a síntese desenvolvida irá permitir a fundamentação da prática clínica inerente às complicações relacionadas com técnicas de administração de medicamentos intramusculares na região muscular ventroglútea e dorsoglútea.

**4) Bibliografia**

- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, C., Khalil, H., Parker, D., & Baldini Soares, C. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. Em E. Aromataris, & Z. Munn (Edits.), Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. Obtido de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Strohfus, P., Palma, S., & Wallace, C. (2021). Dorsogluteal intramuscular injection depth needed to reach muscle tissue according to body mass index and gender: A systematic review. *Clinical Nursing*, 31, 2943–2958.
- Thomas, C., Mraz, M., & Rajcan, L. (2015). Blood Aspiration During IM Injection. *Clinical Nursing Research*, 1-11.

The poster is titled "PROJETO DE MELHORIA CONTINUA PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: 'AUTONOMIA PARA A OSTOMIA'". It is presented by Cátia Sousa, Amélia Marques, and Cristiana Roque at the Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. The poster is divided into several sections:
 

- INTRODUÇÃO:** Discusses the importance of patient autonomy and the role of nursing in providing education and support to stoma patients.
- OBJETIVOS:** Lists the main goals, such as increasing patient knowledge, promoting self-care, and reducing complications.
- METODOLOGIA:** Describes the methodology used, including a literature review and the implementation of educational interventions.
- DESEJO DO PROJETO:** States the project's aim: "AUTONOMIA PARA A OSTOMIA".
- RESULTADOS:** Summarizes the findings, highlighting the positive impact of the educational interventions on patient autonomy and self-care.
- CONCLUSÃO:** Concludes that the project was successful in achieving its goals and that the educational interventions were effective in promoting patient autonomy.

**PO4**

**PROJETO DE MELHORIA CONTINUA PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: "AUTONOMIA PARA A OSTOMIA"**

Cátia Sofia Marques Teixeira, Amélia Marques, Cristiana Roque

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra-Pólo Hospital Geral, Serviço de Cirurgia B  
 24176@chuc.min-saude.pt

**1) Objectivos**

Melhorar a tomada de decisão de enfermagem relativa ao cuidado à ostomia de eliminação intestinal na pessoa/prestador de cuidados; Otimizar a capacitação para o autocuidado da pessoa com ostomia/prestador de cuidados relativo ao estoma.

**2) Fundamentação**

O Enfermeiro Estomaterapeuta (EE) intervém ao longo de todo o processo de transição de saúde, assegurando a capacitação para a autonomia e a integração na sociedade, a capacitação para o autocuidado, a gestão da autonomia, a adaptação à vida com ostomia, a prevenção de complicações do estoma

e pele periestomal, visando a melhoria da qualidade de vida.

A implementação de programas educacionais para a pessoa com ostomia (PCO) permite identificar precocemente e prevenir complicações no estoma e pele periestomal, reduzir custos e impacto negativo na qualidade de vida.

Metodologia: Estrutturamos este projeto nas seguintes fases: 1) Identificar e descrever o problema, 2) Perceber o problema e dimensioná-lo, 3) Formular objetivos iniciais, 4) Perceber as causas, 5) Planear e executar as tarefas/atividades, 6) Verificar os resultados, 7) Propor medidas corretivas, estandarizar e treinar a equipa, 8) Reconhecer e partilhar o sucesso. Nortearmos o desenvolvimento deste projeto pela adaptação proposta de Pedro Salvada às necessidades específicas de projetos de enfermagem e pela metodologia de avaliação de projetos de qualidade em saúde de Heather Palmer.

**3) Resultados e Conclusões**

**Resultados**

Ao implementar este projeto de maio de 2023 a maio 2024, esperamos melhorar os indicadores de estrutura,

de processo e de resultado identificados e reforçar a importância do acompanhamento especializado e sistematizado desenvolvido pelo EE à PCO, nomeadamente como minimizador do impacto negativo no estado funcional da pessoa e promotor da qualidade de vida da PCO(2,3).

**Limitações:**

Logísticas e escassez de recursos humanos.

**Conclusão:**

Pretendemos que este projeto evidencie a importância do EE nas transições seguras da PCO promotoras de potenciais de ganhos em saúde.

**4) Bibliografia**

- Regulamento n.º 398/2019 de 06 de

**P05**

**AÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DO HDO - CHUC**

Tânia Oliveira, Gina Pessoa, Anabela Almeida, Arménia Geral  
 CHUC - Hospital de Dia de Oncologia  
 2949@chuc.min-saude.pt

**1) Objectivos**

Identificar e analisar os indicadores produzidos pelos enfermeiros do HDO no ano de 2022.

**2) Fundamentação**

Ao longo do ciclo vital, a pessoa experimenta mudanças e transições. As mudanças que ocorrem no estado de saúde da pessoa, geram processos de transição, que podem proporcionar oportunidades para evidenciar o bem-estar e expor os indivíduos aos riscos acrescidos da doença. O estudo destes riscos, munem os enfermeiros

de estratégias que lhes permitem ajudar as pessoas nos fenómenos de transição (Meleis et al., 2000).

No desempenho da sua atividade profissional os enfermeiros são confrontados frequentemente, com pessoas a viverem diversas transições, pelo que podem intervir mais facilmente junto destes ao reconhecer o tipo ou tipos de transição vivenciados, intercedendo precocemente, para que a transição ocorra com sucesso no mais curto espaço de tempo possível. (Meleis et al., 2000).

O diagnóstico de cancro é gerador de um processo de transição, que pressupõe uma alteração de papéis decorrentes da alteração de um estado de saúde para um estado de doença. Neste contexto, nos últimos anos tem se assistido a progressos significativos na área da oncologia. Assim, considera-se que a quimioterapia é um tratamento importante na cura do cancro, sendo responsável pelo aumento da esperança de vida. No entanto, os tratamentos de quimioterapia acarretam efeitos secundários, que se traduzem em repercussões nefastas nas atividades de vida diária das pessoas.

Tendo em consideração o campo de intervenção específico dos enfermeiros

que trabalham no Hospital de Dia de Oncologia dos CHUC, surgiu o interesse em analisar a ação profissional do enfermeiro decorrente do processo de tomada de decisão autónoma, da qual resulta a capacitação do doente submetido a quimioterapia na adoção de hábitos de vida saudáveis e na gestão dos efeitos secundários.

Os cuidados de enfermagem que dependem da tomada de decisão do enfermeiro, desempenham um papel crucial na aceitação do estado de saúde. O processo de cuidados de enfermagem desenvolve-se através da formulação do juízo diagnóstico, terapêutico e ético, a partir dos quais se elabora um processo de cuidados em parceria com a pessoa.

**3) Resultados e Conclusões**

Da consulta do BI Hospitalar, verificamos que durante o ano de 2022, no HDO dos CHUC: efetivaram-se 23114 sessões de tratamentos; o nº de doentes em tratamentos foi de 2585 e o tempo médio de cada sessão foi de 176,43 minutos.

Constatamos que os focos de atenção identificados se centram na área de pessoa, verificando-se uma elevada frequência na gestão do regime tera-



pêutico (36428), comportamentos de adesão (8251), náusea (3623), obstipação (2835), ansiedade (2611), autovigilância (2609). Estes dados refletem a expressão da condição da pessoa, no âmbito do processo de transição saúde/doença, inerente aos processos de adaptação a uma nova condição de saúde.

Os resultados obtidos, refletem o domínio de intervenção do enfermeiro do HDO, que se centra em duas grandes áreas: a da gestão do regime terapêutico e a gestão dos sintomas associados ao tratamento.

Tendo em consideração que a gestão do regime terapêutico é um comportamento de autocuidado que se assume como foco de atenção da prática de enfermagem, existem outros focos associados à gestão do regime terapêutico, nomeadamente a adesão ao regime terapêutico.

O regime terapêutico do doente em tratamentos de quimioterapia é complexo, havendo necessidade de intervenção farmacológica e não farmacológica o que implica a adesão ao regime terapêutico para que se verifiquem resultados efetivos em saúde.

Neste contexto, o cuidado prestado à pessoa em tratamentos de quimioterapia pressupõe uma intervenção planeada, de modo a dotá-la de competências para a gestão do regime terapêutico, com vista à manutenção do seu estado de saúde e à evicção de possíveis complicações e efeitos secundários decorrentes do tratamento.

Assim, é fundamental que os enfermeiros ajudem os doentes na aquisição de conhecimentos e capacidades para gerir o seu regime terapêutico, de modo a reduzir o impacto das taxas de não adesão.

#### 4) Bibliografia

- Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, et al. Experiencing Transitions: An Emerging MiddleRange Theory. *Advances in Nursing Science*. 2000; 23.

**PO6**

### **A PESSOA COM CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES**

<sup>1</sup>Raquel da Silva Gonçalves Carvah; <sup>2</sup>Olinda Maria Freitas Lemos Palricas

<sup>1</sup>Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, Hospital de Dia; <sup>2</sup>Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, Unidade de Internamento Diferenciado [carvalhoraquel29@gmail.com](mailto:carvalhoraquel29@gmail.com)

#### 1) Objectivos

Identificar as intervenções de Enfermagem para a prevenção das principais complicações associadas ao cateter totalmente implantado (CTI).

#### 2) Fundamentação

A infeção e a trombose são as complicações que mais afetam a vida do CTI. A infeção pode estar relacionada com a contaminação microbiana da infusão ou do cateter e ser prevenida utilizando corretamente a técnica asséptica durante a inserção e otimização do cateter (Vieira et al., 2022).

O acesso venoso central modifica a integridade do endotélio ativando a cascata da coagulação, assim como, o tratamento da quimioterapia e o efeito pró- trombótico das doenças oncológicas podem originar a formação de trombos (Vieira et al., 2022). A trombose tem como consequência a oclusão do cateter impe-

dindo que o tratamento da pessoa seja realizado, possibilitando também possíveis complicações secundárias (Vieira et al., 2022). Ao enfermeiro cabe o papel fundamental para o controle destas complicações.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura realizada recorrendo a pesquisa bibliográfica em bases de dados. Colheita de dados realizada durante janeiro e abril de 2023. Considerados estudos publicados em inglês, português e espanhol.

Este estudo seguiu a estratégia PICO:

#### **População:**

A revisão considerou investigações com pessoas portadoras de CTI.

#### **Intervenção:**

Intervenções de Enfermagem recomendadas.

#### **Outcome:**

Prevenção das principais complicações associadas ao CTI.

Questão de investigação norteadora do estudo: “Quais as intervenções de Enfermagem recomendadas para a prevenção das principais complicações associadas ao CTI?”

#### 3) Resultados e Conclusões

Resultados/Discussão: Identificados alguns princípios gerais nos procedimentos de manutenção e otimização do CTI que contribuem para a redução das principais complicações associadas ao CTI, bem como, para a melhoria da prática e da segurança dos cuidados de Enfermagem.

Utilizar técnica asséptica para minimizar o risco de infeção e usar solução antisséptica com clorexidina a 2% em solução alcoólica em todos os processos de desinfeção (Vieira et al.,

2022); Substituir o penso sempre que se verifique uma das seguintes condições (Rupp & Karnatak, 2018): penso com compressa de 48 a 72h, penso transparente de 7/7 dias; Puncionar o CTI somente com agulha não cortante (Vieira et al., 2022), tipo “Huber”. A agulha deve ser mudada a cada 7 dias; Não utilizar seringas com volume inferior a 10 ml, para evitar uma pressão excessiva, que poderá danificar o cateter. Após colheitas sanguíneas, transfusões ou alimentação parentérica deve ser efetuada lavagem com 20 ml de soro fisiológico (Rupp & Karnatak, 2018); Utilizar técnica de pressão positiva: clampagem da via do CTI previamente à remoção da seringa (Rupp & Karnatak, 2018); Heparinizar se recomendado pelas normas institucionais, após salinização (≥ 10ml) (Pittiruti et al., 2016); Realizar a manutenção dos CTI em períodos que não ultrapassem as 4 semanas (Pittiruti et al., 2016), ou mediante o recomendado pelas normas institucionais.

É essencial a formação dos enfermeiros para diminuir o risco de infecção e trombose, tendo como base as evidências científicas.

#### 4) Bibliografia

- Pittiruti, M., Bertoglio, S., Scoppettuolo, G., Biffi, R., Lamperti, M., Molin, A. D., Panocchia, N., Petrosillo, N., Venditti, M., Rigo, C., & DeLutio, E. (2016). Evidence-based criteria for the choice and the clinical use of the most appropriate lock solutions for central venous catheters (excluding dialysis catheters): A GAVeCeLT consensus. *The Journal of Vascular Access*, 17(6), 453-464. <https://doi.org/10.5301/jva.5000576>
- Rupp, M. E., & Karnatak, R. (2018). Intravascular catheter-related bloodstream infections. *Infectious Disease Clinics of North America*, 32(4), 765-787. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2018.06.002>
- Vieira, M. N., Tavares, S. S., Contini, I. C. P., Almeida, C. G., & Souza, L. A. (2022). Cuidados de enfermagem na prevenção de complicações associado ao cateter venoso totalmente implantável: Scoping review. *Scire Salutis*, 12(1), 199-208. <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2022.001.0022>

P07

### METODOLOGIA ISBAR - TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

Ana Catarina Ferreira, Elisabete Pereira Mesquita

Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Santa Maria- Hospital de Dia de Hematologia

[ana.catarina.gf@gmail.com](mailto:ana.catarina.gf@gmail.com)

#### 1) Objectivos

A comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é necessária para melhorar a segurança do doente e contribui para a diminuição dos eventos adversos. Definimos como objetivo, a importância da implementação da metodologia ISBAR na transmissão de informação na transição de cuidados, nos doentes sob tratamentos de quimioterapia em regime de ambulatório no Hospital de Dia de Hematologia.

#### 2) Fundamentação

A metodologia ISBAR é uma técnica de comunicação que permite que a informação seja transmitida, de uma forma estruturada, previsível e concisa, apresentando-se como um instrumento facilitador, criando um protocolo transversal entre profissionais, seguindo uma sequência lógica.

Para o projeto de intervenção de implementação da metodologia ISBAR, procedeu-se à revisão da literatura das recomendações e guidelines preconizadas pela DGS.

A tabela ISBAR, neste serviço, é realizada em registo escrito numa tabela adaptada ao serviço, segundo a escala da triagem de sintomas Common Terminology Criteria for Adverse Events, já implementada e

**A PESSOA COM CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES**

Autores: **Clinda Lemos, Raquel Carvalho**

Hospital Nacional de Piquete da Paz, IPB

---

**INTRODUÇÃO:** A infecção e a trombose são as complicações que mais afetam a vida do cateter totalmente implantado (CTI). A infecção pode estar relacionada com a contaminação bacteriana de infusão ou do cateter e ser prevenida utilizando cuidados e técnicas adequadas durante a inserção e manutenção do cateter (Vieira et al., 2022). A trombose tem como consequência o enfusão do cateter, impedindo que o tratamento de passo seja realizado, levando também a possíveis complicações secundárias (Vieira et al., 2022). Ao enfermeiro cabe o papel fundamental para o controle destas complicações.

**OBJETIVO:** Identificar as intervenções de enfermagem para a prevenção das principais complicações associadas ao CTI.

---

**METODOLOGIA:** Revisão integrativa da literatura realizada recorrendo a pesquisa bibliográfica em bases de dados realizadas durante janeiro e abril de 2022. Considerados artigos publicados em Inglês, português e espanhol. Este estudo seguiu o estratêgio PICO. População: A revisão considerou investigações com pessoas portadoras de CTI. Intervenção: Intervenções de enfermagem recomendadas. Outcome: Prevenção das principais complicações associadas ao CTI.

Questões de investigação nortearam de estudo: “Quais as intervenções de enfermagem recomendadas para a prevenção das principais complicações associadas ao CTI?”

---

**RESULTADOS/DISCUSSÃO:** Identificamos alguns princípios gerais nos procedimentos de manutenção e utilização do CTI que contribuem para a redução das principais complicações associadas ao CTI, bem como, para o melhorio da prática e da segurança da cuidados de enfermagem:

- Utilizar técnica asséptica para diminuir o risco de infecção e usar solução antisséptica com cloroalcoól 70% em solução alcoólica em todos os processos de desinfecção (Vieira et al., 2022).
- Substituir o penso sempre que se verifique uma das seguintes condições: Rupp & Karnatak, 2018) penso com compressa de 48 a 72h, penso transparente de 7/7 dias.
- Puncionar o CTI somente com agulha não cortante (Vieira et al., 2022) tipo “Huber”, a agulha deve ser mudada a cada 7 dias.
- Não utilizar seringas com volume inferior a 10 ml para evitar uma pressão excessiva, que poderá danificar o cateter. Após colheitas sanguíneas, transfusões ou alimentação parentérica deve ser efetuada lavagem com 20 ml de soro fisiológico (Rupp & Karnatak, 2018).
- Utilizar técnica de pressão positiva: clampagem da via do CTI previamente à remoção da seringa (Rupp & Karnatak, 2018).
- Heparinizar se recomendado pelas normas institucionais após salinização (≥ 10ml) (Pittiruti et al., 2016).
- Realizar a manutenção dos CTI em períodos que não ultrapassem as 4 semanas (Pittiruti et al., 2016), ou mediante o recomendado pelas normas institucionais.

É essencial a formação dos enfermeiros para diminuir o risco de infecção e trombose, tendo como base as evidências científicas.

---

**CONCLUSÃO:** Os enfermeiros deverão monitorar o CTI de forma asséptica e ter conhecimento de técnica adequada para prevenir possíveis complicações associadas. A criação de protocolos de intervenções de enfermagem é uma mais valia na implementação de cuidados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cateterizações Venosas Centrais; Cuidados de Enfermagem; Segurança do Paciente; Cateteres de Acesso

aplicada a todos os doentes que apresentam eventos adversos, com necessidade de vigilância mais apertada na continuidade de cuidados. Foi realizada uma folha de auditoria para avaliar a eficácia do instrumento.

A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, permitindo um melhor acompanhamento dos doentes com eventos adversos e consequentemente, diminuição da sua gravidade.

### 3) Resultados e Conclusões

A implementação da metodologia ISBAR é relevante para a organização, pois promove um processo de comunicação que facilita a melhoria contínua da segurança do doente e da qualidade dos cuidados.

A metodologia ISBAR está implementada no serviço desde Novembro de 2022, tendo sido realizadas auditorias aos registos efetuados, que nos permite concluir que o instrumento assume um papel de extrema importância na transmissão dos cuidados e uma melhor acompanhamento dos doentes com eventos adversos.

Posteriormente, aguarda-se autorização para transpor a metodologia para o processo informático.

### 4) Bibliografia

- Direção Geral de Saúde (2017). Norma 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023296.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros, CE\_Parecer\_61\_AtribuicaoTempoPassagem-Turno.pdf, 2017 Portugal.

**ISBAR**  
Transmissão de Informação na Transição de Cuidados no Hospital de Dia de Hematologia  
Ferreira, Ana Catarina; Mesquita Pereira, Elisabete; Dias, Ortália  
Centro Ambulatório - Hospital de Dia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Sarca Maria (CHULN-HSM)

**INTRODUÇÃO**  
A transição de cuidados de saúde é um momento em que se verifica a transferência da responsabilidade de cuidados e de informação. Tem como missão a continuidade e integridade dos mesmos. A comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é necessária para melhorar a segurança do doente (DGS, 2017).  
De forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, foi desenvolvido no Hospital de Dia de Hematologia do CHULN - HSM, um Projeto de intervenção na área da segurança da comunicação, nomeadamente na transmissão de informação na transição de cuidados.  
A operacionalização deste projeto, contemplou sessões de formação a nível de enfermagem, implementação do instrumento baseado na metodologia ISBAR e a realização de auditorias internas.

**METODOLOGIA**  
• Procedeu-se à revisão da literatura a partir da plataforma EBSCO/ProQuest e bases de dados em português e inglês, nomeadamente na Direção Geral de Saúde (DGS, 2017).  
• Foram realizadas auditorias internas aos registos efetuados no instrumento de transmissão de informação, nomeadamente aos eventos adversos decorrentes, necessitando de referências e resolução dos mesmos.

**OBJETIVOS**  
• Promover um processo de comunicação eficaz e uniforme, que facilite a melhoria contínua dos cuidados de saúde e a segurança do doente.  
• Uniformizar a informação e garantir a continuidade de cuidados, com base no trabalho de equipa, através de uma comunicação clara, eficaz e oportuna.

**ISBAR**  
A metodologia ISBAR é recomendada por diversos organismos, nomeadamente a DGS e Joint Commission International, pela sua fácil memorização pelas profissionais e pela possibilidade de aplicação em diferentes contextos da prestação de cuidados.

**HOSPITAL DE DIA DE HEMATOLOGIA**  
O instrumento de transmissão de informação baseado na metodologia ISBAR, é utilizado desde Novembro de 2022, através do registo escrito, nomeadamente adaptado à prática do serviço (Tabela 1), segundo o modelo da Tabela de Análise de Conteúdos (TACAM) (Common Terminology Criteria for Adverse Events), baseando-se em informações relevantes analisadas, de forma a contribuir para a melhoria contínua dos cuidados. Foi reformulado em Janeiro de 2023.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**  
Foi realizada uma análise retrospectiva do base de dados do serviço, nos últimos três meses, onde foram identificados um total 2181 doentes sob quimioterapia.  
Após as análises realizadas, verificaram-se 30 registos (ISBAR) com recurso ao instrumento de transmissão de informação, nomeadamente doentes com eventos adversos e doentes com maior necessidade de vigilância na continuidade de cuidados. Os resultados, permitem verificar que 28 dos registos registados relacionavam-se com eventos adversos a 2 doentes (Tabela 2). De total da amostra, 25 doentes necessitaram de referência para obter uma resolução (Referência) 23 situações ficaram resolvidas e 7 encontram-se em situação de continuidade de resolução (Situções).

**CONCLUSÕES**  
A análise dos resultados, reflete a importância da transmissão de informação na transição de cuidados, nomeadamente este instrumento adaptado ao Hospital de Dia, relevante para a continuidade de cuidados. Pela feedback da Equipa de Enfermagem, a mesma valida a comunicação, estando motivada na prestação deste projeto. Conclui-se que a sua implementação, promove a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, sendo estes indicadores de qualidade, resultados em ganhos em saúde.

**REFERÊNCIAS**

- Decreto-Lei no 161/96 de 4 de setembro. Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE). Diário da República de Portugal, I Série, Lisboa. 4 de setembro de 1996.
- FRAGATA, José – Segurança dos doentes: uma abordagem prática. Lisboa: Lidel Ed., 2012. ISBN: 978-972-757-797-2

doentes oncológicos que realizam tratamento de radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia. É um dos primeiros efeitos secundários da RT curativa em doentes com patologia oncológica de cabeça e pescoço, manifestando-se nas primeiras duas semanas de tratamento (podendo desaparecer lentamente entre 2-3 semanas após o término do mesmo) e a sua prevalência é cerca de 80% -100% dos doentes submetidos a RT. Sendo este efeito secundário de grande morbidade para o doente, os cuidados de enfermagem sistematizados e direcionados, permitem promover o conforto do doente submetido a RT da cabeça e pescoço.

### 3) Resultados e Conclusões

Realizou-se uma pesquisa nas bases de dados da MEDLINE e CINAHL com o intuito de selecionar artigos publicados em língua portuguesa e inglesa, entre os anos de 2015 e 2023. Desta forma, obteve-se a melhor e mais recente evidência científica acerca do tema para dar suporte a um procedimento de intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço em tratamento de radioterapia. Assim, a

**PO8**

**APEG: ALGORITMO DE INTERVENÇÃO NA PESSOA COM RISCO DE MUCOSITE ORAL**

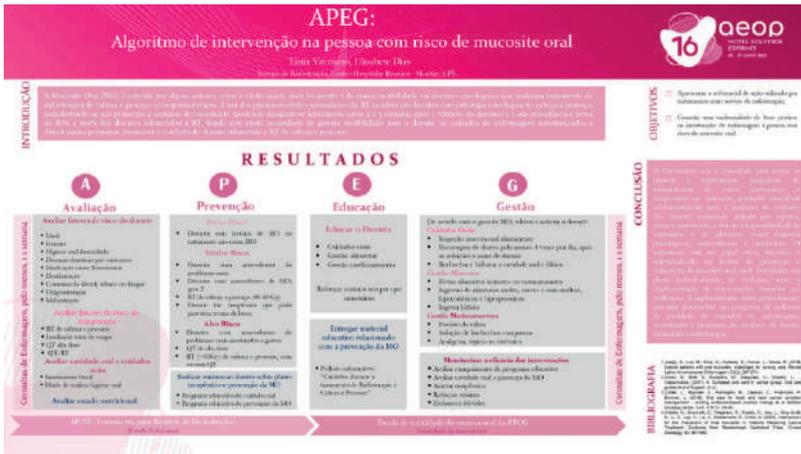
**Tânia Vitoriano, Elisabete Dias**  
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE - Serviço de Radioterapia  
[tania.vitoriano@gmail.com](mailto:tania.vitoriano@gmail.com)

### 1) Objectivos

Apresentar o referencial de ação utilizado por enfermeiros num serviço de radioterapia; garantir uma uniformidade de boas práticas na intervenção de enfermagem à pessoa com risco de mucosite oral.

### 2) Fundamentação

A Mucosite Oral é referida por alguns autores como o efeito agudo mais frequente e de maior morbidade em



intervenção de enfermagem assenta em 4 pilares: avaliação, prevenção, educação e gestão (formando o acrónimo APEG), utilizando a escala da RTOG para avaliação da mucosite oral. A equipa de enfermagem tem a possibilidade de melhorar o conforto do doente, promovendo a sua educação, implementando e supervisionando programas de cuidados orais e abordando a higiene oral, para a prevenção e gestão da mucosite oral, inclusive para a gestão da dor. A implementação deste procedimento permitiu desenvolver um programa de melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem, conduzindo à promoção do conforto do doente submetido a radioterapia.

**4) Bibliografia**

- Quinn, B.; Botti, S.; Kurstjens, M.; Margulies, A.; Orlando, L.; ... Vasconcelos, (2017). A. European oral care in cancer group. Oral care guidance and Support. (s.n).
- Cullen, L.; Baumler, S.; Farrington, M.; Dawson, C.; Folkmann, P.; Brenner, L. (2018). Oral care for head and neck cancer symptom management – piloting evidence-based practice change at a radiation oncology center. *AJN*. 118 (1). 24-34.

- Colella, G.; Boschetti, C.; Vitagliano, R.; Colella, C.; Jiao, L.; King-Smith, N.; Li, C.; Lau, Y.; Lai, Z.; Mohammed, A.; Cirillo, N. (2023). Interventions for the Prevention of Oral Mucositis in Patients Receiving Cancer Treatment: Evidence from Randomised Controlled Trials. *Current Oncology*, 30, 967-980.

**PO9**  
**IMPORTÂNCIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ CICLO NA PREVENÇÃO E GESTÃO DA MUCOSITE ORAL**

**Elisabete Costa, Clara Cunha, Elisabete Reis**  
 CHTMAD - H. Dia Oncologia, Chaves  
[betecosta\\_89@hotmail.com](mailto:betecosta_89@hotmail.com)

**1) Objectivos**

Compreender a expressão da mucosite oral na pessoa submetida a abordagem terapêutica de quimioterapia endovenosa em hospital Dia oncológico, de um centro hospitalar do norte do país;  
 Sensibilizar os enfermeiros do hospital dia oncológico, para a importância da gestão da mucosite oral na pessoa submetida a quimioterapia endovenosa, atento o perfil de autocuidado;

Fomentar no âmbito da consulta de enfermagem a intervenção do enfermeiro oncológico na gestão de mucosite oral na pessoa submetida a quimioterapia endovenosa.

**2) Fundamentação**

A evidencia científica considera a mucosite oral como um distúrbio caracterizado por ulceração ou inflamação da mucosa oral (Magalhães, B. 2020).

A presença desta manifestação, levou a que os enfermeiros de um hospital dia oncológico, de um centro hospitalar do norte do país, no âmbito da consulta de enfermagem pré ciclo, a questionar a problemática e a desenvolver um estudo transversal analítico e retrospectivo. A amostra, foi de 115 utentes, com homogeneidade entre sexo masculino (48,6%) e feminino (51,3%), da especialidade da oncologia médica, com recolha de dados entre 01-06-2022 e 31-12-2022, na base dos registos de consulta de enfermagem pré-ciclo. A informação foi analisada em programa estatístico. Da análise e interpretação dos resultados preconizava-se fomentar a intervenção estratégica do enfermeiro em consulta de enfermagem atentas às recomendações da evidência científica, incluindo o método de classificação através da escala de avaliação, Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE).

**3) Resultados e Conclusões**

Da análise da informação observou-se que dos 115 utentes submetidos a quimioterapia endovenosa, 23% apresentaram mucosite oral, destes, 63% desenvolveram mucosite grau 1, 33% grau 2 e 4% grau 3. Na amostra, a expressão de utentes com mucosite foi predominante no sexo



feminino (66,6%) em relação ao sexo masculino (33,3%).

Houve necessidade de 20% serem encaminhados para consulta médica, sendo que 10% suspenderam o ciclo de quimioterapia e, 6% dos utentes apresentaram mais do que um episódio de mucosite.

Em relação à terapêutica, sabe-se que nem todos os agentes são igualmente estomatotóxicos ou causam os mesmos efeitos nos tecidos orais, a expressão de mucosite emergiu com maior incidência nos doentes submetidos a terapêutica com texanos (22%) e platinos (22%).

Reconhece-se que a intervenção do enfermeiro oncologista em consulta de enfermagem pré-ciclo é crucial e eficaz na prevenção e controlo da mucosite oral; na adequação estratégica para o perfil de autocuidado; na redução do impacto negativo no conforto e bem-estar da pessoa; e na interrupção de tratamentos.

O grau de impacto da prevenção está diretamente correlacionado com o ensino e orientação que estabelecemos com o doente e com a capacidade deste aderir de uma forma eficaz aos cuidados preconizados. (AEOPT, 2020)

De acordo com a European Oncology Nursing Society (EONS) a prevenção da mucosite é prioritária ao tratamento.

Os cuidados de higiene oral são de extrema importância para os utentes e, estes, serem devidamente instruídos sobre as potenciais complicações orais que possam assomar-se após início de quimioterapia, sendo as medidas preventivas determinantes para reduzir a severidade da mucosite.

Dos achados e da evidência científica, resulta evidente a necessidade de fomentar a intervenção do enfermeiro oncologista na prevenção e gestão da mucosite, facto que conduziu ao desenho de um projeto de melhoria contínua na unidade.

**4) Bibliografia**

- <https://www.aeopt.pt/ficheiros/LCMucositeRT.pdf>
- [https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic\\_applications/docs/ctcaev\\_v5\\_quick\\_reference\\_5x7.pdf](https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/ctcaev_v5_quick_reference_5x7.pdf)
- Magalhães, B. (2020), Autogestão dos sintomas associados ao tratamento de quimioterapia na pessoa com doença oncológica (Tese de candidatura ao grau de Doutor em Ciências da Saúde). Universidade de Jaén.

**P10**

**COLHEITA DE LINFÓCITOS PARA PRODUÇÃO DE CÉLULAS CAR-T: EXPERIÊNCIA DO IPO PORTO**

Cátia Romeiro, Alice Monteiro, Ana Paula Bernardo, Fátima Martins

IPO Porto, Serviço de Terapia Celular [catia.romeiro@ipoporto.min-saude.pt](mailto:catia.romeiro@ipoporto.min-saude.pt)

**1) Objectivos**

Apresentar dados sobre as colheitas de linfócitos, no IPO Porto, para produção de células CAR-T.

