

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em**  
**Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção de**  
**Enfermagem Oncológica**  
Relatório de Estágio

**Preparação da Alta da Pessoa com Doença Oncológica:  
Intervenções de Enfermagem**

**Eva Margarida Oliveira Almeida**

**Lisboa**

**2017**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em**  
**Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção de**  
**Enfermagem Oncológica**  
Relatório de Estágio

**Preparação da Alta da Pessoa com Doença Oncológica:  
Intervenções de Enfermagem**

**Eva Margarida Oliveira Almeida**

Orientador: Professora Patrícia Vinheiras Alves

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Give a man a fish and you feed him for a day.  
Teach him how to fish and you feed him for a lifetime.”*

Lao-Tsé

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho resulta de um esforço conjunto das pessoas que direta ou indiretamente nele colaboraram e que partilharam o seu tempo e a sua sabedoria para que este percurso fosse possível. Agradeço:

À minha orientadora Professora Patrícia Alves, pela disponibilidade, pelo incentivo, pelas críticas que me levaram sempre a fazer mais e melhor.

Às enfermeiras Sandra Neves, Cláudia Ferreira, Mónica Pinto e Raquel Batista por nos diversos contextos me terem feito sentir membro das equipas de enfermagem que integram, partilharem comigo a sua sabedoria e tornarem possível a concretização deste percurso.

Aos meus colegas de especialidade, por tudo o que me ensinaram, pelo apoio e incentivo e em especial à Daniela pela amizade e pela partilha.

A todos os profissionais que contribuíram para a concretização deste trabalho e contribuem para a melhoria continua da preparação da alta da pessoa com doença oncológica.

Às pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares com quem tive a oportunidade de me cruzar durante este período, obrigada pelas partilhas e pela confiança.

À minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão a quem devo o que sou, pelo exemplo de vida, pelo amor incondicional, pela força, pelo incentivo, pela compreensão das ausências, pelo apoio. Sem eles este percurso não teria sido possível. À minha mãe pela paciência para ler os trabalhos sem fim e pelas sugestões sempre oportunas.

Ao Nuno, pelo amor, pela compreensão, pela colaboração, pelo companheirismo, pela força, por compreenderes as minhas presenças ausentes, pelo tempo que não partilhamos juntos.

À Maria, por tudo o que me ensina diariamente sem se aperceber, pelo amor único e incondicional e pela força que sem saber me deu para continuar.

À minha família e aos meus amigos, pelo apoio e compreensão pelas minhas ausências e em especial, à Liliana pela amizade, pela colaboração e pelas reflexões.

À minha equipa de trabalho, por me terem tornado possível a frequência deste curso, pela motivação, pela partilha, pelas sugestões e pela compreensão.

A todos, o meu MUITO OBRIGADA!

## RESUMO

A preparação da alta hospitalar da pessoa com doença oncológica deve ser efetuada de forma planeada e sistematizada, com a participação ativa da pessoa com doença oncológica e dos cuidadores, sendo a intervenção do enfermeiro neste âmbito crucial, contribuindo para uma maior sensação de segurança da pessoa com doença oncológica e cuidadores, para a redução do tempo de internamento, do número de reinternamentos não programados e para a melhoria da coordenação dos serviços após a alta. Para que o enfermeiro esteja apto a preparar adequadamente a alta da pessoa com doença oncológica, é necessário que desenvolva competências nesse âmbito. Da reflexão sobre a minha prática e sobre o que observo no serviço onde trabalho e das conversas informais com os colegas, surgiu a necessidade de desenvolver competências nesta área e contribuir para a melhoria dos cuidados no serviço onde trabalho, tendo delineado como temática do trabalho “Preparação da alta da pessoa com doença oncológica: intervenções de enfermagem”. O presente relatório, efetuado no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção de Enfermagem Oncológica da ESEL, apresenta uma análise crítica do percurso realizado nos estágios, em três contextos distintos: Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A, Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B e Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A. Neste percurso, realizado a partir da metodologia de projeto, utilizei a pesquisa bibliográfica, a observação da prática, a prestação de cuidados, a reflexão na e sobre a ação com os pares e escrita, a construção de documentos de apoio aos enfermeiros e aos cuidadores e a formação. Com este percurso desenvolvi competências comuns de enfermeiro especialista e específicas em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, segundo a OE. Desenvolvi também competências definidas pela EONS e as preconizadas para o 2º Ciclo. Contribuí para a melhoria dos cuidados, no âmbito da preparação da alta da pessoa com doença oncológica, no serviço onde trabalho, dando os primeiros passos com vista à implementação da preparação estruturada da alta da pessoa com doença oncológica, cuja implementação pretendo concluir no futuro.

**Palavras chave:** alta do doente; doente oncológico; intervenções de enfermagem.

## **ABSTRACT**

The preparation for hospital discharge of an oncological patient should be systematically planned and performed with the active participation of the patient and its family caregivers. In these cases, the nurse intervention can be crucial, since it can reduce the length of the hospital admission, the number of non-scheduled reinstatements and can also improve the hospital services. In order to accomplish this, a nurse must develop specific skills to handle these situations. From my perspective, as a nurse and a person deeply involved in the dynamics of a hospital, it was clear that I had to acquire further knowledge in order to enhance myself and the service I work. For this reason, this report addresses the "Nurse Intervention in the Discharge planning process of an oncological patient". The following report was written within the scope of the 5<sup>o</sup> degree in the Nursing Master's Degree, Specialization on Medical-Surgical Nursing (Oncological Nursing option provided by ESEL), and presents a critical description of my three internships in: Home palliative care in Hospital A; Oncological pneumological service in Hospital B and Oncological medical specialties service in Hospital A. For this course, the methodology I used focuses on bibliographic research, practical observation, care provision, practical and written reflection, construction of supporting documents for the nurses and the caregivers, and the training. In this journey I develop the skills a nurse must have to deal with the chronic and palliative situations, stipulated by the OE, the EONS and the Master's. This dissertation aims to contribute to the improvement of patients affected by oncological diseases, specifically during their discharge process. It represents an improvement in the right direction for the implementation of planned preparation in the discharge process of oncological patient context.

**Keywords:** patient discharge; oncological patient; nurse intervention.

## **LISTA DE SIGLAS**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

Dec. – Decreto

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Enf. – Enfermeiro

EONS - European Oncology Nursing Society

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EV – Endovenoso

G-CSF – Granulocyte Colony Stimulating Factor

h – Horas

HT – Hormonoterapia

ICN – International Council of Nurses

Kg – Quilogramas

Nº – Número

NHF – Necessidades Humanas Fundamentais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PL – Punção Lombar

PO – Per Os (via oral)

QT – Quimioterapia

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RORENO – Registo Oncológico Regional do Norte

RT – Radioterapia

SC - Subcutânea

s.d. – sem data

sic – segundo informação do cliente

SNG – Sonda Nasogástrica

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS</b> .....	22
<b>1.1. Estágio I – Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A</b> ....	22
<b>1.2. Estágio II – Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B</b> .....	34
<b>1.3. Estágio III – Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A</b> .....	47
<b>2. AVALIAÇÃO</b> .....	58
<b>CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS</b> .....	65
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	68

## APÊNDICES

**APÊNDICE I** – Caracterização dos Locais de Estágio

**APÊNDICE II** – Registo das necessidades e facilidades sentidas pela pessoa com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio após a alta

**APÊNDICE III** – Análise sobre os aspetos a melhorar na preparação da alta no serviço onde trabalho

**APÊNDICE IV** – Reflexão sobre evento significativo – Sra. R

**APÊNDICE V** – Reflexão sobre evento significativo – Sr. V

**APÊNDICE VI** – Conferência: “O apoio à família em cuidados paliativos”

**APÊNDICE VII** – Conferência: “A proximidade e humanização em fim de vida”

**APÊNDICE VIII** – Momento de Partilha

**APÊNDICE IX** – Notas de Estágio

**APÊNDICE X** – Esquematização da preparação da alta - Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B

**APÊNDICE XI** – Folha de Registo de Enfermagem da Preparação da Alta - Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B

**APÊNDICE XII** – Dossier da Preparação da Alta - Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B

**APÊNDICE XIII** – Folha de esquema de terapêutica

**APÊNDICE XIV** – Preparação da Alta

**APÊNDICE XV** – Reflexão sobre evento significativo – Sr. AP

**APÊNDICE XVI** – Esquematização da preparação da alta - Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A

**APÊNDICE XVII** – Folhas de Registo de Enfermagem da Preparação da Alta - Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A

**APÊNDICE XVIII** – Guia Orientador: Preparação da Alta da Pessoa com Doença Oncológica

**APÊNDICE XIX** – Cuidar da Pessoa Dependente na Satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais: Orientações para os cuidadores

**APÊNDICE XX** – Apresentação dos instrumentos construídos à equipa de enfermagem

**APÊNDICE XXI** – Reflexão sobre evento significativo – Sr. C

**APÊNDICE XXII** – Dossier da Preparação da Alta - Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A

**APÊNDICE XXIII** – Reflexão: A Alta de Enfermagem

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi elaborado no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção de Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste Relatório de Estágio pretendo uma análise crítica do percurso que realizei ao longo do 1º Semestre do 2º Ano do Curso, com vista ao desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, contribuindo para a melhoria dos cuidados no serviço onde trabalho. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, Enfermeiro Especialista é

o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, p. 2960).

Além das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), dada a área de intervenção desta Especialidade ser a Enfermagem Oncológica, visa também desenvolver Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011) e competências presentes no Cancer Nursing Curriculum da European Oncology Nursing Society (EONS, 2013).

Ao iniciar a elaboração de um Projeto de Estágio, refleti sobre a minha prática e sobre o que observo no serviço onde trabalho (Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas), no sentido de identificar uma área que tivesse necessidade de aprofundar para melhorar a nível pessoal e profissional e contribuir para a melhoria dos cuidados, no serviço onde exerço funções como enfermeira (aspetos que abordarei adiante). Surgiu assim a temática do trabalho: “Preparação da alta da pessoa com doença oncológica: intervenções de enfermagem”.

Identificada a temática, comecei a realizar pesquisa bibliográfica sobre a mesma e constatei que a preparação da alta tem uma importante relevância para a pessoa com doença oncológica e família, como referirei mais pormenorizadamente.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2016, p. 7) “o cancro é uma das doenças do futuro (e do presente)”, cuja incidência de novos casos tem vindo a aumentar e que se prevê que assim continue (DGS, 2016) devido às “alterações

significativas da estrutura da pirâmide populacional e de alterações do estilo de vida” (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2014, p. 9). Em Portugal, de 2009 para 2010, verificou-se um aumento de 4,5% no número de casos de cancro (Registo Oncológico Regional do Norte (RORENO), 2016). Apesar deste aumento de novos casos, a verdade é que devido ao desenvolvimento da ciência e ao empenho dos profissionais, a sobrevivência das pessoas com cancro tem vindo a aumentar ao longo dos anos (DGS, 2014), havendo um aumento crescente dos sobreviventes de cancro com problemas clínicos e sociais particulares (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2013). Neste sentido, e tendo em conta que doenças crónicas são “doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidades/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados” (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2010), a OMS considera o cancro uma doença crónica.

Cancro e doença oncológica são usados muitas vezes como sinónimos, pois o cancro não é só uma entidade clínica, mas um conjunto de doenças oncológicas (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). O cancro é “provavelmente a patologia mais temida do mundo moderno” (Pereira & Lopes, 2002) e é definido pela World Health Organization (2014) como “*the uncontrolled growth and spread of cells. It can affect almost any part of the body. The growths often invade surrounding tissue and can metastasize to distant sites*”. O cancro tem um grande impacto na vida da pessoa<sup>1</sup> com doença oncológica, pois “não existe nenhuma dimensão da vivência que não seja afetada” (Pimentel, 2006, p. 11) e, conseqüentemente, também na da sua família<sup>2</sup> (Pais, 2004).

As pessoas com doença oncológica têm necessidades específicas, que é necessário ter presente quando cuidamos delas. As necessidades das pessoas com doença oncológica modificam ao longo do seu percurso de doença, são inúmeras e

---

<sup>1</sup> Pessoa, segundo Virginia Henderson (1994), é perspectivada como um indivíduo que precisa de assistência para obter saúde e independência ou uma morte tranquila. Refere, também, que corpo e mente são inseparáveis (Henderson, 1994). A pessoa, segundo Collière (1999), deve ser entendida na sua totalidade. Acrescento ainda a perspectiva da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012) de que a pessoa é um participante ativo na relação de cuidados. “Olhar para a pessoa, sujeito de cuidados, como alguém que “é doente”, pode consciente ou inconscientemente, limitar a expectativa de cuidados aos olhos do cuidador” (Coelho, 2013, p. 27).

<sup>2</sup> Família considera-se a “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (International Council of Nurses (ICN), 2011, p.115).

variam de dia para dia, pelo que é importante uma avaliação contínua das mesmas (Pascoal, 2010). No entanto, identificam-se algumas necessidades comuns às pessoas com doença oncológica, tais como a necessidade de: informação; expressão de sentimentos; suporte social; alívio de sintomas; promoção do conforto físico e do bem-estar (Sanson-Fisher, Girgis, Boyes, Bonevski, Burton & Cook, 2000). Algumas destas necessidades surgem decorrentes da progressão da doença e, também, das várias opções terapêuticas utilizadas para o tratamento ou controlo do cancro, que podem ser realizadas isoladamente ou em conjunto e das quais se salientam: a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia, os modificadores da resposta biológica e a hormonoterapia (Costa, Magalhães, Félix, Costa & Cordeiro, 2005). Os tratamentos com quimioterapia podem ser realizados em ambulatório ou em internamento, consoante o tipo de tratamento realizado e os fármacos utilizados. Outros tratamentos, como a cirurgia, requerem, na maioria das vezes, internamento. Contudo, para além dos tratamentos, outras das causas de internamento da pessoa com doença oncológica são os efeitos secundários dos tratamentos com quimioterapia, como a neutropenia febril, a mucosite e radiodermite graves, as infeções, a insuficiência renal, entre outros, que requerem vigilância e cuidados permanentes (Costa et al, 2005). A progressão da doença e o agravamento do estado geral das pessoas com doença oncológica são também outras das diversas causas de internamento.

Um internamento pressupõe, na maior parte dos casos que, após resolvida a situação que o motivou, a pessoa tenha alta,

não só para evitar as complicações decorrentes da permanência prolongada no meio hospitalar e, para que seja mais fácil a reintegração da pessoa no seu meio habitual, mas, também para reduzir os custos do tratamento (Lopes, 2013, p. 103).