**2) Fundamentação**

A terapia com células T do recetor de antígeno quimérico (CAR-T) é um tratamento inovador e é cada vez mais utilizado, proporcionando benefícios a um número crescente de doentes com malignidade hematológica refratária. Atualmente é considerada como uma opção terapêutica, quando linhas anteriores de tratamento falharam.

Está indicada para doentes com Leucemia Linfoblástica Aguda de células B (LLA B), com Linfoma de grandes células B (LNH DGCB), com Linfoma primário do mediastino (LNH PM) e com Linfoma do manto.

Em Portugal estão disponíveis três produtos, para os quais o IPO Porto tem certificação: Tisagenlecleucel (Kymriah®), Axicabtagene ciloleucel (Yescarta®) e Brexucabtagene autoleucel (Tecartus®).

A equipa de enfermagem está presente, de forma contínua, durante a colheita de linfócitos para produção de células CAR-T, e desempenha um papel fundamental num procedimento tão diferenciado, em articulação com a

restante equipa multidisciplinar.

### 3) Resultados e Conclusões

Desde abril de 2019 a abril de 2023, no IPO Porto, foram realizadas 57 colheitas de linfócitos para produção de células CAR-T a 53 doentes adultos e a 1 doente pediátrico. Destes, 42 com diagnóstico de LNH DGCB, 6 com diagnóstico de LNH PM, 3 com diagnóstico de LLA B e 3 com diagnóstico de Linfoma do manto.

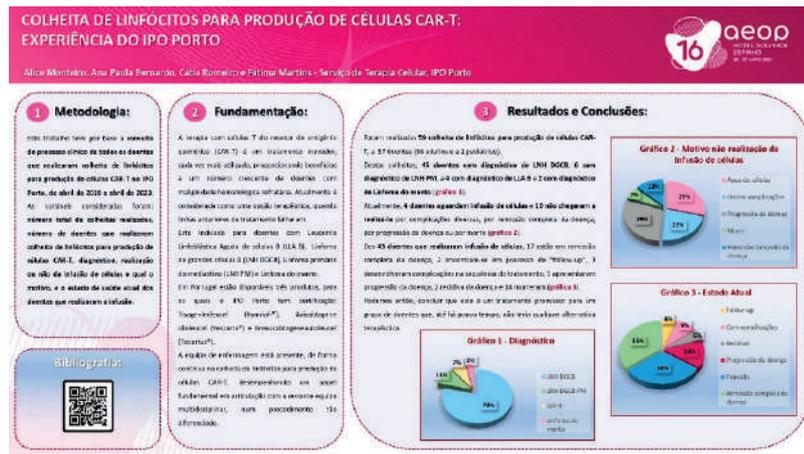
Atualmente, 4 doentes aguardam infusão de células e 10 não chegaram a realizá-la por complicações diversas, por remissão completa da doença ou por morte.

Dos 43 doentes que realizaram infusão de células, 17 estão em remissão completa da doença e 2 encontram-se em processo de “follow-up”. No que se refere aos restantes 24 doentes, 3 desenvolveram complicações na sequência do tratamento, 5 apresentaram progressão da doença, 2 recidiva da doença e 14 morreram.

Pelos resultados apresentados, podemos concluir que este é um tratamento promissor para um grupo de doentes que, até há pouco tempo, não teria qualquer alternativa terapêutica.

### 4) Bibliografia

- EUROPEAN MEDICINES AGENCY - Kymriah®: EPAR – Product Information [em linha]. 2022 [consultado em 23-04-2023]. Disponível em: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/kymriah#product-information-section>.
- KITE PHARMA, INC. – Yescarta® (axicabtagene ciloleucel) e Tecartus® (brexucabtagene autoleucel): Risk Evaluation and Mitigation Strategy (REMS) [Em linha]. 2022 [consultado em 23-04-2023] Disponível em:



<https://www.yescartatecartusrems.com/REMS-TEC-0010 04/2022>.

- MONTORO-LORITE et al – Competencias de la enfermera de práctica avanzada de hematología en la terapia CAR-T [Em linha]. Metas de Enfermería, 2020. 23(3):24-32 [consultado em 01-03-2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.23.1003081564>

lidade no período de 2019 a 2022.

Importância das intervenções de enfermagem em todas as etapas da dessensibilização.

### 2) Fundamentação

O aumento da incidência da patologia oncológica, o aparecimento de novos agentes antineoplásicos bem como de múltiplos e complexos tratamentos, associa-se também uma maior sobrevivência dos doentes e um aumento da incidência de reações adversas à quimioterapia e terapêuticas biológicas.

A Reação de Hipersensibilidade (RHS) designa-se como uma reação adversa a fármacos, ocorrendo de forma imprevisível, é dose-independente, e pode ser classificada em leve, moderada, grave ou fatal, de acordo com a sintomatologia do doente (Gaspar et al., 2020).

As RHS podem trazer importantes implicações ao tratamento oncológico, originando atrasos do mesmo, necessidade de substituição do fármaco, habitualmente por outras linhas terapêuticas menos eficazes, com maiores níveis de toxicidade e/ou mais dispendiosas, com eventuais repercussões no resultado terapêutico obtido e impacto na sobrevivência do doente. (Gaspar et al., 2020)

## P11 DESENSIBILIZAÇÃO A FÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS: A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE DIA HEMATO-ONCOLOGIA DO CHULC

Ana Sofia Fernandes, Anabela Dinis, Helena Xavier  
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Hospital de Dia de Hemato-Onco-  
logia  
[anasofiazevedo@hotmail.com](mailto:anasofiazevedo@hotmail.com)

### 1) Objectivos

Descrição da experiência do Hospital de dia Hemato-Oncologia na dessensibilização a fármacos antineoplásicos.

Caracterização da população, os fármacos sujeitos a protocolo de dessensibilização e as reações de hipersensibi-

A técnica de dessensibilização envolve a equipa multidisciplinar, incluindo médico imunoalergologista, oncologista ou hematologista, área de farmácia e equipa de enfermagem, permitindo a reintrodução segura e eficaz da terapêutica, garantindo a continuidade de tratamentos, evitando complicações associadas e impacto negativo para o doente, bem como gastos acrescidos para o Sistema Nacional de Saúde (Faria, 2017).

As intervenções de enfermagem são fundamentais em todas as fases do processo de dessensibilização, desde a deteção/diagnóstico, à abordagem/gestão da ocorrência e à educação do doente e respetiva família (Claro, 2018).

O enfermeiro deve garantir uma eficaz colheita de dados do doente, a administração da pré-medicação específica de cada protocolo, conhecer os fármacos, farmacocinética e farmacodinâmica, mecanismo das principais reações, sinais e sintomas, de forma a identificar precocemente as mesmas, permitindo assim uma atuação atempada. Deve igualmente manter a permanente monitorização hemodinâmica do utente. Na esfera da gestão da ocorrência de RHS, deve garantir a exaustiva avaliação e controlo de sintomas, atuação mediante protocolos existentes e/ou prescrições clínicas, conhecendo os procedimentos e atuações em situação de emergência.

Neste contexto foi implementado desde 2019, no hospital de dia hemato-oncologia, um protocolo de colaboração com a equipa de Imunoalergologia, no sentido de se proceder à dessensibilização de fármacos citostáticos a doentes com RHS prévia e cuja manutenção do tratamento se revelava como mais benéfica que a sua substituição por outras opções terapêuticas.

### 3) Resultados e Conclusões

Após revisão casuística dos doentes dessensibilizados no período compreendido entre 2019 e 2022, realçam-se os seguintes resultados:

A população envolveu 49 doentes, correspondendo a 206 dessensibilizações, dos quais 63% eram do sexo feminino e 37% do sexo masculino.

67% doentes correspondem ao foro da oncologia médica e 33% doentes do foro da hematologia oncológica.

Foram realizadas dessensibilizações a 12 fármacos distintos:

- Anticorpos monoclonais (37%): Pertuzumab, Rituximab e Nivolumab.
- Sais de Platina (33%): Oxaliplatina e Carboplatina.

- Taxanos (20%): Paclitaxel, Cabazitaxel e Docetaxel.

- Outros (10%): Etoposido, Gemcitabina, Doxorubicina e Doxorubicina Lipossómica Peguilada) Todos os protocolos foram personalizados de acordo com o tipo de reação, fármaco a dessensibilizar e co-morbilidades dos doentes. Inicialmente utilizam-se 12 passos com 3 bolsas, mas, de acordo com a resposta, em algumas das situações é adequado, podendo ser administrada uma só bolsa, perfundida a um ritmo inferior, cumprindo a premissa de dobrar a dose a cada 15 minutos.

Antes da dessensibilização, 73% das RHS iniciais tiveram gravidade moderada a alta e 27% ligeiras.

Com a implementação dos protocolos de dessensibilização, em 84% da totalidade dos doentes foi possível completar a administração sem a ocorrência de quaisquer RHS. Nos restantes 16% ocorreram RHS ligeiras, das quais 12% reações cutâneas ligeiras

e 4% reações infusionais ligeiras, todas controladas e revertidas com terapêutica sintomática, tendo sido possível em todas as situações completar a administração do fármaco.

De referir, assim, que 100% dos doentes concluiu o protocolo de dessensibilização com sucesso. A mudança de linha de tratamento ou suspensão do mesmo, quando ocorreu, deveu-se a decisão clínica por progressão de doença ou toxicidade inaceitável.

Concluimos assim, que a implementação dos protocolos de dessensibilização permitiu completar os ciclos de tratamento propostos para os doentes, em segurança, minimizando a exposição a vivências traumáticas aquando da ocorrência das RHS e de acordo com a linha de tratamento delineada e mais eficaz.

A intervenção de enfermagem foi importante na medida em que permitiu uma identificação eficaz e atuação nas RHS. A administração dos protocolos de dessensibilização no Hospital de Dia é uma mais valia permitindo que o tratamento seja administrado na sua totalidade e não apenas o fármaco a dessensibilizar. O domínio dos protocolos de atuação permite uma atuação multidisciplinar mais eficaz e atempada ao doente, incrementando a segurança dos procedimentos realizados e reduzindo a ansiedade dos doentes.

### 4) Bibliografia

- Claro, I. (2018). Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica: Cuidados de Enfermagem em Hospital de Dia. Mestrado em Enfermagem, área de especialização em enfermagem médico cirúrgica. ESEL, Lisboa.
- Faria, C.; Gonçalves, M.; Macedo, A.P.; Martins, C. (2017). Dessensibilização

Oncológica: uma técnica segura e eficaz. Universidade do Minho - Escola Superior de Enfermagem - 10º Congresso Nacional de Enfermagem Oncológica.

- Gaspar C., Dias, O., Frias, S. (2020). Dessensibilização oncológica em hematologia e o papel do enfermeiro: estudo de caso. *Journal* [Internet]. 15 de Junho de 2020 [citado 22 de Março de 2023]; (40):12-5. Disponível em: <https://onco.news/index.php/journal/article/view/29>

**P12**

**CRIOTERAPIA: UM CONTRIBUTO PARA O SUCESSO NO TRANSPLANTE AUTÓLOGO**

Sara Simão, Catarina Santos, Cristina Santos, Adriana Roque

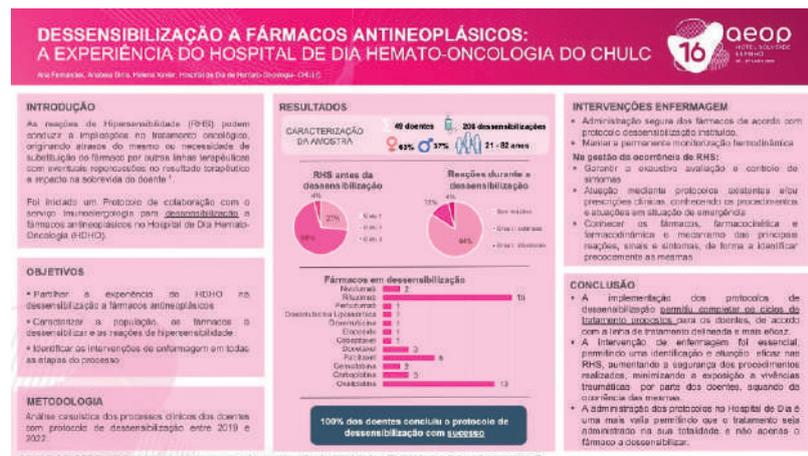
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra 17860@chuc.min-saude.pt

**1) Objectivos**

Avaliar a eficácia da crioterapia na prevenção da mucosite oral, em doentes submetidos a condicionamento pré-transplante de células progenitoras hematopoiéticas com melfalano em alta dose.

**2) Fundamentação**

A mucosite oral é um processo inflamatório que afeta as membranas mucosas da cavidade oral e o sistema gastrointestinal (ONS, 2019) e manifesta-se pelo aparecimento de alterações físicas, subjetivas e funcionais. As alterações físicas são a alteração da coloração e da hidratação, o aparecimento de úlceras, hemorragia, entre outros. As alterações subjetivas são a xerostomia, a alteração do paladar, ardor ou dor e as alterações funcionais são a alteração da voz, da mastigação ou deglutição. Pode evoluir de pequenas lesões a feridas dolorosas que causa desconforto no doente,



porque dificulta a pessoa a alimentar-se, a engolir e a falar que, conseqüentemente, podem levar a anorexia, desidratação, desnutrição e infeção (Erden, 2016), pelo que é muito importante a observação cuidada da boca.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a mucosite oral é classificada em quatro graus, de acordo com a Escala de Toxicidade Oral. O Grau 0 indica que a mucosa oral não tem alterações, não existe mucosite, o grau 1 é quando existe eritema, dor e irritação, o grau 2 é observado o eritema e lesões, mas o doente ainda tolera dieta sólida, o grau 3 é classificado quando existem lesões e em que o doente só consegue tolerar dieta líquida e, por fim, o grau 4 a pessoa não consegue alimentar-se.

A mucosite oral é uma complicação comum em doentes submetidos a transplante autólogo de células progenitoras hematopoiéticas, porque previamente ao transplante são submetidos a quimioterapia de alta dose (Stringer, 2013). Santos, T. (2010) refere que a percentagem de doentes que realizaram transplante hematopoiético e apresentam mucosite oral varia entre 75% a 85%. Segundo Lalla, Saunders e Peterson (2014), a maioria

dos doentes submetidos a este procedimento referem a mucosite oral como a complicação mais debilitante.

A terapêutica citostática que causa maior risco de incidência de mucosite oral é o Melfalano, Citarabina, Etoposido e o Metotrexato (Jones et al., 2006). O tratamento realizado com Melfalano de alta dose está associado a durações e gravidades variáveis de mucosite oral, enterite e neutropenia (Cho, 2017). Este processo inflamatório pode durar de 3 a 12 dias (Georgiou et al., 2012), causando complicações que levam a internamentos hospitalares mais prolongados, porque pode exigir terapias de suporte, como hidratação intravenosa, nutrição parentérica e analgesia (Murphy, 2007) que, conseqüentemente, levam a um aumento no custo económico.

O uso da crioterapia tem sido estudado quanto à sua eficácia na prevenção da mucosite oral. O procedimento preventivo exige que seja oferecido aos doentes gelo ou água gelada ou gelado, durante e após as infusões rápidas de citostáticos com tempo de vida plasmático curto. A farmacocinética de altas doses de Melfalano demonstrou uma meia-vida plasmática bifásica, uma fase

de distribuição de tempo médio entre 6 a 16 minutos, e uma fase de eliminação com um tempo médio entre 40 a 83 minutos (Gouyette, A., Hartmann, O., Pico, J.L., 1986).

Posto isto, e tendo em conta o tempo médio de vida do citostático na fase de distribuição e fase da eliminação, o doente deve começar por ingerir e manter o gelo ou gelado na cavidade oral pelo menos 5 a 15 minutos antes do início da infusão, e manter continuamente o gelo ou gelado na sua boca durante a infusão e até ao fim. Se necessário, deve reabastecer com outro gelado.

A mucosite oral é um problema que requer uma atenção e intervenção por parte do enfermeiro, que é responsável pela prevenção, observação e gestão adequada da sintomatologia e encaminhamento para outros profissionais de saúde, como equipa médica e nutricionista.

### 3) Resultados e Conclusões

Foi realizado um estudo considerado retrospectivo (outubro de 2017 a abril de 2020) e prospetivo (maio de 2020 a maio de 2022), com grupo de controlo. A população-alvo selecionada para este estudo foram os doentes submetidos a transplante autólogo de células hematopoiéticas, respeitando critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos doentes com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin, Linfoma não Hodgkin e que realizaram protocolo BEAM (Carmustina, Citarabina, Etoposido e Melfalano) e doentes com diagnóstico de Mieloma Múltiplo que cumpriram Melfalano. Foram excluídos doentes com outras patologias e doentes sem informação disponível sobre alteração da membrana da mucosa oral. Foram

selecionados dois grupos, o grupo de Controlo onde não foi aplicada a crioterapia (estudo retrospectivo) e o grupo da Crioterapia (estudo prospetivo).

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos inerentes.

Relativamente ao grupo de controlo foram realizadas 118 análises de processo, e selecionados 104 doentes, dos quais 69 do género masculino e 35 do género feminino com a idade média de 56 anos. O número de doentes com mucosite oral de grau 1 foram 36, de grau 2, 55 e de grau 3 foram 13. Sendo que 7 dos doentes necessitaram de suporte nutricional via parentérica e o tempo médio de internamento foi de 25,2 dias.

Para o grupo Crioterapia foram analisados 126 doentes, tendo sido excluídos 25. Dos 101 doentes foi aplicado o protocolo da crioterapia, que consiste na administração de dois gelados de água com início da ingestão 15 minutos antes de Melfalano e prolongando-se durante a perfusão e 30 minutos após o fim. Do grupo selecionado, 63 do género masculino e 38 do género feminino com a idade média de 62 anos. O número de doentes com mucosite oral de grau 1, foram 60, de grau 2, 35 e grau 3 foram 6. Um dos doentes necessitou de suporte nutricional via parentérica e o tempo médio de internamento foi de 23,1 dias.

Em ambos os grupos, os doentes realizaram bochechos e deglutição de 15ml de solução de manipulado (nistatina, bicarbonato de sódio e lidocaína) antes das refeições e, após as mesmas, a realização de higiene oral através da escovagem dos dentes e bochechos com desinfetante oral. Foi ainda promovida a utilização de ampolas de solução saturada de iões de fosfato, cálcio e sódio.

Nos grupos selecionados foram analisados em relação ao grau de mucosite, a necessidade de nutrição parentérica, a administração de opióides e o tempo de internamento. Comparando os resultados obtidos, verifica-se que o grupo de Controlo apresentou maior número de doentes com mucosite de grau 2 e grau 3, respetivamente, 55 e 13 doentes, enquanto que no grupo da Crioterapia, apresentaram mucosite de grau 2, 35 doentes e de grau 3, 6 doentes.

Também comprovamos a redução da necessidade de suporte nutricional por presença de mucosite grave, uma vez que no grupo de Controlo foi necessária alimentação parentérica em 7 doentes e no grupo da Crioterapia, 1 doente.

Em relação à necessidade de administrar opióides, houve maior necessidade no grupo da Crioterapia com 19 doentes, comparativamente ao grupo de Controlo que só necessitaram 17. Em contrapartida no grupo de Crioterapia o tempo de necessidade de administração de opióides fortes foi menor que no grupo de Controlo.

Por fim, é possível constatar, a partir dos dados obtidos, que houve redução no tempo de internamento em cerca de 2 dias.

Segundo a análise da literatura sobre o tema, o uso de crioterapia na prevenção de mucosite oral em doentes submetidos a quimioterapia de alta dose, sugere a utilização desta técnica de forma preventiva pela redução da gravidade da mucosite oral, diminuição da dor associada e utilização de medicação, melhorias na capacidade do doente em se alimentar e/ou até mesmo comunicar. A dor é o sintoma de referência da mucosite oral e tem impacto a nível físico e a nível do bem-estar psicológico e, por

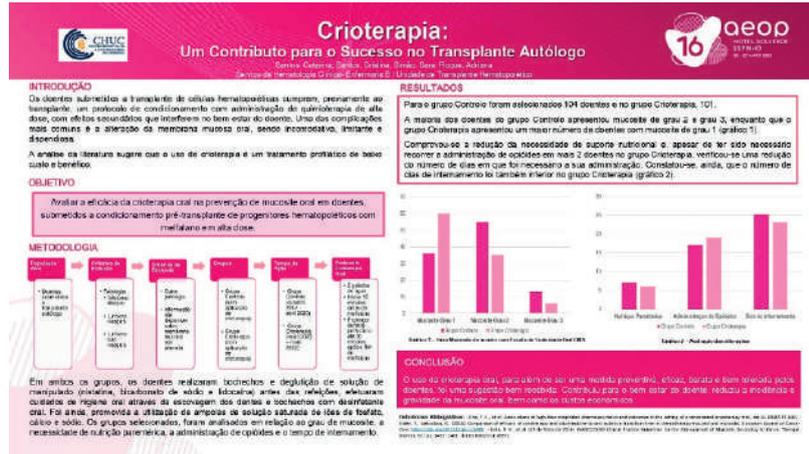
consequência, na qualidade de vida do doente. Para prevenir eventuais lesões é importante avaliar o risco de desenvolvimento da mucosite, promover os cuidados de higiene oral e capacitar o doente para a auto avaliação.

A crioterapia é um tratamento profilático de baixo custo, cujos resultados dependem do citostático administrado, tempo de perfusão e número de doses administradas, bem como das características do doente e a sua adesão ao tratamento, mas contribuem para a qualidade de vida e redução de custos económicos.

Com base na literatura analisada e através da análise do estudo, foi possível concluir que a crioterapia é uma medida eficaz e barata para prevenir a incidência da mucosite oral em doentes submetidos a quimioterapia com Melfalano de alta dose.

**4) Bibliografia**

- Cho, Y. K., et al. Associations of high-dose melphalan pharmacokinetics and outcomes in the setting of a randomized cryotherapy trial. doi:10.1002/CPT.644;
- Erden, Y., Ipekoban, G., (2016). Comparison of efficacy of cryotherapy and chlorhexidine to oral nutrition transition time in chemotherapy-induced oral mucositis. European Journal of Cancer Care. https://doi.org/10.1111/ecc.12495;
- Lalla, R. V., et al. (15 de Maio de 2014). MASCC/ISOO Clinical Practice Guidelines for the Management of Mucositis Secondary to Cancer Therapy. (Cancer, Ed.) pp. 1453 - 1461. doi:10.1002/ncr.28592



**P13**

**O EFEITO DE FLAMINAL® FORTE NO TRATAMENTO DE FERIDAS TUMORAIS**

Ana Margarida Gonçalves, Marta Machado  
 Hospital de Braga, Radioterapia - Júlio Teixeira, S.A.  
 margarida-goncalves@hotmail.com

**1) Objectivos**

Demonstrar a eficácia de Flaminal® Forte como tratamento de uma ferida tumoral ulcerada, num doente submetido a Radioterapia e Quimioterapia concomitante, com diagnóstico de Carcinoma Epidermoide Invasor Não Queratinizante do Canal Anal, e com antecedentes de Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).

**2) Fundamentação**

A ferida tumoral é uma entidade muito específica no universo das feridas complexas. A inexistência de um padrão nestas feridas, a escassa evidência científica e a ausência de guidelines, dificulta a intervenção dos enfermeiros nesta área. (Vicente et al., 2021) Surge, assim, a necessidade de explorar Flaminal® Forte, um produto que pertence a uma

nova classe de agentes de cicatrização de feridas, designada por enzima alginogel. Flaminal® Forte ajuda na cicatrização de feridas de diversas formas, nomeadamente ao manter a ferida limpa e húmida, ao reduzir as bactérias libertadas a partir de um biofilme e ao proteger os bordos da ferida. Entre as várias indicações do produto, destaca-se o seu uso em feridas tumorais (Flean Health,2023).

Para o efeito deste estudo, foi selecionado um doente de 46 anos, com o diagnóstico de Carcinoma Epidermoide Invasor Não Queratinizante do Canal Anal, e com antecedentes de VIH. Este doente foi submetido a Quimioterapia concomitante com Radioterapia Externa, com dose total prescrita de 45 Gy em 33 sessões. Foram fornecidas indicações quanto aos cuidados a ter com a pele e foi aplicado Flaminal® Forte duas vezes ao dia, uma aplicação no serviço e outra em casa. Para ajudar a sistematizar a sintomatologia, foi utilizada a mnemónica “HOPES” (EONS,2015).

No momento da seleção, o doente apresentava uma ferida tumoral ulcerada, a ocupar todo o sulco inter-nadegueiro, com trajetos fistulosos

**O EFEITO DE FLAMINAL® FORTE NO TRATAMENTO DE FERIDAS TUMORAIS** 

Margarida Gonçalves, Marta Machado, Hospital de Braga, Radioterapia - Júlio Teixeira, C.A.

OBJETIVOS	RESULTADOS E CONCLUSÕES
<p><b>FUNDAMENTAÇÃO</b></p> <p><b>IDENTIFICAÇÃO DO CASO CLÍNICO</b></p> <p><b>Diagnóstico:</b> Carcinoma Endometrioidal Invasivo Não Quadrante do Canal/Ano</p> <p><b>Sexo / Idade:</b> Fêmea / 48 anos</p> <p><b>Antecedentes de Saúde:</b> HTV</p> <p><b>Tratamento de Radioterapia:</b> 45 Gy em 30 sessões</p> <p><b>Tavo 1: História do Caso Clínico</b></p> <p>A ferida tumoral é uma entidade muito específica no universo das feridas complexas. A incidência de um pedúnculo vascular, a escassa cicatrização e a ausência de granulatos, atrela a intervenção de enfermeiros nesta área. (Vicente et al., 2021)</p> <p>Segundo, é importante de salientar: Flaminal® Forte, um produto de primeira classe na classe de agentes de cicatrização de feridas, designado por primeira geração. Flaminal® Forte atua na cicatrização de feridas de diversas formas: ao manter a ferida limpa e húmida, ao reduzir as bactérias, libertando o soro de um tecido e a proteger do tecido da ferida. Entre as várias indicações do produto, destaca-se o seu uso em feridas tumorais. (Flen Health, 2023).</p> <p>Para o efeito deste estudo, foram fornecidas as seguintes indicações quanto às indicações de uso com a pele, nomeadamente a aplicação de Flaminal® Forte duas vezes ao dia. Para obter o máximo benefício, recomenda-se a utilização de Flaminal® Forte em áreas de pele com necessidade de hidratação. Contudo, esta encontra-se praticamente sem trajetos fistulosos nem exsudado. Além disso, o doente descreveu uma melhoria significativa da dor e prurido. É importante ressaltar que, na data de alta, o doente foi instruído a continuar a aplicação de Flaminal® Forte mais um mês, pelo que estes resultados ainda vão ser reavaliados.</p> <p>Conclui-se, portanto, que Flaminal® Forte pode ser uma opção segura e eficaz no tratamento de feridas tumorais ulceradas, submetidas a Quimioterapia e Radioterapia. Este caso demonstrativo constitui um bom ponto de partida para a elaboração de mais estudos neste género de carcinoma, com um maior número amostral de doentes.</p>	<p>Após 6 semanas de aplicação de Flaminal® Forte, verificou-se uma diminuição considerável da ferida tumoral, estando esta mais planificada. Visualiza-se ainda algum tecido de granulação, alguma fibrina, e a pele envolvente encontra-se com necessidade de reforço de hidratação. Contudo, esta encontra-se praticamente sem trajetos fistulosos nem exsudado. Além disso, o doente descreveu uma melhoria significativa da dor e prurido. É importante ressaltar que, na data de alta, o doente foi instruído a continuar a aplicação de Flaminal® Forte mais um mês, pelo que estes resultados ainda vão ser reavaliados.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>T 0 sessão</b></p>  <p><b>T 6 semanas</b></p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>H Com hemorragia</b></p> <p><b>O Com odor</b></p> <p><b>P Dor não controlada</b></p> <p><b>E Exsudado abundante</b></p> <p><b>S Risco de infeção</b></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>H Não</b></p> <p><b>O Não</b></p> <p><b>P Sem dor</b></p> <p><b>E Exsudado ligeiro</b></p> <p><b>S Sem infeção</b></p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>T 0 sessão</b></p>  <p><b>T 6 semanas</b></p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>H Sim</b></p> <p><b>O Sim</b></p> <p><b>P Mediana ligeira dor</b></p> <p><b>E Exsudado moderado</b></p> <p><b>S Risco de infeção</b></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>H Não</b></p> <p><b>O Não</b></p> <p><b>P Sem dor</b></p> <p><b>E Sem exsudado</b></p> <p><b>S Sem infeção</b></p> </div> </div> <p><b>Conclusão:</b> certifica que Flaminal® Forte pode ser uma opção segura e eficaz no tratamento de feridas tumorais ulceradas, em doentes submetidos a Quimioterapia e Radioterapia. Este caso demonstrativo constitui um bom ponto de partida para a elaboração de mais estudos neste género de carcinoma, com um maior número amostral de doentes.</p>

P14

## UM ANO DE PRÁTICA CLÍNICA: SACITUZUMAB GOVITECANO NA PERSPETIVA DO ENFERMEIRO DE HOSPITAL DE DIA

Carla Rafael, Alexandra Santos

IPO- Porto

carlarafael\_932@hotmail.com

### 1) Objetivos

Identificar os principais efeitos secundários;

Descrever a intervenção do enfermeiro no empoderamento e capacitação do doente no ambulatório.

### 2) Fundamentação

Sacituzumab govitecano é um conjugado anticorpo-fármaco direcionado para o Trop-2. É um anticorpo monoclonal humanizado que reconhece o Trop-2. Indicado em monoterapia para o tratamento de doentes com cancro da mama triplo-negativo irrissecável ou metastático que receberam duas ou mais terapêuticas sistémicas anteriores, incluindo, pelo menos, uma delas para doença avançada.

O ensaio clínico que lhe deu aprovação foi o ASCENT (IMMU-132-05), estudo de Fase 3 internacional, multicêntrico, em regime aberto e aleatorizado e teve aprovação em Novembro de 2021.

Foi efetuado o levantamento de dados, relativo a um ano de prática clínica, em doentes com autorização expressa para intercâmbio de dados pessoais, com este antineoplásico sistémico num hospital de dia da região norte. Este levantamento, teve como propósito perceber quais os efeitos secundários mais frequentes e o papel do

sobretudo à esquerda, ao qual estava associado exsudado sero-hemático. Era também possível visualizar tecido epitelial e tecido de granulação. Além disso, o doente relatava dor e prurido perianal constantes.

### 3) Resultados e Conclusões

Após 6 semanas de aplicação de Flaminal® Forte, verificou-se uma diminuição considerável da ferida tumoral, estando esta mais planificada. Visualiza-se ainda algum tecido de granulação, alguma fibrina, e a pele envolvente encontra-se com necessidade de reforço de hidratação. Contudo, esta encontra-se praticamente sem trajetos fistulosos nem exsudado. Além disso, o doente descreveu uma melhoria significativa da dor e prurido. É importante ressaltar que, na data de alta, o doente foi instruído a continuar a aplicação de Flaminal® Forte mais um mês, pelo que estes resultados ainda vão ser reavaliados.

Conclui-se, portanto, que Flaminal® Forte pode ser uma opção segura e eficaz no tratamento de feridas tumorais ulceradas, submetidas a Quimioterapia e Radioterapia. Este caso demonstrativo constitui um bom ponto de partida para a elaboração de mais estudos neste género de carcinoma, com um maior número amostral de doentes.

### 4) Bibliografia

- European Oncology Nursing Society. (2015) Recommendations for the care of patients with malignant fungating wounds. Acedido em março de 2023. Disponível em <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>
- Flen Health. (2023) Flaminal® - our solution for acute & chronic wounds. Acedido em abril de 2023. Disponível em <https://www.flenhealth.com/products/flaminal-hydro-forte>
- Vicente, H.; Matos, M.; Gomes, S.; Rocha, A.; Carvalhal, S.; Ramos, P.; Moura, A.; Alves, P. (2021) Descobrir a ferida maligna. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. ISBN: 978-989-53418-1-8

**Um ano de prática clínica: Sacituzumab Govitecano na perspetiva do Enfermeiro no Hospital de Dia**

ISAP/16, Alameda, 1604-015, Case, Instituto Português de Oncologia de Porto

**INTRODUÇÃO:**  
O Sacituzumab govitecano é um conjugado anticorpo monoclonal direcionado para o TROP-2. É um anticorpo monoclonal humanizado que reconhece o TROP-2, ligado ao receptor para o tratamento de doentes com cancro da mama. O novo mecanismo de acção que reconhece não só o TROP-2, mas também a sua ligação ao receptor, permite, para além de uma das suas funções anticancerígenas, a inibição da proliferação de células tumorais e a melhoria da resposta imunitária. Assim, os doentes podem beneficiar da melhoria da qualidade de vida de longo prazo em casa.

**OBJETIVOS:**  
• Identificar os principais efeitos secundários;  
• Descrever a intervenção e o papel do enfermeiro na identificação e gestão da pessoa doente no ambulatório.

**RESULTADOS:**

- Neutropenia**
  - Reforçar os cuidados de higiene pessoal;
  - Tratar sobre a administração de fatores de crescimento;
  - Evitar ambientes fechados;
  - Evitar ambientes fechados;
  - Vigiar temperatura corporal;
- Anemia**
  - Administrar componente sanguíneo;
- Hipomagnesémia**
  - Reforçar a adesão ao regime terapêutico;
  - Insistir sobre os alimentos ricos em magnésio;
- Diarreia**
  - Evitar regime alimentar;
  - Tratar sobre as características da ingestão hídrica;
  - Reforçar a adesão ao regime terapêutico;

**CONCLUSÃO:**  
Sabemos pelo perfil de segurança do Sacituzumab govitecano que este pode provocar alterações hematológicas, gastrointestinais e metabólicas, entre outras. No âmbito da nossa prática clínica, os efeitos secundários detetados e mais frequentes foram a neutropenia, a anemia, a hipomagnesémia e a diarreia. Após identificação destes efeitos, a ação do enfermeiro no ambulatório é crucial para a identificação, a prevenção, a intervenção e a gestão da pessoa doente no ambulatório.

**CONTEÚDO DE ACESSO:** Este conteúdo de acesso aberto capacitará o profissional de saúde a reconhecer e tratar os efeitos secundários do medicamento, tornando-o mais eficaz e seguro para o doente e a pessoa mais próxima do doente, permitindo a gestão entre a pessoa, o seu familiar e a intervenção associada.

**ABSTRACT:**  
Agência Europeia de Medicamentos (EMA): [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/trodelyv-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/trodelyv-epar-product-information_pt.pdf)



enfermeiro na sua gestão.

Durante este processo foram identificados efeitos secundários com a necessidade de intervenção de enfermagem em sala de tratamento e em domicílio, de forma a proporcionar um maior bem estar e adesão do doente ao tratamento.

Na área de oncologia a monitorização das toxicidades associadas à terapêutica antineoplásica sistémica e o ensino ao doente, permitem estabelecer intervenções de enfermagem atempadas e dirigidas, o que se traduz na melhoria da qualidade de vida do doente e ganhos de saúde.

### 3) Resultados e Conclusões

Sabemos pelo perfil de segurança do Sacituzumab govitecano que este pode provocar alterações hematológicas, gastrointestinais e metabólicas, entre outras. No âmbito da nossa prática clínica, os efeitos secundários mais frequentes foram a neutropenia, anemia, hipomagnesémia e a diarreia.

Após identificação destes efeitos, que não motivaram internamento e tiveram que ser geridos na sua maioria no domicílio, salientamos o trabalho de enfermagem no envolvimento do doente/cuidador na

adesão terapêutica, no cumprimento de dieta e implementação de medidas de isolamento/control de infeção.

Este conjunto de ensinamentos visaram capacitar o doente/cuidador desmitificando receios e medos, tornando o doente mais ativo nos cuidados de saúde permitindo o domínio sobre si mesmo, sobre o seu tratamento e sintomatologia associada.

### 4) Bibliografia

- Agência Europeia de Medicamentos: Disponível em: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/trodelyv-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/trodelyv-epar-product-information_pt.pdf)

## P15 EXTRAVASAMENTO DE TAXANOS EM DIFERENTES ACESSOS VENOSOS

**Carla Brandão, Cláudia Silva**  
Instituto Português de Oncologia Porto - Hospital de Dia Adultos  
[carlasoaresbrandao@gmail.com](mailto:carlasoaresbrandao@gmail.com)

### 1) Objectivos

Promover a formação da equipa de enfermagem para deteção precoce, atuação e monitorização perante um extravasamento de taxanos;

Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa, no âmbito da prevenção e monitorização do extravasamento de taxanos;

Verificar sinais e sintomas apresentados pela pessoa durante e após o extravasamento de taxanos, pelas suas características particulares;

Demonstrar a importância da vigilância nos dias seguintes após o extravasamento dos taxanos;

Capacitar a pessoa para a identificação, autovigilância da área afetada pelo extravasamento e para a gestão dos cuidados no domicílio;

### 2) Fundamentação

O aumento de novos casos de cancro em Portugal, com o conseqüente crescimento do número e de complexidade de tratamentos, incita a um progresso na área oncológica, exigindo profissionais mais habilitados.

Os citostáticos, principalmente, os administrados por infusão endovenosa, continuam a ser o método de eleição para o tratamento de doenças oncológicas.

Nos profissionais e nas pessoas com doença oncológica, a administração de citostáticos gera uma preocupação sobre os seus efeitos adversos e a sua segurança durante a administração dos mesmos (3,4).

O extravasamento de citostáticos é descrito como uma emergência oncológica devido ao potencial de causar danos ou sequelas que incapacitam a pessoa, afetam a sua qualidade de vida e o tratamento da sua doença oncológica.

Extravasamento de cistostático é definido como uma infiltração acidental desses fármacos nos tecidos adjacentes ao local da punção, aquando da sua

administração por acesso venoso periférico ou central (2).

Os citostáticos podem ser classificados em grupos segundo o seu potencial de causar lesões. Existem diferentes classificações descritas na literatura.

Segundo as guidelines da ESMO (European Society for Medical Oncology), estes podem ser agrupados em vesicantes, irritantes e não irritantes (2), sendo esta a nomenclatura utilizada no Hospital de Dia – Adultos do IPO Porto, embora já com alguns anos de publicação. Os vesicantes são fármacos que podem causar mais complicações nos tecidos, como necrose ou flictena (3). Os irritantes podem causar inflamação dos tecidos ou irritação (4).

Table 1. Classification of chemotherapy drugs according to their ability to cause local damage after extravasation

- Fonte: Fidalgo, J.A. Pérez et al. Management of chemotherapy extravasation: ESMO-EONS Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology* Oct. 2012; volume 23 (Supplement 7): VII167 – VII173

Alguns citostáticos, como os alcalóides da vinca ou as antraciclina são classificados globalmente como vesicantes, baseado nas suas propriedades físico-químicas e suportada por evidência científica (1).

A classificação dos taxanos, que são usados em várias áreas de patologia como mama, pulmão, ovário, próstata entre outros, é controversa, uma vez que podem ser aceites como vesicantes ou irritantes com características vesicantes.

Após ocorrer o extravasamento os sintomas apresentados são habitualmente eritema, edema, pigmentação da pele e sensibilidade no local de extravasamento, contudo, em alguns casos

podem haver evolução para situações mais graves como necrose tecidual (1).

Table: NCI CTCAE v5.0 infusion site extravasation

- Fonte: National Cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events V.5.0 Published date: November 27,2017; General disorders and administration site conditions, Infusion site extravasation, page 46.

Os sintomas podem surgir em dias ou semanas e a sua intensidade está relacionada com o volume e a concentração do citostático extravasado.

Pela inexistência de um consenso sobre a sua classificação, não há recomendação para o melhor acesso venoso para administração destes fármacos (1). Se por um lado, o risco de extravasamento é menor quando os citostáticos são administrados por um acesso venoso central, por outro lado, quando de um extravasamento pelo mesmo, os danos e as lesões poderão ser mais extensas.

O papel de enfermagem é crucial na prevenção, na identificação e evidentemente, na gestão do extravasamento, sendo os profissionais de saúde que estão melhor habilitados para reconhecer e tratar este evento adverso. Igualmente, a identificação adequada de potenciais fatores para o extravasamento é importante para minimizar o risco. Estes fatores podem estar relacionados com a própria pessoa ou com o procedimento.

No caso, dos taxanos, pela sua abrangente indicação terapêutica, a sua administração é muito frequente no Hospital de Dia – Adultos do IPO Porto e, tendo em conta que a sua classificação é discutível torna-se um desafio para os enfermeiros a prevenção e gestão em caso de extravasamento (1).

### 3) Resultados e Conclusões

Apresentamos neste trabalho três casos clínicos de extravasamentos ocorridos com dois taxanos: Docetaxel e Paclitaxel, administrados por Cateter venoso periférico (Caso Clínico A), Cateter venoso totalmente implantado tipo Implatofix® (Caso Clínico B) e Cateter venoso central totalmente implantado tipo Port- Picc (caso clínico C).

Dois dos três casos (B e C) necessitaram de internamento para cuidados de penso e antibioterapia endovenosa. A pessoa do caso clínico A não necessitou de internamento, mas foi encaminhado para a consulta de Cirurgia Plástica para tratamento à queimadura química.

À pessoa do caso clínico B foram suspensos os tratamentos de quimioterapia neoadjuvante e antecipada a cirurgia. A pessoa do caso clínico A sofreu uma interrupção de um mês no tratamento de quimioterapia, mas, viu aumentadas as deslocações ao hospital para vigilâncias e penso ao local tendo sido um fator de ansiedade e stresse, porque, para além de não conseguir conduzir, esta pessoa é o principal cuidador informal da esposa.

Todos sofreram agravamento dos sintomas após uma semana ou mais da ocorrência do extravasamento com dor, rubor e descontinuidade cutânea e/ou flictenas associadas. Daí que a vigilância deve ser superior a uma semana, de modo a aumentar o tempo de acompanhamento da pessoa e atuar o mais rápido possível dado o agravamento da lesão.

Nas pessoas dos casos A e C, foi reportada dor e sensibilidade no local, mas só relataram os sintomas no final da perfusão dos citostáticos. A pessoa do caso B não teve queixas associadas.

NOTA: Em cada caso clínico a evolução está documentada com imagens.

O extravasamento de citostáticos tem impacto não somente a nível físico, mas também no tratamento da doença oncológica, na qualidade de vida e no quotidiano da pessoa/família.

Os primeiros sintomas de um extravasamento são sentidos pela pessoa e, como tal, esta tem um papel preponderante na identificação precoce deste fenómeno, pois um dos fatores para agravamento dos sintomas é o volume extravasado.

A pessoa deve estar esclarecida, capacitada e educada sobre os seus tratamentos e os possíveis efeitos, de modo a conseguir alertar os profissionais na presença destes incidentes (4). O ensino de enfermagem, após o extravasamento, deve também considerar o plano terapêutico para o domicílio e os sinais e sintomas de alerta que justifiquem contactar os profissionais de saúde, possibilitando a atuação da equipa de enfermagem precocemente e minimizando uma lesão mais grave. Na maioria dos casos as lesões com descontinuidade cutânea e flictenas surgiram após uma semana do extravasamento, independentemente do acesso venoso.

Tendo em consideração que a classificação dos citostáticos não é absoluta e, no que concerne aos taxanos existem na literatura divergências na sua classificação, é nosso intuito com este trabalho partilhar alguns dos casos, de diferentes acessos venosos, ocorridos no Hospital de Dia do IPO Porto. Com isto pretendemos alertar outros profissionais de saúde para a importância de uma vigilância constante durante o tratamento e nas semanas seguintes após o extravasamento, no sentido, de uma atuação

**Extravasamento de taxanos em diferentes acessos venosos**

Carta Brasileira | Cláudia Silva | Hospital de Dia do IPO Porto

**aeop** INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA

**INTRODUÇÃO** O extravasamento de fármacos é definido como uma reação química análoga de lesão cutânea de caráter físico ou químico que acontece quando há extravasamento de fármacos para a pele durante o acesso venoso. Este fenómeno pode ocorrer em qualquer acesso venoso, sendo que os sintomas são sentidos pela pessoa e, como tal, esta tem um papel preponderante na identificação precoce deste fenómeno, pois um dos fatores para agravamento dos sintomas é o volume extravasado.

**OBJETIVOS** O objetivo deste trabalho é apresentar a classificação dos extravasamentos de fármacos para a pele durante o acesso venoso, de acordo com o tipo de fármaco utilizado, o tipo de acesso venoso utilizado e o tipo de lesão cutânea resultante. Este trabalho pretende também alertar os profissionais de saúde para a importância de uma vigilância constante durante o tratamento e nas semanas seguintes após o extravasamento, no sentido, de uma atuação adequada.

**CLASSIFICAÇÃO** O extravasamento de fármacos para a pele durante o acesso venoso pode ser classificado de acordo com o tipo de fármaco utilizado, o tipo de acesso venoso utilizado e o tipo de lesão cutânea resultante. Este trabalho pretende também alertar os profissionais de saúde para a importância de uma vigilância constante durante o tratamento e nas semanas seguintes após o extravasamento, no sentido, de uma atuação adequada.

**CONCLUSÃO** O extravasamento de fármacos para a pele durante o acesso venoso é um fenómeno que pode ocorrer em qualquer acesso venoso, sendo que os sintomas são sentidos pela pessoa e, como tal, esta tem um papel preponderante na identificação precoce deste fenómeno, pois um dos fatores para agravamento dos sintomas é o volume extravasado.

**Palavras-chave:** Extravasamento de fármacos para a pele durante o acesso venoso, classificação, sintomas, tratamento.

precoce que visa diminuir os danos físicos na pessoa e, conseqüentemente, interferir o menos possível na sua qualidade de vida.

Para além dos cuidados prestados à pessoa, é fundamental proceder ao registo escrito: sendo uma garantia, da qualidade desses cuidados e da sua continuidade e contribuir ainda, para a proteção dos profissionais envolvidos no extravasamento (4). Deverá estar associado um registo fotográfico para melhor monitorização da evolução da lesão e, conseqüente, reavaliação das intervenções de enfermagem.

É fundamental a constante formação e treino da equipa de enfermagem para uma melhor prevenção do extravasamento. Só uma equipa informada, com conhecimentos baseados em evidências recentes e atualizadas, para prevenir, reconhecer, gerir e registar o extravasamento de citostáticos, poderá promover a administração segura destes fármacos (4).

**4) Bibliografia**

- Barbee M.S., Owonikoko T.K., Harvey R.D.. Taxanes: vesicants, irritants, or just irritating? Ther Adv Med Oncol. 2014; 6(1):16-20. Doi:10.1177/1758834013510546

- Hassan, D. S., Hasary, H.J.. Chemotherapy – Induced Extravasation Injury: Classification and Management. Al-Rafidain J Med Sci. 2022; 2: 81-92. Disponível em Chemotherapy-Induced Extravasation Injury: Classification and Management (researchgate.net).

- Marcelino, A., Ganhão, M.. Intervenção perante o extravasamento de citostáticos – um contributo na prevenção da queimadura química. ON 45

**P16**

**TELECONSULTA DE ENFERMAGEM PÓS DECISÃO TERAPÊUTICA DE DIGESTIVO: UM ESTUDO DESCRITIVO TRANSVERSAL**

Ana Filipa Cancela, Lucília Santos, Sandra Baptista, Susana Ferreira

Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. [filipa\\_cancela@hotmail.com](mailto:filipa_cancela@hotmail.com)

**1) Objectivos**

Apresentar a teleconsulta de enfermagem de apoio à Reunião de Decisão Terapêutica (RDT) de Digestivo do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. (IPOCFG, E.P.E).

Divulgar o contributo desta teleconsulta que permite uma avaliação multi-dimensional e acompanhamento da pessoa e família.

## 2) Fundamentação

A literacia em Saúde assume-se como um fator de promoção à participação informada e ativa da pessoa em todos os níveis de prevenção em saúde. O enfermeiro encontra-se privilegiadamente posicionado para capacitar a pessoa do conhecimento para realizar o seu projeto de saúde.

Inserido num contexto multiprofissional, o enfermeiro intervém de forma autónoma e/ou interdependente, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de qualidade. Ressalta-se ainda que o cuidado é um processo em que o profissional de enfermagem realiza atividades junto da pessoa e para a mesma. Esse cuidado é baseado no saber científico e no pensamento crítico, a fim de promover ou manter a dignidade humana.

É crescente a necessidade de profissionais qualificados para desempenharem a assistência à pessoa com doença oncológica. O cuidar em enfermagem resulta em estar atento às queixas que podem ser subjetivas e estimar a dor da pessoa, para que se possa estabelecer um plano de cuidado apropriado e específico.

As etapas do processo de enfermagem são contempladas desde a colheita de dados, à elaboração de diagnósticos e ao planeamento e implementação das respetivas intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Sendo o IPOCFG, E.P.E um centro de referência para o cancro do recto, a consulta de enfermagem de apoio à RDT de Digestivo encontra-se inserida no Grupo Multidisciplinar da Patologia Digestiva.

Esta consulta sofreu inúmeras alterações ao longo dos seus 5 anos de existência. Esta consulta foi implementada em 2018 e sofreu inúmeras alterações ao longo dos seus 5 anos de existência.

Os cuidados de enfermagem foram reorganizados em termos de dotação de enfermeiros, registos e tipologia de consulta. Como consequência da pandemia COVID-19 o ministério da Saúde emanou o Despacho nº 5314/2020 onde é determinado o recurso a meios não presenciais para a atividade assistencial, sendo destes exemplo a utilização do telemóvel (Ministério da Saúde, 2020).

A consulta de enfermagem de apoio à RDT de Digestivo até aí direta (com a presença da pessoa e cuidador), alterou-se para uma consulta indireta (sem a presença da pessoa e cuidador), síncrona, com recurso a telemóvel, mantendo-se esta metodologia até ao momento presente.

A intervenção do enfermeiro nesta consulta tem como objetivos a promoção da saúde, prevenção da doença, de complicações e incapacidades, promovendo o processo de adaptação e capacitação na gestão do processo de saúde da pessoa. Maximiza o seu bem-estar e autocuidado, impactando, assim, positivamente na sua qualidade de vida. Promover uma relação de confiança com a pessoa, ainda que à distância, desenvolve o sentimento de segurança, esperança e conforto. A intervenção do enfermeiro, através de uma linguagem acessível, permite o esclarecimento de dúvidas, a realização de ensinamentos, a orientação para hábitos de prevenção, sempre com a tónica de um atendimento humanizado, estabelecendo uma relação de confiança com a pessoa/cuidador.

Apesar de existirem algumas limitações à relação profissional-pessoa, este regime de consulta possibilitou, durante a pandemia, o acesso aos cuidados de saúde e a manutenção do acompanhamento da mesma, bem como a supressão de assimetrias geográficas, garantindo a continuação de cuidados individualizados e de qualidade, em condições de segurança (Pimentel et al., 2022).

Nesta teleconsulta autónoma mantém-se o recurso a uma metodologia científica, utilizando o processo de enfermagem já anteriormente mencionado. As contingências atuais e escassez de recursos humanos não permitiu, ainda, avançar para implementação de avaliação de resultados. Pretende-se implementar esta avaliação, com consequente reformulação do planeamento, sempre que se justifique.

O enfermeiro na consulta de enfermagem de apoio à RDT de Digestivo consulta o processo clínico da pessoa disponível no SClínico® e, quando do contacto telefónico, aplica escalas e recolhe indicadores de risco ou fatores de complexidade, tendo por objetivo avaliar a pessoa e cuidador com o intuito de identificar focos de ação e subsequente elaboração de diagnósticos de enfermagem e de um plano de intervenções e respetiva implementação. Estas intervenções consistem em ensinar a pessoa e/ou cuidador sobre a sua situação clínica e tratamentos propostos, avisar sobre convocatórias, executar referência para profissionais especializados em valências que necessite e assegurar e gerir a sua articulação, advogar e encorajar comportamentos, apoiar decisões relativas à sua situação clínica e colaborar com a equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados de qualidade que possibilitem a otimização da pessoa para

os tratamentos necessários a realizar, sem o risco da sua interrupção ou suspensão.

São colhidos parâmetros biométricos, entre outros, para a aplicação da escala Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) para referenciação à Consulta de Nutrição. É também aplicada a escala numérica da Dor para avaliação da mesma, bem como a identificação de terapêutica que a pessoa cumpra e a sua eficácia, para sinalização para a consulta da Dor existente na nossa instituição. Dados socioeconómicos e familiares como a fase ativa da atividade laboral, rede de suporte social ou ser cuidador de terceiros, são colhidos para pedido de colaboração por parte do Serviço Social. Quanto à dimensão psicológica e emocional, são colhidas informações para a identificação de fatores de complexidade que influenciem negativamente a pessoa face à situação de doença. São destes exemplos, a idade jovem, cirurgia que implique alteração da imagem corporal, perda de autonomia ou estadio IV da doença oncológica. Ainda de referir que toda a pessoa proposta para cirurgia do foro intestinal é encaminhada para avaliação pelo Gabinete de Estomatoterapia.

Desde janeiro de 2022 foi criada uma

linha de atendimento de enfermagem telefónico, às quintas-feiras, das 14h às 16h. O atendimento tem como objetivo o controlo de sintomas associados à doença e esclarecimento de dúvidas. Esta facilita a comunicação pessoa-profissional, principalmente em caso de agravamento da situação clínica da pessoa, à exceção de emergências. A pessoa pode, desta forma, contactar facilmente a equipa de enfermagem, controlar sintomas precocemente e ser devidamente referenciado caso haja necessidade.

Os registos de toda a atividade assistencial de Enfermagem são efetuados no sistema de informação SClínico® disponível na instituição, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como linguagem.

### 3) Resultados e Conclusões

Realizou-se um estudo descritivo transversal, a todas as pessoas agendadas em RDT de Digestivo de patologia esófago-gástrico e cólon-recto, avaliadas em consulta de enfermagem de apoio à RDT de Digestivo, realizadas entre 4 janeiro de 2022 e 27 dezembro 2022, no IPOCFG, E.P.E.

Foi elaborada uma grelha de extração de dados, tendo estes sido organizados

numa base de dados, através de um formulário no Google Docs®.

Das 791 pessoas avaliadas constatou-se que 205 eram referentes a patologia esófago-gástrico e 586 a cólon-recto. Como resultado dos dados recolhidos e respetiva avaliação e diagnósticos foram sinalizadas 226 referências para o Gabinete de Estomatoterapia, 66 para consulta de Nutrição, 49 para consulta de Psicologia, 47 para avaliação em Serviço Social e 10 para consulta da Dor.

Relativamente ao atendimento telefónico foram recebidas 42 chamadas, realizadas pela própria pessoa ou pelo cuidador principal.

A teleconsulta de enfermagem de apoio à RDT de Digestivo demonstrou-se necessária para a avaliação da pessoa, com consequente formulação de diagnósticos que conduziram à elaboração e implementação de um plano para a otimização da pessoa com doença oncológica, bem como a inclusão do cuidador em todo o processo. Tem-se verificado um aumento significativo do número de chamadas recebidas, principalmente para esclarecimentos, despiste de sintomas e apoio emocional. A existência de uma linha de apoio telefónico revelou-se, neste contexto, um acréscimo na segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Este momento de interação com a pessoa, permitiu uma avaliação das suas necessidades, a referenciação para as várias valências interdisciplinares, e também o esclarecimento de dúvidas e realização de ensinios adequados à fase específica em que se encontrava a pessoa.

Considera-se, que este estudo, possa ser o pontapé de saída para a implementação de um sistema de avaliação das intervenções de enfermagem, nesta



consulta, e subsequente impacto na gestão de sintomas e processo de transição à condição da doença oncológica.

#### 4) Bibliografia

- Despacho nº 5314/2020 do Ministério da Saúde (2020). Diário da República: II série, nº 89. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5314-2020-133226622>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Parecer nº53/2021: Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-nº-53\\_ce\\_13012021\\_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-nº-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf)
- Pimentel, G., Neves, J., Loureiro, A.R., Ventura, F., Vieira, A., Morais, A., Amorim, V., Lopes, P., Matos, R.C., Marques, A. & Ferreira, R.J.O. (2022). Consultas de Enfermagem à distância em Portugal: recomendações de peritos. *Revista de Investigação & inovação em Saúde*, 5 (1), 125-138. <https://www.redalyc.org/journal/6777/677772749010/html/>

P17

### **CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES ONCOLÓGICOS COM NEUROPATIA PERIFÉRICA INDUZIDA PELA QUIMIOTERAPIA SUBMETIDOS A APLICAÇÃO DE CAPSAÍCINA TÓPICA – A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE DIA DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA**

Paula Sousa, Carmelinda Talhinhos, Margarida Pinheiro, Maria Menezes

Hospital Espírito Santo de Évora EPE- Serviço de Oncologia (Hospital Dia)  
[paulasousa3@gmail.com](mailto:paulasousa3@gmail.com)

#### 1) Objectivos

Descrever e caracterizar a seleção e os resultados dos doentes oncológicos submetidos a aplicação de capsaiçina tópica.

#### 2) Fundamentação

A dor neuropática relacionada com o cancro representa 20% da dor oncológica. Pode estar associada à própria neoplasia bem como aos seus tratamentos (cirurgia, radioterapia e quimioterapia). Um dos subtipos é a neuropatia periférica induzida pela quimioterapia (NPIQ) que varia com o tipo de agente quimioterápico, dose, via de administração e duração do tratamento. Dados epidemiológicos associados à NPIQ variam de acordo as ferramentas de diagnóstico aplicados (escalas, avaliações neurofisiológicas e testes sensoriais quantitativos), perda de função ou comprometimento motor. 1,2 O tratamento com a aplicação de capsaiçina poderá auxiliar o tratamento dos doentes com neuropatia periférica localizada. 2 Face à prevalência e incapacidade deste tipo de dor e restrição de atividade da consulta de Dor durante a pandemia COVID-19, o serviço de Oncologia do Hospital Espírito Santo de Évora (HESE) recebeu formação para aplicação da capsaiçina tópica nos doentes oncológicos.

Foi realizado um estudo retrospectivo dos doentes oncológicos que foram submetidos à aplicação de capsaiçina no Hospital de Dia do Serviço de Oncologia. Foi realizada uma descrição dos doentes e o impacto da aplicação na dor. A avaliação foi baseada na história clínica dos doentes, com avaliação física, motora e sensorial detalhada para identificar a localização específica da dor. Foi utilizado o questionário específico para rastreio da dor neuropática (DN4), inventário resumido da dor (formulário abreviado) e a escala numérica da dor.

#### 3) Resultados e Conclusões

Resultados: A aplicação de capsaiçina foi realizada em 10 doentes com uma média de idades de 61,5 anos (56-70 anos), sendo que 7 eram do género feminino. A patologia oncológica de base era mama (4), colorretal (4), cancro cutâneo (1) e gástrico (1).

Dos 10 doentes, 9 foram submetidos a quimioterapia (5 com platinos e 4 taxanos) e 1 das doentes submetida a radioterapia e cirurgia no local de dor (cancro cutâneo).

Todos os doentes referiam queixas álgicas em ambos os membros superiores e inferiores, tendo sido aplicado primeiramente na região onde os doentes referiam maior intensidade da dor. O local de aplicação da capsaiçina foi em 4 doentes a nível dos pés e o mesmo número de doentes nas mãos e 2 com aplicação simultânea nas mãos e pés (sessões realizadas em dias distintos).

A escala aplicada para rastreio de dor neuropática (DN4) teve uma pontuação média de 6.8 (que revela a instalação de vários sintomas caracterizantes deste tipo de dor), e na avaliação após um mês mantinham dor neuropática mas pontuavam na mesma escala uma média de 4.5.

Na avaliação inicial todos os doentes referiam que a dor tinha impacto nas atividades de vida diária, 8 doentes com interferência no padrão de sono e 7 com impacto laboral.

Apenas 2 doentes desta amostra aceitaram repetir a aplicação noutra área, alguns doentes não aceitaram tendo em conta o efeito nas primeiras 72 horas de dor aguda e eritema.

**Conclusão:** A dor neuropática relacionada com o cancro apresenta um grande impacto na qualidade de vida

dos doentes nas diversas esferas. A terapêutica disponível nem sempre apresenta os melhores resultados e não sendo tratada de forma adequada poderá conduzir à cronificação da dor, sendo importante o seu reconhecimento precoce para um tratamento adequado. A capsaicina é uma boa arma terapêutica e poderá diminuir o consumo de medicação por via oral com efeitos adversos associados. O efeito inicial de dor aguda com a capsaicina deve-se à ativação dos nociceptores cutâneos que expressam o TRPV1, o que origina dor aguda e eritema devidos à libertação de neuropeptídeos vasoativos. No seguimento da exposição à capsaicina, os nociceptores cutâneos tornam-se menos sensíveis a diversos estímulos. Estes efeitos da capsaicina que aparecem numa fase mais tardia são muitas vezes referidos como “dessensibilização” e pensa-se que sejam os responsáveis pelo alívio da dor.

Pretendemos também reforçar a importância da avaliação contínua pela equipa de enfermagem para abordagem destes sintomas incapacitantes mas também na monitorização após a aplicação da capsaicina.

**4) Bibliografia**

- Cavaletti G Chemotherapy induced peripheral neurotoxicity, a multifaceted, still unsolved issue. *J Peripher Nerv Syst.* 2019; 24(Suppl. 2):S6–S12. DOI: 10.1111/jns.12337
- Maihöfner C., et al, Chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN): current therapies and topical treatment option with high-concentration capsaicin, *Support Care Cancer*, 2021
- Guia de Administração de Qutenza, disponível online no site do infarmed em <https://extranet.infarmed.pt/INFOME-D-f0/documentos.xhtml>

**Caracterização dos doentes oncológicos com neuropatia periférica induzida pela quimioterapia submetidos a aplicação de capsaicina tópica - experiência do Hospital Dia do Serviço de Oncologia do Hospital Espírito Santo de Évora (HESE)**

Autores: Paula Sousa, Enfermeira Especialista de Reabilitação do Serviço de Oncologia do HESE, Carmo da Silva, Enfermeira Gestora do Serviço de Oncologia do HESE, Margarida Pinheiro, Farmacêutica Serviço Oncologia do HESE, Mariana Martins, Médica Interna de Oncologia Médica do HESE.

**Resumo:** A dor neuropática relacionada com o cancro representa 20% da dor oncológica. Pode estar associada à neoplasia ou aos tratamentos. Um dos subtipos é a neuropatia periférica induzida pela quimioterapia (NPIQ) que varia com o tipo de agente quimioterápico, dose, via de administração e duração do tratamento. O tratamento com a aplicação de capsaicina poderá auxiliar os doentes com neuropatia periférica localizada. Para a prevenção e insucesso do alívio da dor e resolução do sintoma de dor durante a aplicação de capsaicina, o serviço de Oncologia recebeu formação para aplicação da capsaicina tópica nos doentes oncológicos.

**Objetivos:** Descrever as características a seleção e os resultados de doentes oncológicos submetidos a aplicação de capsaicina tópica.

**Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes oncológicos submetidos à aplicação de capsaicina tópica, com uma descrição das doenças e o impacto da aplicação na dor. A avaliação é baseada na história clínica, avaliação física, medida e sensorial para identificar a localização específica da dor. Utilizado o questionário específico para avaliação da dor neuropática (DNPA), inventário resumido da dor (Inventário abreviado) e escala numérica da dor.