Podemos então dizer que a alta hospitalar “é a consequência (...) do internamento e corresponde ao momento da saída do doente do hospital” (Rebelo, 2012, p. 206). Quando se fala em alta hospitalar, surgem várias hipóteses de alta: a alta do ambulatório e a alta do internamento; a alta para o domicílio e a alta para outra instituição. A alta a que me refiro ao longo do trabalho é a alta do internamento, que não é um ato isolado, é um processo (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI, s.d.), pelo que deve ser iniciada no momento da admissão da pessoa com doença oncológica, no serviço de internamento (Pompeo, Pinto, Cesarino, Araújo & Poletti, 2007; Pagliarini & Perroca, 2008). Ao longo deste

trabalho utilizarei o termo preparação da alta para me referir a todo o processo de preparação do regresso a casa da pessoa com doença oncológica, uma vez que, a preparação<sup>3</sup> da alta implica um planeamento<sup>4</sup> prévio da mesma, ou seja, fazendo um paralelismo com o processo de enfermagem, em que a etapa de planificação é a etapa em que se estabelece um plano de ação, se concebe e organiza uma estratégia de cuidados e a etapa de execução é a etapa no decurso da qual são realizadas as intervenções previstas no plano de cuidados para permitir à pessoa atingir os objetivos fixados (Phaneuf, 2001). Podemos considerar que a preparação da alta pressupõe que seja realizado previamente o seu planeamento. Sendo um objetivo final dos cuidados prestados no âmbito da alta, que a pessoa com doença oncológica e/ou o cuidador familiar estejam e se sintam preparados para assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio e, sendo que no processo de enfermagem a etapa da execução é antecedida de um conjunto de etapas, incluindo o planeamento, e precedida da avaliação, sem a qual não podemos perceber se a pessoa com doença oncológica e família se encontram ou não preparados para assegurar os seus cuidados no domicílio, considero ser mais englobante utilizar o termo preparação da alta.

“A alta é um trabalho multidisciplinar” (Rebelo, 2012, p. 230), cabendo ao enfermeiro fazer a articulação entre os profissionais que constituem a equipa multidisciplinar (Rebelo, 2012; Pompeo et al, 2007) que devem ter em mente que é “necessário que a alta hospitalar seja planeada e sistematizada” (Pompeo et al, 2007, p. 346), pois uma adequada preparação da alta é fundamental para reduzir o tempo de internamento, o número de reinternamentos não programados e melhorar a coordenação dos serviços após a alta (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2004; Shepperd, Lannin, Clemson, McCluskey, Cameron & Barras, 2013). Como refere Lopes (2013, p. 105), “o investimento em horas de cuidados de enfermagem para melhor preparação das pessoas para a alta pode reduzir os custos da utilização de serviços pós-alta”. Daqui podemos inferir que o investimento na preparação da alta é uma atividade que apresenta custo-benefício (Weiss, Yakosheva & Bobay, 2011), sendo para isso fundamental uma preparação adequada da alta para o sucesso da mesma (Shepperd et al, 2013), evitando reinternamentos que se podem prevenir. A

---

<sup>3</sup> Preparar significa, segundo a CIPE, “executar: fazer com que alguém ou alguma coisa fique pronto” (ICN, 2011, p. 99).

<sup>4</sup> Planear significa, segundo a CIPE, “coordenar: ponderar, ordenar, organizar previamente alguma coisa” (ICN, 2011, p. 99).

preparação estruturada da alta, tendo em conta as necessidades de cada pessoa, leva também a um aumento da satisfação da pessoa alvo dos cuidados (Shepperd et al, 2013). Tal como também refere Petronilho (2013, p. 40), “a preparação da alta hospitalar por parte da equipa multidisciplinar, como um método de planeamento de assistência bem estruturada, personalizada, com continuidade e sistematizada, pode levar a maior satisfação dos doentes”. A preparação da alta “visa capacitar o doente/família e garantir os cuidados de que o doente precisa nesta fase, de modo a que possa regressar à sua casa, com alguma segurança” (Rebelo, 2012, p. 211). Para se poder realizar uma adequada preparação da alta, é fundamental conhecer a pessoa e o seu contexto familiar. “Cada situação-problema é uma situação singular, que emerge na interação do enfermeiro com cada pessoa/ família doente, sendo complexas, globais e mutáveis” (Rebelo, 2012, p. 270).

A preparação da alta “desde V. Henderson (1969) é uma dimensão do cuidado a não descurar e concretiza uma função de enfermagem das mais nobres, a da educação para a saúde” (Rebelo, 2012, p. 208), pelo que é importante investir na preparação da alta. É fundamental que os enfermeiros tenham a perceção que a preparação da alta está inerente ao processo de cuidar e que é importante investir em atividades educativas, pois estas constituem um componente essencial para a independência, na satisfação das suas necessidades após a alta (Pagliarini & Perroca, 2008) sendo que

a inadequada preparação dos pacientes e familiares e a conseqüente insuficiência de conhecimento e informação referentes a muitos aspetos do cuidar no domicílio contribuem para o retorno de pacientes ao hospital com problemas que poderiam ter sido evitados ou mesmo controlados (Pagliarini & Perroca, 2008, p. 396).

A preparação da alta deve incluir, segundo Marcas (1994), citado por Shepperd et al (2013): o início na admissão; a elaboração de um planeamento da alta com base nas necessidades individuais da pessoa; a equipa multidisciplinar; a implementação do planeamento da alta que deve ser documentado; o acompanhamento (quando possível). Pagliarini & Perroca (2008) especificam, ainda, que a preparação da alta deve incorporar a educação à pessoa/família, mobilizando os recursos e serviços necessários, ao que acrescento que é importante mobilizar os recursos internos e externos da pessoa que possam facilitar a adaptação. De facto, na Carta de Direitos do Doente Internado (Direção-Geral da Saúde (DGS), s.d.), este tem direito à continuidade de cuidados. Para isso, antes da alta hospitalar, deve ser:

assegurada a continuidade de cuidados com as instituições que possam estar envolvidas; realizada a avaliação da situação social e financeira do doente; proporcionados os conhecimentos e informações essenciais aos prestadores de cuidados no domicílio, de preferência acompanhados de um documento escrito que poderão consultar em casa.

Estudos referem que a preparação da alta é fundamental em oncologia (Wilson, Pateman, Beaver & Luker, 2002). Leeuw, Prins, Merckx, Marres & Achterberg (2011) referem que há uma complexidade multifatorial na preparação da alta das pessoas com doença oncológica e que é importante que estas sejam participantes ativas no seu plano de cuidados, assim como os cuidadores familiares, quando necessário. Também na execução do planeamento efetuado, as pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares devem ser envolvidos, capacitando-os para a continuidade dos cuidados no domicílio, de acordo com as suas necessidades. A capacitação envolve um “processo de ensino-aprendizagem programado, espera-se que seja, também, sistematizado” (Petronilho, 2007, p. 76).

este processo apresenta três momentos distintos: (...) informação teórica, isto é, (...) intervenções do tipo ensinar/educar; (...) explicação e demonstração das técnicas por parte do enfermeiro (...), ou seja, intervenções do tipo instruir; (...) fazer sob a supervisão do enfermeiro (...), isto é, (...) intervenções do tipo treinar (Petronilho, 2007, p. 76).

É importante, então, perceber, para melhor as realizar, em que consiste este tipo de intervenções: educar, ensinar, instruir, treinar. Segundo a CIPE (ICN, 2011, p. 96) educar é “ensinar: transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém”. Ensinar é descrito na CIPE como “informar: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde” (ICN, 2011, p. 96). Segundo a CIPE (ICN, 2011, p. 97), instruir é descrito como “ensinar: fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa”. Por treinar, segundo a CIPE, entende-se “instruir: desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa” (ICN, 2011, p. 100).

A alta envolve uma ambiguidade de sentimentos por parte da pessoa internada. Por um lado, geralmente a alegria do regresso a casa, e por outro, a sensação de perda de acompanhamento e medo (Pompeo et al, 2007). Como refere Lopes (2013, p. 108), há uma “complexidade experiencial da pessoa que, regressa à sua vida após um internamento hospitalar”. Se em alguns casos a pessoa que tem alta necessita de uma intervenção menor por parte da família, em outros, é

necessária uma ajuda parcial ou total para a satisfação das suas Necessidades Humanas Fundamentais, sendo necessário um cuidador familiar que a ajude na sua satisfação aquando do regresso a casa e que, como tal, permita a continuidade de cuidados. Na generalidade, a pessoa com doença oncológica, não está sozinha, tem uma família e como Deters (2003) refere, o impacto fisiológico e psicológico do cancro, não é só na pessoa com doença oncológica, é também na sua família. As limitações físicas que comprometem a independência na satisfação das suas Necessidades Humanas Fundamentais, tornam a pessoa com doença oncológica dependente de alguém para a satisfação de necessidades que anteriormente eram realizadas pela própria pessoa, o que provoca na pessoa diferentes sentimentos (Pereira, 2013). Por outro lado, ser cuidador familiar “pode acontecer de forma imediata ou gradual, no entanto, é um papel nem sempre esperado ou escolhido por quem tem de o exercer” (Aneshensel, Pearlin, Mulan, Zarit & Whittlatch, 1995 citado por Pereira, 2013, p. 28) e tal como refere Petronilho (2007, p. 46) “a situação de cuidar por parte de um membro da família implica uma reorganização familiar e social que permita dar resposta a esta transição, assegurando de forma eficaz a continuidade de cuidados”. Segundo a Family Caregiver Alliance (2006), a pessoa que presta esses cuidados é designada como cuidador familiar, que é qualquer pessoa com uma relação significativa com, e que oferece uma ampla assistência a idosos, adultos com doença crónica ou incapacitante. Pode viver com ou separadamente da pessoa que recebe cuidados e não pode receber dinheiro. Assim, entende-se que é o cuidador familiar que, quando necessário e existente, permite a continuidade de cuidados no domicílio à pessoa com doença oncológica. As necessidades do cuidador familiar variam ao longo do continuum do cuidar. No entanto, Otto (2000) refere que as principais necessidades dos cuidadores familiares são: informação honesta e segura sobre diversos temas, nomeadamente, o tipo e extensão da doença, as razões subjacentes aos sintomas, que sintomas esperar, as necessidades físicas e psicológicas da pessoa com doença oncológica, os efeitos secundários dos tratamentos, os recursos comunitários; estratégias para tranquilizar e lidar com a fadiga da pessoa com doença oncológica; métodos para diminuir o stress do cuidador familiar; estratégias para lidar com a imprevisibilidade do futuro; formas de cooperar na alteração dos papéis; atividades que farão a pessoa com doença oncológica sentir-se importante; estratégias para manter uma vida familiar normal; estratégias para providenciar uma nutrição adequada. Na preparação da alta

hospitalar é importante ter presente, quer as necessidades da pessoa com doença oncológica, quer as necessidades do cuidador familiar.

Nem sempre o cuidador familiar “reúne os saberes adequados para continuar os cuidados em casa, requerendo, assim, orientação específica de um profissional de enfermagem” (Pereira, 2013, p. 31). É por isso fundamental a intervenção do enfermeiro na preparação da alta, nomeadamente na capacitação da pessoa com doença oncológica e cuidador familiar, quando necessário, para a continuidade de cuidados após a alta. Tal como frisa Pereira (2013, p. 23), o enfermeiro “é o membro da equipa multidisciplinar que mantém uma permanência constante e contínua junto do cliente, possibilitando a sua independência no autocuidado ou preparando o membro da família, no sentido da continuidade dos cuidados após o regresso a casa”. Para assegurarmos a continuidade de cuidados após a alta, é importante também iniciar-se a preparação da alta no momento da admissão da pessoa no internamento (Pompeo et al, 2007; Soong, Lee, Majewski, Nord, Wyman, Baker, Zacharopoulos & Bell, 2013; Fox, Persaud, Maimets, Brooks, O’Brien & Tregunno, 2013; Holland, Rhudy, Vanderboom & Bowles, 2012).

Em suma, a preparação da alta da pessoa com doença oncológica deve ser iniciada na admissão e visa capacitar a pessoa com doença oncológica e o cuidador familiar, se necessário, para a continuação dos cuidados no domicílio.

Trabalho no Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A. Segundo as estatísticas realizadas no Hospital A, a grande maioria das pessoas internadas tem alta para o domicílio. Aqui, na preparação da alta para o domicílio da pessoa com doença oncológica, cada enfermeiro a faz da forma que considera mais correta, não havendo uma estrutura que possamos ter presente e seguir, nem um registo que permita saber, de forma rápida e eficaz, o que já foi feito. Por exemplo, alguns enfermeiros identificam e conhecem o cuidador familiar, quando existente, mas essa informação nem sempre é transmitida aos restantes elementos da equipa de enfermagem, quer seja de forma oral, quer escrita. Por outro lado, pude verificar que os registos de enfermagem de admissão nem sempre denotam que foi iniciada a preparação da alta na admissão. Cada enfermeiro realiza a educação que considera oportuna à pessoa com doença oncológica e cuidador familiar (quando existente), não sendo esta realizada de forma planeada nem estruturada e também nem sempre é dada visibilidade ao que foi feito, ou seja, nem sempre é registado ou transmitido oralmente a educação realizada, o que leva a que alguns temas não

sejam abordados e outros possam ser exageradamente reforçados. Por vezes, ainda acontece, sermos informados que a pessoa internada tem alta clínica para o domicílio pouco antes de isso acontecer e, apressadamente, realizamos a educação que consideramos oportuna, não sabendo, em algumas das situações, a que já foi realizada anteriormente, o que considero ser uma situação geradora de ansiedade, quer para a pessoa internada e cuidador familiar (quando necessário e presente), quer para os enfermeiros. Efetivamente, percebe-se isto através de telefonemas que recebemos de pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares, relacionados com aspetos que deveriam ter sido incluídos na educação à pessoa com doença oncológica, na preparação da alta, ou seja, não há uma estruturação da educação a efetuar à pessoa e cuidador familiar e verifica-se que nem sempre as pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares são capacitados para a continuidade de cuidados no domicílio. Podemos, então, perceber que o problema não se centra apenas na educação, mas de uma forma mais abrangente, na preparação da alta, em que não há um planeamento e estruturação, não só da educação como elemento integrante durante o processo de preparação da alta, como do processo de preparação da alta no seu todo. A preparação da alta para o domicílio da pessoa com doença oncológica é um tema que preocupa a equipa de enfermagem. A partir de conversas informais, emergiu a importância de encontrar estratégias adequadas para preparar a alta da pessoa com doença oncológica de forma sistematizada e estruturada. Para isso, é importante perceber quais as intervenções de enfermagem na preparação da alta.