**Resultados:** n = 38

Idade	Média = 57,5 anos (34-70)
Sexo	Feminino: 9 n = 7 Masculino: 3 n = 3
Diagnóstico Oncológico	Mama: 9 n = 8 Colo-retal: 9 n = 4 Gástrico: 9 n = 5
Tempo até Oncologia	0-1 → n = 1 (sem patologia e 4 com tratamentos) 1-7 → n = 1
Local de aplicação	Face: 9 n = 0, Mão: 9 n = 4 Ancoão: 9 n = 2, Pé: 9 n = 10
Impacto da dor	Medida de dor visual analógica: 9 n = 10 Inventário da dor: 9 n = 6 Inventário resumido da dor: 9 n = 7

**Conclusão:** A dor neuropática apresenta um grande impacto na qualidade de vida dos doentes. A terapêutica descrita neste estudo apresenta os melhores resultados e não sendo baseada de forma adequada poderá conduzir à dor crónica. A capsaicina é uma boa arma terapêutica e poderá diminuir o consumo de medicação oral com efeitos adversos associados. O efeito inicial de dor aguda com a capsaicina deve-se à ativação dos nociceptores cutâneos, o que origina dor aguda e eritema devido à libertação de neuropeptídeos vasoativos. No seguimento da exposição à capsaicina, os nociceptores cutâneos tornam-se menos sensíveis aos estímulos. Estes efeitos são muitas vezes referidos como “dessensibilização” e pensa-se que sejam os responsáveis pelo alívio da dor. De referir a importância da avaliação contínua pelo serviço de enfermagem para abordagem destes sintomas incapacitantes e monitorização após a aplicação da capsaicina.

**Palavras-chave:** Doentes oncológicos, dor neuropática, capsaicina tópica, qualidade de vida.

**P18**

**ADOÇÃO DE TELECONSULTA EM ONCOLOGIA AMBULATORIAL: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE PESSOAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

<sup>1</sup>Filipa Ventura, <sup>2</sup>Gisela Almeida, <sup>3</sup>Cristina Costeira, <sup>4</sup>Helena Domingues

<sup>1</sup>Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, <sup>2</sup>Serviço de Hospital de Dia de Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil de Coimbra, <sup>3</sup>Escola Superior de Saúde de Leiria - Instituto Politécnico de Leiria e <sup>4</sup>Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E. [filipa.ventura@gmail.com](mailto:filipa.ventura@gmail.com)

**1) Objectivos**

Neste estudo de caso, pretendemos explorar as perspetivas dos profissionais de saúde e das pessoas em tratamento oncológico sobre a adoção da teleconsulta.

**2) Fundamentação**

Com o percurso terapêutico da pessoa com doença oncológica a ocorrer maioritariamente em regime ambulatorial, a telessaúde tem vindo a

receber uma crescente importância para complementar o hiato comunicacional e de informação entre os serviços de oncologia de ambatório e o domicílio dos utentes entre as visitas médicas presenciais (Triberti et al., 2019). A evidência científica aponta ainda para a importância de explorar a aceitação de telessaúde no sentido de promover a sua implementação bem-sucedida para o propósito de teleconsulta para visitas de rotina, monitorização de sintomas e intervenções de cuidados de suporte (Spelten et al., 2021).

O presente estudo, definiu como caso de estudo o serviço de hospital de dia de oncologia médica de um hospital metropolitano da Região Centro de Portugal. A colheita de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com pessoas em tratamento quimioterápico no serviço, auditoria aos registos médicos eletrónicos das pessoas entrevistadas e questionários online abertos aos profissionais de saúde. Os dados foram analisados por meio de análise comparativa constante em triangulação e contraste do conteúdo das entrevistas, questionários e registos.

### 3) Resultados e Conclusões

Foram envolvidas de forma consecutiva 30 pessoas a receber quimioterapia no hospital de dia, bem como 17 médicos e 15 enfermeiros entre Março e Abril de 2022. A análise de dados permitiu identificar os temas ‘relação fortalecida’ e ‘a pessoa em primeiro lugar’ para descrever as perspectivas sobre a adoção da teleconsulta no ambulatório de oncologia. Tanto os profissionais de saúde como as pessoas em quimioterapia vivenciaram uma relação fortalecida, pois a teleconsulta aumentou a confiança e permitiu uma sensação de proximidade à distância. A ‘pessoa primeiro’ envolve as preferências e crenças dos participantes no estudo como requisitos essenciais para o envolvimento em teleconsultas. Barreiras e facilitadores para a adoção da teleconsulta foram também identificados tanto por profissionais de saúde com pessoas em tratamento.

Em conclusão, ainda que os vários intervenientes vejam a teleconsulta como uma mais valia para a prestação de cuidados de proximidade, torna-se primordial que a sua adoção/implementação seja negociada de forma partilhada entre o utentes e os profis-

sionais de saúde/equipa uma vez que as preferências da sua utilização enquanto recurso são muito heterógenas. Para que haja confiança na teleconsulta e telesaúde em geral, torna-se necessária a participação dos envolvidos no estabelecimento dos procedimentos que levam à sua implementação.

### 4) Bibliografia

- Spelten, E. R., Hardman, R. N., Pike, K. E., Yuen, E. Y. N., Wilson, C. (2021). Best practice in the implementation of telehealth-based supportive cancer care: Using research evidence and discipline-based guidance. *Patient Education and Counseling*, 104(11), 2682–2699. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.006>
- Triberti, S., Savioni, L., Sebbi, V., Pravettoni, G. (2019). EHealth for improving quality of life in breast cancer patients: A systematic review. *Cancer Treatment Reviews*, 74, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2019.01.003>
- Thorne, S. (2016). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice*. Routledge.

P19

## TERAPIAS COMPLEMENTARES: UMA ABORDAGEM EM ONCOLOGIA

Mónica Almeida, Vera Dias, Noémia Martins

IPO Porto, Serviço Oncologia Médica  
[monica.almeida@ipoporito.min-saude.pt](mailto:monica.almeida@ipoporito.min-saude.pt)

### 1) Objectivos

Este estudo teve como objetivo identificar as terapias complementares usadas pelas pessoas com cancro, de modo a minimizar os efeitos secundários do tratamento.

### 2) Fundamentação

O cancro é um problema de saúde comum, associado a incapacidades significativas e é uma das principais causas de morte em todo o mundo.

Um grande número de pessoas com cancro utiliza as terapias complementares em simultâneo com o tratamento e cuidados convencionais do cancro.

A pesquisa indica que alguns tipos de terapias complementares reduzem sintomas físicos, como a náusea e os vómitos, a dor e a fadiga, e também podem auxiliar nos sintomas psicológicos, promovendo o bem-estar da pessoa durante o seu tratamento.

Os profissionais de saúde têm um papel integral no fornecimento de suporte à decisão do uso de terapias complementares baseado em evidências, para melhor aconselhar a pessoa na sua tomada de decisão.

Não há evidências que estas terapias, por si só, tenham o potencial de curar ou afetar a doença. No entanto, alguns estudos sugerem que, em associação com o tratamento convencional, há terapias

**Adoção de teleconsulta em oncologia ambulatorial: estudo de caso sobre a perspetiva de profissionais de saúde e de pessoas em tratamento oncológico**

Filipa Ventura<sup>1</sup>, Graça Almeida<sup>2</sup>, Cristina Costeira<sup>3</sup>, Helena Domingues<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem da Guarda  
<sup>2</sup> Escola Promotora de Oncologia de Coimbra, E.P.O.  
<sup>3</sup> Centro Superior de Saúde de Leiria - Instituto Politécnico de Leiria

**Enquadramento**

A evidência científica aponta para a importância de explorar a aceitação de teleconsulta no sentido de promover a sua implementação bem-sucedida para fim de teleconsulta, monitorização de sintomas e intervenções de apoio.<sup>1</sup>

**Objetivos**

Neste estudo de caso, pretendemos explorar as perspetivas dos profissionais da saúde e das pessoas em tratamento oncológico sobre a adoção de teleconsulta.

**Metodologia**

Estudo de caso<sup>2</sup> serviço de hospital de dia de oncologia médica de um hospital metropolitano da Região Centro de Portugal.

**Coleção de dados:** entrevistas semiestruturadas com pessoas em tratamento oncológico; auditoria aos registos de saúde eletrónicos das pessoas entrevistadas; e questionário aos profissionais de saúde.

**Análise de dados:** análise comparativa constante em triangulação e contraste do conteúdo das entrevistas, registos e questionário.

**Resultados**

**Amostra:** Médicos n=17, Enfermeiros n=15, Utentes n=30

**Tema I: 'Relação fortalecida'**

A teleconsulta aumenta a confiança e permite uma sensação de proximidade e segurança à distância, vivenciado tanto pelos profissionais de saúde como os utentes que participaram no estudo.

**Tema II: 'A pessoa em primeiro lugar'**

Integrar as preferências e crenças das participantes no estudo como requisitos essenciais para o envolvimento em teleconsultas. Barreiras e facilitadores para a adoção da teleconsulta foram também identificados tanto por profissionais de saúde com pessoas em tratamento.

**Conclusões**

Os vários intervenientes reconhecem a teleconsulta como uma mais valia para a prestação de cuidados de proximidade.

Assim, torna-se primordial que a sua utilização seja negociada de forma partilhada entre o utente e a equipa de saúde, uma vez que as preferências da sua utilização enquanto recurso são muito heterógenas.

**Bibliografia**

1. Triberti, S., Savioni, L., Sebbi, V., Pravettoni, G. (2019). EHealth for improving quality of life in breast cancer patients: A systematic review. *Cancer Treatment Reviews*, 74, 1–14.

2. Cross, S., Omesell, M., Robinson, A., Haly, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2017). The case study approach. *BMC medical research methodology*, 17(1), 1–6.

3. Thorne, S. (2016). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice*. Routledge.

complementares que são relevantes no controlo de sintomas e efeitos colaterais relacionados com o tratamento.

Metodologia: realizou-se uma pesquisa no agregador EBSCOhost da biblioteca ESEP, usando todas as bases de dados. Foram encontrados 151 artigos. Após remoção dos duplicados ficaram 97 artigos, excluídos por título e resumo ficaram 84. No final, e para análise na íntegra, foram seleccionados 8 artigos compreendidos entre os anos de 2019 e 2023.

**3) Resultados e Conclusões**

Identificamos várias estratégias usadas no alívio dos sintomas provocados pelo cancro e seu tratamento.

Pela análise dos artigos, verifica-se que a utilização de plantas medicinais (gingibre) tem efeito benéfico nas náuseas e vómitos; a acupuntura na redução da dor, náuseas e vómitos, depressão e fadiga, a aromaterapia alívio dos distúrbios do sono e ansiedade; e massagem, ioga e meditação demonstraram reduzir o stress e a fadiga. Auriculoterapia utilizada no alívio da dor, ansiedade, sono, humor deprimido, e xerostomia. Outros estudos analisados apontam que o

uso da música em oncologia é um importante instrumento na redução de reações emocionais negativas, tais como a ansiedade, sintomas de depressão, stresse, na redução da fadiga, na melhor aceitação de novos diagnósticos, na redução da dor, na promoção do bem-estar, no relaxamento físico e no conforto espiritual.

A adoção de estratégias, como o uso de plantas medicinais, imaginação guiada e relaxamento, massagem, acupuntura, auriculoterapia e musicoterapia permitem que, a pessoa com cancro e em tratamento, percecionem um maior controlo sobre os efeitos secundários, promovendo um papel ativo no seu tratamento. Permitem melhorar a qualidade de vida e um maior controlo de sintomas, contribuindo para um empoderamento da pessoa na tomada de decisão sobre o tratamento adequado ao seu sintoma. Cada vez mais, algumas destas terapias complementares são implementadas por enfermeiros, muitos deles com competências na área. Porém, verificamos a necessidade de mais estudos para obtermos dados mais significativos e fiáveis.

**4) Bibliografia**

- de Lima, C. L., de Jesus Carvalho, M.,

- & Silva, E. R. da. (2019). Musicoterapia Para Pacientes Oncológicos E/Ou Em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa Da Literatura. Revista Científica de Enfermagem - RECIEN, 9(28), 162-175.

- Lopes de Souza da Paz, T., & Valevein Rodrigues, E. (2021). Efeitos da massagem em mulheres com Câncer de mama e sobreviventes ao Câncer de mama. (Portuguese). Revista Inspirar Movimento & Saude, 21(4), 1-17.
- Wagner Andrade Ferreira, Vivian dos Santos Neves, Maria Angélica Fiut, Emília Delesderrier Franco, & Cláudia dos Santos Cople Rodrigues. (2023). Gengibre (Zingiber officinale) no Manejo de Náuseas e Vômitos Induzidos por Quimioterapia em Pacientes com Câncer: Revisão Integrativa da Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia, 69(2). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n2.3592>

P20

**REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE AO SACITUZUMAB GOVITECANO - PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO, ATUAÇÃO E REGISTO**

Inês Monteiro, Vera Ferrão, Ana Cardeira, Raquel Chemela

Instituto Português de Oncologia Lisboa Francisco Gentil  
 imonteiro@ipolisboa.min-saude.pt

**1) Objectivos**

Descrever a experiência de um centro oncológico numa reação de hipersensibilidade ao Sacituzumab govitecano; Identificar o papel do enfermeiro numa reação de hipersensibilidade.

**2) Fundamentação**

Reação de hipersensibilidade (RHS) define-se como um conjunto de sinais

**Terapias complementares: uma abordagem em Oncologia**

Mónica Almeida, Noémia Martins, Vera Dias  
 Enfermeiras, Serviço de Oncologia Médica, IPO Porto

**Introdução:** O cancro é um problema de saúde comum, associado a incapacidades significativas e a uma das principais causas de morte em todo o mundo. Um grande número de pessoas com cancro utiliza de terapias complementares em paralelo com o tratamento e cuidados convencionais do cancro. A maioria indica que alguns tipos de terapias complementares reduzem sintomas físicos, como a náusea e os vómitos, a dor e a fadiga, e também podem auxiliar nos sintomas psicológicos, promovendo o bem-estar de pessoa durante o seu tratamento. Os profissionais de saúde têm um papel integral no fornecimento de suporte à decisão do uso de terapias complementares baseado em evidências, para melhor aconselhar a pessoa na sua tomada de decisão. **Objetivo:** Identificar as terapias complementares usadas pelas pessoas com cancro, do modo a minimizar os efeitos secundários do tratamento. **Palavras-chave:** terapias complementares, terapias alternativas, oncologia, sintomas da quimioterapia.

**Metodologia:** revisão sistemática – abordagem de literatura. Definiram os critérios de inclusão para a seleção dos artigos: serem publicados em tratamento de cancro, com uso de terapias complementares, e ainda serem artigos publicados entre 2015 e 2022 em inglês, espanhol e ou português.

**Resultados:**

**Conclusão:** A adoção de estratégias, como o uso de plantas medicinais, relaxamento com imaginação guiada, massagem, acupuntura, auriculoterapia, e musicoterapia permitem que a pessoa com cancro e em tratamento, percecionem um maior controlo sobre os efeitos secundários, promovendo um papel ativo no seu tratamento. Permitem melhorar o sistema imunitário, melhorar a qualidade de vida, promover a comunicação, a expressão de emoções e sentimentos, sensação de bem estar e conforto e um maior controlo de sintomas, contribuindo para um empoderamento da pessoa na tomada de decisão sobre o tratamento adequado ao seu diagnóstico. Cada vez mais, algumas destas terapias complementares são implementadas por enfermeiros, muitos deles com competências na área. Porém, verificamos a necessidade de mais estudos para obtermos dados mais significativos e fiáveis.

e sintomas objetivamente reprodutíveis, atribuídos à exposição a um determinado estímulo, numa dose tolerada por indivíduos normais. (Faria e Ribeiro, 2017). O Sacituzumab govitecano (SG) é um conjugado anticorpo-fármaco indicado no tratamento do cancro da mama triplo negativo, em doença irrecorrível ou metastática, em monoterapia e após duas ou mais linhas terapêuticas. A administração é realizada por perfusão endovenosa em ciclos de 21 dias, nos dias 1 e 8 de cada ciclo de tratamento. Está indicado até progressão de doença ou toxicidade inaceitável. De acordo com o resumo das características do medicamento (2021), a hipersensibilidade é uma reação adversa muito frequente que surge em 36,6% dos doentes, recomenda-se a administração de pré-medicação (antipirético, antagonistas H1 e H2 ou corticosteroides), assim como a monitorização durante a perfusão com SG e a vigilância durante a administração. Na presença de reação, a taxa de perfusão de SG deve ser reduzida ou mesmo interrompida e em reações potencialmente fatais aconselha-se a descontinuação do fármaco. De acordo com o Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) as reações podem ser classificadas em graus de 1 a 5 consoante a sua gravidade.

**3) Resultados e Conclusões**

A administração de SG iniciou-se em 2022, tendo sido realizado treino formativo pela farmacêutica acerca dos cuidados na administração. Desde fevereiro de 2022 a fevereiro de 2023 acompanhámos 10 doentes sob este tratamento e duas apresentaram RHS, de graus 1 e 3 respetivamente.

Doente de 43 anos que iniciou SG

como 5ª linha terapêutica. No 1º dia do 3º ciclo com taquicardia durante a administração, sem necessidade de interromper a perfusão. Os sintomas reverteram espontaneamente e foi informado o médico assistente que prescreveu administração do tratamento em 2 horas. Nas administrações seguintes foi realizado incremento do tempo de perfusão e administrado anticolinérgico prévio por diarreia no domicílio, sem novo episódio de RHS.

Doente de 48 anos sob SG em 6ª linha de tratamento, que realizou tratamento sem intercorrências até ao 3º ciclo. No 1º dia do 4º ciclo, após perfusão de 20 ml de SG inicia sintomas de síndrome colinérgico, interrompida perfusão, reavaliados SV, administrada Atropina ½ F SC como SOS e contactado médico que prescreveu terapêutica para controlo sintomático e reinício de perfusão em 2 horas. Após 10 minutos quadro de taquicardia e febre com calafrios. Interrompida perfusão, requeridos serviços médicos com prescrição de antipirético e anticolinérgico e suspensão perfusão. Doente ansiosa e preocupada com a sua situação clínica, foram esclarecidas dúvidas e prestado apoio emocional através de escuta ativa. Recuperou estado geral de

forma gradual. No 8º dia do 4º ciclo, prescrito reforço de pré-medicação e aumento do ritmo de perfusão para 2 horas e 30 minutos. Aos 43 ml de tratamento: sensação de calor intenso e náuseas. Suspensa perfusão, reavaliados SV e contactada médica, que prescreveu corticosteroide e deu indicação para não retomar tratamento. Após 10 minutos: taquicardia, febre, tremores, polipneia e dispneia. Prescrito corticosteroide, anti-histamínico, oxigenoterapia e posteriormente anticolinérgico, antipirético e Adrenalina IM, com efeito. Melhoria progressiva do quadro e transferida para o serviço de atendimento não programado por indicação médica.

Os medicamentos administrados em oncologia requerem uma equipa de enfermagem especializada na administração e reconhecimento de potenciais reações, sendo essencial o conhecimento do tipo de reações e dos fatores de risco, pelo que é indispensável realizar a avaliação pré-infusional (Cadinha e Silva, 2017). O enfermeiro assume um papel primordial na educação do doente, através da transmissão de informação acerca dos sinais e sintomas sugestivos de RHS, possibilitando assim que os próprios os consigam iden-

**REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE AO SACTUZUMAB GOVITECANO: PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO, DETEÇÃO, ATUAÇÃO E REGISTO**

**Objetivos:**

- Descrever a experiência de um centro oncológico numa reação de hipersensibilidade ao SG;
- Identificar o papel do enfermeiro nos cuidados perante uma RHS.

**De fevereiro de 2022 a fevereiro de 2023 acompanhámos 10 doentes sob SG e duas apresentaram RHS, de graus 1 e 3 respetivamente.**

**Reação de hipersensibilidade (RHS) define-se como um conjunto de sinais e sintomas subjetivamente reprodutíveis, atribuídos à exposição a um determinado estímulo, numa dose tolerada por indivíduos normais. As reações classificam-se em graus de 1 a 5 consoante a sua gravidade. (Common Terminology Criteria for Adverse Events: CTCAE) O Sactuzumab govitecano (SG) é um conjugado anticorpo-fármaco indicado no tratamento do cancro da mama triplo negativo, em doença irrecorrível ou metastática, em monoterapia e após duas ou mais linhas terapêuticas. Este fármaco requer administração de prevenção para prevenção de RHS (antipiréticos, antagonistas H1 e H2 ou corticosteroides).<sup>1</sup>**

**A hipersensibilidade é uma reação adversa muito frequente que surge em 36,6% dos doentes, mas apenas 1,9% apresenta RHS de grau 3 e superior e só em 0,3% e que provoca a descontinuação permanente do fármaco.<sup>1</sup>**

**Na presença de reação, a taxa de perfusão de SG deve ser reduzida ou mesmo interrompida e em reações potencialmente fatais aconselha-se a descontinuação do fármaco.**

**A administração de SG no Hospital de Dia iniciou-se em 2022, tendo sido realizado treino formativo para equipar a equipa de enfermagem nos cuidados a ter na administração e no reconhecimento de potenciais reações, sendo essencial uma rigorosa avaliação pré-infusional.<sup>2</sup>**

**1º dia do 4º ciclo**

**2º dia do 4º ciclo**

**3º dia do 4º ciclo**

**4º dia do 4º ciclo**

**5º dia do 4º ciclo**

**6º dia do 4º ciclo**

**7º dia do 4º ciclo**

**8º dia do 4º ciclo**

**9º dia do 4º ciclo**

**10º dia do 4º ciclo**

**11º dia do 4º ciclo**

**12º dia do 4º ciclo**

**13º dia do 4º ciclo**

**14º dia do 4º ciclo**

**15º dia do 4º ciclo**

**16º dia do 4º ciclo**

**17º dia do 4º ciclo**

**18º dia do 4º ciclo**

**19º dia do 4º ciclo**

**20º dia do 4º ciclo**

**21º dia do 4º ciclo**

**22º dia do 4º ciclo**

**23º dia do 4º ciclo**

**24º dia do 4º ciclo**

**25º dia do 4º ciclo**

**26º dia do 4º ciclo**

**27º dia do 4º ciclo**

**28º dia do 4º ciclo**

**29º dia do 4º ciclo**

**30º dia do 4º ciclo**

**31º dia do 4º ciclo**

**1º dia do 5º ciclo**

**2º dia do 5º ciclo**

**3º dia do 5º ciclo**

**4º dia do 5º ciclo**

**5º dia do 5º ciclo**

**6º dia do 5º ciclo**

**7º dia do 5º ciclo**

**8º dia do 5º ciclo**

**9º dia do 5º ciclo**

**10º dia do 5º ciclo**

**11º dia do 5º ciclo**

**12º dia do 5º ciclo**

**13º dia do 5º ciclo**

**14º dia do 5º ciclo**

**15º dia do 5º ciclo**

**16º dia do 5º ciclo**

**17º dia do 5º ciclo**

**18º dia do 5º ciclo**

**19º dia do 5º ciclo**

**20º dia do 5º ciclo**

**21º dia do 5º ciclo**

**22º dia do 5º ciclo**

**23º dia do 5º ciclo**

**24º dia do 5º ciclo**

**25º dia do 5º ciclo**

**26º dia do 5º ciclo**

**27º dia do 5º ciclo**

**28º dia do 5º ciclo**

**29º dia do 5º ciclo**

**30º dia do 5º ciclo**

**31º dia do 5º ciclo**

**1º dia do 6º ciclo**

**2º dia do 6º ciclo**

**3º dia do 6º ciclo**

**4º dia do 6º ciclo**

**5º dia do 6º ciclo**

**6º dia do 6º ciclo**

**7º dia do 6º ciclo**

**8º dia do 6º ciclo**

**9º dia do 6º ciclo**

**10º dia do 6º ciclo**

**11º dia do 6º ciclo**

**12º dia do 6º ciclo**

**13º dia do 6º ciclo**

**14º dia do 6º ciclo**

**15º dia do 6º ciclo**

**16º dia do 6º ciclo**

**17º dia do 6º ciclo**

**18º dia do 6º ciclo**

**19º dia do 6º ciclo**

**20º dia do 6º ciclo**

**21º dia do 6º ciclo**

**22º dia do 6º ciclo**

**23º dia do 6º ciclo**

**24º dia do 6º ciclo**

**25º dia do 6º ciclo**

**26º dia do 6º ciclo**

**27º dia do 6º ciclo**

**28º dia do 6º ciclo**

**29º dia do 6º ciclo**

**30º dia do 6º ciclo**

**31º dia do 6º ciclo**

**1º dia do 7º ciclo**

**2º dia do 7º ciclo**

**3º dia do 7º ciclo**

**4º dia do 7º ciclo**

**5º dia do 7º ciclo**

**6º dia do 7º ciclo**

**7º dia do 7º ciclo**

**8º dia do 7º ciclo**

**9º dia do 7º ciclo**

**10º dia do 7º ciclo**

**11º dia do 7º ciclo**

**12º dia do 7º ciclo**

**13º dia do 7º ciclo**

**14º dia do 7º ciclo**

**15º dia do 7º ciclo**

**16º dia do 7º ciclo**

**17º dia do 7º ciclo**

**18º dia do 7º ciclo**

**19º dia do 7º ciclo**

**20º dia do 7º ciclo**

**21º dia do 7º ciclo**

**22º dia do 7º ciclo**

**23º dia do 7º ciclo**

**24º dia do 7º ciclo**

**25º dia do 7º ciclo**

**26º dia do 7º ciclo**

**27º dia do 7º ciclo**

**28º dia do 7º ciclo**

**29º dia do 7º ciclo**

**30º dia do 7º ciclo**

**31º dia do 7º ciclo**

**1º dia do 8º ciclo**

**2º dia do 8º ciclo**

**3º dia do 8º ciclo**

**4º dia do 8º ciclo**

**5º dia do 8º ciclo**

**6º dia do 8º ciclo**

**7º dia do 8º ciclo**

**8º dia do 8º ciclo**

**9º dia do 8º ciclo**

**10º dia do 8º ciclo**

**11º dia do 8º ciclo**

**12º dia do 8º ciclo**

**13º dia do 8º ciclo**

**14º dia do 8º ciclo**

**15º dia do 8º ciclo**

**16º dia do 8º ciclo**

**17º dia do 8º ciclo**

**18º dia do 8º ciclo**

**19º dia do 8º ciclo**

**20º dia do 8º ciclo**

**21º dia do 8º ciclo**

**22º dia do 8º ciclo**

**23º dia do 8º ciclo**

**24º dia do 8º ciclo**

**25º dia do 8º ciclo**

**26º dia do 8º ciclo**

**27º dia do 8º ciclo**

**28º dia do 8º ciclo**

**29º dia do 8º ciclo**

**30º dia do 8º ciclo**

**31º dia do 8º ciclo**

**1º dia do 9º ciclo**

**2º dia do 9º ciclo**

**3º dia do 9º ciclo**

**4º dia do 9º ciclo**

**5º dia do 9º ciclo**

**6º dia do 9º ciclo**

**7º dia do 9º ciclo**

**8º dia do 9º ciclo**

**9º dia do 9º ciclo**

**10º dia do 9º ciclo**

**11º dia do 9º ciclo**

**12º dia do 9º ciclo**

**13º dia do 9º ciclo**

**14º dia do 9º ciclo**

**15º dia do 9º ciclo**

**16º dia do 9º ciclo**

**17º dia do 9º ciclo**

**18º dia do 9º ciclo**

**19º dia do 9º ciclo**

**20º dia do 9º ciclo**

**21º dia do 9º ciclo**

**22º dia do 9º ciclo**

**23º dia do 9º ciclo**

**24º dia do 9º ciclo**

**25º dia do 9º ciclo**

**26º dia do 9º ciclo**

**27º dia do 9º ciclo**

**28º dia do 9º ciclo**

**29º dia do 9º ciclo**

**30º dia do 9º ciclo**

**31º dia do 9º ciclo**

**1º dia do 10º ciclo**

**2º dia do 10º ciclo**

**3º dia do 10º ciclo**

**4º dia do 10º ciclo**

**5º dia do 10º ciclo**

**6º dia do 10º ciclo**

**7º dia do 10º ciclo**

**8º dia do 10º ciclo**

**9º dia do 10º ciclo**

**10º dia do 10º ciclo**

**11º dia do 10º ciclo**

**12º dia do 10º ciclo**

**13º dia do 10º ciclo**

**14º dia do 10º ciclo**

**15º dia do 10º ciclo**

**16º dia do 10º ciclo**

**17º dia do 10º ciclo**

**18º dia do 10º ciclo**

**19º dia do 10º ciclo**

**20º dia do 10º ciclo**

**21º dia do 10º ciclo**

**22º dia do 10º ciclo**

**23º dia do 10º ciclo**

**24º dia do 10º ciclo**

**25º dia do 10º ciclo**

**26º dia do 10º ciclo**

**27º dia do 10º ciclo**

**28º dia do 10º ciclo**

**29º dia do 10º ciclo**

**30º dia do 10º ciclo**

**31º dia do 10º ciclo**

**1º dia do 11º ciclo**

**2º dia do 11º ciclo**

**3º dia do 11º ciclo**

**4º dia do 11º ciclo**

**5º dia do 11º ciclo**

**6º dia do 11º ciclo**

**7º dia do 11º ciclo**

**8º dia do 11º ciclo**

**9º dia do 11º ciclo**

**10º dia do 11º ciclo**

**11º dia do 11º ciclo**

**12º dia do 11º ciclo**

**13º dia do 11º ciclo**

**14º dia do 11º ciclo**

**15º dia do 11º ciclo**

**16º dia do 11º ciclo**

**17º dia do 11º ciclo**

**18º dia do 11º ciclo**

**19º dia do 11º ciclo**

**20º dia do 11º ciclo**

**21º dia do 11º ciclo**

**22º dia do 11º ciclo**

**23º dia do 11º ciclo**

**24º dia do 11º ciclo**

**25º dia do 11º ciclo**

**26º dia do 11º ciclo**

**27º dia do 11º ciclo**

**28º dia do 11º ciclo**

**29º dia do 11º ciclo**

**30º dia do 11º ciclo**

**31º dia do 11º ciclo**

**1º dia do 12º ciclo**

**2º dia do 12º ciclo**

**3º dia do 12º ciclo**

**4º dia do 12º ciclo**

**5º dia do 12º ciclo**

**6º dia do 12º ciclo**

**7º dia do 12º ciclo**

**8º dia do 12º ciclo**

**9º dia do 12º ciclo**

**10º dia do 12º ciclo**

**11º dia do 12º ciclo**

**12º dia do 12º ciclo**

**13º dia do 12º ciclo**

**14º dia do 12º ciclo**

**15º dia do 12º ciclo**

**16º dia do 12º ciclo**

**17º dia do 12º ciclo**

**18º dia do 12º ciclo**

**19º dia do 12º ciclo**

**20º dia do 12º ciclo**

**21º dia do 12º ciclo**

**22º dia do 12º ciclo**

**23º dia do 12º ciclo**

**24º dia do 12º ciclo**

**25º dia do 12º ciclo**

**26º dia do 12º ciclo**

**27º dia do 12º ciclo**

**28º dia do 12º ciclo**

**29º dia do 12º ciclo**

**30º dia do 12º ciclo**

**31º dia do 12º ciclo**

**1º dia do 13º ciclo**

**2º dia do 13º ciclo**

**3º dia do 13º ciclo**

**4º dia do 13º ciclo**

**5º dia do 13º ciclo**

**6º dia do 13º ciclo**

**7º dia do 13º ciclo**

**8º dia do 13º ciclo**

**9º dia do 13º ciclo**

**10º dia do 13º ciclo**

**11º dia do 13º ciclo**

**12º dia do 13º ciclo**

**13º dia do 13º ciclo**

**14º dia do 13º ciclo**

**15º dia do 13º ciclo**

**16º dia do 13º ciclo**

**17º dia do 13º ciclo**

**18º dia do 13º ciclo**

**19º dia do 13º ciclo**

**20º dia do 13º ciclo**

**21º dia do 13º ciclo**

**22º dia do 13º ciclo**

**23º dia do 13º ciclo**

**24º dia do 13º ciclo**

**25º dia do 13º ciclo**

**26º dia do 13º ciclo**

**27º dia do 13º ciclo**

**28º dia do 13º ciclo**

**29º dia do 13º ciclo**

**30º dia do 13º ciclo**

**31º dia do 13º ciclo**

**1º dia do 14º ciclo**

**2º dia do 14º ciclo**

**3º dia do 14º ciclo**

**4º dia do 14º ciclo**

**5º dia do 14º ciclo**

**6º dia do 14º ciclo**

**7º dia do 14º ciclo**

**8º dia do 14º ciclo**

**9º dia do 14º ciclo**

**10º dia do 14º ciclo**

**11º dia do 14º ciclo**

**12º dia do 14º ciclo**

**13º dia do 14º ciclo**

**14º dia do 14º ciclo**

**15º dia do 14º ciclo**

**16º dia do 14º ciclo**

**17º dia do 14º ciclo**

**18º dia do 14º ciclo**

**19º dia do 14º ciclo**

**20º dia do 14º ciclo**

**21º dia do 14º ciclo**

**22º dia do 14º ciclo**

**23º dia do 14º ciclo**

**24º dia do 14º ciclo**

**25º dia do 14º ciclo**

**26º dia do 14º ciclo**

**27º dia do 14º ciclo**

**28º dia do 14º ciclo**

**29º dia do 14º ciclo**

**30º dia do 14º ciclo**

**31º dia do 14º ciclo**

**1º dia do 15º ciclo**

**2º dia do 15º ciclo**

**3º dia do 15º ciclo**

**4º dia do 15º ciclo**

**5º dia do 15º ciclo**

**6º dia do 15º ciclo**

**7º dia do 15º ciclo**

**8º dia do 15º ciclo**

**9º dia do 15º ciclo**

**10º dia do 15º ciclo**

**11º dia do 15º ciclo**

**12º dia do 15º ciclo**

**13º dia do 15º ciclo**

**14º dia do 15º ciclo**

**15º dia do 15º ciclo**

**16º dia do 15º ciclo**

**17º dia do 15º ciclo**

**18º dia do 15º ciclo**

**19º dia do 15º ciclo**

**20º dia do 15º ciclo**

**21º dia do 15º ciclo**

**22º dia do 15º ciclo**

**23º dia do 15º ciclo**

**24º dia do 15º ciclo**

**25º dia do 15º ciclo**

**26º dia do 15º ciclo**

**27º dia do 15º ciclo**

**28º dia do 15º ciclo**

**29º dia do 15º ciclo**

**30º dia do 15º ciclo**

**31º dia do 15º ciclo**

**1º dia do 16º ciclo**

**2º dia do 16º ciclo**

**3º dia do 16º ciclo**

**4º dia do 16º ciclo**

**5º dia do 16º ciclo**

**6º dia do 16º ciclo**

**7º dia do 16º ciclo**

**8º dia do 16º ciclo**

**9º dia do 16º ciclo**

**10º dia do 16º ciclo**

**11º dia do 16º ciclo**

**12º dia do 16º ciclo**

**13º dia do 16º ciclo**

**14º dia do 16º ciclo**

**15º dia do 16º ciclo**

**16º dia do 16º ciclo**

**17º dia do 16º ciclo**

**18º dia do 16º ciclo**

**19º dia do 16º ciclo**

**20º dia do 16º ciclo**

**21º dia do 16º ciclo**

**22º dia do 16º ciclo**

**23º dia do 16º ciclo**

**24º dia do 16º ciclo**

**25º dia do 16º ciclo**

**26º dia do 16º ciclo**

**27º dia do 16º ciclo**

**28º dia do 16º ciclo**

**29º dia do 16º ciclo**

**30º dia do 16º ciclo**

**31º dia do 16º ciclo**

**1º dia do 17º ciclo**

**2º dia do 17º ciclo**

**3º dia do 17º ciclo**

**4º dia do 17º ciclo**

**5º dia do 17º ciclo**

**6º dia do 17º ciclo**

**7º dia do 17º ciclo**

**8º dia do 17º ciclo**

**9º dia do 17º ciclo**

**10º dia do 17º ciclo**

**11º dia do 17º ciclo**

**12º dia do 17º ciclo**

**13º dia do 17º ciclo**

**14º dia do 17º ciclo**

**15º dia do 17º ciclo**

**16º dia do 17º ciclo**

**17º dia do 17º ciclo**

**18º dia do 17º ciclo**

**19º dia do 17º ciclo**

**20º dia do 17º ciclo**

**21º dia do 17º ciclo**

**22º dia do 17º ciclo**

**23º dia do 17º ciclo**

**24º dia do 17º ciclo**

**25º dia do 17º ciclo**

**26º dia do 17º ciclo**

**27º dia do 17º ciclo**

**28º dia do 17º ciclo**

**29º dia do 17º ciclo**

**30º dia do 17º ciclo**

**31º dia do 17º ciclo**

**1º dia do 18º ciclo**

**2º dia do 18º ciclo**

**3º dia do 18º ciclo**

**4º dia do 18º ciclo**

**5º dia do 18º ciclo**

**6º dia do 18º ciclo**

**7º dia do 18º ciclo**

**8º dia do 18º ciclo**

**9º dia do 18º ciclo**

**10º dia do 18º ciclo**

**11º dia do 18º ciclo**

**12º dia do 18º ciclo**

**13º dia do 18º ciclo**

**14º dia do 18º ciclo**

**15º dia do 18º ciclo**

**16º dia do 18º ciclo**

**17º dia do 18º ciclo**

**18º dia do 18º ciclo**

**19º dia do 18º ciclo**

**20º dia do 18º ciclo**

**21º dia do 18º ciclo**

**22º dia do 18º ciclo**

**23º dia do 18º ciclo**

**24º dia do 18º ciclo**

**25º dia do 18º ciclo**

**26º dia do 18º ciclo**

**27º dia do 18º ciclo**

**28º dia do 18º ciclo**

**29º dia do 18º ciclo**

**30º dia do 18º ciclo**

**31º dia do 18º ciclo**

**1º dia do 19º ciclo**

**2º dia do 19º ciclo**

**3º dia do 19º ciclo**

**4º dia do 19º ciclo**

**5º dia do 19º ciclo**

**6º dia do 19º ciclo**

**7º dia do 19º ciclo**

**8º dia do 19º ciclo**

**9º dia do 19º ciclo**

**10º dia do 19º ciclo**

**11º dia do 19º ciclo**

**12º dia do 19º ciclo**

**13º dia do 19º ciclo**

**14º dia do 19º ciclo**

**15º dia do 19º ciclo**

**16º dia do 19º ciclo**

**17º dia do 19º ciclo**

**18º dia do 19º ciclo**

**19º dia do 19º ciclo**

**20º dia do 19º ciclo**

**21º dia do 19º ciclo**

**22º dia do 19º ciclo**

**23º dia do 19º ciclo**

**24º dia do 19º ciclo**

**25º dia do 19º ciclo**

**26º dia do 19º ciclo**

**27º dia do 19º ciclo**

**28º dia do 19º ciclo**

**29º dia do 19º ciclo**

**30º dia do 19º ciclo**

**31º dia do 19º ciclo**

**1º dia do 20º ciclo**

**2º dia do 20º ciclo**

**3º dia do 20º ciclo**

**4º dia do 20º ciclo**

**5º dia do 20º ciclo**

**6º dia do 20º ciclo**

**7º dia do 20º ciclo**

**8º dia do 20º ciclo**

**9º dia do 20º ciclo**

**10º dia do 20º ciclo**

**11º dia do 20º ciclo**

**12º dia do 20º ciclo**

**13º dia do 20º ciclo**

**14º dia do 20º ciclo**

**15º dia do 20º ciclo**

**16º dia do 20º ciclo**

**17º dia do 20º ciclo**

**18º dia do 20º ciclo**

**19º dia do 20º ciclo**

**20º dia do 20º ciclo**

**21º dia do 20º ciclo**

**22º dia do 20º ciclo**

**23º dia do 20º ciclo**

**24º dia do 20º ciclo**

**25º dia do 20º ciclo**

**26º dia do 20º ciclo**

**27º dia do 20º ciclo**

**28º dia do 20º ciclo**

**29º dia do 20º ciclo**

**30º dia do 20º ciclo**

**31º dia do 20º ciclo**

**1º dia do 21º ciclo**

**2º dia do 21º ciclo**

**3º dia do 21º ciclo**

**4º dia do 21º ciclo**

**5º dia do 21º ciclo**

**6º dia do 21º ciclo**

**7º dia do 21º ciclo**

**8º dia do 21º ciclo**

**9º dia**

tificar e reportar precocemente.

Aquando da reação, o reconhecimento rápido da mesma é fundamental, bem como a suspensão do medicamento, pedido de assistência médica imediata e administração de terapêutica prescrita. O registo claro e conciso da reação permite documentar a mesma e fomentar a continuidade de cuidados. A vigilância do estado físico do doente e o apoio e esclarecimento de dúvidas são também cuidados imprescindíveis.

#### 4) Bibliografia

- Cadinha, S. e Silva, J. (2017) Tratamento imediato de Reações em Oncologia. In Reações Oncológicas (p.31-36). Algés: Factorchave.

P21

### DESAFIOS DE SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS NA UNIDADE DE ATENDIMENTO NÃO PROGRAMADO

Vânia Gomes Gonçalves, Maria João Neto, Joana Fernandes

Instituto Português de Oncologia Lisboa Francisco Gentil, Unidade de Atendimento Não Programado  
[vgomes@ipolisboa.min-saude.pt](mailto:vgomes@ipolisboa.min-saude.pt)

#### 1) Objectivos

Identificar as práticas seguras implementadas na Unidade de Atendimento Não Programado do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, de Lisboa.

Caracterizar o processo de implementação de sistema eletrónico de segurança transfusional.

Enumerar as mais valias obtidas ao nível da segurança do doente aquando da prestação de cuidados de qualidade.

#### 2) Fundamentação

Em Portugal, o cancro é a segunda principal causa de morte, constatando-se poucas melhorias na mortalidade por cancro na última década apesar dos grandes desenvolvimentos ocorridos ao nível do tratamento com impacto no aumento da sobrevivência.

No IPO Lisboa, no ano de 2022, foram admitidos 11224 novos doentes em diferentes fases da sua doença. Durante o seu tratamento, muitos deles requereram suporte transfusional, uma das práticas dos cuidados de saúde que mais implica cuidados seguros e de qualidade através da adoção de práticas seguras devido à anemia que desenvolvem.

DEUS & TRINDADE (2021) referem que se trata de um processo de alta complexidade no qual cada um dos intervenientes tem um papel para o qual deve estar totalmente esclarecido, pois uma falha, que não seja identificada, pode resultar num incidente grave. Existem por isso requisitos e imperativos legais associados à hemovigilância, os quais incluem a rastreabilidade do dador ao recetor e o registo de todos os passos do processo assim como a notificação de reações e incidentes. Para conferir ainda mais segurança neste processo, a correta identificação dos doentes contribui como uma medida de segurança adicional para evitar erros nas intervenções de enfermagem. Falhas na correta identificação de doentes podem traduzir-se em erros de diagnóstico, erros na colheita de produtos biológicos para análise, erros transfusionais, erros de medicação, erros em procedimentos invasivos e cirúrgicos, entre outras situações (DGS, 2011).

Na Unidade de Atendimento Não Programado (UANP) do Instituto

Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa, no decorrer do ano de 2022 foram administradas 667 componentes sanguíneos, dos quais 454 unidades de concentrado eritrocitário e 213 pool de plaquetas, a doentes que requereram suporte transfusional devido a situações de anemia que decorrem das doenças oncológicas. A anemia identificada tem uma etiologia multifatorial, afetando a qualidade de vida dos doentes, o que acaba por comprometer a sua resposta aos tratamentos instituídos.

A UANP tem um funcionamento próximo de um serviço de urgência, com todos os riscos associados, o que levou à implementação de medidas para redução dos riscos, das quais destacamos a correta identificação de doentes e a implementação de sistemas eletrónicos para aumentar a segurança nas várias etapas do processo transfusional.

Durante a sua permanência na unidade, todos os doentes são identificados segundo as diretrizes da Política de Identificação do Doente institucional, sendo colocada uma pulseira identificadora que permanece até à sua saída. Mas qual a aplicabilidade para a segurança transfusional?

A esse nível, foi implementado um sistema eletrónico de segurança transfusional (BTRAC) que permite a prestação de cuidados à cabeceira do doente, implicando a validação da identificação do doente em cada uma das etapas do circuito: decisão de transfusão e prescrição, colheita de amostra, testes pré-transfusionais, administração da transfusão e monitorização do doente.

### 3) Resultados e Conclusões

Com a implementação do sistema eletrónico de segurança transfusional em concordância com a política de identificação de doentes podemos evidenciar as áreas mais frágeis do circuito na UANP.

Dos 667 componentes prescritos no decorrer do ano de 2022 na UANP, decorrentes da sua administração apenas 3 tiveram reações transfusionais descritas e 46 foram devolvidos ao laboratório do Serviço de Imuno-hemoterapia por os doentes não reunirem condições no momento para uma administração segura. Quanto ao tempo médio de administração este cumpriu as recomendações existentes no Manual de Transfusões institucional.

As falhas identificadas no circuito transfusional estão presentes na etapa inicial da administração da transfusão, a qual contempla: confirmação que o componente fornecido é o prescrito, confirmação positiva da identidade do doente utilizando a pulseira de identificação do doente e dupla verificação positiva à cabeceira do doente ao nível da confirmação do componente sanguíneo.

Quais as medidas implementadas? Reforço da formação com ênfase na a) Política Identificação do Doente e b) Práticas seguras na administração de componentes sanguíneos utilizando o sistema eletrónico disponível.

Concluimos assim que a prática transfusional não é isenta de risco, podendo estes ser potenciados pelo ambiente institucional existente e pela inexistência de formação direcionada. Cabe aos profissionais de saúde a adoção de mecanismos de segurança extra, pois, segundo a literatura existente,

mais de 80% dos incidentes relatados mundialmente estão relacionados com o erro humano, por exemplo, ao nível da identificação do doente, aquando da colheita da amostra ou de uma inadequada monitorização do doente durante a administração (SHOT, 2017; DEUS, TRINDADE, 2021).

Os primeiros passos estão dados pela equipa!

### 4) Bibliografia

- DEUS, Maria da Graça de; TRINDADE, Lurdes – Segurança Transfusional in BARROSO, Fernando et al – Guia Prático

para a Segurança do Doente (2021). 1ª edição, Edições Lidel, págs 265-274. ISBN 978-989-752-414-1 Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011) – Orientação nº 018/2011 - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182011-de-23052011-jpg.aspx> (acedido a 30 Abril 2023) Serious

- Hazards of Transfusion (SHOT) (2017). Annual SHOT Report 2017. Disponível em: <https://www.shotuk.org/shot-reports/report-summary-and-supplement-2017/2017-shot-annual-report-individual-chapters/> (acedido a 30 Abril 2023)



**P22**

**A NOTIFICAÇÃO DO ERRO COMO OPORTUNIDADE DE MELHORIA DOS CUIDADOS - PERSPECTIVA DO HOSPITAL DE DIA DE HEMATO-ONCOLOGIA**

Andreia Pacheco, Joana Alves, Telma Grãos.

Hospital CUF Descobertas - Hospital de Dia de Hemato-Oncologia  
[andreia.pacheco@cuf.pt](mailto:andreia.pacheco@cuf.pt)

### 1) Objectivos

- Compreender a importância da notificação do erro;
- Identificar os eventos adversos ocorridos no hospital de dia;
- Analisar os fatores promotores de segurança do doente no hospital de dia.

### 2) Fundamentação

Melhorar a segurança dos doentes continua a ser um desafio global contínuo. Em 2017 a Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou um artigo chamado “Medicação Sem Dano, OMS Desafio Global de Segu-

rança do Doente”, para alavancar o processo de mudança e reduzir o impacto no doente dos danos associados a práticas medicamentosas inseguras (Afaya et al, 2021). O objetivo era atingir um compromisso global, através de medidas para diminuir a gravidade e prevenir danos relacionados a medicamentos. Isto porque uma das dez principais causas de incapacidade e mortalidade no mundo é decorrente de um evento adverso que surge devido a algum tipo de erro. Sendo que a nível hospitalar 50% destes erros são evitáveis (Afaya et al, 2021).

Os erros médicos estão entre os mais importantes desafios da segurança dos doentes enfrentados pelos hospitais e sistemas de saúde atualmente. No entanto, a subnotificação de erros médicos é um obstáculo comum e desafiador na luta pela segurança do doente (Aljabari e Kadhim, 2021).

Na revisão sistemática realizada Aljabari e Kadhim (2021), os enfermeiros foram o grupo profissional mais estudado (87%), seguidos pelos médicos (27%). Foi possível identificar a existência de várias categorias de barreiras à notificação, no entanto são muito variáveis entre os diferentes locais. O medo das consequências é a barreira mais relatada (63%), seguida pela falta de feedback (27%), clima/cultura de trabalho (27%), pouco entendimento sobre erro médico e a importância de o reportar, tempo consumido no reporte, ausência de sistema de notificação e fatores pessoais como a idade (baixa) e pouca experiência profissional (Aljabari e Kadhim, 2021; Afaya et al, 2021).

Proporcionando um ambiente favorável sem medidas punitivas e sem cultura de culpa é imperioso de forma

a incentivar uma cultura de segurança do doente (Aljabari e Kadhim, 2021). É fundamental que os decisores políticos, líderes das instituições e chefias directas incentivem e permitam esta cultura (Afaya et al, 2021).

O reconhecimento e as respostas do sistema de saúde aos erros assistenciais são áreas-chave para melhorias em oncologia (Waller et al, 2020). Este autor refere mesmo que as pessoas com doença oncológica representam um grupo com risco particularmente alto de erros de assistência médica, dada a complexidade e a toxicidade dos tratamentos e também pelo elevado número de contatos que têm com vários profissionais no decorrer de todo o percurso de doença.

Os enfermeiros têm um papel na prevenção e detecção de eventos adversos através da detecção e notificação dos erros porque estão diretamente envolvidos na prestação diária de cuidados aos doentes (Afaya et al, 2021). Reportar todos os erros médicos é importante para perceber o problema e para implementar soluções com base na raiz do problema (Aljabari e Kadhim, 2021).

De acordo com Waller et al (2020), acredita-se que os erros de medicação de quimioterapia ocorram a uma taxa entre 1 a 4 em cada 1000. Num estudo realizado na Austrália, a pessoa com doença oncológica em regime de ambulatório, 26% (numa população de 166 pessoas) das pessoas com doença hematológica-oncológica e 13% (numa população de 1818 pessoas) com doença oncológica-médica relataram algum tipo de erro de assistência no decorrer do processo de doença (Waller et al, 2020). Estes autores descrevem que os erros de

saúde mais frequentemente mencionados foram erros de diagnóstico, erros de medicação ou erros decorrentes de um procedimento ou cirurgia. Sendo que as causas dos erros de saúde são multifatoriais e podem incluir causas humanas como caligrafia ruim (cada vez menos frequente devido à prescrição electrónica) e também a nível do sistema, tal como recursos insuficientes (humanos e materiais).

Este estudo analisou ainda as percepções dos enfermeiros sobre a taxa de erros de saúde que ocorrem em ambientes oncológicos e as respostas das equipas perante esses erros. Dois terços dos enfermeiros referiram ter tido uma experiência direta com pelo menos um erro de saúde nos últimos seis meses; sendo que uma minoria significativa (14%) dessas enfermeiras experimentou diretamente mais de cinco erros durante esse período; e a maioria dos erros identificados ocorreram durante tratamento (Waller et al, 2020).

Estes autores Waller definiram estratégias para reduzir a ocorrência de erros de saúde, tais como:

A melhoria da medição de erros de saúde; Adequada resposta do sistema de saúde, incluindo a adesão a padrões de divulgação aberta; Incluir educação e treino dos enfermeiros; Melhoria nas auditorias e no seu feedback.

Os sistemas de notificação de erro são uma ferramenta central para um processo de gestão retrospectivo do risco, indispensável na gestão das organizações de saúde, uma vez que fornecem informações sobre os incidentes ocorridos (Afaya et al, 2021).

### 3) Resultados e Conclusões

Sendo os enfermeiros o principal notificador de erro, no Hospital de

Dia de Hemato-Oncologia em 2022, verificou-se um incremento da notificação na plataforma HER+, correspondendo ao objectivo da cultura de segurança do hospital.

No ano de 2022 os Eventos Adversos ocorridos e/ou detectados que foram notificados pelos enfermeiros no hospital dia, foram:

- Gestão do Percurso do Doente <sup>(3)</sup>
- Processo/Procedimento Clínico <sup>(4)</sup>
- Documentação <sup>(6)</sup>
- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde <sup>(2)</sup>
- Medicação/Fluidos Intra-venosos <sup>(31)</sup>
- Dispositivo/Equipamento Médico <sup>(6)</sup>
- Acidente do doente <sup>(3)</sup>
- Queda do Doente <sup>(1)</sup>
- Úlceras Por Pressão <sup>(1)</sup>
- Gestão Organizacional/Recursos <sup>(2)</sup>

Na categoria 5 - Medicação/Fluidos Intra-venosos, estes foram:

- Reacção Adversa Medicamento da categoria <sup>(21)</sup>
- Erro de Medicação <sup>(5)</sup>
- Derrame Acidental <sup>(2)</sup>
- Embalagem Danificada <sup>(1)</sup>
- Infiltração <sup>(2)</sup>

Com base na premissa de que reportar o erro é importante para perceber o problema e posteriormente implementar soluções adequadas à raiz do problema (Aljabari e Kadhim, 2021), a equipa tem estado mais sensibilizada e desperta para a notificação do erro, o que se refletiu com o aumento exponencial do número de reportes nos últimos anos.

Ao longo dos anos de funções, a unidade tem otimizado os processos, circuitos e procedimentos que visam minimizar o erro e dar segurança ao doente. O objectivo fundamental de conhecer as causas do erro é implementar medidas

**NOTIFICAÇÃO DO ERRO - OPORTUNIDADE DE MELHORIA DOS CUIDADOS**  
PERSPECTIVA DO HOSPITAL DE DIA DE HEMATO-ONCOLOGIA

ANDREIA PACHECO, JOANA ALVES, TELMA GRÁOS | Hospital de Dia Hemato-Oncologia, Hospital CUF Descobertas

**OBJECTIVOS:**  
- Compreender a importância da notificação do erro;  
- Identificar os eventos adversos ocorridos no hospital de dia;  
- Analisar as falhas promotoras de segurança do doente no hospital de dia.

**INTRODUÇÃO:** Proporcionar um ambiente favorável sem medidas punitivas e sem cultura de culpa é importante de forma a incentivar uma cultura de segurança do doente (2). Identificamos os pontos de fragilidade da notificação: Medo dos consequências; Falta de feedback; Clima/cultura de trabalho; Falta de conhecimento sobre o erro médico e a importância de o reportar; tempo consumido no reporte; Ausência de sistema de notificação; Falta de pessoal e pouca experiência profissional (3).

**RESULTADOS:**  
O aumento de reportes nos últimos 4 anos foi exponencial. Em 2022 os eventos adversos ocorridos e/ou detectados que foram notificados pelos enfermeiros no hospital dia, foram:

**CONCLUSÃO:**  
Notificar o erro é importante para perceber o problema e posteriormente implementar soluções adequadas à raiz do problema (2). O objectivo fundamental de conhecer as causas do erro é implementar medidas preventivas, cumprindo as boas práticas de forma consistente. A equipa está mais sensibilizada e desperta para a notificação do erro, o que se refletiu com o aumento exponencial do número de reportes nos últimos anos. Estudos em curso identificam os pontos críticos e procedimentos que visam minimizar o erro e dar segurança ao doente.

O diagrama apresenta, medido implementado que contribuiu para a melhoria de indicadores de qualidade dos cuidados:

1 - Identificação inequívoca do cliente;  
2 - Dupla verificação da medicação por 2 enfermeiros (assinatura com 2 cores diferentes) antes da administração, cumprindo os 9 certos da medicação;  
3 - Colocação de pulseira de identificação em todos os procedimentos (superiores a 10 minutos).  
4 - Equipa assistencial com presença diária em sala de tratamentos: Enfermeiro, AAM e Farmacêutico.  
5 - Triagem de acessos venosos desde a primeira consulta de enfermagem.  
6 - Auditorias mensais a 3 das 5 Metas Internacionais de Segurança do Doente:

- Meta 1: Identificação Inequívoca do cliente;
- Meta 3: Segurança do Medicamento;
- Meta 5: Reduzir o risco de infecções associadas aos Cuidados de Saúde.

preventivas, cumprindo-se assim as boas práticas de forma consistente.

Realçamos assim alguns procedimentos implementados que garantem o sucesso de alguns indicadores de qualidade do serviço:

**1 - Circuito de folha de prescrição até à administração:**

- Validação da folha em papel de prescrição (quimioterapia, imunoterapia, terapêutica de suporte) pelo enfermeiro antes de enviar para a farmácia;
- Validação da folha de prescrição pelo farmacêutico;
- Dupla verificação na farmácia antes de ser entregue no hospital de dia;
- Dupla verificação da medicação por 2 enfermeiros (assinatura com 2 cores diferentes) antes da administração, cumprindo os 9 certos da medicação;
- Identificação positiva do doente (nome e data de nascimento) e colocação de pulseira antes de iniciar tratamento;
- Assinatura de todos fármacos citotáticos ou imunoterapia com hora de início e de fim.

**2 - Protocolo de “Atuação em caso de extravasão/infiltração de quimioterapia endovenosa”, com fluxograma de atuação e Kit de materiais.**

**3 - Colocação de pulseira de identificação em todos os procedimentos (superiores a 10 minutos).**

**4 - Equipa assistencial com presença diária em sala de tratamentos: Enfermeiro, AAM e Farmacêutico.**

**5 - Triagem de acessos venosos desde a primeira consulta de enfermagem.**

**6 - Auditorias mensais a 3 das 5 Metas Internacionais de Segurança do Doente:**

- Meta 1: Identificação Inequívoca do cliente;
- Meta 3: Segurança do Medicamento;
- Meta 5: Reduzir o risco de infecções associadas aos Cuidados de Saúde.

Os eventos sentinela verificados são nulos ou tendem para quase nulos, adoptando medidas rigorosas de prevenção do erro. Estas medidas decorrem de uma cultura de reporte encarada como uma ferramenta valiosa na monitorização das boas práticas mantidas, com ganhos para a segurança dos doentes oncológicos e dos profissionais.

#### 4) Bibliografia

- Aljabari, Salim; Kadhim, Zuhail. 2021. Common Barriers to Reporting Medical Errors. Hindawi - Scientific World Journal. Volume 2021. Article ID 6494889. <https://doi.org/10.1155/2021/6494889>;
- Afaya, Agani; Konlan, Kennedy Diema; Do, Hyunok Kim. 2021. Improving patient safety through identifying barriers to reporting medication administration errors among nurses: an integrative review. BMC Health Services Research 21:1156. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07187-5>.
- Waller, Amy; Turon, Heidi; Bryant, Jamie; Shepherd, Jan; Hobden, Bree; Sanson-Fisher, Rob. 2020. Nurses perspectives on healthcare errors in oncology care: A cross-sectional study. European Journal of Oncology Nursing. Publisher: Elsevier.

P23

### ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA E SUA FAMÍLIA PELA EQUIPA INTERDISCIPLINAR NUMA INSTITUIÇÃO PRIVADA - ESTUDO DE CASO

<sup>1</sup>Paula Machado, <sup>2</sup>Andreia Pacheco

<sup>1</sup>Hospital CUF Descobertas - Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos;

<sup>2</sup>Hospital CUF Descobertas - Hospital de Dia de Hemato-Oncologia  
[machado.paula@jmellosaude.pt](mailto:machado.paula@jmellosaude.pt)

#### 1) Objectivos

Descrever o acompanhamento realizado à pessoa com doença oncológica e sua família ao longo de todo o percurso da doença.

Identificar as intervenções realizadas pelos vários intervenientes ao longo de todo o processo.

Analisar as intervenções da Equipa Intra Hospitalar de Cuidados Paliativos nas últimas semanas de vida da pessoa

com doença oncológica e sua família.

#### 2) Fundamentação

Os estudos de caso são estudos aplicados na prática de enfermagem e visam realizar pesquisas aprofundadas sobre problemas e necessidades individuais, familiares e sociais e fornecer ganhos em saúde aos enfermeiros por forma a explorar as melhores estratégias de cuidados (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

De acordo com Fonseca e Lopes (2011), não obstante, a toda a evolução científica, o cancro continua a ser uma entidade para a qual a ciência e a medicina ainda não têm uma resposta absoluta, assim como ainda não conseguiu dar uma resposta totalmente eficaz.

O cancro pode afetar qualquer pessoa e desperta sentimentos como tristeza, angústia, medo, evoca imagens de dor, sofrimento (Fonseca e Lopes, 2011). Coloca a vida em perspectiva e recorda a vulnerabilidade da pessoa, enquanto ser e como a vida é frágil e efémera.

Os autores supramencionados referem que apesar das crescentes possibilidades terapêuticas, cada vez mais eficazes no tratamento de doenças do foro oncológico, não deixa que o cancro não seja encarado com medo, pela incerteza da cura, a possibilidade de morte eminente, aliada a grande sofrimento.

O processo de doença oncológica leva a profundas alterações no quotidiano da vida das pessoas, devido às alterações da integridade física e emocional, seja por desconforto, dor, alteração da imagem corporal, dependência, o que leva à diminuição da qualidade de vida (Fonseca e Lopes, 2011).

Fradique (2010) refere que o impacto da doença sobre as necessidades de vida

e sobre os valores do doente e família, assim como as repetidas hospitalizações e tratamentos leva a uma multiplicidade de respostas no decorrer de todo o ciclo vital.

Perante a irreversibilidade da situação, o doente deve se encontrar no centro das atenções da prestação de cuidados, nomeadamente a garantia do conforto, o apoio psicológico do doente e família e proporcionando uma morte digna (Fradique, 2010). No decorrer do percurso o doente pode experienciar alterações físicas, as quais aliadas ao estigma social na doença oncológica, provocam também alteração psicológica, afectando a capacidade de adaptação à doença, a adesão à terapêutica e a menor capacidade para enfrentar os efeitos secundários dos medicamentos (Fradique, 2010).

Os Cuidados Paliativos (CP) são cuidados de saúde holísticos, ativos, necessários para as pessoas de todas as idades em sofrimento (e suas famílias) por todos os tipos de doenças graves/crónicas/complexas/progressivas em todos os ambientes de cuidados (PEDCP 2021-2022).

Aplicam-se precoce e atempadamente no curso das doenças crónicas, complexas ou limitantes da vida, em conjugação com terapias modificadoras da doença ou potencialmente curativas, para recém-nascidos, crianças, jovens e adultos com problemas de saúde graves, congénitos ou adquiridos (PEDCP 2021-2022).

Os doentes acompanhados em consulta de CP apresentaram uma evolução positiva nos domínios do controlo sintomático, cognitivo e espiritual. Relativamente à visão da família, verificou-se que a consulta é vista como uma importante fonte de

apoio de resposta às necessidades do doente e família, com impacto positivo na melhoria da qualidade de vida do doente (Gaspar, 2021).