Para além da preparação da alta ser uma preocupação da equipa de enfermagem, é também uma preocupação pessoal. Segundo Pereira (2013), estudos realizados referem que há diferentes dificuldades na preparação da alta, nomeadamente: dificuldade no próprio processo de planeamento da alta, pois nem sempre as pessoas e os seus cuidadores são envolvidos; nem sempre a preparação da alta é iniciada na admissão; relacionadas com a falta de comunicação entre os profissionais de saúde, bem como a articulação entre o hospital e os serviços existentes na comunidade. Considero que, como enfermeiros, temos um papel primordial na preparação da alta, nomeadamente na capacitação da pessoa e cuidador familiar para a alta, de forma a minimizar as dificuldades da vivência da doença oncológica e a fim de dar continuidade aos cuidados, no regresso a casa. A preparação adequada da alta é, na minha opinião, fundamental para o sucesso do

regresso a casa e, muitas vezes, para o sucesso dos tratamentos realizados e para a prevenção de reinternamentos. Em algumas situações, aquando da alta, sinto a angústia da sensação de não ter dito tudo, de me ter esquecido de alguma coisa, de desconhecer, na maioria das vezes, o que já foi realizado e trabalhado anteriormente. Se só conheço a pessoa internada no dia da alta, essa angústia aumenta, até porque nem sempre conheço a situação social da pessoa internada (pois nem sempre há registo da mesma) e nem sempre chego a conhecer, quando existente, aquele que vai ser o cuidador familiar, não tendo a oportunidade de validar que conhecimentos adquiriu. A preparação da alta, na minha opinião, deve ser iniciada no início do internamento e ser realizada de forma estruturada para possibilitar: a continuidade dos cuidados prestados; a realização de um planeamento da alta ajustado a cada pessoa e que, aquando da alta, cada pessoa e/ou cuidador familiar se sinta capacitado para a prestação dos cuidados no domicílio; que estejam reunidos os apoios necessários à continuidade de cuidados no domicílio. Consequentemente, posso concluir que a realização de uma preparação estruturada da alta contribui para a melhoria dos cuidados prestados, pelo que me surge a questão: quais as intervenções de enfermagem na preparação da alta para o domicílio da pessoa com doença oncológica?

Assim, faz-me sentido trabalhar a temática, intervenções de enfermagem na preparação da alta da pessoa com doença oncológica, de forma a desenvolver competências de Enfermeiro Especialista nesta área e a intervir no meu local de trabalho para promover a melhoria dos cuidados neste âmbito.

Após abordar a natureza e âmbito deste relatório e antes de prosseguir para a descrição e explicação da execução das tarefas previstas, é fundamental, para um melhor enquadramento do mesmo, definir o modelo de enfermagem em que se sustenta.

Henderson (2007, p. 22) refere que “todo o cuidado de enfermagem eficaz é de certo, planeado”. A preparação da alta pressupõe um planeamento da mesma para que seja eficaz. Este foi um dos contributos do Modelo Conceptual de Virginia Henderson que fui buscar para este relatório. A decisão de me ancorar neste Modelo deveu-se também ao facto de ser o Modelo utilizado no Hospital A, onde trabalho e, portanto, todos os documentos, como folhas de registo de enfermagem, folha de colheita de dados, folha de nota de alta, estão elaborados com base no mesmo,

tendo sido por isso facilitador estruturar os instrumentos construídos com base nas Necessidades Humanas Fundamentais.

Virginia Henderson faz uma “organização conceptual dos cuidados de enfermagem, baseada no conhecimento e na satisfação das necessidades da pessoa em referência ao desenvolvimento ótimo da sua independência” (Phaneuf, 2001, p. 36). Para Virginia Henderson (2007, p. 3)

a função própria da enfermeira é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou conhecimento necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível.

Para ajudar a pessoa, a enfermeira avalia as suas necessidades que para Virginia Henderson (2007) estão englobadas nos catorze componentes dos cuidados de enfermagem que são, ajudar o doente: a respirar; a comer e a beber; a eliminar; a manter uma boa postura quando anda, se senta e se deita e ajudá-lo a mudar de posição; a repousar e a dormir; a escolher a roupa, a vestir-se e a despir-se; a manter a temperatura do corpo num nível normal; a manter o corpo limpo, com bom aspeto e a proteger os tegumentos; a evitar perigos no ambiente e proteger os outros de perigos potenciais; a comunicar com os outros; nas suas práticas religiosas ou a agir de acordo com o seu conceito de certo e errado; no trabalho ou ocupação produtiva; nas atividades de recreação; a aprender. Os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina, ou seja, os meta-paradigmas que Virginia Henderson definiu, são: pessoa, enfermeira, saúde e ambiente.

No entanto, considero que, embora este modelo seja muito operacional na prática profissional, carece na forma como aprofunda o cuidar, pelo que senti necessidade de complementar com o pensamento de Collière.

Para Collière (1999, p. 235), “cuidar é um ato individual, que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda”, “cuidar é, ajudar a viver, estimulando todas as capacidades de ser de uma pessoa” (Collière, 1999, p. 334).

Outro contributo de Collière em que me ancorei e que considero que complementa, de algum modo, o Modelo Conceptual de Virginia Henderson é a

visão holística da pessoa, sendo que a “competência de enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando quais os meios mais adaptados para o conseguir” (Collière, 1999, p. 290).

Collière distingue dois tipos de cuidados: os cuidados de manutenção (*care*) e os cuidados de reparação (*cure*) (Collière, 1999). Os cuidados de manutenção são os cuidados quotidianos e habituais da vida, referem-se aos hábitos de vida, costumes e crenças, representam um conjunto de atividades que asseguram a continuidade da vida como alimentar, beber, a necessidade de calor, luz e também as necessidades de natureza afetiva e psicossocial (Collière, 1999). Os cuidados de reparação são os que se referem à continuidade da vida quando esta se depara com obstáculos, como a doença (Collière, 1999). Os cuidados de reparação não fazem sentido “se não houver manutenção de tudo o que contribui para que a vida continue” (Frias, 2003, p. 50), sendo importante, ter isto bem presente na preparação da alta da pessoa com doença oncológica.

Collière considera que é importante “conhecer melhor para melhor cuidar” (Collière, 2003, p. 101) e que

é a relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico” (Collière, 1999, p. 152).

Na preparação da alta da pessoa com doença oncológica, quanto melhor conhecermos a pessoa e conseguirmos estabelecer uma relação terapêutica, mais adequada será a preparação da alta, porque se conseguirá dar resposta às suas necessidades reais.

É fundamental aprender a tornar visível o trabalho invisível e a justificar o seu objetivo (Collière, 2003). Isto deve estar muito presente na preparação da alta da pessoa com doença oncológica, pois só mostrando o que fazemos é que o nosso trabalho pode ser reconhecido e valorizado.

Para atingir os objetivos a que me propus neste percurso, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tive a oportunidade de realizar estágio em três serviços diferentes e, como tal, com objetivos diferentes. O primeiro estágio decorreu na Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A, o segundo, no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B e o terceiro, no local

de implementação do projeto realizado, no Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A.

Os objetivos deste relatório de estágio são: refletir sobre a temática a trabalhar; aprofundar conhecimentos sobre a preparação da alta da pessoa com doença oncológica; refletir sobre o percurso realizado e as aprendizagens realizadas durante os diferentes estágios; evidenciar os resultados obtidos e as competências de enfermeiro especialista desenvolvidas ao longo deste percurso.

Este trabalho está estruturado por capítulos, sendo que, no capítulo que se segue, será abordada a execução das tarefas previstas em cada um dos estágios realizados. No capítulo subsequente, será realizada a avaliação de todo o percurso, apontando os pontos fortes e fracos do mesmo, as competências desenvolvidas e a contribuição deste percurso para a melhoria da qualidade dos cuidados. Por fim, a conclusão e trabalho futuro, em que será realizada uma reflexão sobre o trajeto que pretendo fazer no futuro, com base no trabalho e nas competências desenvolvidas nesta área.

## 1. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

O percurso retratado neste relatório foi delineado a partir da metodologia de projeto, tendo sido planeados estágios em três contextos distintos, nomeadamente: numa Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A, num Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B e num Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A. Em cada subcapítulo que se segue, apresentarei a análise crítica do percurso realizado em cada um dos três contextos de estágio referidos. Em cada um, apresentarei os objetivos específicos, analisarei criticamente e com base na evidência científica as atividades realizadas, articulando com a teoria de enfermagem em que me ancoro, evidenciando os resultados obtidos e as competências da OE e da EONS desenvolvidas. Neste percurso foi utilizada a pesquisa bibliográfica, a observação da prática, a prestação de cuidados, a reflexão na e sobre a ação individual e com os orientadores, a reflexão escrita seguindo o ciclo reflexivo de Gibbs, a construção de documentos de apoio à prática e a formação.

### 1.1. Estágio I - Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A

O primeiro estágio deste percurso decorreu na Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A (cuja caracterização se encontra em Apêndice I), que segundo a literatura são equipas que prestam “cuidados a doentes, que deles necessitam, na sua casa assim como apoiam os seus familiares e cuidadores dos doentes” (Capelas & Coelho, 2014, p. 23). Estas equipas

são parte integrante de um programa de cuidados paliativos e o garante de uma adequada resposta às necessidades dos doentes e famílias, visto permitirem que os cuidados em fim de vida sejam prestados no local habitualmente mais indicado pelos doentes, a sua casa (Capelas, 2010, p. 21).

Neste estágio tinha como objetivo geral **desenvolver competências de Enfermeiro Especialista no acompanhamento da pessoa com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio após a alta**, no sentido de perceber quais as necessidades que sentem no regresso a casa e como podemos contribuir em internamento para fazer face a essas necessidades sentidas.

Escolhi este local de estágio por considerar que a Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários era o local indicado para desenvolver as competências pretendidas, uma vez que presta cuidados ativos, coordenados e globais a pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares, no domicílio. Como, frequentemente, seguem pessoas que estiveram internadas no serviço onde trabalho, seria uma oportunidade de conhecer os contextos reais, as necessidades e facilidades que surgem após a alta dessas pessoas e como se adequaram aos mesmos, dado que as equipas de cuidados domiciliários desenvolvem a sua ação através da realização de visitas domiciliárias, que segundo Lopes (2007, p. 41) “é a consulta efetuada por qualquer membro da equipa de saúde ou apoio no domicílio do doente, por impossibilidade de este se deslocar ao centro de saúde ou outro estabelecimento de saúde”.

Para atingir este objetivo geral, delineei os seguintes objetivos específicos: identificar as necessidades<sup>5</sup> e facilidades<sup>6</sup> das pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares no domicílio após a alta; colaborar no acompanhamento da pessoa com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio após a alta. De seguida abordarei as atividades desenvolvidas em cada objetivo específico.

**Objetivo específico: Identificar as necessidades e facilidades das pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares no domicílio após a alta.**

Ao longo deste estágio sistematizei numa lista as necessidades e facilidades sentidas pelas pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares no domicílio após a alta (que consta no Apêndice II), com base: na observação e participação nas reuniões da equipa multidisciplinar, nas conversas com os colegas, na observação e colaboração na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica e cuidador familiar, nas leituras realizadas, nos conteúdos abordados sobre esta temática, nas conferências a que tive oportunidade de assistir e na partilha que realizei com a Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A. Seguidamente, referirei de que forma as estratégias utilizadas contribuíram para a elaboração desta lista.

---

<sup>5</sup> Baseando-me em Virginia Henderson (2007) entendo por necessidade o que a pessoa deve satisfazer para manter o seu equilíbrio físico, psicológico, social ou espiritual e para assegurar o seu desenvolvimento.

<sup>6</sup> Entendo por facilidades, o que a pessoa considera não ter dificuldade em realizar.

Desde o primeiro dia de estágio que tive a oportunidade de observar e participar na reunião da equipa multidisciplinar, o que me permitiu, através da apresentação das pessoas a quem prestam cuidados e da elaboração e discussão do plano de intervenção, conhecer melhor as pessoas com doença oncológica e família a quem iríamos prestar cuidados e pela informação transmitida, identificar potenciais necessidades. A conversa com os colegas antes e após a realização das visitas domiciliárias, através da discussão das situações, também me permitiu identificar necessidades das pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares.

Os contributos das conversas com os colegas, da reunião multidisciplinar e da minha experiência enquanto enfermeira, permitiram orientar a minha observação dos cuidados à pessoa com doença oncológica e cuidador familiar, conseguindo identificar necessidades e facilidades que sentem no domicílio, fazendo esse registo ao longo do percurso. Inicialmente optei por centrar-me na observação da prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica e cuidador familiar, o que me permitiu perceber a forma de trabalhar de uma equipa de cuidados domiciliários, para mim desconhecida, uma vez que a minha experiência profissional é apenas em internamento. Entramos no ambiente das pessoas, o seu ambiente privado, diferente do ambiente em que cuido diariamente. Além disso, esta observação permitiu-me também conhecer as pessoas com doença oncológica e cuidador familiar que a Equipa acompanhava, focar-me nas necessidades que houve na adaptação do espaço físico, procurando perceber como o fizeram e que ajudas tiveram e identificar outras necessidades e facilidades, através da intervenção da Enfermeira Orientadora. A colaboração nos cuidados foi depois desta fase inicial, fundamental para o desenvolvimento desta atividade, porque a interação com a pessoa com doença oncológica e cuidador familiar permitiram-me identificar, através da colheita de dados inerente ao processo de enfermagem e da colocação de perguntas concretas sobre o tema, outras necessidades e facilidades que ainda não me tinha sido possível identificar. No primeiro contacto com a pessoa com doença oncológica e família (fosse para observação ou para prestação de cuidados), apresentava-me às pessoas e solicitava o seu consentimento informado, conforme preconizado pela OE, que refere que é um dever do enfermeiro “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro de 2015, p. 8079).

As leituras efetuadas, resultantes da realização de pesquisas sobre os cuidados no domicílio à pessoa com doença oncológica e cuidador familiar, permitiram-me aperfeiçoar a lista elaborada, despertar para a identificação de necessidades da pessoa com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio e prestar cuidados baseados na melhor evidência disponível. No decorrer deste estágio e da elaboração deste relatório, foi realizada revisão narrativa da literatura, tendo feito pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e em catálogos bibliográficos, no sentido de encontrar a melhor e mais recente evidência sobre os cuidados no domicílio à pessoa com doença oncológica e cuidador familiar. Mais concretamente, recorri ao catálogo bibliográfico da ESEL, à biblioteca do conhecimento on-line e ao motor de pesquisa eletrónico EBSCOhost, para aceder às bases de dados MEDLINE complete e CINAHL complete. Na pesquisa efetuada no motor de pesquisa eletrónico EBSCOhost para aceder às bases de dados MEDLINE complete e CINAHL complete, utilizei os seguintes descritores: (homecare OR care) AND nurs\* AND (oncology OR cancer) e escolhi os limitadores: texto completo, all adult e os anos de 2011 a 2017. Desta pesquisa surgiram 60 artigos, em que após leitura do resumo seleccionei 18 artigos e após a leitura completa do artigo seleccionei 4 artigos científicos. Do resultado das pesquisas realizadas nas diversas fontes referidas, emergiu que os autores são unânimes ao referirem que a maioria das pessoas prefere ser cuidada no domicílio, inclusive que prefere morrer em casa. No entanto, para que isso seja possível, são necessários apoios diversos no sentido de colmatar as necessidades que vão surgindo ao longo do trajeto de doença. O resultado das pesquisas realizadas foi também fundamental para a elaboração da introdução deste relatório, para o enquadramento teórico deste capítulo e para a fundamentação das reflexões realizadas no decorrer deste estágio.