A EIHCP é um tipo de equipa multidisciplinar específica de CP, com recursos próprios, incidindo o seu trabalho na consultadoria e aconselhamento em CP aos profissionais do hospital onde se inserem, assim como, aos doentes, família e/ou cuidadores no meio hospitalar (Gaspar, 2021).

O papel da EIHCP assenta na melhoria dos cuidados prestados ao doente, é responsável pela formação (formal e informal) e faz a ligação entre os diversos serviços hospitalares ou extra-hospitalares (Gaspar, 2021).

Quando não existe uma unidade de internamento, esta equipa funciona de forma autónoma. É da sua responsabilidade a consulta de CP e hospital de dia, possibilitando a realização de diversos procedimentos terapêuticos (transfusões de hemoderivados, administração de fármacos, realização de pensos, paracenteses, etc.), dando continuidade ao acompanhamento do doente com alta hospitalar ou transferido de outra unidade e ainda a agilização do processo de transferência entre domicílio e hospital (Gaspar, 2021).

A conceção destas equipas permite uma prestação de cuidados mais adequada e uma melhor rentabilização dos recursos (Gaspar, 2021).

A EIHSCP prevê a realização de consultas programadas e não programadas, de forma a atuar em situações de agudização, evitando a que o doente tenha que recorrer ao serviço de urgência (Gaspar, 2021).

A existência de uma linha telefónica directa é de extrema importância, pois

facilita o atendimento de doentes e/ou família com os profissionais de saúde (CNCP, 2017).

Os objetivos e preferências dos doentes são sempre tidos em consideração o que permite uma maior satisfação do doente e família, sendo estes critérios importantes para uma melhoria na continuidade dos cuidados (Capelas, et.al., 2016; APCP, 2016; CNCP, 2017).

### 3) Resultados e Conclusões

Cliente do sexo masculino, 71 anos, caucasiano, casado, com 3 filhas e 4 netos. Empresário, residente na região centro do país, a cerca de 120 km do hospital.

AP: DM (2005); HTA; Doença coronária com colocação de stent (2005); trombose arterial da artéria femoral esquerda inferior (2020).

Medicação habitual: lipocomb (rosuvastatina+ezetimibe), segluromet (ertugliflozina+metformina), tromalyt (ácido acetilsalicílico), norvasc (amlodipina), losartan, plavix (clopidogrel), tenoretic (atenolol), trulicity (dulaglutida).

HDA: Doente no seu estado de saúde habitual que, em maio de 2021 inicia quadro de instalação progressiva de anorexia, enfartamento e desconforto abdominal a nível dos quadrantes superiores. Realizou avaliação analítica que mostrava anemia e alterações da função hepática (sabes quais? elevação das enzimas hepáticas? elevação dos parâmetros de colestase?) e uma TC abdominal onde se identificavam massas suspeitas de metastização hepática. TC tórax e pélvica sem alterações e exames endoscópicos normais.

Em Junho, é observado pela primeira vez em consulta externa de Oncologia. Nessa altura, ao quadro clínico referido anteriormente associava-se

uma febre vespertina e uma perda de peso ponderal de 10 Kg (73 kg, atualmente 63kg), tendo sido classificado com PS 3.

PET-FDG sem achados compatíveis com tumor primário. Realiza biópsia hepática que confirma o diagnóstico de um Tumor Primário Oculto com metastização hepática. Histologicamente, tratava-se de um carcinoma neuroendócrino diferenciado com padrão de pequenas células.

Discutido em Reunião Multidisciplinar, tendo sido proposto de acordo com a histologia encontrada para realização de quimioterapia com duplete carboplatina/etoposido que iniciou a 28 de Junho de 2022, tendo cumprido 8 ciclos com boa tolerância e uma resposta parcial.

Cumpriu pausa terapêutica de 2 meses e, por progressão da doença hepática, iniciou tratamento com irinotecano. Ao fim de 8 semanas, foi identificada novamente progressão de doença hepática pelo que suspendeu tratamento com irinotecano e iniciou novamente carboplatina/etoposido. Após 3 ciclos, foi detectada nova progressão de doença agora a nível ganglionar. No mês seguinte, inicia nova linha terapêutica com Capecitabina/Temozolamida. Ao fim de apenas 4 semanas de tratamento, é identificada progressão de doença (hepática, ganglionar e osso) e volta a fazer esquema de carboplatina/etoposido e associado ácido zoledrónico.

No mês seguinte é internado por agravamento progressivo da icterícia e colestase, tendo realizado CPRE com colocação de 2 próteses. Por ausência de resposta terapêutica, decide-se a suspensão de qualquer medida terapêutica com intuito curativo sendo o

doente encaminhado para a EIHCP.

Seguido na consulta de Endocrinologia e consulta de enfermagem de diabetes. Teve acompanhamento por parte do Nutricionista, a família foi acompanhada pela Psicóloga do serviço de oncologia ao longo de todo o processo.

A 26/10 foi realizada a primeira Conferência Familiar (CF) na presença da esposa e filhas (2 das quais online). Cada uma das filhas trouxe as suas preocupações, diferentes, mas todas com noção da gravidade da situação, da proximidade do fim de vida e da vontade que o Sr. Vieira esteja em casa, com os cuidados necessários ao seu conforto.

Cliente teve alta a 28/10.

A pedido da família ficou com teleconsulta agendada (31/10) mas foi desmarcada por vontade do senhor, uma vez que quis ir à empresa. Tem estado bem, sem sintomas de novo, boa relação com as profissionais cuidadoras da empresa de prestação de cuidados que a família contratou. Têm ainda apoio no domicílio de um enfermeiro.

4 dias depois foi realizado controlo sintomático pela enfermeira da EIHCP, através de contacto telefónico.

4/11 realizada teleconsulta de CP; Consulta marcada a pedido da filha mais nova, única presente nesta consulta. Escuta activa do seu processo de lidar com o processo de fim de vida do pai e as dificuldades de comunicar/ lidar com a forma como as irmãs e a mãe lidam com a situação.

O senhor está estável, mais fragilizado, mas lúcido e capaz de sair de casa e de passar alguns períodos na empresa, a seu pedido. Tem cuidadora em perma-

nência, o que ele aceitou e tem sido muito profissional e competente na relação e no cuidar.

Foram realizados vários telefonemas de controlo sintomático e apoio emocional à família pela enfermeira da EIHCP, em articulação com o oncologista e médica da EIHCP. A família manteve contacto telefónico com os enfermeiros do hospital de dia fora do horário de atendimento da EIHCP, os quais também realizaram intervenções para o controlo sintomático, e apoio à família na articulação de cuidados com a equipa interdisciplinar.

A 14/11 o senhor está prostrado, pouco reactivo, sem via oral. Inquietação ocasional. Ajustada formulação do tramadol (passa de comprimidos a solução oral) e posologia. Associou-se olanzapina orodispersível para fazer à noite fixo e em SOS dia/noite (se agitação). Em situação de últimos dias de vida, indicação para medidas de conforto em fim de vida.

15/11 Teleconsulta de Cuidados Paliativos / Conferência Familiar; onde estavam presentes o oncologista, médica e enfermeira da EIHCP, esposa e 2 das filhas (a filha mais velha não quis estar presente). O senhor está tranquilo, já confinado ao leito e sem via oral ou comunicação verbal. Há, por vezes, alguma inquietação no leito, mas ligeira.

Uma das filhas manifestou a sua angústia de ter pensado em possibilidades de entubação, transplante, ventilação, medidas invasivas que pudessem prolongar a vida do pai - pensamento enquadrado num contexto de sofrimento pela perda iminente e impotência face à morte, mas numa postura coerente de consciência da ineficácia destas medidas; informação corro-

borado pelo oncologista e aceite pela filha. Toda a família têm plena consciência da proximidade da morte, o objectivo é que possa estar o mais confortável possível.

Falámos da elevação da cabeceira e dos decúbitos laterais pela melhoria do padrão respiratório. Fica com receita de Buscopan injetável para o enfermeiro poder administrar SC caso venha a ser necessário; por buscopan solução injectável não está disponível, enfermeira da EIHCP irá falar com o enfermeiro do domicílio sobre a possibilidade de aquisição no Hospital bem como agulhas para administração SC.

Cliente acabou por falecer a 17 de Novembro, em casa, junto da esposa e filhas.

Mantido contacto durante esse dia e nas 24h seguintes. Foi ainda programado contacto telefónico de Luto nas 72h seguintes e enviada carta de condolências à família.

Ao fim de 1 mês a família foi contactada pela psicóloga que avaliou a situação da mãe e da filha que residia com o doente.

Foi realizado um estudo de caso retrospectivo de uma pessoa com doença oncológica, acompanhado no Hospital de Dia Oncológico e posteriormente pela EIHCP. Os dados foram recolhidos através de revisão do processo clínico e entrevista com a equipa médica responsável.

A entrada da EIHCP foi preparada e interveio num momento em que havia progressão de doença e esta era acompanhada por dor moderada, astenia, anorexia, maior sonolência e apoio ao autocuidado. A principal necessidade era de melhorar a comunicação entre a família, assim como a comunicação



foi a implementação da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória.

A Consulta de Enfermagem Pré-Operatória é um elemento essencial na prestação dos cuidados ao doente/cuidador proposto para cirurgia, contribuindo para a melhoria dos cuidados centrados no doente. A consulta de enfermagem é efetuada, a todos os doentes, após serem considerados “APTOS” para cirurgia pela Especialidade de Anestesiologia.

No decorrer destes quase 2 anos de funcionamento, tem-se verificado uma elevada percentagem de doentes oncológicos de diversas especialidades cirúrgicas, entre as quais cirurgia esofagogastrica, colorretal, hepatobiliar, patologia mamária, ginecologia, urologia, ortopedia, cardiotorácica, CMF, ORL. Deste modo, e para além da ansiedade inerente ao processo cirúrgico, confrontamo-nos com as alterações físicas e psicológicas que estão associadas à doença oncológica, e que afetam o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa. Assim sendo, consideramos fundamental a capacitação da pessoa, família e cuidador, mobilizando os seus recursos, de forma a auxiliar a tomada de decisão, para o autocuidado, com vista ao bem-estar e melhoria da qualidade de vida (OE, 2017).

A promoção do autocuidado é uma intervenção com resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, com reflexos positivos, através da aplicação do conhecimento científico, no que refere à capacitação e promoção da saúde e bem-estar. A sua inclusão neste contexto, consulta pré-operatória, revela-se uma intervenção de enfermagem decisiva, pois, tal como afirma Santos, Ramos e Fonseca

(2017), “as atividades de autocuidado aliviam os sintomas e as complicações das doenças, reduzem o tempo de recuperação e reduzem a taxa de hospitalização e re-hospitalização”. O autocuidado consiste num processo autodirigido, dinâmico e autoempoderante na implementação de comportamentos que reconhecem, previnem, aliviam e/ou diminuem o tempo, a intensidade, a angústia, a aflicção e a qualidade desagradável dos sintomas com o intuito de atingir os melhores resultados de desempenho funcional (European Oncology Nursing Society - EONS, 2018).

Esta consulta, para além de constituir um agradável e importante desafio no sentido de minimizar o sofrimento, desamparo no acompanhamento à pessoa com cancro, pretende, orientar, capacitar para o autocuidado e potenciar a sua reabilitação. De acordo com Gonçalves, Cerejo e Martins (2017), “a equipa de enfermagem tem a responsabilidade fulcral de ajudar o doente cirúrgico a compreender e a lidar com as alterações físicas, psicológicas e sociais, com as circunstâncias e as complexidades que envolvem o momento cirúrgico, de modo a este poder adquirir um certo sentimento de domínio” (p.18). Neste contexto, a padronização de sessões de ensino no período pré-operatório podem melhorar o tratamento do cancro, reduzir complicações pós-operatórias e melhorar a recuperação do paciente (Ibrahim, M. et al, 2018).

Assim, importa definir os ganhos em saúde, contextualizando os contributos das intervenções praticadas pelos enfermeiros à pessoa com doença oncológica e proposta para a cirurgia, de modo a percebermos os resultados positivos em indica-

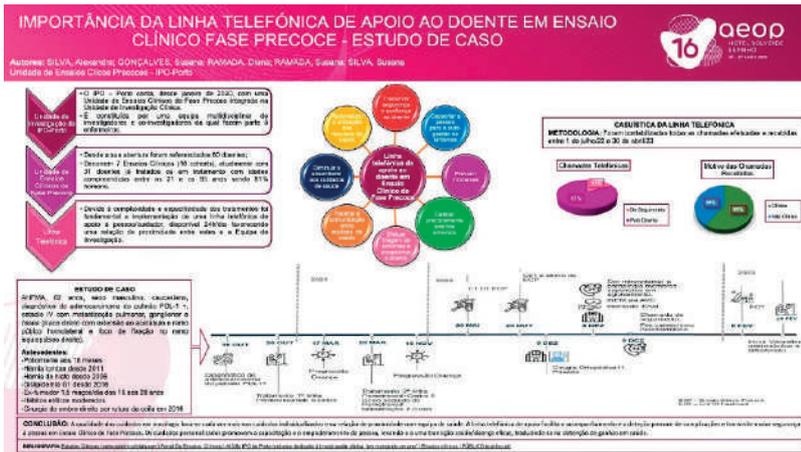
dores da saúde, e incluir referências sobre a respetiva evolução. De acordo com a EONS (2009), a equipa de enfermagem deve “ser conhecedora da condição física e psicossocial da pessoa com cancro, em relação ao diagnóstico, tratamento, follow-up e através da trajetória de doença, para avaliar, encaminhar e intervir adequadamente; fornecer educação e informação às pessoas afetadas por cancro e seus familiares e agir como parte integrante da equipa multidisciplinar assumindo um papel chave na coordenação dos cuidados” (p.10).

### 3) Resultados e Conclusões

Este projeto prevê o desenvolvimento de Competências de Enfermeiro Especialista na vertente e através da aplicação de uma abordagem crítica e científica a tomada de decisões, aumentando a segurança e a qualidade dos cuidados complexos, em situação de doença crónica e a vivenciar um processo cirúrgico. De investigação, através do diagnóstico de situação, pesquisa e utilização de evidência científica, desenvolvimento de investigação conducente à avaliação de resultados e divulgação destes. De liderança, na identificação da necessidade de melhoria da qualidade dos cuidados, na iniciativa do processo de mudança, na sua condução e na formação de uma equipa. De consulta e colaboração, integrando conhecimentos e experiência na área de especialidade (OE, 2019).

A apresentação deste projeto, pretende ainda dar visibilidade às intervenções autónomas do enfermeiro especialista na capacitação para o autocuidado da pessoa com cancro, constituindo ainda um importante contributo na construção de estratégias de melhoria





P26

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DO AUTOCUIDADO À PESSOA COM COLOSTOMIA NO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO: A SCOPING REVIEW

<sup>1</sup>Vanda Maria Antunes Prim Figueira,  
<sup>2</sup>Maria Alexandra Pinto Santos da Costa  
<sup>1</sup>IPHospital Curry Cabral, Serviço de cirurgia,  
<sup>2</sup>ESEL  
vprim@sapo.pt

### 1) Objectivos

Mapear as intervenções de enfermagem para a promoção do autocuidado à pessoa com colostomia no pós-operatório mediato.

### 2) Materiais e métodos

Realizou-se uma revisão scoping, tendo como referência a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (Petters et al. 2020). A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, de um total de 76 artigos iniciais identificados, foram incluídos 13 artigos que cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos.

### 3) Resultados

Os artigos incluídos tiveram uma amplitude temporal entre 1978 e 2022. Foram identificadas 97 intervenções de enfermagem para promoção de autocuidado à pessoa com colostomia no pós-operatório mediato. As intervenções foram categorizadas no domínio ensinar, instruir, supervisionar, assistir, validar.

### 4) Conclusões

Esta revisão scoping deu resposta à pergunta de investigação, identificando na literatura intervenções de

### 3) Resultados e Conclusões

Os doentes elegíveis para Ensaio Clínico são doentes politratados e consequentemente não livres de comorbilidades. O caso apresentado neste estudo trata-se de um doente do sexo masculino com 62 anos, com o diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão com patologia osteoarticular de base. No contexto desta patologia foi necessário interromper o tratamento de Ensaio para acomodar a necessidade de cirurgia ortopédica, no entanto, manteve-se o seguimento telefónico tendo sido solicitada a nossa atenção para um evento não relacionado com o produto de investigação, mas que exigiu a orientação por parte da equipa.

A qualidade dos cuidados em oncologia foca-se cada vez mais nos cuidados individualizados e na relação de proximidade com equipa de saúde. A linha telefónica de apoio facilita o acompanhamento e a deteção precoce de complicações, bem como permite estar mais próximo da pessoa transmitindo-lhe maior segurança.

Os cuidados personalizados promovem a capacitação e o empoderamento da pessoa, levando-a a uma transição

saúde/doença eficaz, traduzindo-se na obtenção de ganhos em saúde, com qualidade.

### 4) Bibliografia

- Estudos Clínicos (portugalclinicaltrials.com);
- Portal De Ensaio Clínicos | AICIB; -IPO do Porto terá piso dedicado à investigação clínica “em menos de um ano” | Ensaio Clínicos | PÚBLICO (publico.pt)

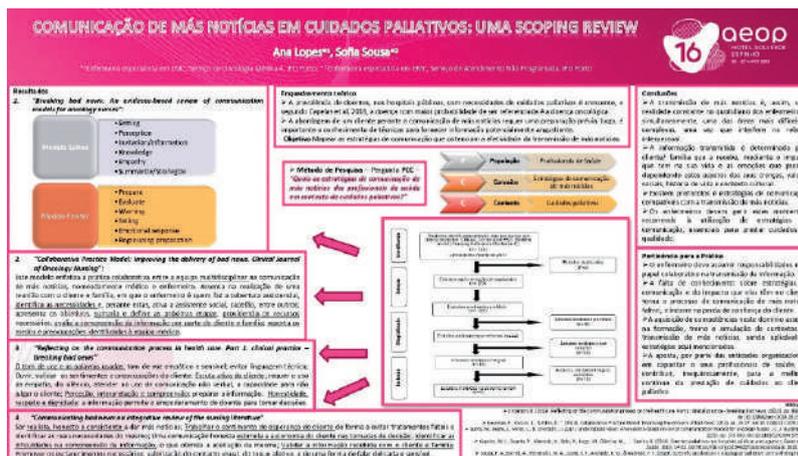


#### 4) Conclusões

Os enfermeiros reconhecem que são os profissionais de saúde a quem o cliente e família mais recorre para esclarecer ou obter informação adicional (Bumb et al, 2017) (Bowman et al, 2018). Desta forma, refletimos que o enfermeiro deve assumir responsabilidades num papel colaborativo de transmissão de informação ao cliente, auferindo o conhecimento prévio e tornando claros os conceitos que o cliente nos apresenta. É importante colher dados sobre as preocupações específicas do cliente e família; a forma como a informação é recebida e qual o suporte/apoio que é expectável por parte do cliente (Bowman et al, 2018). A falta de conhecimento sobre estratégias de comunicação e o impacto que elas têm no cliente, torna o processo de comunicação de más notícias falível, pois incorre na perda de confiança por parte do cliente (Bumb et al, 2017). Uma inadequada capacidade dos enfermeiros para comunicar más notícias pode ser uma condicionante para aumentar a vulnerabilidade, conduzir a más interpretações e à formulação de falsas expectativas (Bowman et al, 2018). Por último no nosso entender, a aquisição de competências neste domínio não passa apenas pela formação, mas essencialmente pelo treino e simulação de contextos de comunicação de más notícias. Tal deverá ser o próximo passo a dar pelas entidades como forma de capacitar os profissionais de saúde e obtermos pessoas mais informadas e envolvidas no seu processo de saúde-doença.

#### 5) Biografia

- Anderson, B. (2019). Reflecting on the communication process on the health care. Part 1: clinical practice - breaking bad news. 28(13), pp. 858-863. doi:10.12968/bjon.2019.28.13.858



- Bowman, P., Slusser, K., & Allen, D. (2018). Collaborative Practice Model: Improving the delivery of bad news. 22(1), pp. 23-27. doi:10.1188/18.CJON.23-27
- Bumb, M., Keefe, J., Miller, L., & Overcash, J. (2017). Breaking Bad News: An evidence-based review of communication models for oncology nurses. (C. J. Nursing, Ed.) 21(5), pp. 573-580. doi:10.1188/17.CJON.573-58
- Capelas, M. L., Sapeta, P., Mamede, A., Belo, A., Jorge, M., Oliveira, M., . . . Coelho, S. (2018). Doentes paliativos nos hospitais públicos portugueses. Cadernos de Saúde, 10(1), 14-22. doi:https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7263
- Souza, F. A., Borrelli, A., Fernandes, M. A., Costa, S. F., Andrade, C. G., & Andrade, F. F. (2020). Scientific production in oncological palliative care with emphasis in communication. Revista da Associação Médica Brasileira, 66(10), 1455-1460. doi:10.1590/1806-9282.66.10.1455

P28

### PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PREVENTIVAS DE EXTRAVASAMENTO DE AGENTES ANTINEOPLÁSICOS NUM HOSPITAL DE DIA: UMA INVESTIGAÇÃO-AÇÃO

<sup>1</sup>Helena Domingues; <sup>2</sup>Isabel Simões; <sup>3</sup>Filipa Ventura; <sup>4</sup>Sandra Baptista

<sup>1</sup>Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E.; <sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; <sup>3</sup>Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; <sup>4</sup>Instituto Português de Oncologia de Coimbra, E.P.E. [3325@ipocoimbra.min-saude.pt](mailto:3325@ipocoimbra.min-saude.pt)

#### 1) Objectivos

##### Objetivo principal:

Conhecer as práticas preventivas de extravasamento, registadas na documentação de enfermagem, de uma unidade de oncologia médica de ambulatório.

##### Objetivos específicos:

Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre as suas práticas preventivas de extravasamento;

Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na documentação das suas práticas preventivas de extravasamento;

Explorar estratégias para a melhoria das práticas preventivas de extravasamento, quer em termos de documentação quer na execução prática de cuidados.

## 2) Materiais e métodos

O presente estudo foi desenvolvido num serviço de Hospital de Dia de Oncologia Médica num hospital oncológico do centro do país, seguindo a metodologia de investigação ação.

A análise da documentação de enfermagem incidu nos processos clínicos informatizados, tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: documentos de registo de enfermagem em processo clínico de doentes que realizam terapêutica antineoplásica através de acesso venoso periférico, em regime de ambulatório.

Para além da análise documental, a recolha de dados envolveu também os enfermeiros em exercício ativo das suas funções no serviço, por meio de um questionário online e de um de grupo focal durante o período de setembro de 2021 e março de 2022.

## 3) Resultados

Foram analisados 119 processos de enfermagem. O local de punção foi maioritariamente no dorso da mão para a administração de fármacos vesicantes (65,8%), irritantes (50%) e não vesicantes/irritantes (54,55%). Identificadas ausência de documentação relativas aos i) ensinamentos realizados ao doente sobre os cuidados a ter durante a administração de quimioterapia; ii) ocorrência de extravasamento; iii) avaliação da pele e/ou do trajeto venoso no final do tratamento após se retirar o dispositivo de acesso venoso periférico; e iv) referência para o médico assistente/consulta

não programada para colocação de cateter totalmente implantado. A ação de formação, com duração de uma hora, foi considerada relevante pela totalidade dos participantes e reconhecidas áreas de discordância entre a prática clínica e as orientações para as mesmas. O grupo focal deu a conhecer a perceção dos enfermeiros sobre as suas práticas preventivas, no que respeita à avaliação do doente, à cateterização de acessos venosos periféricos, ao conhecimento e documentação em enfermagem.

## 4) Conclusões

Concluiu-se que a documentação de enfermagem não espelha as intervenções de enfermagem realizadas diariamente pela equipa na prevenção do extravasamento. Foram identificadas as intervenções de enfermagem neste âmbito e delineadas estratégias promotoras para a sua melhoria e subsequente adequação do padrão documental.

Os dados obtidos permitiram igualmente inferir vários aspetos com implicações para a prática clínica, nomeadamente: a formação contínua foi reconhecida pela equipa de enfermagem como fundamental para a melhoria das competências técnico-científicas, traduzindo numa maior confiança nos profissionais; devem ser elaborados vários documentos de apoio para uma administração segura de agentes antineoplásicos: guia de boas práticas de cuidados de enfermagem para a administração de terapêutica antineoplásica e atualização de norma de atuação de prevenção e controlo de extravasamento de agentes antineoplásicos; o padrão documental deve ser adequado às características do serviço onde foi realizado o estudo, através de propostas de

normalização ao gabinete de apoio aos sistemas informáticos da instituição, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados; é fundamental a implementação de uma consulta de enfermagem; e, para a concretização eficaz das estratégias propostas pela equipa de enfermagem, devem ser criados grupos de implementação.

## 5) Biografia

- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2019). Competências práticas dos enfermeiros oncologistas na administração de terapêuticas antineoplásicas. <https://www.aeop.pt/ficheiros/Compet.-Quimiot.pdf>.
- Boulanger, J., Gosselin C., Almanric K., Dufour A., Fortier S., Genest M., & Langlois G., (2019). Guide de prise en charge de l'extravasation des agents antineoplásiques. Institut National d'excellence en santé et en services sociaux. Québec.
- Costa, A., Costa, M., Ferreira, E., Sousa, P., Santos, M., Lima, D., & Ramos, A. (2019). Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre segurança do 44 paciente oncológico em quimioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 63(1). doi: <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n1.274>
- Coyle, C.E., Griffie, J., & Czaplowski, L.M. (2015). Eliminating Extravasation Events: A Multidisciplinary Approach. *Journal of infusion nursing: the official publication of the Infusion Nurses Society*, 38(6), 43-50. doi:10.1097/NAN.0000000000000034.
- Dias, S., Avelino, F., Moura, E., & Costa, J. (2019). Padrões de cuidados em prevenção e tratamento de extravasamento de antineoplásicos baseado em evidências clínicas. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 87, 1-9.
- Ferreira, V. (2018). Intervenções de Enfermagem na Administração de Agentes Antineoplásicos - Segurança da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica (Relatório de estágio, mestrado em enfermagem, Escola Superior de Enfermagem



Produzir indicadores de qualidade;  
Desenvolver as competências dos enfermeiros na área da consulta enfermagem radioterapia à pessoa com patologia cabeça e pescoço;

**2) Resultados**

Maior adesão ao regime terapêutico;  
Gestão eficaz da toxicidade radioinduzida aguda e tardia (Ex: Dor, disfagia, mucosite oral, radiodermite, limitações funcionais...);

Diminuir o risco da interrupção do tratamento de RT e consequente aumento da sobrevida;

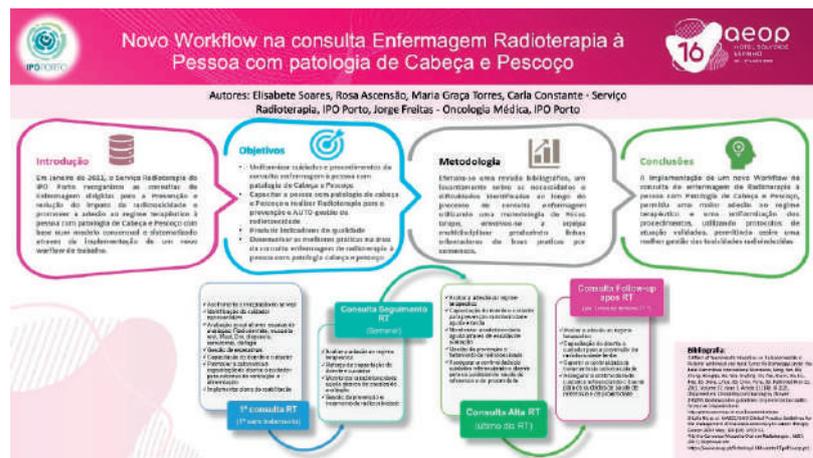
Promoção da QV;

**3) Conclusões**

A implementação de um novo Workflow na consulta de enfermagem de Radioterapia à pessoa com Patologia de Cabeça e Pescoço, permitiu uma maior adesão ao regime terapêutico e uniformizar cuidados e procedimentos de enfermagem através de protocolos de atuação que levaram a cuidados de excelência com uma gestão mais eficaz das toxicidades radioinduzidas.

**4) Bibliografia**

- Effect of Team Health Education on Radiodermatitis in Patients with Head and Neck Tumor Radiotherapy Under the Joint Committee International Standards; Song, Yan, BS; Zhang, Rongqiu, BS; Yao, Tingting, BS; Zhu, Xiwen, BS; Liu, Jing, BS; Deng, Lihua, BS; Chen, Peng, BS. Published May 31, 2021. Volume 37, Issue 3. Article 151148. © 2021. disponível em ClinicalKey.com/nursing by Elsevier
- EONS Oral mucosites guidelines: Implementation toolkit. Section 4. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/eons>
- Lalla RV, et al. MASCC/ISOO Clinical Practice Guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy.



Cancer. 2014 May; 120 (10): 1453-61.

- Linha Consenso Mucosite Oral em Radioterapia . AEOP, 2017; Disponível em <https://www.aeop.pt/ficheiros/LCMucositeRT.pdf> (aeop.pt) -Thomson M, et al. United Kingdom Oral Mucositis In Cancer Group Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. 2015, 2edition. (Internet). 2015. Disponível em: [www.ukomic.co.uk](http://www.ukomic.co.uk).

terminais, comunicação de más notícias, sobrecarga laboral e falta de reconhecimento profissional.

O Burnout entende-se como uma condição patológica que inclui sintomas como a fadiga física e mental, desmotivação para o trabalho, diminuição da produtividade, e consequente decréscimo da autoestima. Resulta de um processo no qual o profissional excede a sua capacidade para lidar com as situações de stress laboral, pela perceção da discrepância entre o esforço realizado e o trabalho alcançado.

Uma das possibilidades encontradas para promover a saúde e a qualidade de vida no trabalho é a ginástica laboral, o Yoga consiste em exercícios respiratórios, de concentração e de relaxamento, posturas físicas e meditação. A evidência tem demonstrado vantagens terapêuticas nas pessoas que praticam yoga com regularidade, face à sua abrangência, considera-se uma prática de eleição para o programa de intervenção.

**Objetivos:**

Será caracterizada a população através de um questionário sociodemográfico elaborado especificamente para este estudo e o instrumento de recolha de

**P30**

**BURNOUT OCUPACIONAL – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COM YOGA PARA ENFERMEIROS ONCOLOGISTAS**

Mónica Monteiro, Joana Silva, Vânia Ribeiro

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho [enf.monicamonteiro@gmail.com](mailto:enf.monicamonteiro@gmail.com)

**1) Objectivos**

**Enquadramento:**

Os enfermeiros da área da oncologia são suscetíveis ao desenvolvimento de burnout, face às adversidades que enfrentam na rotina laboral, confrontados diariamente com o sofrimento do doente com cancro e da sua família, com dilemas éticos, diagnósticos

dados a utilizar será a versão portuguesa do Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS), o qual será aplicado antes e após a intervenção.

O programa de intervenção consiste em desenvolver ao longo de oito semanas três intervenções semanais de 10 a 15 minutos, com base no Yoga, procurando assim diminuir os níveis de Burnout nos enfermeiros oncologistas de um hospital no norte de Portugal.

Espera-se promover na organização um conjunto de boas práticas, com base na ginástica laboral, nomeadamente a prática de Yoga, que visam uma melhoria no estado de saúde dos profissionais.

**2) Resultados**

Pretende-se realizar a monitorização dos níveis de Burnout antes e após a implementação do programa de intervenção com base no Yoga.

Preconiza-se a redução dos níveis de Burnout laboral, refletindo-se em ganhos em saúde para os profissionais em inúmeras vertentes, com o aumento do bem-estar e da motivação para o trabalho, fomentando o espírito de equipa.

**3) Conclusões**

Na perspetiva em que os recursos humanos assumem um papel preponderante na melhoria da qualidade das organizações, urge refletir na pertinência de uma intervenção holística com vista ao bem-estar dos profissionais.

O investimento em programas para diminuição do Burnout e melhoria da qualidade de vida no trabalho traduz-se em ganhos em saúde para

os profissionais, promovendo valores humanísticos sustentados nos aspetos psíquicos, físicos e sociais, otimizando a sua saúde e desempenho.

Os ganhos previsíveis serão transversais à organização, clientes e profissionais, diminuindo o absentismo, aumentando a satisfação no trabalho e a produtividade, e, por conseguinte, promovendo a excelência dos cuidados de saúde.

**4) Bibliografia**

- Assis, Denise. 1995. Os benefícios da meditação: melhora na qualidade de vida, no controle do stress e no alcance de metas. Instituto Gammon. 1995.
- Bernardi, M. L. D., Amorim, M. H. C., Salaroli, L. B., & Zandonade, E. 2021. Yoga: um diálogo com a Saúde Coletiva. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 25. 2021, <https://doi.org/10.1590/interface.200511>.
- Couto G, Ferreira M, Teixeira J, Gregório S, Santos L, Sampaio F. 2022. Avaliação da Validade de Conteúdo de um Programa de Ginástica Laboral para Profissionais de Saúde: um estudo E-Delphi. 13, 1 de abril de 2022, pp. 1-21.
- Dariva, Luana Felício da Silva e Mendes, Dionéia Luciane. 2019. Bem-Estar, qualidade de vida e regulação emocional: A prática de Yoga com terapia complementar. Revista Perspectiva: Ciência e Saúde. 2019, Vols. V. 4 (2): 18-49, <http://dx.doi.org/10.29327/211045.4.2-2>.
- Domingues, Isabel Maria Pires. 2021. Impacto da prática de yoga no bem-estar de adultos: Uma revisão sistemática. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2021.
- Gallup. 2020. Gallup's perspective on employee burnout: Causes and Cures. s.l.: Gallup 8-19, 2020.
- Gonzaga, Alexandre Luís. 2021. Validação do Maslach Burnout Inventory em língua portuguesa. Uma investigação estatística sobre a Síndrome de Burnout. 2021, DOI: 10.29327/535556.
- JJ Spinetta, M Jankovic, MW Ben Arush, T Éden, C Epelman, ML Greenberg, A Gentils Martins, RK Mulhern, D Oppenheim, G Maser. 2000. Diretrizes para o reconhecimento, prevenção e correção do burnout em profissionais de saúde que cuidam de crianças com cancro: relatório do comité de trabalho SIOP sobre questões psicossociais em oncologia pediátrica.
- Machado, Ana Bárbara Carvalho. 2020. Burnout em profissionais de saúde de oncologia portugueses: uma revisão sistemática da literatura. Porto : Universidade Católica Portuguesa, 2020. Mestrado em Gestão de Recursos Humanos.
- Magalhães, Andreia, et al. 2021. Reabilitar quem cuida: Um projeto de ginástica laboral para profissionais de saúde. Porto: Revista Portuguesa de Enfermagem de

**Burnout Ocupacional - Programa de Intervenção com Yoga para Enfermeiros Oncologistas**

Monteiro, M.; Silva, J.; Ribeiro, V.  
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

**Introdução**

Os enfermeiros oncologistas estão suscetíveis ao desenvolvimento de burnout, face às adversidades que enfrentam na rotina laboral, confrontada com o sofrimento do doente oncológico e, também, sintomas físicos, diagnósticos, terapêuticos, contínuo de missões, sobrecarga laboral e aumento do reconhecimento profissional (1, 2).

O burnout é uma condição psicológica que inclui sintomas como a fadiga física e mental, desinteresse da assistência, desmotivação para o trabalho, e consequente diminuição da produtividade. Resulta de um processo no qual o profissional associa a sua capacidade para lidar com as situações de stress laboral, devido à escassez, entre o estorpo realizado e o resultado alcançado (4,5).

Uma das possibilidades para combater o burnout, promover a saúde e a qualidade de vida dos profissionais, consiste em implementar programas de ginástica laboral com yoga (3,2,3).

A evidência científica ganha em saúde nas pessoas que praticam yoga com regularidade, o qual engloba exercícios respiratórios, de concentração e relaxamento, posturas físicas e meditação. Face à sua abrangência, alige-se como uma prática de eleição para o programa de intervenção (2,3).

**Objetivos**

Com a implementação do programa pretende-se promover um conjunto de práticas saudáveis e do autocuidado para os enfermeiros oncologistas de um hospital no norte de Portugal.

A população alvo caracterizada estivesse de um perfil socioeconómico elaborado especificamente para este estudo e com recurso à versão portuguesa do Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS), o qual será aplicado antes e após a intervenção (10).

O programa de intervenção consiste em desenvolver ao longo de 8 semanas, 3 intervenções semanais de 15 minutos de Yoga, procurando assim prevenir a ocorrência de burnout nos enfermeiros oncologistas.

**Conclusões**

Não se percebe de que os recursos humanos assumem um papel preponderante na melhoria da qualidade das organizações, urge refletir na pertinência de uma intervenção holística com vista ao bem-estar dos enfermeiros oncologistas (1,3).

O investimento em programas para diminuição do burnout e melhoria da qualidade de vida no trabalho, traduz-se em ganhos em saúde para os profissionais, promovendo valores humanísticos sustentados nos aspetos psíquicos, físicos e sociais, otimizando a sua saúde e desempenho (1,5).

Os ganhos previsíveis serão transversais à organização, clientes e profissionais, diminuindo o absentismo, aumentando a satisfação no trabalho e a produtividade, e, por conseguinte, promovendo a excelência dos cuidados de saúde (1,4,6,7).

**Citamos**

1) Costa, E. e Mendes, S. 2019. In: Saúde, 1 (1): 1-10. Avaliação da validade de conteúdo de um programa de intervenção para profissionais de saúde com síndrome de burnout. 13, 1 de abril de 2019, pp. 1-10.

2) Dariva, Luana Felício da Silva e Mendes, Dionéia Luciane. 2019. Bem-estar, qualidade de vida e regulação emocional: A prática de Yoga com terapia complementar. Revista Perspectiva: Ciência e Saúde. 2019, Vols. V. 4 (2): 18-49, <http://dx.doi.org/10.29327/211045.4.2-2>.

3) Domingues, Isabel Maria Pires. 2021. Impacto da prática de yoga no bem-estar de adultos: Uma revisão sistemática. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2021.

4) Epelman, C., Greenberg, M. L., Arush, B. A., Jankovic, M., Mulhern, R. K., Oppenheim, D., et al. 2000. Guidelines for the recognition, prevention and correction of burnout in health care professionals who care for children with cancer: report of the SIOP working group on psychosocial issues in pediatric oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 18(18): 3444-3452.

5) Machado, Ana Bárbara Carvalho. 2020. Burnout em profissionais de saúde de oncologia portugueses: uma revisão sistemática da literatura. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2020. Mestrado em Gestão de Recursos Humanos.

6) Viana, Carla S., Oliveira, Fátima e Mendes, João. 2021. A nível teórico do burnout: do stress ao resiliência. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 48(1): 115-127. Sociedade Portuguesa de Psicologia de Saúde - SPSS, 2021.

Reabilitação, Vol. 4 N.º 1, 2021. RPER, ISSN: 2184-3023, 73 - 82.

- Oliveira, Márcia C. da Silva e Winiawer, Fabiana Budy. 2015. Gestão de Corpo e Mente com Yoga: um Enfoque para Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida. s.l. : UNOPAR Cient., Ciênc. Human. Educ., Londrina, v. 16, n.3, p. 201-207, 2015.
- República, Assembleia da. 2009. Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho - Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro, Série I de 2009-02-12. Diário da República Eletrónico. [Online] 2009. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/102-2009-490009>.
- -Ribas, Cláudia C. S. C. 2010. Síndrome do Burnout em Profissionais de saúde: uma abordagem bioética num estudo preliminar. Porto: Dissertação de Mestrado em Bioética, Apresentada à Universidade do Porto, 2010.
- -Santos, Gustavo José Arouche. 2017. Implementação e avaliação de um Programa de Ginástica Laboral: efeitos nos níveis de burnout e nos sintomas musculoesqueléticos. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, 2017.
- -Santos, Rebecca N. Demarchi dos. 2015. Burnout: Um estudo em profissionais de saúde. Setúbal: Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre, 2015.
- -Vicente, Carla S., Oliveira, Rui Aragão e Maroco, João. 2013. Análise fatorial do inventário de burnout de maslach (MBI-HSS) em profissionais de portugueses. Psicologia, Saúde & Doenças, 14 (1), 152-167 : Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - SPPS, 2013.

P31

## EXTRAVASAMENTO DE CITOSTÁTICO VESICANTE E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO DE CASO

**Helena Domingues, Gisela Almeida, Sandra Baptista**

Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.  
[3325@ipocoimbra.min-saude.pt](mailto:3325@ipocoimbra.min-saude.pt)

### 1) Objectivos

Descrever a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica e de Reabilitação na avaliação, tratamento e monitorização deste evento adverso através de um estudo de caso.

### 2) Fundamentação

Existe atualmente um leque variado de opções terapêuticas para o tratamento da doença oncológica, consoante o prognóstico, estadiamento e/ou reincidência da doença, comorbilidades e idade da pessoa. A quimioterapia é a mais utilizada, sendo um tratamento de efeito sistémico, que tem por base a utilização de compostos químicos, fármacos citotóxicos, cujo mecanismo de ação permite retardar ou parar o crescimento das células tumorais, impedindo a divisão celular ou ativando as vias apoptóticas (Melo et al., 2019, Dias et al., 2019).

A sua administração é sobretudo realizada por via endovenosa, sendo o extravasamento um evento adverso decorrente desta prática clínica. Os agentes antineoplásicos são classificados de acordo com o seu potencial de toxicidade dermatológica local, sendo divididos em três categorias: não vesicantes, irritantes e vesi-

cantes (Boulanger et al, 2019; Kim et al.,2020). Os agentes vesicantes podem ser divididos em duas subcategorias de acordo com o mecanismo que provoca dano tecidual: agentes com ligação ao ácido desoxirribonucleico (ADN) e agentes que não têm ligação ao ADN. Estes últimos são responsáveis pelas reações mais graves no local do extravasamento, provocando irritação severa, que pode causar formação de flictenas e subsequente necrose tecidual. Nestes agentes estão ainda descritos casos de ocorrência de danos nos tecidos moles e músculos, tendões e nervos, que requerem intervenções cirúrgicas, como o desbridamento e subsequente transplante de pele e tecidos (Boulanger et al, 2019).

A probabilidade de ocorrer extravasamento pode aumentar tendo em conta determinados fatores de risco. A adoção de medidas preventivas é fundamental, podendo, inclusive, passar por recomendar a colocação de um cateter totalmente implantado (CTI). A individualidade e as características de cada pessoa, a experiência do profissional de saúde, a especificidade do tratamento prescrito, o tempo longo e contínuo de perfusão, o local de administração, a fragilidade capilar, os acessos venosos frequentemente puncionados e, ainda, o dispositivo adotado, são alguns dos aspetos a ter em consideração (Melo et al, 2019; Kim et al.,2020).

É importante que na documentação de enfermagem conste todos os cuidados prestados, sendo esta, da responsabilidade do enfermeiro que os prestou. Os registos de enfermagem justificam e comprovam os cuidados que foram proporcionados aos doentes, bem como, constituem um instrumento de trabalho essencial para a prática clínica

de enfermagem e para a continuidade dos cuidados (Melo et al., 2019). Um padrão de qualidade dos registos é fundamental para a evidência dos resultados em enfermagem.

### 3) Resultados e Conclusões

#### Resultados:

Este estudo de caso foi referente a uma pessoa que apresentou uma reação tardia a extravasamento de um citostático vesicante. Após 7 dias da administração do citostático, a pessoa dirigiu-se ao hospital de dia para avaliação da lesão que surgiu no domicílio, tendo-se verificado uma placa eritemato-violácea edematosa de limites irregulares, mas definidos com 14 cm de maiores eixos localizada ao dorso da mão (sem ultrapassar as articulações metacarpofalângicas), face dorsal do punho e do 1/3 distal do antebraço direitos. Com bolha de 22 mm de dimensão localizada à extremidade superior desta placa, mas sem descolamentos vesículo-bolhosos atuais. Com início há 4 dias. Apirética. De acordo com a documentação de enfermagem o registo referente ao dia de administração, a utente foi puncionada no dorso da mão direita com cateter venoso periférico nº 22G, não apresentando qualquer alteração da rede venosa periférica quando terminou o tratamento, o que é confirmado pela utente.

Foram realizados ensinamentos sobre os cuidados a ter no domicílio, fornecida terapêutica tópica (trolamina), prescrita antibioterapia sistémica e realizado agendamento de data para reavaliação. Feito registo no sistema informatizado de enfermagem e registo fotográfico. Neste primeiro contacto foi essencial a articulação multidisciplinar entre enfermeiros, médico oncologista e

dermatologista. Realizado encaminhamento urgente para a cirurgia para colocação de CTI.

Trata-se de uma pessoa com 67 anos, com diagnóstico de carcinoma da mama restante (mama direita), clinicamente classificado em T2N1 a realizar quimioterapia neoadjuvante. Em seguimento clínico desde 2020, altura em que realizou mastectomia à esquerda decorrente do diagnóstico de carcinoma ductal in-situ, de grau nuclear intermédio a alto grau nuclear. Antecedentes pessoais de hipotireoidismo, hipertensão arterial e insuficiência venosa crónica.

Realizada avaliação ao 9º dia, onde se verificou permanência de edema, eritema, presença de descamação da derme e dor. Sem flictena. Realizada avaliação neuromotora pelo enfermeiro especialista de reabilitação, o qual referenciou exercícios direcionados para a recuperação funcional. Indicação para continuar plano terapêutico prescrito.

Regressa ao 15º dia onde se verifica remissão total da lesão, sem compromisso funcional ou sensorial no local.

Dois meses após o evento a pessoa mantém derme íntegra e sem alterações neuromotoras.

Este caso sublinha a importância dos sistemas de informação em saúde, como ferramenta de apoio à gestão e eficiência das atividades, permitindo promover a qualidade e continuidade dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar.

O estudo de caso apresentado ilustra, também, a importância do registo na documentação de enfermagem, que não deve ser exclusivo de situações de eventos adversos como são as ocorrências de extravasamento, mas de todo o

processo de administração de quimioterapia. É importante que nos registos estejam incluídas as condições da pessoa no antes, durante e após a administração, orientações realizadas, local e tipo de inserção do cateter venoso, condições da rede venosa periférica, colaboração da pessoa e, em caso de extravasamento, a sua descrição, tratamento, monitorização e respetiva notificação (Melo et al., 2019).

A realização deste estudo de caso permitiu enfatizar que o extravasamento tardio é uma realidade no contexto de administração de citostáticos, sendo importante referir no ensino à pessoa, que quando surgem alterações cutâneas, após realização de quimioterapia, devem ser reportadas à equipa de enfermagem o mais precocemente possível.

#### Conclusões:

Verificou-se a remissão completa da lesão após 11 dias da sua deteção. Constatou-se que numa fase inicial houve comprometimento psicomotor da mão direita, que reverteu na sua totalidade. Atualmente a pessoa não refere alterações que condicionem as suas atividades instrumentais de vida diária. A colocação de CTI, estando perante a administração de um agente vesicante, deveria ser o dispositivo de eleição, o que não se verificou nesta situação. O papel do enfermeiro especialista no planeamento de procedimentos, baseados em boas práticas, é um contributo fundamental para o tratamento e prevenção de complicações associadas ao extravasamento de agentes vesicantes, que podem seriamente comprometer a qualidade de vida da pessoa submetida a estes tratamentos.

A implementação de protocolos de prevenção, a sistematização de proce-

dimentos, através de algoritmos, e a formação das equipas de enfermagem envolvidas na administração de agentes antineoplásicos permitem dotar os profissionais de competências técnico-científicas fundamentais para a segurança e qualidade dos cuidados.

A segurança na prática clínica é um dos focos de atenção promotor da qualidade dos cuidados de saúde. A realidade do Hospital de Dia onde foi realizado este estudo de caso ilustra o investimento por parte dos profissionais na prestação de cuidados de excelência, preocupando-se com todo o processo de gestão do extravasamento bem com a respetiva documentação de enfermagem.

#### 4) Bibliografia

- Boulanger, J., Gosselin C., Almanric K., Dufour A., Fortier S., Genest M., & Langlois G., (2019). Guide de prise en charge de l'extravasation des agents antinéoplasiques. Institut National d'excellence en santé et en services sociaux. Québec.
- Kim, J., Park, J., Lee, H., & Cheon, Y. (2020). Diretrizes para a gestão de extravasamento. *Jornal de avaliação educacional para profissionais de saúde*, 17. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2020.17.21>.
- Melo J., Oliveira P., Souza R., Gontijo D., & Rodrigues A. (2019). Prevenção e conduta frente ao Extravasamento de agentes antineoplásicos: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0008>.

**Extravasamento: implicações para a pessoa – Estudo de Caso**

Hélder Domingues, Cláudia Almeida, Susana Capucho  
Hospital de Dia, Instituto Português de Oncologia de Coimbra Faculdade de Medicina, F.P.F.

**16** **aeop**  
Associação de Enfermeiros de Oncologia Portuguesa

**ENQUADRAMENTO**  
Este trabalho tem como objetivo descrever o processo de investigação e intervenção de enfermagem em casos de extravasamento de agentes antineoplásicos. O estudo foi realizado no Hospital de Dia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra. Os agentes antineoplásicos são classificados de acordo com o seu potencial de toxicidade sistémica local, sendo divididos em três categorias: hiperósmolares, irritantes e vesicizantes. Estes últimos são responsáveis pelas reações mais graves no local do extravasamento, podendo provocar feridas que podem causar formação de cicatrizes e consequente dor crónica (Boulanger, et al, 2019; Kim, et al, 2020).

**OBJETIVO**  
Descrever a intervenção de enfermagem aplicada em enfermagem médica-oncológica e de reabilitação na avaliação, tratamento e monitorização de um evento adverso devido a um extravasamento.

**METODO**  
Substância em caso de um episódio adverso de extravasamento devido a um episódio vesicante, o docetaxel.

**CONCLUSÃO**  
Este estudo de caso ilustra o investimento por parte dos profissionais na prestação de cuidados de excelência, preocupando-se com todo o processo de gestão do extravasamento bem com a respetiva documentação de enfermagem.

**RESULTADOS**

**7º dia**  
Após 7 dias de intervenção de enfermagem, o paciente apresenta melhora da dor e redução da vermelhidão no local do extravasamento. O paciente apresenta dor leve no local do extravasamento e vermelhidão moderada. O paciente apresenta dor leve no local do extravasamento e vermelhidão moderada.

**14º dia**  
Após 14 dias de intervenção de enfermagem, o paciente apresenta melhora da dor e redução da vermelhidão no local do extravasamento. O paciente apresenta dor leve no local do extravasamento e vermelhidão moderada. O paciente apresenta dor leve no local do extravasamento e vermelhidão moderada.

**21º dia**  
Após 21 dias de intervenção de enfermagem, o paciente apresenta melhora da dor e redução da vermelhidão no local do extravasamento. O paciente apresenta dor leve no local do extravasamento e vermelhidão moderada. O paciente apresenta dor leve no local do extravasamento e vermelhidão moderada.

**CONCLUSÃO**  
As intervenções de enfermagem realizadas em enfermagem Médica-Oncológica e de Reabilitação incluem na prática de monitorização da lesão, aplicação de compressas de água fria e aplicação de pomadas. Os resultados de intervenção de enfermagem são positivos, com melhora da dor e redução da vermelhidão no local do extravasamento. O estudo de caso ilustra o investimento por parte dos profissionais na prestação de cuidados de excelência, preocupando-se com todo o processo de gestão do extravasamento bem com a respetiva documentação de enfermagem.

**Remissão total da lesão, sem complicações funcionais ou sensoriais no local.**



# RESUMO DAS SESSÕES CIENTÍFICAS



**MESA I****BRAQUITERAPIA NO TRATAMENTO DO CANCRO DA PRÓSTATA CONTRIBUTOS PARA CONCEÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM****MODERAÇÃO**

Daniela Pereira, IPO Porto

**Braquiterapia no tratamento do cancro da próstata**

Joana Oliveira, Serviço Radioterapia, IPO Porto

**Consulta Enfermagem em Braquiterapia prostática: Experiência do IPO Coimbra**

Rodrigo Nunes, Serviço Radioterapia IPO Coimbra

**Consulta Enfermagem em Braquiterapia prostática: Experiência do Institut Català de Oncologia**

Pilar Fernandez Lopez, Unidade de Braquiterapia, Hospital Duran Reynals

A primeira mesa do III Simpósio Ibérico de Radioncologia foi dedicada a um procedimento terapêutico que ainda não está disseminado em todos os serviços de oncologia a nível nacional. Falamos da braquiterapia, neste caso aplicada ao tratamento do cancro da próstata.

Moderada por Daniela Pereira, enfermeira do IPO do Porto, esta sessão contou com a participação de Joana Oliveira, enfermeira do Serviço de Radioterapia do IPO do Porto, Rodrigo Nunes, enfermeiro do Serviço de Radioterapia do IPO de Coimbra, e Pilar Fernandez Lopez, enfermeira da Unidade de Braquiterapia do Hospital Duran Reynals.

Face às desigualdades no acesso a este procedimento, a moderadora da sessão destacou a necessidade de se estabelecerem protocolos de articulação nesta área.

Joana Oliveira começou por contex-

tualizar o cancro da próstata em termos de incidência, taxas de sobrevivência, e atuais guidelines de tratamento, para depois explicar detalhadamente em que consiste a braquiterapia.

“Trata-se de um método de tratamento de radioterapia em que se introduzem fontes radioativas no interior do tumor. Há dois tipos de implantes – temporários e permanentes – e duas dosagens (alta taxa de dose e baixa taxa de dose)”, explicou a enfermeira do IPO do Porto, adiantando que ambos implicam internamento hospitalar e cirurgia com duração de cerca de 2 horas.

Em resumo, Joana Oliveira descreveu a braquiterapia como uma “terapia eficaz (com taxas de cura elevadas), de baixa toxicidade (efeitos secundários mínimos), alta precisão, com tempos de tratamento curto e custo-eficácia favorável”.

De seguida, a experiência da Consulta Enfermagem em Braquiterapia prostática do IPO de Coimbra foi partilhada por Rodrigo Nunes, que salientou o papel do enfermeiro na fase de planeamento do procedimento, nomeadamente no acolhimento e agendamento do tratamento e em grande parte da informação ao doente.

“Na fase inicial, é fundamental explicarmos ao doente, numa linguagem acessível, em que é que consiste o tratamento, bem como antecipar os possíveis efeitos secundários e desmistificar receios e ideias erróneas face ao mesmo”, explicou o enfermeiro, acrescentando a importância de haver um enfermeiro de referência. “Tentamos sempre que o enfermeiro que faz a consulta pré-tratamento esteja presente no bloco no momento da intervenção”, salientou.

Por sua vez, a enfermeira Pilar Fernandez Lopez partilhou a experiência do Institut Català de Oncologia, em termos de Consulta de Enfermagem em Braquiterapia prostática, salientando o papel do enfermeiro radioterápico e a relevância das consultas telefónicas, como complementares às presenciais.

A importância de uma abordagem que inclua a Oncosexologia foi destacado por todos os palestrantes, na medida em que a disfunção sexual é um dos efeitos adversos mais frequentes na braquiterapia e um dos mais valorizados pelo doente.

**MESA II****O FUTURO HOJE****MODERAÇÃO**

Elisabete Soares, IPO Porto

**A Era Digital ao serviço dos Cuidados de Proximidade**

Paula Perez, Hospital Del Mar, Barcelona

**Administração de CART cell's e gestão de complicações imediata**

Fátima Penim, IPO Lisboa

**SobreViver Além do Cancro**

Rosa Ascensão, Radioterapia, IPO Porto

A era digital ao serviço dos cuidados de proximidade e os conceitos de pré-habilitação e reabilitação na abordagem dos sobreviventes de doença oncológica estiveram em destaque na segunda mesa do III Simpósio Ibérico de Radioncologia, moderada por Elisabete Soares, enfermeira do IPO do Porto.

A partir de Barcelona, a enfermeira Paula Perez, do Hospital del Mar, apresentou os resultados de um estudo observacional transversal prospetivo (entre 2018 e 2020) realizado pela sua equipa com o objetivo de medir a satisfação dos utentes face

à teleconsulta de enfermagem em Radioterapia, bem como analisar as variáveis sociodemográficas dos utentes utilizadores deste serviço.

“Apurámos que a idade média do utente de teleconsulta é de 58 anos (idade máxima: 82 anos) e que as radiodermites foram o principal motivo de consulta”, adiantou a enfermeira espanhola.

As vantagens deste modelo para doentes, profissionais e sistema de saúde são “inegáveis”, desde logo a rapidez e agilidade no acesso, bem como a prevenção das infeções nosocomiais em sala de espera, mas também uma “paradoxal” humanização dos cuidados apesar do uso da tecnologia. Ainda a registar como mais-valias da teleconsulta, a poupança em termos de custos com transportes e a redução da emissão de gases poluentes para a atmosfera.

A principal desvantagem, segundo Paula Perez, “é, sem dúvida, a falta de interoperabilidade dos sistemas informáticos entre hospitais”.

Em jeito de conclusão, a enfermeira referiu que “os doentes têm uma atitude recetiva face a este modelo, que aumenta a acessibilidade e equidade de cuidados e melhora a continuidade de cuidados, mas que exige uma personalização e permanece com o um complemento e não uma alternativa ao modelo presencial”.

“SobreViver Além do Cancro” foi o tema da apresentação de Rosa Ascensão, enfermeira de Radioterapia no IPO do Porto, que abordou as particularidades do sobrevivente de cancro e o conceito de pré-habilitação oncológica, cuja implementação – a par da reabilitação – se configura cada vez mais como uma boa prática na prestação de cuidados,

numa altura em que são crescentes as taxas de sobrevivência oncológica, bem como a preocupação com a qualidade de vida dos doentes, numa lógica de “dar mais vida aos anos e não apenas mais anos à vida”.

No que respeita às particularidades do sobrevivente oncológico, Rosa Ascensão salientou que “a maioria dos doentes oncológicos experiencia limitações físicas e cognitivas associadas à doença e a várias modalidades terapêuticas; estas morbilidades condicionam de modo importante a qualidade de vida dos mesmos; durante a radioterapia surge um momento favorável à promoção da saúde e prevenção da doença”. Segundo a enfermeira, o impacto do tratamento oncológico é grande e inclui problemas como alterações da imagem corporal, dor crónica, depressão, disfunção sexual, disfunções cognitivas, ansiedade, limitações funcionais, alterações de deglutição.

É precisamente aqui que entram dois conceitos fundamentais: “a rehab (reabilitação) e a prehab (pré-habilitação). Enquanto a reabilitação – cuja implementação na área oncológica em Portugal ainda não tem a dimensão desejável – “é a intervenção que mais ganhos pode ter em qualidade de vida, não descurando obviamente a intervenção terapêutica” e que deve ser “individual, multifatorial e adaptada à realidade do doente (realista)”, a pré-habilitação consiste na otimização da capacidade funcional do doente antes de começar os tratamentos, pelo que se intui como particularmente importante em Radioterapia.

De acordo com Rosa Ascensão, “muita evidência tem surgido nestas duas áreas complementares, que representam um continuum de intervenção desde o

momento do diagnóstico até ao paliativo, adaptado ao doente e à fase em que está, individualizado e flexível”. A este respeito, sugeriu a leitura do livro *Exercise Oncology*.

Como mensagens a reter, a enfermeira apontou:

- A preocupação com a qualidade de vida dos sobreviventes de cancro deve começar no momento do diagnóstico;
- A reabilitação deve estar presente em todas as etapas do processo de saúde/doença;
- A prescrição de exercício físico em Oncologia deve ser efetuada por profissionais habilitados;
- A Radioterapia é um dos momentos de excelência para promover comportamentos saudáveis.

### MESA III

#### RADIODERMITE: É HORA DE FALAR A MESMA LINGUAGEM!

##### MODERAÇÃO

**Albertina Santos**, Hospital Luz Lisboa

##### Olhar com Evidência

**Jorge Buedo Garcia**, Centro especialidades Juan Llorens, Conselleria de Sanidad; Generalitat Valenciana

##### Escala RTOG

**Marisa Matos**, Radioterapia, IPO Porto

##### Pratiqué e aplique

**Sylvie Gomes**, Radioterapia IPO Coimbra

**Sandra Russo**, Radioterapia IPO Lisboa

Uniformizar a avaliação da radiodermite é uma necessidade premente na prática da enfermagem oncológica, com o objetivo último de melhorar a qualidade da prestação de cuidados e ter um impacto positivo na qualidade de vida dos doentes. Falar a mesma linguagem – e fazer um registo também ele uniformizado dos dados – é igualmente imprescindível no sentido de avançar

para investigação nesta área.

Foi com esta premissa que se realizou a última mesa do III Simpósio Ibérico de Radioncologia, moderada por Albertina Santos, enfermeira do Hospital Luz Lisboa. A primeira apresentação, intitulada “Olhar com evidência”, incidiu sobre a avaliação objetiva como alternativa à avaliação visual (escalas) e coube ao enfermeiro Jorge Buedo Garcia, do Centro de Especialidades Juan Llorens, Conselleria de Sanidad (Generalitat Valenciana).

De acordo com o enfermeiro espanhol, “não existe um método de avaliação perfeito, nem subjetivo nem objetivo” e “as escalas de avaliação são uma ferramenta diária válida, mas dependente do observador”. É preciso ter em conta que “o fototipo da pele pode alterar a avaliação da escala” e, na avaliação, comparar sempre a pele irradiada com a pele não irradiada”.

Segundo Juan Llorens, “a vantagem da avaliação por meio de dispositivos é que estes registam alterações mensuráveis independentemente do observador, isto é, são obtidos valores numéricos”. Como desvantagem, “a avaliação objetiva requer uma análise subsequente dos resultados, pelo que não é muito rápida”, referiu.

A tradução, adaptação cultural e validação da escala de avaliação de radiodermite (RTOG) para o contexto português foi o tema abordado por Marisa Matos, enfermeira de Radioterapia do IPO do Porto. Esta é uma escala que contempla atualmente (desde revisão de 2018) 6 graus. Com recurso a casos práticos, a enfermeira descreveu estes graus e a aplicação na prática desta escala.

Também as enfermeiras Sylvie Gomes

e Sandra Russo, dos serviços de Radioterapia do IPO de Coimbra e do IPO de Lisboa, respetivamente, se apoiaram em casos clínicos para descrever a forma de avaliar a radiodermite, avaliação essa que deve basear-se em três aspetos: observação, relato do doente e contexto.

De acordo com estas profissionais, “diminuir a subjetividade neste contexto só se consegue com formação e com experiência e mesmo assim é difícil obter 100% de consenso”. Ainda assim, são perentórias: “Os enfermeiros jamais serão substituídos pela inteligência artificial!”.

## MEET THE EXPERT

### CUIDAR COM A ARTE: OS SABERES E NARRATIVAS VISUAIS DE RESISTENTES ONCOLÓGICAS

**Susana Noronha**, Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra

#### Apresentação

**Ana Paula Amorim**, Presidente AEOP

“A arte como forma de expressão e como terapêutica para quem está a vivenciar doença oncológica é um tema completamente diferenciador para nós, enfermeiros”.