A participação em duas conferências no decorrer deste estágio (atividades que não estavam previstas no projeto de estágio), foram importantes momentos formativos, que deram também contributos importantes na identificação das necessidades. Desta forma, tal como refere Collière (1999, p. 337), a formação contribuiu para “que os cuidados de enfermagem respondam às necessidades de vida”.

Dos contributos da conferência “O apoio à família em cuidados paliativos” que decorreu no Hospital da Luz a 16 de Outubro de 2014, realço: os aspetos inerentes ao apoio à família e o reforçar da importância de que a família também necessita de

cuidados; a identificação das necessidades da família que cuida, nomeadamente relacionadas com o apoio no luto; a necessidade que senti de reflexão das minhas práticas relacionadas com este tema; os contributos para o percurso realizado e para o meu local de trabalho, que também constam na reflexão que realizei sobre a conferência e que coloquei no Apêndice VI. Dos contributos que advieram para o meu local de trabalho no âmbito da preparação da alta, destaco o facto de ter passado a realizar uma colheita de dados mais completa no âmbito da avaliação familiar e de avaliar, quando oportuno, o risco de sobrecarga do cuidador. Passei a fornecer, aquando da alta, o contacto telefónico do serviço, reforçando que nos podem contactar sempre que necessitem. Outro contributo importante, foi a consciencialização da necessidade de melhoria da articulação com os serviços que vão dar apoio à pessoa com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio após a alta. Esta conferência levou-me a perceber que, enquanto profissionais de saúde que lidamos com pessoas, somos pessoas que cuidamos de pessoas, pelo que é fundamental saber gerir emoções para que possamos prestar cuidados de qualidade e que tenhamos, nós próprios, bem-estar.

A conferência sobre “A proximidade e humanização no fim de vida”, que decorreu na Fundação Calouste Gulbenkian a 20 de Outubro de 2014, despertou-me para as necessidades inerentes ao morrer em casa, levando-me a refletir sobre as competências que necessito de desenvolver para preparar a alta da pessoa com doença oncológica em fim de vida, nomeadamente: competências de comunicação efetiva com as pessoas em fim de vida e família; competências de avaliação familiar; competências de promoção de intervenções adequadas às necessidades individuais das pessoas; competências na área da capacitação de acordo com as necessidades individuais das pessoas. A reflexão sobre esta conferência consta em Apêndice VII. Assistir a esta conferência reforçou-me a consciencialização para a necessidade de melhoria da articulação com as Equipas de Assistência Domiciliária e para a importância da capacitação para fazer face a necessidades que se prevê que possam surgir, com brevidade, no domicílio após a alta. Procurei, no meu local de trabalho, melhorar estes aspetos, aquando da preparação da alta da pessoa com doença oncológica.

Outra atividade em que participei e que contribuiu para atingir o objetivo a que me propus, foi um momento de partilha promovido pela Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A sobre a adesão ao regime terapêutico.

Participar neste momento de partilha possibilitou-me o relembrar de conhecimentos que mobilizei durante as visitas domiciliárias, nomeadamente sobre a adesão ao regime terapêutico, que me permitiu identificar necessidades nesta área como a necessidade de capacitação para a administração de terapêutica e gestão de SOS e a necessidade de informação sobre apoio disponível para aquisição da terapêutica. Segundo Bugalho & Carneiro (2004), a não satisfação destas necessidades constituem fatores para a não adesão terapêutica.

Neste estágio foi-me também dada a oportunidade de realizar uma partilha com os elementos da Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A, sobre as conferências a que tive a oportunidade de assistir durante o estágio e a minha reflexão sobre as mesmas (que consta em Apêndice VIII), que prontamente aceitei. Considero que estes momentos de partilha têm um “potencial formativo, pois estas intervenções promovem a interação e discussão dos profissionais sobre o caso, levando a uma reflexão individual e em grupo e, conseqüentemente, à construção de conhecimento” (Alves, 2008, p. 27), sendo “uma aprendizagem que se faz no dia a dia, onde cada um enriquece com a contribuição dos outros” (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010, p. 764). Utilizei, portanto, a partilha de conhecimento como estratégia de aprendizagem por “favorecer trocas de experiências e estabelecimento de contactos” (Hesbeen, 2000, p. 141). A partilha realizada permitiu-me, através da discussão sobre os temas apresentados, identificar necessidades que as pessoas sentem no domicílio, que ainda não tinha conseguido identificar (os contributos desta partilha constam em Apêndice VIII), o que enriqueceu a lista de necessidades e facilidades sentidas pela pessoa com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio após a alta.

Das necessidades que as pessoas sentem no domicílio após a alta que fui identificando ao longo do estágio, houve algumas que se destacaram pela frequência com que surgiram. A necessidade de esclarecimento e desmistificação sobre alimentação em fim de vida (associada a morte) foi identificada por vários familiares de pessoas com doença oncológica, o que vem ao encontro do que refere Resende (2009) de que a recusa alimentar muitas vezes é assumida como o motivo da morte e não como um sintoma da mesma, sendo um “assunto que deve ser abordado com a família e explicado que o doente não irá morrer por falta de alimento mas sim devido à evolução da doença” (Neto, 2010, p. 398). A informação sobre meios e estratégias de controlo da dor foi outra das necessidades que se

destacou, estando muitas vezes relacionada com a complexidade do regime terapêutico que é identificado por Bugalho & Carneiro (2004) como um fator de não adesão terapêutica. Mehta, Cohen, Ezer, Carnevale & Ducharme (2011) consideram que o enfermeiro tem um papel importante no diagnóstico e intervenção face às necessidades dos cuidadores relacionadas com o tratamento da dor no domicílio, referindo que os cuidadores necessitam de apoio, informação e recursos para o conseguirem. As necessidades relacionadas com o apoio à família, nomeadamente a necessidade de: informação antecipatória; capacitação para a mobilização e posicionamento de pessoas dependentes na satisfação das NHF; capacitação para a administração de terapêutica e gestão de SOS; reforço positivo do cuidador familiar pelo trabalho desenvolvido; ter um contacto telefónico disponível da Equipa de Saúde; informação sobre apoios disponíveis, foram também frequentes, sendo que a este respeito, Harding, Epiphaniou, Hamilton, Bridger, Robinson, George, Beynon & Higginson (2012) referem que os cuidadores familiares têm diversas necessidades e que precisam de apoio dos profissionais para as colmatar. Alonso-Babarro, Bruera, Varela-Cerdeira, Boya-Cristia, Madero, Torres-Vigil, Castro & González-Barón (2011) reforçam ainda que a possibilidade de cuidar no domicílio depende, entre outros fatores, do apoio que estes têm.

Dadas as vantagens da utilização de um Modelo Conceptual de Enfermagem, das quais saliento: clarificar o campo de ação do enfermeiro; facilitar a avaliação da pessoa; organizar os cuidados de forma coerente para a equipa, em que todos têm como objetivo a satisfação ótima das necessidades da pessoa; personalizar e humanizar os cuidados; permitir o uso de uma linguagem comum; clarificar o contributo dos cuidados de enfermagem no domínio da saúde e do trabalho multidisciplinar; revalorizar o papel autónomo do enfermeiro (Phaneuf, 2001) e, do vigente no Hospital onde trabalho ser o Modelo Conceptual de Virginia Henderson, considereei que seria facilitador estruturar a lista de necessidades e facilidades sentidas pela pessoa com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio após a alta, com base nas Necessidades Humanas Fundamentais.

A lista elaborada (Apêndice II) que contempla as necessidades e facilidades que as pessoas com doença oncológica e cuidador familiar sentem no domicílio após a alta, será uma mais valia para os contextos de estágio futuros, pois ao estar desperta para essas necessidades e facilidades, poderei identifica-las mais facilmente, antecipá-las e procurar colmatá-las para que não surjam no regresso a

casa. O facto de algumas pessoas com doença oncológica, acompanhadas pela Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários, terem tido internamentos recentes, em serviços de especialidades médicas onde não há uma preparação estruturada da alta, à semelhança do que acontece no serviço onde trabalho, permitiu-me também perceber que aspetos podemos melhorar na preparação da alta no serviço onde trabalho (Apêndice III). Nas pessoas com doença oncológica que tiveram alta para o domicílio mais recentemente, são mais notórias as necessidades que surgiram no regresso a casa. As outras, quando questionadas, já não se recordavam. Por outro lado, ao longo da permanência em casa e, muitas vezes, da evolução da doença, vão surgindo outras necessidades. É importante ter isto presente no internamento. A elaboração desta lista foi importante no meu processo de aprendizagem também, porque considero que quando escrevemos, tornamos mais conscientes as aprendizagens realizadas e sistematizamo-las, sendo um recurso escrito, a que recorri sempre que necessário no âmbito da preparação da alta.

As atividades realizadas com vista à elaboração da lista de necessidades e facilidades anteriormente descritas, fizeram-me refletir sobre os aspetos a melhorar na preparação da alta no serviço onde trabalho de forma a poder, futuramente, responder às necessidades e evitar algumas das dificuldades. Esta reflexão consta em Apêndice III. A reflexão é uma estratégia importante de aprendizagem, pois permite a “capacitação (...) na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas” (Santos & Fernandes, 2004, p.59). Esta reflexão permitiu-me prestar melhores cuidados à pessoa com doença oncológica e cuidador familiar no serviço onde trabalho, pois tornou mais consciente as necessidades que as pessoas com doença oncológica e cuidador familiar podem sentir no regresso a casa, estando mais desperta para as identificar e assim poder intervir. A partilha desta reflexão em sede individual com elementos da equipa de enfermagem que integro, considero que foi uma mais valia porque, por vezes, na passagem de turno apercebo-me que há uma preocupação com aspetos que antes não eram tão valorizados como o agendamento antecipado de horários para a capacitação para a prestação de cuidados de higiene, capacitação para a administração de terapêutica e gestão de terapêutica em SOS, entre outros. Também me apercebo que, com maior frequência, solicitam a minha intervenção na preparação da alta, nomeadamente, para a identificação dos encaminhamentos a realizar e para a

identificação de necessidades que considero que poderão surgir no regresso a casa e como devemos intervir.

Com as atividades realizadas, desenvolvi competências de enfermeiro especialista, nomeadamente, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011) na identificação das necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares e das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010) no suporte da prática clínica, na investigação e no conhecimento na área da especialidade.

**Objetivo específico: Colaborar no acompanhamento da pessoa com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio após a alta.**

O cancro, como já referido inicialmente, é uma doença crónica. No serviço onde trabalho, cuido de pessoas com cancro, algumas das quais em cuidados paliativos. Pretendi colaborar no acompanhamento da pessoa com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio após a alta, durante este percurso, porque na preparação da alta é necessário mobilizar diversos conhecimentos e desenvolver estratégias adequadas a cada situação. Considero que desta forma, isso seria possível, através da prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica e cuidador familiar, pois ao mobilizar os conhecimentos necessários para a prestação de cuidados adequados a cada situação e ao confrontar-me com situações concretas relacionadas com a prestação de cuidados domiciliários, isso seria possível.

Neste sentido, tive a oportunidade de integrar a Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A, como estudante de enfermagem, em 57 visitas domiciliárias, sendo que pude colaborar em vinte e oito visitas na prestação de cuidados às pessoas cuidadas pela Enfermeira que acompanhei, perfazendo um total de 49% das pessoas cuidadas pela mesma. Inicialmente propus-me a colaborar na prestação de cuidados a 70% das pessoas cuidadas pela Enfermeira Orientadora. Contudo, por diversos fatores, que seguidamente mencionarei, isso não foi possível. Inicialmente, como já referi anteriormente, optei por observar, por ser um ambiente diferente de prestação de cuidados que desconhecia, por não conhecer as pessoas alvo de cuidados e para colher alguns dados iniciais

importantes para o meu projeto. Outro fator importante, foi a complexidade de algumas situações que exigiam intervenções e estratégias de peritos nesta área.

Da colaboração nos cuidados, surgiu a necessidade de realizar reflexões escritas sobre eventos significativos, uma vez que “a prática reflexiva é uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que, através desta, o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como o faz” (Zeichner, 1993 citado por Santos & Fernandes, 2004, p. 60). Por outro lado, também permite a mobilização de conhecimentos e a procura de evidência para apoiar a forma de pensar (Santos & Fernandes, 2004). No decorrer deste estágio realizei duas reflexões escritas sobre eventos significativos, que me permitiram: mobilizar diversos conhecimentos e perceber como os adequar a cada situação; aumentar o meu autoconhecimento. Uma reflexão foi sobre uma situação vivenciada com a Sra. R (que consta em Apêndice IV) e outra com o Sr. V (que consta em Apêndice V e que falarei mais adiante). Os nomes utilizados ao longo deste relatório são nomes fictícios, utilizados para manter o anonimato das pessoas, tal como previsto no artigo nº 106 da Deontologia Profissional do Enfermeiro que refere que o enfermeiro assume o dever de “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino” (Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro de 2015, p. 8079). Da reflexão sobre uma situação vivenciada com a Sra. R (Apêndice IV), advieram contributos significativos, nomeadamente: a importância de conhecer aprofundadamente as pessoas e o seu contexto para adequar as intervenções a realizar; a importância de saber transmitir disponibilidade, segurança e competência naquilo que fazemos; a importância da comunicação não verbal e do autoconhecimento; a necessidade de trabalhar a comunicação não verbal. No âmbito da comunicação, para além da reflexão sobre a situação vivenciada com a Sra. R (Apêndice IV), foi também um contributo importante a observação da prática de enfermeiros peritos nesta área.

Para além das atividades previstas, realizei algumas que, apesar de não terem sido programadas inicialmente, deram contributos fundamentais para atingir o objetivo a que me propus e para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, aspetos a que me referirei de seguida.

Durante este estágio tive a oportunidade de acompanhar a Enfermeira Orientadora no trabalho que desempenha na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do Hospital A, tendo sido uma mais valia, porque me permitiu perceber os objetivos desta equipa, que são: colaborar com as equipas prestadoras

de cuidados no controlo sintomático, apoio psicológico, social, emocional e espiritual à pessoa com doença oncológica e família; ajudar a pessoa com doença oncológica e família, a estabelecer objetivos e prioridades realistas; ajudar o cuidador familiar a estabelecer o plano de cuidados a ser implementado após a alta; apoiar os familiares; promover a formação em Cuidados Paliativos no Hospital. Permitiu-me também, observar a aplicação de diversas competências básicas da comunicação em cuidados paliativos, nomeadamente, a escuta ativa, a compreensão empática e o feedback e de algumas estratégias de comunicação como: escolha do local, comunicação não verbal, deixar o outro falar, encorajar o outro a falar, ser honesto, saber utilizar e respeitar o silêncio e clarificar e reformular a linguagem verbal (Querido, Salazar & Neto, 2010). Por vezes utilizo estas estratégias, mas sem consciência disso nem da importância das mesmas, aspeto que se tornou muito claro na posição de observador. Além dos contributos já referidos, pude também observar intervenções de apoio à família em situações complexas e conhecer pessoas com doença oncológica que estavam internadas e que, após a alta, foram acompanhadas pela Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários. Tendo em conta que o meu projeto é na área da preparação da alta, estes foram contributos muito ricos. Destaco a oportunidade de ter conhecido em internamento uma pessoa com doença oncológica e o cuidador familiar, cuja preparação da alta incluiu a referência para a Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A, tendo tido também a oportunidade de o acompanhar no domicílio após a alta, o que me despertou para a importância das intervenções em internamento junto da pessoa e cuidador familiar e das suas repercussões no regresso a casa. Percebi que o sucesso da alta também depende da sua preparação e entendi a importância de respeitar a liberdade do outro, procurando encontrar alternativas de apoio que sejam aceites por ele, proporcionando auxílio, tendo em conta as decisões que tomarem (Reflexão sobre evento significativo que consta em Apêndice V). O respeito pela liberdade do outro vem ao encontro dos deveres do enfermeiro que constam na Deontologia Profissional de Enfermagem, neste caso, mais concretamente no respeito pela autonomia que “diz respeito à liberdade de ação com que cada pessoa escolhe” (OE, 2015, p. 60).

As conferências no âmbito dos cuidados paliativos, que anteriormente referi, a que tive a oportunidade de assistir durante este estágio (Apêndices VI e VII) foram enriquecedoras, porque me despertaram para questões que muitas vezes se

colocam em internamento e que neste estágio vi concretizadas na prática, como a pessoa que prefere morrer em casa poder fazê-lo e que recursos são necessários para que isso possa acontecer de forma a que sejam providenciados atempadamente. Outro contributo desta conferência foi perceber que as necessidades dos cuidadores familiares que foram mencionadas, apesar de não serem especificamente de pessoas com doença oncológica, são, de uma forma geral, idênticas às das pessoas de quem cuidei no domicílio.

No estágio, ou seja, “no contexto dos cuidados de saúde, o respeito pelas pessoas significa, basicamente, tratar os pacientes como pessoas com direitos” (Thompson, Melo & Boyd, 2004, p. 21). Para isso, tive presentes os deveres do Enfermeiro que constam na Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015) que, por exemplo, se traduziram em apresentar-me sempre às pessoas com doença oncológica e família, solicitar o consentimento informado<sup>7</sup> para as intervenções realizadas. Procurei sempre integrar e respeitar os valores humanos, tendo em conta os princípios éticos da beneficência, não maleficência, respeito pela autonomia, justiça e vulnerabilidade.

Os contributos para a aprendizagem deste estágio foram a vários níveis. Possibilitou-me o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, anteriormente referidas, e também o desenvolvimento de competências de utilização de ferramentas de comunicação adequadas com a pessoa com doença oncológica e cuidador familiar de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas. Permitiu-me ainda desenvolver competências ao nível da detenção de uma consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, como as referidas na reflexão sobre a situação vivenciada com a Sra. R (que consta em Apêndice IV). Outros contributos importantes deste estágio foram: a identificação das possíveis necessidades e facilidades das pessoas com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio após a alta; o conhecimento da realidade do domicílio; a adequação das intervenções à realidade concreta das pessoas e menos centrada no que é a atuação em meio hospitalar; o reconhecimento da importância de validar e reforçar positivamente a pessoa com doença oncológica e/ou o cuidador familiar pelo trabalho desenvolvido; a identificação, observação e implementação de

---

<sup>7</sup> Consentimento informado “é o processo pelo qual uma pessoa totalmente esclarecida pode participar nas escolhas e decisões relacionadas com os seus cuidados de saúde” (Mariz, 2005, p. 32).

intervenções no apoio à família; a identificação de estratégias que promovem a adesão ao regime terapêutico; o reconhecimento da importância de dar um contacto telefónico disponível; a identificação de estratégias para melhorar a articulação entre serviços a fim de permitir a continuidade de cuidados.

Com o atingir deste objetivo desenvolvi as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011), as seguintes: promoção de intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e familiares; envolvimento dos cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades; colaboração com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio. Desenvolvi também competências das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010) no suporte da decisão em princípios, valores e normas deontológicas, na promoção da proteção dos direitos humanos e na detenção de uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.

## **1.2. Estágio II – Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B**

O segundo estágio deste percurso decorreu no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B (cuja descrição consta em Apêndice I). Este Serviço tem como missão, prestar assistência a pessoas com patologia oncológica do sistema respiratório e prestar formação diferenciada nesta área.

Neste estágio, uma vez que já tinha desenvolvido competências na área dos cuidados no domicílio, tendo uma visão de como é o regresso a casa após um internamento e de ter identificado as necessidades e facilidades que as pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares sentem no domicílio após a alta, entre outras aprendizagens e competências desenvolvidas que já referi anteriormente, pretendia desenvolver competências relacionadas com a preparação da alta para o domicílio em internamento e perceber como se estrutura. O objetivo geral neste estágio é **desenvolver competências de enfermeiro especialista na preparação estruturada da alta da pessoa com doença oncológica.**

No primeiro dia do estágio apercebi-me que não havia uma estruturação formal da preparação da alta, no entanto, pude perceber que a preparação da alta é uma preocupação transversal a todos os elementos da equipa de enfermagem e que

há uma estrutura que é seguida. A continuidade de cuidados no âmbito da preparação da alta é garantida apenas através da oralidade, na passagem de turno, sendo este um momento privilegiado no âmbito da preparação da alta, uma vez que as situações são discutidas pela equipa de enfermagem. Por outro lado, a Enfermeira Responsável que participa diariamente (de segunda a sexta-feira) na passagem de turno da noite para a manhã e da manhã para a tarde, sendo alguém que está muito desperta para esta questão, é um elemento fundamental, visto que conhece todas as pessoas internadas e promove a articulação entre os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

Para atingir o objetivo geral a que me propus no projeto de estágio, delineei os seguintes objetivos específicos: identificar os meios utilizados na preparação estruturada da alta; identificar as intervenções promotoras de uma adequada preparação estruturada da alta; colaborar na preparação estruturada da alta da pessoa com doença oncológica.

**Objetivo específico: Identificar os meios utilizados na preparação estruturada da alta.**

Para atingir este objetivo, utilizei as seguintes estratégias: leitura dos documentos existentes no serviço relacionados com a preparação da alta; conversas com os colegas; observação da prática, o que me permitiu identificar os meios utilizados na preparação da alta e os documentos existentes no serviço, relacionados também com a preparação da alta, tendo elaborado duas listas com os mesmos que constam em Notas de Estágio no Apêndice IX. Nem todos os documentos que identifiquei estão diretamente relacionados com a preparação da alta, alguns são documentos resultantes de formações em serviço, realizadas por elementos da equipa de enfermagem sobre temas considerados importantes pela equipa de enfermagem, e outros são normas do serviço e/ou do Hospital que permitem uniformizar as práticas e também capacitar as pessoas com doença oncológica e os cuidadores familiares para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta. Como a capacitação para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta é referenciada por vários autores (Pereira, 2013; Rebelo, 2012; Pagliarini & Perroca, 2008) como importante para a preparação da alta, considerei importante incluir os temas abordados nas formações em serviço e os documentos existentes, para perceber que temas sentiram necessidade de aprofundar e poder realizar uma

análise dos mesmos com base nos contributos do estágio anterior, e com vista à melhoria da preparação da alta no serviço onde trabalho. Tendo em conta os contributos do estágio anterior, verifico que os temas em que os enfermeiros do serviço sentiram necessidade de formação vão ao encontro das necessidades que identifiquei que as pessoas sentem no domicílio após a alta, nomeadamente a necessidade de informação antecipatória que pode passar por informar sobre alterações da mucosa oral após tratamentos de quimioterapia, a necessidade de capacitação para a mobilização e posicionamentos de pessoas dependentes na satisfação das suas NHF, com o intuito de prevenir flitenas. As normas do Hospital que tinham em suporte de papel facilmente acessível para consulta, iam ao encontro das seguintes necessidades identificadas no estágio anterior: necessidade de capacitação para a manipulação e substituição de dispositivos de eliminação; estratégias promotoras da diminuição do risco de quedas; informação sobre meios e estratégias de controlo da dor. A informação recolhida foi importante para perceber para que temas estão despertados relacionados com a preparação da alta. Constatei também que esses temas vão ao encontro das necessidades que as pessoas com doença oncológica e cuidador familiar sentem no domicílio após a alta, identificadas no estágio anterior, tendo ficado mais desperta para estes temas na preparação da alta das pessoas com doença oncológica no serviço onde trabalho. Por exemplo, na preparação da alta da pessoa com doença oncológica dependente na satisfação das suas NHF, raramente informava o cuidador familiar sobre a possibilidade de surgirem flitenas, como as prevenir e o que fazer, caso surgissem. Após a leitura da informação presente no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B sobre este tema e da conversa com as Enfermeiras Orientadoras sobre o mesmo, passei a ter presente na capacitação para a mobilização e posicionamentos de pessoas dependentes na satisfação das suas NHF, também a importância de prevenir o aparecimento de flitenas e como devem atuar, caso surjam. Ao transmitir na passagem de turno, no serviço onde trabalho, os temas abordados no âmbito da capacitação para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta, denoto que despertei os colegas para a sua importância, uma vez que, a partir dessa altura notei que havia uma preocupação maior e que eram abordados mais temas que anteriormente no âmbito da capacitação para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta. Este é, sem dúvida, um começo para a mudança das práticas no serviço onde trabalho, colaborando para colmatar um dos pontos fracos

identificados no âmbito da preparação da alta (Apêndice III). A identificação dos meios que utilizam na preparação da alta permitiu-me perceber a que meios é importante recorrer para poder estruturar a preparação da alta no serviço onde exerço funções como enfermeira.

**Objetivo específico: Identificar as intervenções promotoras de uma adequada preparação estruturada da alta.**

Para atingir este objetivo, comecei por realizar pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e em catálogos bibliográficos no sentido de encontrar a melhor e mais recente evidência sobre as intervenções promotoras de uma adequada preparação estruturada da alta. Mais concretamente, recorri ao catálogo bibliográfico da ESEL, à biblioteca do conhecimento on-line e ao motor de pesquisa eletrónico EBSCOhost para aceder às bases de dados MEDLINE complete e CINAHL complete. Na pesquisa efetuada no motor de pesquisa eletrónico EBSCOhost para aceder às bases de dados MEDLINE complete e CINAHL complete, utilizei os seguintes descritores: (discharge OR discharge planning) AND nurs\* e escolhi os limitadores: texto completo, all adult e os anos de 2010 a 2017. Desta pesquisa foram selecionados 39 artigos científicos, após leitura do resumo e 10, após a leitura completa do artigo. Do resultado desta pesquisa emergiu que há consenso quanto ao facto da preparação da alta dever ser iniciada no acolhimento (Soong et al, 2013; Fox et al, 2013; Holland et al, 2012). Referem também que é importante estruturar a preparação da alta (Soong et al, 2013; Tomura, Yamamoto-Mitani, Nagata, Murashima & Suzuki, 2011; Korkmaz & Fadiloglu, 20015; Page, Lederman, Kelly, Barry & James, 2016) para a prestação de cuidados de qualidade e que a sua existência melhora a satisfação das pessoas alvo de cuidados e reduz a rehospitalização (Soong et al, 2013). Outro dos aspetos referidos como fundamental no âmbito da preparação da alta, é a formação dos enfermeiros neste âmbito (Suzuki, Nagata, Zerwekh, Yamaguchi, Tomura, Takemura & Murashima, 2012; Donaho, Hall, Gass, Elayda, Lee, Paire & Meyers, 2015).

A observação e participação nas passagens de turno e nas reuniões da equipa multidisciplinar, bem como a observação e a colaboração na prestação de cuidados às pessoas com doença oncológica internadas no serviço, com vista à preparação da alta, permitiram-me elaborar uma lista com as intervenções promotoras de uma adequada preparação da alta da pessoa com doença oncológica, que consta nas Notas de Estágio em Apêndice IX. A elaboração desta

lista de intervenções foi fundamental para a implementação do projeto de estágio no serviço onde trabalho, porque me permitiu consciencializar sobre aspetos fundamentais que nem sempre tinha presentes, apesar de reconhecer a sua importância, nomeadamente:

- como iniciar a preparação da alta no momento da admissão da pessoa ao serviço, uma intervenção considerada fundamental por diversos autores (Soong et al, 2013; Fox et al, 2013; Holland et al, 2012);
- a importância da discussão em equipa multidisciplinar do plano da alta, tal como reforça Ashbrock, Mourad & Sehgal (2013);
- a importância do enfermeiro na articulação entre a equipa multidisciplinar, como referem Rebelo (2012) e Pompeo et al (2007) e como o deve fazer, consciencializando-se a si e aos outros profissionais que a pessoa com doença oncológica é a figura central (Henderson, 2007);
- a importância da discussão em passagem de turno da preparação da alta de cada pessoa internada, dado que estes são momentos “onde é possível refletir na ação e sobre a ação desenvolvida” Pereira (2013, p. 222);
- a importância da realização, entrega e explicação da carta de alta de enfermagem a todas as pessoas internadas, uma vez que além de ser uma estratégia que fomenta a participação ativa da pessoa no seu plano de cuidados, permite a continuidade dos mesmos (Moita, Nunes, Silva, Soveral & Potra, 2007) caso a pessoa tenha necessidade de recorrer a outra Instituição de saúde uma vez que ainda não existe uma rede nacional de registos dos cuidados de saúde, sendo que Pereira (2013, p. 214) refere também que a “falta de regularidade no envio da carta de alta” constitui um problema que traduz a falta de um plano de preparação da alta;
- a importância da entrega de documentos escritos sobre os cuidados, pois, tal como refere Freitas & Cabral (2008, p. 85)

os materiais educativos assumem um papel importante no processo de educar em saúde, pois além de facilitarem a mediação de conteúdos de aprendizagem, funcionam como recurso prontamente disponível para que o paciente e sua família possam consultá-lo quando diante de dúvidas no desenvolvimento do cuidado.