Foi desta forma que a presidente da AEOP, Ana Paula Amorim, deu o mote para a sessão Meet the expert, apresentando a palestrante convidada da primeira mesa deste segundo dia de trabalhos: a professora e investigadora do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, Susana Noronha.

A doença da mãe – um sarcoma dos tecidos moles – levou a socióloga a sentir que “como filha, como mulher,

como investigadora, tinha que fazer algo de produtivo com esta experiência”. Oscilando entre a Antropologia e a Sociologia, lançou-se num olhar sobre projetos de arte levados a cabo por e com mulheres (fotografia), que refletem os saberes das pessoas com cancro e a sua criatividade. Percebeu que “a arte é um pedaço de cancro, não apenas uma representação; que não há distinção entre experiência e arte”. E assim, desta “mistura muito eclética” entre biomedicina e arte, nasceu uma nova ontologia.

De acordo com Susana Noronha, a arte tem o poder de “tirar o cancro de fora da pele: tornando-o replicável, partilhável, ao passar a experiência para o nível visual”. O grande impacto da fotografia, segundo a investigadora, “é o que ela traz de diferente: uma nova realidade dos corpos cicatrizados, operados, calvos, amputados... É a arte a construir sentido, uma história a ser contada e o cancro a ser desmontado de uma experiência individual para uma dimensão/narrativa social”.

No que respeita aos cancros terminais, o trabalho da palestrante mostra-nos que “o que sobra, na ligação com o mundo, é a arte”.

No seu doutoramento, Susana Noronha trabalhou no tema “Objetos feitos de cancro”, impulsionada pela necessidade de perceber o impacto dos objetos biomédicos, mas não só, na experiência oncológica. “As primeiras/emoções sensações do que é ter um cancro acontecem no contacto com estas materialidades (no papel do diagnóstico, na cadeira da sala de espera)”, apontou a socióloga, que investigou ainda a carga

emocional dos objetos que as visitas levam aos doentes internados (como fotografias de familiares ou ursos de peluche), bem como a carga deixada nos objetos pertencentes ao doente e que ficam quando este morre.

“A forma como complementamos os objetos e eles a nós, levou-me ao conceito da terceira metade das coisas”, revelou.

“Cancro sobre papel” foi uma das mais recentes investigações de Susana Noronha, baseada em conversas gravadas com oito mulheres que viveram uma experiência de doença oncológica. Com este trabalho – que desmontou a sua noção do que é ser inteiro/completo – a investigadora percebeu que o que sentimos e imaginamos também é real no processo de doença.

## SESSÃO EDUCACIONAL I

### PATIENT-REPORTED OUTCOMES (PROS): RESULTADOS EM ONCOLOGIA

#### MODERAÇÃO

António Mendes, IPO Coimbra;

Susana Miguel, IPO Lisboa

**Resultados do Projeto Maat em Cancro de Mama (Apoio Novartis)** Vanessa Leomaro, Hospital Fernando da Fonseca

**Avaliação da Qualidade de vida da Pessoa com doença oncológica** Sandra Ponte, CH Lisboa Oriental

**Resultados da não utilização da Sedação em doentes Pediátricos submetidos a RM**

Elisabete Sousa, IPO Porto

## SESSÃO EDUCACIONAL II

### GAMIFICAÇÃO E INOVAÇÃO EM ONCOLOGIA

#### MODERAÇÃO

Carla Fernandes, ESE Porto;

Bruno Magalhães, UTAD

**Gamificação na reabilitação do doente oncológico submetido a cirurgia abdominal major**

Isabel Alves, IPO Porto

**Jogos digitais terapêuticos para tratamento câncer (via Zoom)**

Kamila Rios, Brasil

**Utilização da Realidade Virtual em procedimentos clínicos em Oncologia**

Liliana Vasconcelos, IPO Lisboa

Gamificação em Oncologia: Que impacto em termos de outcomes?

Os enfermeiros Carla Fernandes e Bruno Magalhães, professores da Escola Superior de Enfermagem (ESSE) do Porto e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), respetivamente, foram os moderadores de uma sessão dedicada à discussão da utilização de inovação, mais concretamente de gamificação e realidade virtual, na abordagem do doente oncológico.

Isabel Alves, enfermeira do IPO do Porto, apresentou os resultados de um estudo realizado na instituição sobre uso de gamificação na reabilitação do doente oncológico submetido a cirurgia abdominal major. Os resultados do grupo de intervenção versus grupo de controlo mostram que a utilização desta tecnologia – exercício físico através de videojogos numa consola Wii – permitiu a redução da dor, fadiga, ansiedade e depressão, um aumento da função e do equilíbrio e uma melhoria da qualidade de vida.

A palestrante partilhou o feedback direto dos doentes relativamente ao uso da

gamificação, frases como: “Ficava divertida”, “Acelerou a minha mobilidade e melhorou o meu estado de espírito”, “Permitiu reduzir o tempo do meu internamento” ou “Foi muito benéfico para a minha recuperação”. Feedback esse que “nenhuma escala nos dá”, salientou.

A utilização da realidade virtual em procedimentos clínicos em Oncologia foi o tema trazido a Espinho pela enfermeira do IPO de Lisboa, Liliana Vasconcelos. De acordo com a palestrante, a realidade virtual tem indicações específicas em Oncologia, desde a gestão da dor e da ansiedade ao apoio e reabilitação.

“É um campo emergente ao nível de inovações tecnológicas que impactam a área da saúde, com impacto positivo nos resultados e na qualidade de vida”, concluiu a enfermeira, através da apresentação de casos práticos.

Por último, a professora do Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo, Kamila Rios, juntou-se em direto, a partir do Brasil, com dados que reforçam o impacto positivo de intervenções não farmacológicas como jogos digitais terapêuticos, desta feita na população oncológica pediátrica.

## SESSÃO ESPECIAL: #THINKINGENFERMAGEMONCOLÓGICA

#### MODERAÇÃO

Jorge Freitas, IPO Porto

Sandra Ponte, CH Lisboa Oriental

**Valoração de competências em Enfermagem Oncológica**

**Benchmarking de Boas Práticas clínicas**

Sergio Gomes, Diretor IPO Lisboa

João Moreira, Diretor IPO Coimbra

Fernando Monteiro, Diretor IPO Porto

Os diretores de Enfermagem dos três Institutos Portugueses de Oncologia (IPO) foram convidados a debater questões como a valorização das competências dos enfermeiros oncológicos, o benchmarking de boas práticas clínicas entre instituições e o investimento em inovação como fonte de motivação das equipas.

Na sessão, moderada pelos enfermeiros Jorge Freitas (IPO do Porto) e Sandra Ponte (CHLO), a assistência também foi chamada a participar, através da plataforma slido.com, partilhando as suas ideias inovadoras sobre como melhorar as práticas clínicas.

No que respeita à valorização de competências em Enfermagem Oncológica, Sérgio Gomes, do IPO de Lisboa, defendeu que “neste momento, a enfermagem tem condições para avançar com a especialidade de Oncologia”. Já Fernando Monteiro, do IPO do Porto, concorda que “devem haver competências acrescidas aos enfermeiros que trabalham em Oncologia, mas temos que ter noção do impacto da criação de mais uma especialidade em Enfermagem”. Por sua vez, Dora Neves, do IPO de Coimbra, destacou o facto de os enfermeiros dos IPO terem “ferramentas muito poderosas”, como a comunicação e a empatia, “mas que têm que ser trabalhadas de forma estruturada”.

Sobre o benchmarking de boas práticas, a enfermeira salientou que este é um bom instrumento de comparação com vista à melhoria que, no âmbito das instituições de saúde, faz mais sentido que seja implementado internamente. Neste sentido, para os três IPO, Dora Neves propõe um benchmarking cooperativo, reconhecendo que a implementação deste conceito não é fácil. Uma ideia parti-

lhada por Fernando Monteiro, que reconhece “dúvidas não de concretização, mas de concretização”.

Já Sérgio Gomes disse querer acreditar “que os três IPO vão ser capazes de encontrar os espaços e investigação necessários para fazer benchmarking”.

No plano da motivação dos profissionais, Dora Neves lembrou a importância do reconhecimento e do “salário emocional”, sublinhando que “enquanto profissionais precisamos de sentir que não somos mais um na instituição, mas que somos um”. E rematou: “Acredito que quaisquer que sejam os desafios que nos surgirem, se as decisões forem tomadas com foco naquilo que é a essência do que fazemos, serão seguramente boas decisões”.

Por sua vez, os enfermeiros Sérgio Gomes e Fernando Monteiro defenderam a relevância de “se criarem condições para que os enfermeiros tenham as suas expectativas apoiadas por nós, direções/gestores”, assim como de “se desenvolverem dinâmicas que levem a que os colegas se possam sentir envolvidos, criando projetos de formação e de investigação, seja nas componentes mais tecnológica ou mais relacional da prática.

Da parte da assistência, surgiram sugestões tão diversas como: candidaturas a fundos europeus, envolvimento em projetos institucionais, carreira interna de acesso à formação mediante a participação em projetos, figura do provedor dos IPO, fomento da investigação na área oncológica, importância dada à reabilitação, construção de redes de apoio na comunidade, contabilização das horas de participação em investigação, entre outras.

## SESSÃO EDUCACIONAL III

### PROJETOS INOVADORES EM PESSOAS COM CANCRO DA MAMA

#### MODERAÇÃO

**Joaquina Rosado**, ULS Norte Alentejano – Hospital Santa Luzia, Elvas

**Sara Jácome**, ULS Alto Minho - Hospital de Santa Luzia, Viana de Castelo

**Projeto educacional T-DXd 2023, nursHER: sharing is caring (Apoio AZ/DS)**

**Jorge Freitas**, IPO Porto

**Programa de Adesão à terapêutica oral (Apoio Novartis)**

**Anabela Amarelo**, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

**Reabilitação na cirurgia mamária**

**Jéssica Capitão**, ULS Alto Minho - Hospital Santa Luzia, Viana do Castelo

A inovação na abordagem da pessoa com cancro de mama é o fio condutor dos três projetos que foram apresentados na Sessão Educacional III, moderada pelas enfermeiras Joaquina Rosado (ULS Elvas) e Sara Jácome (ULS Alto Minho).

É também a marca do anticorpo-fármaco conjugado trastuzumab deruxtecano (T-DXd), cerne do projeto educacional T-DXd 2023, nursHER: sharing is caring, uma parceria entre a AEOP e a AstraZeneca/Daiichi Sankyo, apresentada em Espinho pelo enfermeiro Jorge Freitas.

Este é um projeto que visa a partilha de experiências a nível nacional e consiste na formação com foco na eficácia, segurança e manuseio das toxicidades do T-DXd em doentes com cancro de mama. Tem ainda como objetivo a criação de um Documento de Consenso na Gestão de Toxicidades/Guideline Nacional sobre o perfil de gestão de AE's ADC's (TDxd), cuja publicação

está prevista para o final de 2023.

Por sua vez, Anabela Amarelo, enfermeira do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, partilhou os resultados de um programa de adesão à terapêutica oral antineoplásica, que contou com o apoio da Novartis.

A palestrante começou por salientar as vantagens da medicação oral no contexto do tratamento oncológico. Desde logo, a autonomia, na medida em que permite que as pessoas sob tratamento oncológico administrem os seus próprios tratamentos na privacidade das suas casas, diminuindo a necessidade de vindas ao hospital. Mas também a preferência do doente – relacionada principalmente com a conveniência da administração, bem como com a redução percebida na interferência na vida quotidiana – e a perceção da eficácia, uma vez que para o doente, a preferência pode dever-se a um aumento na eficácia percebida e à toxicidade reduzida percebida desse método.

“Parece-nos que a existência de uma consulta de adesão realizada por uma equipa preparada e vocacionada com disponibilidade para acompanhar os doentes e as suas necessidades pode justificar também o sucesso da adesão ao tratamento oral”, referiu a enfermeira, a propósito dos resultados da sua consulta.

Como desafios e oportunidades da adesão ao tratamento oral, Anabela Amarelo destacou o facto de este ser autoadministrado pelo doente em ambientes não supervisionados. “Embora os doentes desempenhem um papel central para aderir ao tratamento, o ônus de otimizar a adesão recai sobre as partes interessadas nos cuidados de saúde. O objetivo é desenvolver

um sistema de suporte para envolver os doentes na adesão ao tratamento. Nisto, a especialização de uma equipa dedicada a este programa desempenha um papel crucial”, apontou.

Segundo a palestrante, “os enfermeiros devem saber sobre os medicamentos orais, incluindo uso, dose, efeitos secundários, restrições ou interações com dieta e outras medicações, já que a equipa de enfermagem pode ser fulcral no desenvolvimento de mecanismos que ajudarão na adesão do doente, segurança e educação”.

Importa também que “esta seja uma área de estudo e investigada por diferentes profissionais, nomeadamente quanto a estratégias para melhorar a adesão ao tratamento”, concluiu.

“Qual a influência da Enfermagem de Reabilitação na funcionalidade do membro superior da mulher mastectomizada?” foi a questão que serviu de mote ao trabalho cujos resultados a enfermeira Jessica Capitão (ULS Alto Minho) apresentou na AEOP16, que este ano tem como lema “Inovação e Excelência dos cuidados para melhores Resultados”. Nesta apresentação dedicada à reabilitação pós-cirurgia, foi focado o papel primordial da enfermagem no acompanhamento orientado e personalizado destes doentes, com a enfermeira a partilhar o feedback de uma das suas doentes: “O facto de ser acompanhada, numa fase pós-cirurgia, ajuda a doente a sentir-se mais confiante e a enfrentar o problema, de uma forma mais calma. Foi bom sentir que estava a ser acompanhada e que se tivesse alguma dúvida, podia entrar em contacto com a enfermeira. Este apoio torna-se fundamental para qualquer doente que esteja a enfrentar problemas de saúde, por essa razão considero

importante que este tipo de trabalho realizado, neste caso, pela enfermeira Jéssica continue e seja implementado em grande escala”.

## SESSÃO EDUCACIONAL IV

### MIELOMA MÚLTIPLO, O QUE EXISTE DE NOVO

#### MODERAÇÃO

Cristina Lacerda, IPO Lisboa  
Inês Frade, Hospital da Luz

#### Modelo de Enfermagem em Radiologia de Intervenção

Davide Fernandes, IPO Porto

#### Modelo de Enfermagem em Ostomias de Eliminação

Ana Almeida, IPO Porto

#### TKIs: Como intervir na gestão das complicações

Ana Afonso, Centro H Algarve

Numa edição dedicada à “Inovação e Excelência dos cuidados para melhores resultados” não podia faltar na AEOP16 uma sessão dedicada aos desenvolvimentos diagnósticos e terapêuticos mais recentes, com os enfermeiros oncologistas a provar que, na sua prática diária, não têm passado ao lado dessa informação. Antes, têm abraçado o desafio com dinamismo e rigor.

O modelo de enfermagem em Radiologia de Intervenção, partilhado em Espinho pelo enfermeiro Davide Fernandes, do IPO do Porto, é exemplo disso mesmo. Sendo a Radiologia de Intervenção essencial no diagnóstico (inicial, estadiamento e reestadiamento) e no tratamento (curativo e paliativo; resultante da doença ou da iatrogenia) e o papel da enfermagem cada vez mais central neste contexto, em sede de equipa multidisciplinar, Davide Fernandes apresentou um guia desenvolvido com chancela da AEOP nesta área: “Domínios de Intervenção

da Enfermagem Oncológica em Radiologia de Intervenção”.

De acordo com o enfermeiro, “pretende-se que seja um documento de referência para os enfermeiros que trabalhem em serviços de Radiologia de Intervenção, uniformizando deste modo, procedimentos e cuidados de enfermagem seguros, assentes em conhecimento científico atual e que suporte a prática clínica”.

Para o futuro próximo, o palestrante delineou um conjunto de metas para a atuação do enfermeiro no campo da Radiologia de Intervenção, que passam pela definição do escopo de intervenção (determinação de características que enquadram competência diferenciada na conceção de cuidados), pelo incentivo à produção científica pela diferenciação ao nível do contexto clínico (prática baseada na evidência) e por uma conceção menos tecnicista e orientada para “patient-centered care”.

Na sessão moderada pelas enfermeiras Cristina Lacerda (IPO de Lisboa) e Inês Frade (Hospital da Luz), Ana Almeida, enfermeira do IPO do Porto apresentou um modelo de enfermagem em ostomias de eliminação, bem como um consensus paper nesta área.

“Este documento tem como finalidade fornecer um conjunto de recomendações baseadas na evidência científica para a conceção e implementação de cuidados à pessoa ostomizada; padronização de cuidados para apoio aos profissionais, que no contexto da sua prática clínica contactam com doentes com diferentes tipos de ostomias de eliminação nos diferentes níveis de cuidados; linhas orientadoras para perceber as particularidades do doente oncológico, servindo de refe-

rência de apoio à decisão”, salientou a enfermeira. “Partindo do pressuposto do cuidado centrado na pessoa, este documento orientador permitirá ao profissional de saúde construir cuidados individualizados, traçando um caminho com base no que a pessoa espera do seu tratamento e equipa de saúde”, acrescentou.

Segundo Ana Almeida, “os resultados desta linha de consenso vão ao encontro do que determina o exercício da enfermagem oncológica, descrito no regulamento da Ordem dos Enfermeiros, valorizando a investigação como contributo. Apresenta intervenções que asseguram um processo de transição, promovendo a qualidade dos cuidados prestados, consolidando o conhecimento nesta temática”.

É objetivo principal deste consensus paper “servir de orientação ao planeamento de recursos e cuidados de enfermagem específicos à pessoa submetida a ostomia”, adiantou a palestrante. Alicerçada por uma revisão da literatura, conduzida por um grupo diversificado de peritos na área, este documento veicula informações consensuais, baseadas na evidência, que promovem a aquisição de conhecimento científico e que podem ser utilizadas diariamente e com segurança em contexto de prática clínica.

A inovação terapêutica, sempre presente no dia a dia do enfermeiro oncológico, não ficou de fora e a gestão das complicações em doentes tratados com TKI foi abordada pela enfermeira Ana Afonso, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, em representação do Workgroup das Terapêuticas Sistémicas Antineoplásicas.

Os TKI são um subtipo das terapias-alvo, que atuam interrom-

pendo as vias de transdução de sinal das proteínas cinase através da sua inibição. “Os eventos adversos são diferentes e menos intensos, apresentando desafios aos enfermeiros oncológicos”, alertou a enfermeira, explicando que “a necessidade de redução de dose ou interrupção do tratamento pode comprometer a sua eficácia”.

Ciente de que a gestão precoce e individual dos sintomas associados ao tratamento assegura melhores resultados em saúde e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida para os doentes, Ana Afonso frisou a importância de “identificar e gerir o mais precocemente possível os eventos adversos, para obter melhores resultados em saúde”.

Neste sentido, o papel dos enfermeiros oncológicos é central na monitorização da adesão terapêutica, dos sintomas associados à doença ou dos eventos adversos dos fármacos; na promoção da capacitação do doente, da família/cuidadores na identificação precoce dos eventos adversos e na comunicação dos mesmos à sua equipa de saúde; na identificação de estratégias para o desenvolvimento de competências de autocuidado, na gestão da doença e dos eventos adversos associados aos tratamentos.

## LABORATÓRIO DE IDEIAS CRIATIVAS

### MODERAÇÃO

**Fernanda Conceição**, Fundação Champalimaud;

**Joana Silva**, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

### (Sobre)viventes em Oncologia

**Sara Gomes**, IPO Coimbra

### Ipalliumhope

**Sara Cruz**, IPO Porto

O Laboratório de Ideias Criativas é uma iniciativa da AEOP dirigida aos enfermeiros oncológicos, onde se pretende que estes profissionais participem com ideias criativas e soluções inovadoras, contribuindo desta forma para o desenvolvimento e visibilidade da Enfermagem Oncológica em Portugal.

Na segunda edição desta iniciativa, foram dois os projetos candidatos: (Sobre)viventes em Oncologia, de Sara Gomes (IPO de Coimbra) e IpalliumHope, de Sara Cruz (IPO do Porto). As moderadoras da sessão de apresentação destes trabalhos, Fernanda Conceição (Fundação Champalimaud) e Joana Silva (CHVNGE) apelaram à participação dos colegas nesta iniciativa da AEOP que visa “dar espaço à criatividade, tão abundante na prática dos enfermeiros, uma classe inventiva e capaz de fazer muito com muito pouco”.

O projeto (Sobre)viventes em Oncologia aborda “o impacto do desafio que a Oncologia nos lançará nos próximos anos, fruto do aumento das taxas de sobrevivência oncológica”, salientou Sara Gomes. Consiste num guia de apoio a sobreviventes oncológicos, que compila a mais variada informação neste domínio. Por sua vez, o projeto IpalliumHope consiste

numa app sobre Cuidados Paliativos, cujo desenvolvimento decorre de um projeto de investigação de Sara Cruz no ICBAS. Trata-se de uma plataforma informativa e de web-help (desde maio de 2022) disponível 24 horas/dia.

Ambos os projetos – um totalmente “analógico” e o outro totalmente digital – foram vencedores nesta edição do Laboratório de Ideias Criativas da AEOP.

## BEST OF DE BOAS PRÁTICAS E INVESTIGAÇÃO

### MODERAÇÃO

**Elisabete Valério**, IPO Porto

**Cristina Santos**, CHU Coimbra

Os três melhores trabalhos na área de Boas Práticas e os três melhores na área de Investigação da AEOP16 foram apresentados numa sessão moderada pelas enfermeiras Elisabete Valério (IPO do Porto) e Cristina Santos (CHUC)

Na área das Boas Práticas, o destaque vai para os trabalhos “Conhecimentos e práticas dos enfermeiros sobre administração de terapêuticas anti-neoplásicas”, de Ivo Paiva (IPO de Coimbra) e Isabel Moreira (ESE de Coimbra), “O desafio da informação digital”, de Paula Amaro (CHUC) e Catarina Rodrigues (CHUC), e “Autorregulação das emoções: intervenção psicoterapêutica de grupo para mulheres com cancro de mama”, Ana Rosado (Hospital Beatriz Ângelo).

O primeiro permitiu a identificação de domínios e áreas com necessidade de intervenção prioritária em termos de formação e o subsequente desenvolvimento de um programa de formação online, por módulos avaliados de

forma individual e revalidação a cada quatro anos. Por sua vez, o segundo consiste num site desenvolvido com o objetivo de aumentar a literacia digital dos doentes e que permitiu facilitar a autogestão da doença, assegurar a continuidade de cuidados e diminuir complicações e internamentos.

No terceiro projeto de Boas Práticas, a autora destacou a forma como este trabalho permitiu a introdução de intervenção no âmbito de saúde mental e efeitos positivos (como o empoderamento e uma maior consciencialização face ao processo vivenciado), apesar da reduzida amostra.

No plano da Investigação, foram destacados os trabalhos “Náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia: Intervenção de enfermagem no autocuidado”, da autoria de Patrícia Martins (Centro Hospitalar Barreiro/Montijo), Maria Alexandra Costa (ESE Lisboa) e Luísa Barbosa (Centro Hospitalar Barreiro/Montijo); “Pessoas com neuropatia periférica induzida pela quimioterapia: da avaliação aos registos”, dinamizado por Sandra Batista (IPO de Coimbra), Rui Gonçalves (ESE de Coimbra), Helena Domingues (IPO de Coimbra) e Filipa Ventura (ESE Coimbra); e “Determinantes da Experiência vivida de conforto do sobrevivente a transplante alogénico de células progenitoras de hematopoiese”, com Lúcia Bacalhau e Patrícia Sousa (ICS Lisboa/Universidade Católica Portuguesa) como autoras.

“Que intervenções de enfermagem de prevenção e gestão sintomática promovem o autocuidado do doente com náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia (NVIQ)?” foi a questão que serviu de ponto de partida

ao primeiro trabalho, por ter sido identificada uma ausência de estratégia ajustada de avaliação, prevenção e gestão de NPIQ.

Os contributos do segundo estudo para a prática clínica de enfermagem são, entre outros, “a sensibilização para a importância de registos que ilustrem todas as intervenções de enfermagem e a parametrização no sistema de registos da avaliação e intervenção na pessoa com NPIQ”, sublinhou a autora, deixando como sugestões para (futuras) ações no âmbito da investigação: o estudo do impacto da NPIQ na pessoa e alterações nas AVD e AIVD, o desenvolvimento de algoritmos de intervenção/encaminhamento em função do grau de NPIQ diagnosticada e o mapeamento de estratégias preventivas ao desenvolvimento da NPIQ.

Na apresentação do último projeto, a autora salientou o facto de os resultados do mesmo “alertarem para determinantes da experiência de conforto intrínsecos à doença, à pessoa e ao ambiente de cuidados hospitalares”.

## SESSÃO EDUCACIONAL V

### IMUNOTERAPIA NO CANCRO PULMÃO NPC: O QUE EXISTE DE NOVO EM PRIMEIRA LINHA

#### MODERAÇÃO

**Esmeralda Barreira**, IPO Porto  
**Inês Claro**; CHUA – Hospital de Portimão

#### Como estamos atualmente

**Sofia Marques**, Hospital Sousa Martins  
Guarda

#### Tratamento de primeira linha

**Vanda Miranda**, Hospital Santa Maria

#### Gestão de toxicidades Major

**Raquel Chemela**, IPO Lisboa

A resposta a esta questão foi dada pelas enfermeiras Sofia Marques,

do Hospital Sousa Martins, Vanda Miranda, do Hospital Santa Maria, e Raquel Chemela, do Hospital de Dia Hemato-Oncologia do IPO de Lisboa, na última Sessão Educacional da AEOP16, moderada por Susana Gonçalves, do IPO do Porto, e Inês Claro, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

Sobre a utilização de imunoterapia no cancro do pulmão de não pequenas células (CPNPC), Sofia Marques descreve que esta “emerge como um promissor tratamento, através da alteração do microambiente do tumor e bloqueio da evasão ao sistema imunitário, combatendo o crescimento e desenvolvimento neoplásico”. Deste modo, adiantou, “e sendo o sistema imunitário o meio utilizado, consegue-se obter não só especificidade, como também memória imunológica”.

A enfermeira partilhou ainda alguns conceitos a propósito da PD-L1 como biomarcador preditivo de resposta à imunoterapia, frisando que “apesar da sua utilidade clínica, a sua performance está longe de ser a ideal”. De acordo com Sofia Marques, “existem vários testes aprovados para a sua determinação, no entanto estes não têm a mesma sensibilidade nem reprodutibilidade”. Assim sendo, “menos de metade dos pacientes selecionados para tratamento em monoterapia com base nos valores de PD-L1 beneficiam com o tratamento e há doentes respondedores com ausência de expressão de PD-L1”.

A palestrante terminou com o foco direcionado para a importância da evolução no sentido da medicina de precisão, na senda de um tratamento cada vez mais personalizado, na medida em que “não há doenças, nem há doentes, mas pessoas com cancro do pulmão”.

Numa apresentação dedicada ao tratamento de primeira linha, Vanda Miranda abordou o papel do cemiplimab no CPNPC, explicando que este medicamento está indicado como monoterapia no tratamento de primeira linha de doentes adultos com CPNPC e com PD-L1 (em  $\geq 50\%$  das células tumorais), sem mutações EGFR, ALK ou ROS1, que têm CPNPC localmente avançado e que não são candidatos para quimiorradioterapia definitiva e CPNPC metastático.

Este anticorpo monoclonal foi concebido para reconhecer e ligar-se a um recetor (alvo) denominado PD-1 que se encontra em determinadas células do sistema imunitário denominadas células T. As células cancerígenas podem produzir proteínas (PD-L1 e PD-L2) que se ligam a esse receptor (PD-1) e desligam a atividade das células T, impedindo-as de atacar o cancro. Ao ligar-se ao recetor, o cemiplimab impede que o PD-L1 e o PD-L2 desliguem as células T, aumentando assim a capacidade do sistema imunológico de destruir as células cancerígenas.

Com base na evidência decorrente dos ensaios clínicos com o fármaco, Vanda Miranda afirmou que “pacientes que revelam PD-L1  $\geq 50\%$  tratados com cemiplimab revelaram melhores resultados, com a mediana de sobrevida livre de progressão a ser de 8,1 meses vs. 5,3 meses (com quimioterapia); cemiplimab revelou uma maior taxa de resposta objetiva e uma duração da resposta mais longa em comparação com a quimioterapia”.

Segundo a enfermeira, “os resultados sustentam com evidência as vantagens na escolha de cemiplimab como terapia de 1.ª linha em detrimento da quimioterapia para pacientes com

CPNPC (avançado/metastático e com PD-L1  $\geq 50\%$ ).

Ainda de salientar que, resultados do Empower-Lung 1 sugerem que pacientes com altas proporções de PD-L1 (especialmente  $\geq 90\%$ ) podem ser candidatos ideais para monoterapia com cemiplimab, já que esta opção pode fornecer a melhor relação risco-benefício em comparação com a quimioterapia.

“Os resultados do Empower Lung 1 suportam a hipótese de que a imunoterapia prévia pode aumentar a sensibilidade do tumor à quimioterapia subsequente”, concluiu Vanda Miranda.

Por fim, a gestão de toxicidades major com cemiplimab no tratamento do carcinoma espinocelular cutâneo e do CPNPC foram abordados por Raquel Chemela, que deixou duas mensagens-chave: “os ensaios clínicos apoiam o uso de cemiplimab como terapia de 1.ª linha no tratamento do CPNPC avançado, no que concerne ao estado de saúde global e à qualidade de vida, com redução de carga de sintomas” e “a gestão das toxicidades inicia-se na primeira consulta de enfermagem e as medidas não farmacológicas devem ser prescritas pelo enfermeiro oncologista”.

## SESSÃO ESPECIAL

### «ARTES» DO CUIDAR EM ONCOLOGIA

Marine Antunes

#### APRESENTAÇÃO

Susana Silva, IPO Porto

É sobrevivente oncológica. Mas é muito mais que isso. Marine Antunes é comunicadora, humorista, autora do projeto pioneiro Cancro com Humor. Tem ajudado doentes oncológicos (nacionais e internacionais) através dos seus livros,

palestras motivacionais e ações criativas, como, por exemplo, a série “À Procura do True Power” ou a sua própria comunidade que vive sob o mote: “É possível ser feliz no caos”.

No que respeita à escrita, além dos vários livros do projeto Cancro com Humor, editou o divertido livro Teorias de Uma (Not) Atinadinha, foi autora da banda desenhada É de Se Lhe Tirar o Chapéu, e mais recentemente do Manual para Descomplicar o Cancro. Em coautoria com o seu marido, o ator e humorista Tiago Castro, lançou o projeto Se Podes Sonhar, Podes Concretizar, para o público juvenil, tendo chegado a mais de 18 mil jovens com um enorme sucesso.

Na AEOP16, numa sessão com apresentação da enfermeira Susana Silva (IPO Porto), Marine Antunes mostrou como o humor pode ser uma ferramenta útil para lidar com a doença oncológica e instigou os enfermeiros e profissionais de saúde a não terem medo do humor. “Ele não é incompatível com a vossa profissão”, garantiu.

“Utilizar o humor para falar de cancro ainda é visto como leviano. Mas, não é leviano, é leve!”, sustentou.

Consciente de que “não podemos escolher tudo o que nos acontece, mas podemos escolher como reagir ao que nos acontece”, a palestrante apontou o humor como uma ferramenta de relativização, frisando que “não somos vítimas das nossas circunstâncias”.

Marine Antunes terminou com um agradecimento a todos os enfermeiros, na figura do enfermeiro que a acompanhou no seu processo de doença oncológica e cuja empatia – palavra que jura ser a sua preferida – lhe salvou a vida.



**AEOP**

FIGUEIRA FOZ, 23-25 MAIO 2024



**SAVE THE DATE!**