Uma das intervenções que identifiquei como promotoras de uma adequada preparação da alta foi o conhecimento, pelos enfermeiros, da organização da preparação da alta no serviço. Por isso, considerei fundamental descrever como

está organizada a preparação da alta da pessoa com doença oncológica no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B, pois, para poder realizar uma preparação estruturada da alta é importante tomar consciência da sua organização de forma sistemática. Como já referi anteriormente, não há no serviço uma estrutura formal da preparação da alta, pelo que a descrição da sua organização foi realizada com base na observação e participação nas passagens de turno e na reunião da equipa multidisciplinar, na observação e colaboração na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica e cuidador familiar e também com base nas conversas com os colegas. Contudo, ao procurar descrever como está organizada a preparação da alta da pessoa com doença oncológica no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B, deparei-me com a dificuldade de o fazer em texto escrito, pelo que optei por esquematizar a forma como é realizada a preparação da alta. Este esquema consta em Apêndice X. Foi utilizada a esquematização por ser uma estratégia que permite mostrar o essencial, de uma forma clara e atrativa. Este esquema serviu de modelo para a elaboração do esquema de preparação da alta adequado ao serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A, onde trabalho contribuindo para a implementação do projeto de estágio nesse contexto. As Enfermeiras Orientadoras consideraram que o esquema que realizei poderia ser uma mais valia para a equipa de enfermagem, pelo que considerei que seria importante deixá-lo no serviço, vendo-o como um contributo, um incentivo e um passo para a formalização da estruturação da preparação da alta.

Após a realização da esquematização da preparação da alta realizada no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B, foi-me proposto pela Enfermeira Orientadora, a construção de uma folha de registo de enfermagem da preparação da alta (que consta em Apêndice XI), onde, de uma forma simples, mas abrangente, demonstrasse o que já foi feito no âmbito da preparação da alta e o que falta fazer e se programa. Neste Serviço os registos de enfermagem são realizados utilizando a linguagem CIPE e em formato eletrónico. No entanto, os enfermeiros deste Serviço não consideram que o registo informatizado seja facilitador da continuidade de cuidados no âmbito da preparação da alta, uma vez que não permite ter uma visão geral do que já foi realizado. Ao seguir o esquema de preparação da alta, adequando-o a cada pessoa e família, conseguimos, na minha opinião, um planeamento estruturado da alta que fica registado na folha de registos de enfermagem da preparação da alta. Apesar da construção da folha de registos de

enfermagem da preparação da alta não ter sido uma atividade planejada no projeto de estágio, considero que foi uma atividade importante, pois permitiu-me desenvolver competências para a construção de uma folha de registo de enfermagem da preparação da alta, no serviço onde trabalho. Conhecer um serviço, observar a sua prática na preparação da alta e elaborar uma folha para ser usada no âmbito da sua prática, foi um desafio, que me possibilitou repensar a minha prática e me ajudou a elaborar a folha de registo de enfermagem da preparação da alta, no serviço onde trabalho. A realização desta atividade foi uma mais valia, porque além de ser importante deixar o meu contributo à equipa, considero que também foi um incentivo para que formalizem a preparação da alta, no sentido de promover a melhoria da qualidade dos cuidados. No serviço onde trabalho, os registos de enfermagem são realizados em cada turno, num impresso do Hospital destinado a esse registo, sendo utilizado um impresso por cada dia de internamento e onde é escrito, em texto livre, toda a informação considerada importante e pertinente, de forma a garantir a continuidade de cuidados. No entanto, e à semelhança do que acontece no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B, como já referi anteriormente, considero que os registos que realizamos não facilitam a continuidade de cuidados no âmbito da preparação da alta, pois não permitem uma visão abrangente sobre o que foi realizado nesse âmbito. Com esta atividade percebi, também, que uma das intervenções promotoras de uma adequada preparação da alta é o registo das intervenções realizadas neste âmbito, de uma forma simples e sistematizada, de forma a permitir a continuidade de cuidados.

Considero que as atividades realizadas me permitiram desenvolver a seguinte competência das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010): promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

No sentido de organizar os instrumentos construídos para deixar a informação sistematizada e acessível aos enfermeiros do Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B, considerei importante realizar outra atividade que não estava programada, a criação de um dossier da preparação da alta (cujas fotografias do mesmo constam em Apêndice XII), em que constam: o esquema e a folha de registo de enfermagem da preparação da alta em suporte papel e em suporte digital para que possam ser melhorados; artigos que li durante o estágio e que considero que reúnem informação atual e interessante acerca da preparação da alta e que poderão

ser interessantes; folha de esquema de terapêutica e etiquetas identificadoras do horário de administração da terapêutica. A necessidade da criação da folha de esquema de terapêutica surgiu pelo facto de nalgumas situações, aquando da alta, ser importante fornecer à pessoa com doença oncológica e cuidador familiar um esquema da terapêutica prescrita pelo médico para realizar no domicílio. No estágio anterior pude perceber que esta é uma estratégia que promove a adesão ao regime terapêutico (facilita a compreensão, evita erros) e procura assegurar uma administração segura no domicílio (Miasso & Cassiani, 2005). Por outro lado, como é apenas pouco tempo antes do momento da alta hospitalar que se tem acesso ao esquema terapêutico que a pessoa internada seguirá no domicílio, ter uma folha já realizada previamente em formato digital numa *pen* de fácil acesso, em que apenas é necessário preencher o nome do fármaco, dosagem, via de administração e horário de administração, é facilitador em termos de gestão de tempo tão preciso e escasso para os enfermeiros. Na elaboração desta tabela tive como preocupação que os horários da terapêutica fossem associados a imagens de refeições ou de momentos específicos do dia, e que além de informação escrita tivessem também uma representação esquemática do mesmo, uma vez que há pessoas que são analfabetas e esta identificação é facilitadora. Ao mostrar a tabela elaborada às Enfermeiras Orientadoras e explicar-lhes a intenção da sua realização, lançaram-me um desafio, que foi: encontrar uma solução para colocar o horário da toma da terapêutica nas caixas da medicação sem utilizar números, porque, por vezes, é necessário facilitar a identificação da terapêutica que a pessoa tem que tomar por horário como estratégia facilitadora da adesão ao regime terapêutico. Criei então autocolantes com as imagens do momento do dia que tinha utilizado na tabela, para colocar nas embalagens dos medicamentos de acordo com os horários da toma da terapêutica (Apêndice XIII). A tabela e os autocolantes são em tons de preto e branco, uma vez que o daltonismo, apesar de não ser muito comum em Portugal, existe e, também, por as impressoras existentes no serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B imprimirem apenas a preto e branco. A tabela foi deixada no serviço, em suporte digital, numa *pen*, que está no dossier que criei, uma vez que, em conjunto com as Enfermeiras Orientadoras, foi o local considerado de mais fácil acesso e com menor risco de se perder. Foram também deixadas as imagens em suporte digital, organizadas de forma a que possam imprimir mais vinhetas no papel autocolante que dispõem no serviço. A elaboração deste dossier tinha

igualmente como objetivo, ser um estímulo para a continuação da formalização da preparação da alta. É um contributo meu e também uma estratégia para o desenvolvimento de competências no âmbito da estruturação da preparação da alta, que pretendo realizar no serviço onde trabalho. Após a realização destas atividades, pensando no serviço onde trabalho, considero que é importante, no âmbito da estruturação da preparação da alta, construir um dossier que reúna todos os instrumentos construídos referentes à preparação da alta e dado que, com frequência, necessitamos de realizar uma folha de esquema da terapêutica e identificar os horários, utilizando símbolos nas caixas da medicação, seria muito proveitoso utilizar estes instrumentos construídos.

Com o atingir deste objetivo, desenvolvi competências das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista na área do suporte da prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade (OE, 2010). Desenvolvi também competências do enfermeiro em oncologia das definidas pela EONS (2013), nomeadamente, desenvolver um planeamento adequado da alta.

**Objetivo específico: Colaborar na preparação estruturada da alta da pessoa com doença oncológica.**

Para atingir este objetivo, colaborei na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica, com vista à preparação da alta, realizando para isso o planeamento da alta e a implementação das intervenções planeadas. Tinha como objetivo, elaborar a preparação estruturada da alta de pelo menos duas pessoas com necessidade de cuidador e duas pessoas sem cuidador, o que foi atingido, tal como consta em Apêndice XIV. Ao longo do estágio, com o intuito de realizar um pré-teste dos instrumentos construídos, utilizei a folha de registo de enfermagem da preparação da alta que construí (Apêndice XI) para registar o que foi realizado no âmbito da preparação da alta das pessoas anteriormente referidas. Esta atividade permitiu-me ir reformulando a folha de registo, de acordo com as necessidades de registo que me foram surgindo e com as sugestões realizadas pelas Enfermeiras Orientadoras. No final do estágio voltei a preencher a versão final da folha de registo de enfermagem da preparação da alta com a informação referente às pessoas a quem tive a oportunidade de colaborar na preparação da alta, com o objetivo de realizar uma última aferição da mesma, surgindo a necessidade de realizar algumas alterações de formatação com vista a melhorar a sua utilização. A preparação da

alta das pessoas com doença oncológica que acompanhei (conforme Apêndice XIV), permitiu-me melhorar a folha de registo de enfermagem da preparação da alta construída e ficar desperta para: a necessidade de avaliar a capacidade dos cuidadores para assegurarem a continuidade de cuidados no domicílio; a necessidade de no âmbito da capacitação para a continuidade de cuidados, permitir que treinem durante o internamento, a realização dos cuidados na nossa presença, as vezes que considerarem necessário; a importância da reavaliação das necessidades da pessoa com doença oncológica e do cuidador familiar ao longo do internamento, adequando a educação a realizar com vista à capacitação para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta; a importância de perceber se os cuidadores já tiveram antes experiências anteriores como cuidadores e como as vivenciaram; a importância de fornecer um contacto telefónico disponível. Passei a ter presente na minha prática estes aspetos, das seguintes formas: dando tempo e espaço aos cuidadores para prestarem cuidados na minha presença; ajustando os ensinamentos às necessidades identificadas; questionando os cuidadores sobre as suas experiências prévias no cuidar; fornecendo o telefone do serviço (como mencionado anteriormente).

Dado ter ocorrido durante o período de estágio uma falha informática no programa de registo da colheita de dados, optei por realiza-la nas folhas de colheita de dados utilizadas no serviço para orientação da colheita de dados que posteriormente transcrevem para o programa informático. Esta opção prendeu-se com o facto de a colheita de dados inicial ser um elemento fundamental na preparação da alta, pois permite, também, uma identificação inicial das necessidades ou possíveis necessidades aquando da alta, o que é considerado fundamental para o sucesso da mesma (Holland et al, 2012); Tomura et al, 2011). O planeamento foi realizado, não tendo sido registado em papel, foi registado em registos informáticos no programa em uso no serviço e foi validado sempre com as Enfermeiras Orientadoras, bem como as intervenções realizadas.

A reflexão escrita sobre evento significativo (Apêndice XV) foi outra das atividades realizadas que me permitiu atingir o objetivo específico a que me propus, pois, colaborando na preparação da alta de uma pessoa com doença oncológica e refletindo sobre uma situação concreta, apercebi-me dos aspetos a melhorar. A colaboração na preparação da alta do Sr. AP permitiu-me desenvolver competências relacionadas com o apoio à família, nomeadamente na identificação das

necessidades do cuidador, das suas capacidades e desejos. Constatei, que a avaliação familiar realizada foi determinante na preparação da alta, porque permitiu encontrar estratégias para assegurar a continuidade de cuidados no domicílio após a alta. A reflexão sobre a preparação da alta do Sr. AP consta em Apêndice XV.

Durante este estágio procurei tornar consciente, na maioria das situações, a comunicação não verbal, pensando sobre ela quando falava, aspeto que me tinha proposto melhorar no estágio anterior e que considero ter conseguido, uma vez que solicitei o feedback às Enfermeiras Orientadoras e estas referiram, haver concordância entre a minha comunicação verbal e não verbal.

Tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados a outras pessoas internadas, contudo as que apresento são as situações em que eu tive um papel mais ativo e maior possibilidade de acompanhar continuamente.

O contexto de estágio permitiu-me estar mais dedicada e desperta para a preparação da alta. Ter mais tempo e menos doentes atribuídos, foi facilitador. Estar na posição de estudante também ajudou. Pude consciencializar-me de outros aspetos que, por vezes, no meu local de trabalho não tenho tempo para no momento refletir. Pude refletir na ação e sobre a ação, o que segundo a OE (2012), contribui para a garantia da qualidade dos cuidados. Percebi, também, que é importante cuidar durante um período de tempo das mesmas pessoas com doença oncológica para darmos continuidade ao trabalho realizado, nomeadamente na preparação da alta, ou seja, para conhecermos as pessoas com doença oncológica (elemento essencial para a preparação da alta), identificarmos as suas necessidades e as capacitarmos para a continuidade de cuidados. Esta aprendizagem levou-me a considerar que será uma mais valia, sugerir no serviço onde trabalho, que durante um período de tempo (a determinar pela equipa de enfermagem) nos sejam distribuídos, em todos os turnos, as mesmas pessoas internadas para que possamos realizar uma preparação adequada da alta das mesmas. No entanto, também pude perceber, durante o estágio (à luz da estrutura da preparação da alta do Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B), que a realização de uma preparação estruturada da alta permite a continuidade de cuidados neste âmbito, pois o colega que vai prestar cuidados à pessoa com doença oncológica naquele turno, ao ver a colheita de dados, fica com informação acerca da pessoa e através da passagem de turno e da discussão da preparação da alta da mesma, sabe o que já foi feito no âmbito da preparação da alta e o que se programa fazer, dando

continuidade à preparação da alta sem repetição de elementos desnecessários. Outro aspeto inerente à preparação da alta sobre o qual tive a oportunidade de refletir, foi a importância da uniformização das práticas que considero serem úteis para a segurança dos cuidados. Da minha experiência, constato, que quando os cuidados são prestados da mesma forma ou no âmbito da capacitação para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta, é transmitida a mesma informação, verifico que as pessoas se sentem mais seguras. Nunes (2007), por sua vez, refere que a OE considera que os enfermeiros, para garantirem a segurança dos cuidados prestados, devem agir de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendados. Com o que referi, atrevo-me a dizer que a uniformização das práticas é uma mais valia para a capacitação para a continuidade de cuidados das pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares.

Houve contributos do estágio anterior que foram uma mais valia para este estágio, nomeadamente: a identificação das possíveis necessidades e facilidades das pessoas com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio após a alta; conhecimento da realidade do domicílio; adequação das intervenções à realidade concreta das pessoas e menos centrada no que é a atuação em meio hospitalar; importância de validar e reforçar positivamente a pessoa com doença oncológica e ou cuidador familiar pelo trabalho desenvolvido; intervenções no apoio à família; estratégias que promovem a adesão ao regime terapêutico. Estes conhecimentos e as competências desenvolvidas no estágio anterior, possibilitaram-me identificar mais facilmente as intervenções realizadas no âmbito da preparação da alta e colaborar de uma forma mais ativa e competente, na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica e cuidador familiar, no âmbito da preparação da alta.

Além do desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista já referidas anteriormente, este estágio teve outros contributos para a minha aprendizagem, nomeadamente: a perceção na prática da importância da colheita de dados se encontrar completa e a mesma ser realizada nos primeiros dias de internamento; o reconhecimento da importância da realização da nota de alta de enfermagem de todas as pessoas internadas; a forma como se articulam todos os aspetos a ter em conta na preparação da alta; preparação estruturada informal da alta; colaboração na estruturação formal da preparação da alta; outras estratégias que promovem a adesão ao regime terapêutico (nota de alta de enfermagem e encaminhamento para Hospital de Dia); outras estratégias para melhorar a

articulação entre serviços para permitir a continuidade de cuidados (fax, email); cuidados de enfermagem à pessoa com diagnóstico de neoplasia do pulmão e cuidador familiar. Teve também contributos para a implementação do projeto que, de alguma forma, vão ao encontro dos contributos para a aprendizagem. Contudo, considero importante realçar o facto de me ter despertado para aspetos a melhorar na preparação da alta no serviço onde trabalho e como estruturar a preparação da alta. Por outro lado, permitiu-me fazer uma articulação da teoria com a prática, referente à preparação da alta, nomeadamente como referem Pompeo et al (2007) e Pagliarini & Perroca (2008) que a preparação da alta deve ser iniciada na admissão, ou seja, inicia-se ao realizarmos o acolhimento e a colheita de dados que serão fundamentais na preparação da alta. A elaboração de um planeamento da alta com base nas necessidades individuais e sua implementação, são essenciais na preparação da alta (Shepperd et al, 2013). Segundo a DGS (s.d.), na preparação da alta é fundamental assegurar a continuidade de cuidados, sendo isso realizado na prática através do encaminhamento e articulação com outros profissionais, serviços e/ou instituições. A existência de uma preparação estruturada da alta possibilita a prestação de cuidados de enfermagem eficazes, pois, como refere Henderson (2007, p. 22) “todo o cuidado de enfermagem eficaz é, de certo modo, planeado”. Por outro lado, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde” (OE, 2012, p. 17) sendo, o “planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade” (OE, 2012, p. 17), um elemento importante.

Com as atividades realizadas, desenvolvi as seguintes competências das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010): planeia programas de melhoria; detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. Das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011), desenvolvi as seguintes competências: identificação das necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares; promoção de intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e familiares; envolvimento dos cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades;

colaboração com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio. Desenvolvi, também, competências do enfermeiro em oncologia, das definidas pela EONS (2013), nomeadamente, desenvolver um planeamento adequado da alta.

### **1.3. Estágio III - Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A**

O terceiro contexto de estágio deste percurso decorreu no serviço onde trabalho, Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A (cuja descrição consta em Apêndice I).

Neste terceiro e último estágio deste percurso, pretendi implementar o projeto realizado. O caminho percorrido nos estágios anteriores permitiu-me desenvolver competências fundamentais para o atingir do objetivo geral a que me propus para este estágio, **desenvolver competências de Enfermeiro Especialista na implementação da preparação estruturada da alta da pessoa com doença oncológica.**

Para atingir o objetivo geral a que me propus no projeto de estágio, delineei os seguintes objetivos específicos: construir instrumentos facilitadores da preparação da alta; envolver a equipa de enfermagem na preparação estruturada da alta da pessoa com doença oncológica; efetuar a preparação da alta da pessoa com doença oncológica utilizando os instrumentos construídos.

#### **Objetivo específico: Construir instrumentos facilitadores da preparação da alta.**

Antes de iniciar a construção de instrumentos facilitadores da preparação da alta, considerei importante perceber a evidência existente acerca dos mesmos. Deparei-me com a escassez de informação neste domínio, tendo realizado diversas pesquisas em bases de dados científicas e em catálogos bibliográficos, no sentido de encontrar a melhor e mais recente evidência sobre os instrumentos facilitadores da preparação da alta. Mais concretamente recorri ao catálogo bibliográfico da ESEL, à biblioteca do conhecimento on-line e ao motor de pesquisa eletrónico EBSCOhost para aceder às bases de dados MEDLINE complete e CINAHL complete. Do resultado desta pesquisa emergiu que a construção de uma *checklist* que incluía os elementos a ter em consideração na preparação da alta promove a segurança e a qualidade dos cuidados relacionados com a alta hospitalar (Trembly,

2013). Halasyamani, Kripalani, Coleman, Schnipper, Walraven, Nagamine, Torcson, Bookwalter, Budnitz & Manning (2006), referem também que a *checklist* destina-se a padronizar o que é necessário incluir para uma alta bem sucedida, ressaltando a importância da *checklist* ser ajustada às necessidades de cada serviço. Para Hadjistavropoulos, Garrat, Janzen, Bourgault-Fagnou & Spice (2009) a *checklist* é uma ferramenta prática que ajuda os enfermeiros a melhorar sistematicamente a continuidade de cuidados, garantindo que as tarefas no âmbito da preparação da alta sejam concluídas antes da alta. Hadjistavropoulos et al (2009) referem ainda que para assegurar que os instrumentos construídos sejam usados corretamente é necessário providenciar uma explicação detalhada acerca do uso dos mesmos.

Com base na evidência científica encontrada e nas necessidades identificadas no Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A, considerei importante elaborar os seguintes instrumentos facilitadores da preparação da alta: guia orientador para os enfermeiros para a preparação da alta da pessoa com doença oncológica; folha de resumo de internamento com *checklist* que contempla os assuntos a incluir na preparação da alta; guia orientador para o cuidador familiar para cuidar da pessoa dependente na satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais.

No decorrer da implementação do projeto, o Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A sofreu uma reestruturação, tendo sido alterada a sua área de atuação. Anteriormente incluía também as especialidades médicas de endocrinologia e gastroenterologia e passou, em substituição destas, a incluir a hematologia. Dadas estas alterações e a especificidade das necessidades de cuidados das pessoas com doença hematológica, iniciei o meu estágio solicitando à Enfermeira Chefe que me fossem distribuídos nos turnos que fiz inicialmente, pessoas com o diagnóstico clínico de doenças hematológicas para perceber melhor se havia diferenças ao nível da preparação da alta destas pessoas com doença oncológica. Constatei que na preparação da alta devem ser tidos em consideração, de uma forma geral, os mesmos aspetos, salvaguardando a necessidade de ter sempre presente a singularidade e unicidade de cada pessoa e família de quem cuidamos.

Ainda antes de iniciar a elaboração dos instrumentos facilitadores da preparação da alta, anteriormente referidos, senti necessidade de esquematizar uma proposta de preparação da alta para o serviço onde trabalho (Apêndice XVI) com o

intuito de a estruturar, com vista à prestação de cuidados de qualidade nesta área (Soong et al, 2013). Para isso, foi fundamental o conhecimento e as competências desenvolvidas no estágio anterior neste domínio. Considerei também, à semelhança do que realizei no estágio anterior, que apesar de me ter focado ao longo deste percurso na preparação da alta para o domicílio, os instrumentos construídos deverem ser um pouco mais abrangentes, de forma a poderem ser utilizados também para a preparação da alta das pessoas internadas, cuja alta se prevê que seja para outros contextos.

A construção de uma folha de resumo de internamento com *checklist* que contempla os assuntos a incluir na preparação da alta (Apêndice XVII), que denominei de folha de registo de enfermagem da preparação da alta, foi uma das atividades desenvolvidas. Contudo, dado que as pessoas internadas no Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A podem ter motivos distintos de internamento que se podem reunir em dois grupos: as pessoas internadas eletivamente para realização de tratamentos com quimioterapia e radioterapia e as pessoas transferidas de outros serviços do Hospital ou de outros Hospitais por diversos motivos e dado que a preparação da alta destes diferentes grupos de pessoas tem também diferentes particularidades, surgiu a necessidade de elaborar duas folhas de registo de enfermagem da preparação da alta. Uma folha de registo de enfermagem da preparação da alta para as pessoas com doença oncológica internadas eletivamente para a realização de tratamentos (denominada Modelo B) e outra para as pessoas com doença oncológica internadas de forma não programada (denominada Modelo A), que constam em Apêndice XVII. Para a construção destas folhas foram importantes as competências que desenvolvi no estágio anterior ao realizar a folha de registo de enfermagem da preparação da alta, bem como a compreensão da forma como deve ser estruturada a alta e o conhecimento das necessidades que as pessoas com doença oncológica e família sentem no domicílio após a alta, proporcionado pelo primeiro estágio realizado. Estas folhas de registo de enfermagem da preparação da alta foram apenas usadas por mim, pois carecem de autorização da Direção de Enfermagem para poderem ser utilizadas no Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A. Contudo, pude perceber que são facilitadoras da preparação da alta, como referirei mais adiante.

Ao longo do estágio elaborei um guia orientador para os enfermeiros para a preparação da alta da pessoa com doença oncológica (que consta em Apêndice

XVIII), com o objetivo de uniformizar as práticas e ser de algum modo orientador das intervenções a realizar no âmbito da preparação da alta. Neste guia são também dadas orientações sobre o preenchimento das folhas de registo de enfermagem da preparação da alta Modelos A e B construídas, com o intuito de assegurar o seu correto uso, tal como Hadjistavropoulos et al (2009) aconselham. Ao elaborar este guia orientador, tive como preocupação que fosse de fácil consulta, organizando-o com separadores por temas (acolhimento, colheita de dados, cuidador, apoios sociais, cuidados de enfermagem, local da alta, transporte, facultar na alta). Este guia foi lido pelos elementos da equipa de enfermagem, que fizeram sugestões de melhoria e consideraram ser uma mais valia para orientar a preparação da alta, mas não foi utilizado, pois carece de autorização da Direção de Enfermagem.

Uma vez que no Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas não existe nenhum documento que dê suporte ao ensino efetuado pelos enfermeiros no âmbito da capacitação do cuidador familiar para cuidar da pessoa dependente na satisfação das suas Necessidades Humanas Fundamentais e que muitas das pessoas com doença oncológica, no decurso do seu processo de doença sofrem alteração do seu grau de dependência, necessitando de ajuda para a satisfação das suas Necessidades Humanas Fundamentais e que considero ser importante fornecer informação escrita em forma de guia que “possam consultá-lo quando diante de dúvidas no desenvolvimento dos cuidados” Freitas & Cabral (2008, p. 85), elaborei um guia orientador para o cuidador para cuidar da pessoa dependente na satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais que consta em Apêndice XIX. No entanto, este guia carece de ser validado pelas famílias para posteriormente ser solicitada autorização à Direção de Enfermagem para a sua utilização, aspeto que refiro mais à frente nas perspetivas futuras.

A construção dos instrumentos referidos teve por base: o Modelo Conceptual de Virginia Henderson, indo ao encontro da organização e da linguagem utilizadas nos documentos do Hospital A; a Filosofia de Cuidados de Collière, ao ter em atenção que “se o processo de cuidados se inicia por um levantamento das necessidades vitais e pela procura de uma forma de lhes responder, há que fazer apelo a conhecimentos diversos e de naturezas diferentes para perceber os sinais do processo saúde-doença e compreender a sua significação” (Collière, 1999, p. 245).

Considero os instrumentos construídos uma mais valia para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, contribuindo para o planeamento de programas de melhoria contínua.

Com as atividades realizadas desenvolvi competências das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), nomeadamente no suporte da prática clínica, na investigação, no conhecimento, na área da especialidade e no planeamento de programas de melhoria contínua, no desenvolvimento dos sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano, no desenvolvimento de medidas para a segurança dos dados e registos, na conceção e gestão de programas e dispositivos formativos e ao prover a liderança na formação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho. Desenvolvi, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011), a competência: aplica estratégias que apoiam os membros da equipa de saúde envolvidos na prestação de cuidados às diversas necessidades do indivíduo com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares. Desenvolvi também competências do enfermeiro em oncologia das definidas pela EONS (2013), nomeadamente desenvolver um planeamento adequado da alta.

**Objetivo específico: Envolver a equipa de enfermagem na preparação estruturada da alta da pessoa com doença oncológica.**

Com o intuito de envolver a equipa de enfermagem na preparação estruturada da alta da pessoa com doença oncológica, promovi conversas informais com os elementos da equipa de enfermagem sobre a importância da preparação estruturada da alta, procurando que estas conversas partissem de situações concretas vivenciadas pela equipa no âmbito da preparação da alta, pois considero que se conseguirmos levar o outro a refletir sobre a sua prática e a identificar a necessidade será mais fácil de perceber a importância de haver uma preparação estruturada da alta, o que vem ao encontro do que refere Bártolo (2007, p. 19) “a aprendizagem, integrada nas situações de trabalho de cada profissional de saúde, contribui para o desenvolvimento de competências individuais e coletivas”. Por exemplo, apercebi-me que um colega se esqueceu de entregar as receitas a uma pessoa internada no momento da alta, tendo havido necessidade de a pessoa com doença oncológica regressar ao serviço. Oportunamente, ao conversar com o colega

falei do meu projeto e das folhas de resumo de internamento com *checklist* que contemplam os assuntos a incluir na preparação da alta que construí. Da conversa sobre este tema surgiram outros temas e outros colegas interessados no tema, o que nos levou a falar sobre a importância da preparação estruturada da alta.

De forma a obter sugestões para melhoria dos instrumentos construídos, fui apresentando os mesmos aos colegas ao longo da sua elaboração e fazendo reformulações dos mesmos com base nas sugestões propostas. Estas sugestões estavam maioritariamente relacionadas com a forma de preenchimento das folhas de registo de enfermagem da preparação da alta. Foi solicitado por vários colegas que incluísse no máximo de elementos possíveis múltiplas opções, sendo o registo efetuado através da realização de uma cruz na opção pretendida. Foram também realizadas sugestões de temas a incluir no âmbito da capacitação para a continuidade de cuidados após a alta.

Tinha-me proposto realizar uma reunião para apresentação formal dos instrumentos elaborados, contudo após reflexão e discussão desta estratégia com a Enfermeira Orientadora, a Enfermeira Chefe e a Professora Orientadora cheguei, à conclusão que não era a estratégia mais adequada. Ultimamente as formações que foram realizadas no serviço não tiveram grande adesão por parte dos colegas. Por outro lado, os instrumentos construídos são extensos e a leitura completa e atenta dos mesmos acaba por ser morosa. Surgiu então, com base no conhecimento que tenho da equipa a ideia de utilizar uma outra estratégia. Expliquei de forma breve o meu projeto em várias passagens de turno e também durante os turnos e apresentei os instrumentos construídos, fazendo-os passar pelos colegas em suporte de papel para poderem ler e apresentar sugestões. Deixei também alguns exemplares na sala de enfermagem para que pudessem ir lendo e deixando sugestões. A Enfermeira Orientadora teve um papel importante no envolvimento da equipa, uma vez que me ajudou a fazê-lo, possibilitando que conseguisse chegar à grande maioria dos elementos. Considero que esta estratégia me permitiu envolver a equipa, tendo conseguido apresentar os instrumentos construídos a 90,3% da equipa, obtendo sugestões de 75% dos elementos da equipa de enfermagem a quem apresentei os instrumentos construídos (conforme consta em Apêndice XX).

Além da equipa de enfermagem, procurei também envolver elementos da equipa multidisciplinar, uma vez que a preparação da alta envolve a equipa multidisciplinar (Petronilho, 2007; Pereira, 2013). Conversar sobre o meu projeto

com médicos, com a assistente social e com a dietista, tendo sido unânime a opinião dos elementos da equipa multidisciplinar quanto à importância de haver uma preparação estruturada da alta, tal como referem Soong et al (2013), Tomura et al (2011), Korkmaz & Fadiloglu (2015) e Page et al (2016). As folhas de registo de enfermagem da preparação da alta foram também apresentadas à assistente social e à dietista, uma vez que estas também permitem registar informação que nos é transmitida pelas mesmas e que por vezes se perde. A assistente social sugeriu que nos apoios sociais acrescentasse um item relativo ao pedido de complemento de dependência, tendo sido realizada esta alteração uma vez que é um pedido que se realiza com frequência e que nem sempre as pessoas com doença oncológica e família se recordam se já pediram. Consideraram que esta seria uma estratégia importante para não haver falhas de informação e melhorar a articulação entre a equipa multidisciplinar e também o encaminhamento para outros serviços ou instituições. Com frequência encaminhávamos a mesma pessoa internada e/ou cuidador familiar para a dietista várias vezes ao longo do internamento, por desconhecermos que já tinha sido realizado esse encaminhamento, acabando por haver uma má gestão dos recursos existentes. Em termos de informação referente à situação social, alguma é recolhida por nós na colheita de dados mas, por vezes e por lapso, não é escrita e não é transmitida à assistente social, havendo a necessidade de esta colocar as mesmas questões novamente à pessoa com doença oncológica e/ou cuidador familiar. Por outro lado, noutras situações só no final do internamento é que se fazia o encaminhamento para a assistente social, havendo um prolongamento do internamento por a situação social da pessoa internada não se encontrar resolvida. Outra das situações que, por vezes, ocorria era o encaminhamento para outros serviços ou instituições ser realizado apenas no momento da alta, impossibilitando os serviços ou instituição de darem uma resposta atempada à pessoa com doença oncológica. Considero que os instrumentos construídos, nomeadamente as folhas de registo de enfermagem da preparação da alta irão possibilitar o colmatar de alguns dos problemas identificados, uma vez que toda a informação inerente à preparação da alta se encontra facilmente disponível e fácil de visualizar e vai sendo atualizada ao longo do internamento.

Ao longo deste estágio notei um grande interesse e motivação por parte da equipa para a implementação deste projeto, uma vez que frequentemente perguntavam quando é que podiam começar a utilizar os instrumentos construídos.

As atividades efetuadas permitiram-me desenvolver as seguintes competências das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010): gerir na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área da especialidade; otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Desenvolvi das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011) a competência: aplica estratégias que apoiam os membros da equipa de saúde envolvidos na prestação de cuidados às diversas necessidades do indivíduo com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares. Desenvolvi também competências do enfermeiro em oncologia das definidas pela EONS (2013), nomeadamente, desenvolver um planeamento adequado da alta.

**Objetivo específico: Efetuar a preparação da alta da pessoa com doença oncológica utilizando os instrumentos construídos.**

Para atingir este objetivo desenvolvi várias atividades que apresentarei de seguida.

Prestei cuidados às pessoas com doença oncológica e elaborei a preparação da alta, utilizando os instrumentos construídos de forma a fazer um pré-teste. Verifiquei que as folhas de resumo de internamento com *checklist* que contemplam os assuntos a incluir na preparação da alta são instrumentos facilitadores da elaboração da carta de alta de enfermagem, permitem reduzir o tempo de pesquisa no processo clínico, permitem organizar mais facilmente o que é importante incluir e sistematizar a informação e ainda evitar que haja falhas de informação. O fato de a folha de registo de enfermagem da preparação da alta permitir o agendamento e a sinalização da capacitação realizada, quer à pessoa com doença oncológica quer ao cuidador familiar, sobre os temas considerados importantes e em que etapa da mesma se encontram, permite implementar intervenções adequadas e conforme planeadas no âmbito da preparação da alta à pessoa com doença oncológica e/ou cuidador familiar. Envolver os cuidadores das pessoas com doença oncológica de forma programada e organizada, permite otimizar os resultados das nossas intervenções e consequentemente assegurar que haja a continuidade de cuidados

no domicílio após a alta, proporcionando que tanto a pessoa com doença oncológica como o cuidador familiar, se sintam mais seguros.

O facto de haver informação escrita e sistematizada sobre as intervenções realizadas no âmbito da preparação da alta da pessoa com doença oncológica, permite uma melhor articulação com os diversos elementos da equipa multidisciplinar e permite que, atempadamente, seja identificada a necessidade de articulação com outros serviços do Hospital e/ou com outras instituições e esta seja feita.

A elaboração do planeamento da alta, utilizando os instrumentos construídos, permitiu-me realizar algumas alterações aos mesmos, nomeadamente à folha de registo de enfermagem da preparação da alta, simplificando a forma de registo, colocando mais opções de escolha. Ressalvo que não entreguei nenhum dos instrumentos construídos às pessoas com doença oncológica nem aos cuidadores, que estes foram preenchidos na sala de enfermagem apenas por mim e que nunca constaram do processo clínico de nenhuma pessoa internada, uma vez que, carecem de aprovação da Enfermeira Diretora, que só será solicitada após a entrega deste Relatório.

A reflexão escrita sobre um evento significativo segundo o Ciclo de Gibbs sobre a preparação da alta do Sr. C (que consta no Apêndice XXI), permitiu-me refletir sobre: a importância da estruturação da preparação da alta da pessoa com doença oncológica com vista a uma alta mais segura, em que esteja assegurada a continuidade de cuidados após a alta; a articulação com outros serviços ou instituições. Permitiu-me ainda refletir sobre a utilização dos instrumentos construídos e a utilidade dos mesmos. Esta reflexão foi também um reforço positivo pelo trabalho desenvolvido ao perceber a sua importância e utilidade na preparação da alta. Considero que esta reflexão espelha, em parte, a minha evolução ao longo deste percurso no âmbito da preparação da alta. Denota-se uma colheita de dados mais completa, a avaliação das necessidades, quer da pessoa com doença oncológica quer do cuidador familiar, o encaminhamento para outros profissionais realizado tão cedo quanto possível, a avaliação do risco de sobrecarga do cuidador e o apoio à família.

Neste estágio realizei uma atividade que não estava programada, a criação de um dossier da preparação da alta (cujas fotografias do mesmo se encontram em Apêndice XXII), em que constam: o esquema e as folhas de resumo de internamento

com *checklist* que contemplam os assuntos a incluir na preparação da alta em suporte papel e em suporte digital, para que possam ser melhorados; artigos que li durante o estágio e que considero que reúnem informação atual e interessante acerca da preparação da alta e que poderão ser úteis; folha de esquema de terapêutica e etiquetas identificadoras do horário de administração da terapêutica. Esta estratégia foi utilizada no estágio anterior e como o feedback dado por parte dos elementos da equipa de enfermagem do Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B foi muito positivo, considere que seria uma mais valia criar um dossier da preparação da alta para o Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A. A folha de esquema de terapêutica tinha sido criada no estágio anterior pelos motivos anteriormente referidos, mas como no Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A surge, por vezes, a mesma necessidade e quando foi elaborada foi também no sentido de fazer face a uma necessidade já identificada neste serviço, foi incluída no dossier para que possa ser utilizada por todos os elementos da equipa de enfermagem. Quando apresentei esta folha aos colegas estes consideraram que seria uma mais valia para a preparação da alta e uma estratégia para a adesão ao regime terapêutico. Este dossier permite reunir o conjunto de instrumentos construídos para facilitar a preparação da alta e torna-los facilmente acessíveis a todos os elementos da equipa de enfermagem.

Os estágios anteriores foram sem dúvida uma mais valia para conseguir atingir os objetivos a que me propus neste estágio e também para conseguir concretizar o projeto que elaborei, contribuindo para o desenvolvimento de competências, para o enriquecimento profissional e pessoal e, considero eu, para a melhoria dos cuidados prestados às pessoas com doença oncológica no serviço onde trabalho.

Com as atividades realizadas desenvolvi as seguintes competências das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010): otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados; provê liderança na formação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática no ambiente de trabalho. Desenvolvi das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011) as competências: identificar as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares; promover intervenções junto

de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e familiares; envolver cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades; colaborar com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio. Desenvolvi ainda competências do enfermeiro em oncologia das definidas pela EONS (2013), nomeadamente desenvolver um planeamento adequado da alta.

Termino a análise crítica deste percurso com a reflexão (que consta em Apêndice XXIII) sobre um tema, a alta de enfermagem, que me levou a colocar em diversos momentos a questão “será que podemos falar em alta de enfermagem?”.

## 2. AVALIAÇÃO

Concluído o percurso anteriormente descrito, com vista ao desenvolvimento profissional<sup>8</sup>, considero fundamental a análise das competências desenvolvidas ao longo dos estágios realizados com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, opção de enfermagem oncológica. As competências do enfermeiro especialista são o conjunto de competências clínicas especializadas, que decorrem do aprofundamento dos domínios de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2010). Ao longo deste percurso foram desenvolvidas competências enquadradas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011), competências presentes no Cancer Nursing Curriculum da European Oncology Nursing Society (2013) e as do grau de mestre: Competências de 2º Ciclo (Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de Agosto).

Uma das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010) que desenvolvi durante este percurso de aprendizagem, como é visível ao longo do relatório, foi uma prática profissional e ética, respeitando os direitos humanos e a responsabilidade profissional. Neste sentido foi importante reler no início deste percurso, os documentos fundamentais que nos orientam para a prestação de cuidados de qualidade, nomeadamente, o Código Deontológico, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e a Cartas dos Direitos e Deveres do Doente, relembando os seus conteúdos mais detalhadamente. Por exemplo, no desenvolvimento deste projeto em que foi realizada uma análise frequente do trabalho realizado, reconhecendo as falhas e redefinindo estratégias, houve a preocupação em manter uma atualização continua dos conhecimentos, adequando os cuidados prestados às necessidades de cada pessoa com doença oncológica e

---

<sup>8</sup> É “um processo individual e coletivo (...) que contribui para o desenvolvimento das suas competências profissionais, através de experiências de índole diferente, tanto formais como informais (...) um processo a longo prazo, no qual se integram diferentes tipos de oportunidades e experiências, planificadas sistematicamente para promover o crescimento e desenvolvimento” (Marcelo, 2009 citado por d’Espiney & Serra, 2014, apontamentos) do indivíduo.

família, o que está de acordo com o Artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2003), que refere que o enfermeiro deve procurar em todo o ato profissional, a excelência do exercício.

O sigilo profissional foi sempre salvaguardado durante os estágios realizados, tendo presente que o enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão (Artigo nº 106 da Deontologia Profissional do Enfermeiro, Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro). Durante a realização dos trabalhos académicos, usei nomes fictícios, no sentido de “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigações ou controlo da qualidade de cuidados” (Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro, p. 8079).

Ao realizar este Relatório de Estágio, que implicou a reflexão de todo o percurso nele espelhado, fui desenvolvendo competências ao nível da melhoria da qualidade. Inicialmente, identifiquei uma área que tinha necessidade de aprofundar para melhorar, a nível pessoal e profissional, e contribuir para a melhoria dos cuidados, no serviço onde exerço funções como enfermeira, tendo por base também as necessidades da equipa de enfermagem. Após ter identificado uma oportunidade de melhoria da prática de cuidados, neste caso concreto, ao nível da preparação da alta, consultei a evidência científica sobre o tema e tendo-a por base, elaborei documentos facilitadores da preparação da alta e orientadores da mesma, com vista à sua estruturação.

Nos primeiros estágios, desenvolvi competências ao nível da colaboração nas decisões da equipa multiprofissional, o que me permitiu ter um papel mais ativo no serviço onde trabalho, colaborando nas decisões da equipa multidisciplinar. Disponibilizei-me, também, para prestar assessoria à equipa, esclarecendo dúvidas sobre a temática e colaborando na preparação da alta de pessoas internadas a quem não prestei cuidados diretos.

O desenvolvimento de competências ao nível da reflexão na ação e sobre a ação, subjacentes a este percurso, permitiu-me desenvolver o pensamento sistémico e o autoconhecimento. A sua consecução teve, por vezes, como modelo para a reflexão estruturada, o Ciclo Reflexivo de Gibbs.

No sentido de suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade, realizei pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e em catálogos bibliográficos no sentido de encontrar a melhor e mais

recente evidência sobre a temática, que foi fundamental para dar suporte aos estágios realizados, à construção de instrumentos facilitadores da preparação da alta, às reflexões sobre eventos significativos e à elaboração desde relatório.

Fazendo uma retrospectiva deste percurso, percebo que desenvolvi, também, competências do 2º ciclo de estudos, nomeadamente o desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, a sua aplicação na resolução de problemas em situações novas e em contextos multidisciplinares, integrando-os. Considero que, os conhecimentos e competências desenvolvidas, me permitirão uma aprendizagem ao longo da vida.

Das Competências Específicas<sup>9</sup> do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, desenvolvi durante este percurso, como é visível ao longo deste relatório, competências no “cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (OE, 2011, p. 3), identificando as necessidades das pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares, promovendo intervenções junto da pessoa com doença oncológica e cuidadores familiares, envolvendo os cuidadores das pessoas com doença oncológica, para otimizar resultados na satisfação das necessidades e colaborando com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio.

Foram também desenvolvidas competências acrescidas, que “são competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas” (OE, 2010, p.3). Como a área de intervenção deste percurso é a enfermagem oncológica, procurei desenvolver competências definidas pela EONS (2013), nomeadamente desenvolver um planeamento adequado da alta, como é visível ao longo do percurso realizado.

---

<sup>9</sup> As competências específicas, segundo a OE (2010, p. 3) “são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área da especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

A competência do enfermeiro, no âmbito da preparação da alta, segundo Pereira (2013) traduz-se na capacidade de gerir adequadamente um conjunto de situações a ela inerentes e que esta surge e se desenvolve no contexto, exigindo a mobilização, integração e transferência de diferentes conhecimentos e capacidades individuais e coletivas.

A preparação da alta está inerente à prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica e família, sendo indissociável do cuidar em enfermagem, que tem por base o processo de cuidados de enfermagem “que representa o conjunto de uma ação de cuidados, exigindo etapas e tempos de recolha de informação, de compreensão e organização dessa informação, de elaboração e execução de um projeto de ação e de avaliação dos seus efeitos” (Collière, 1999, p. 336), sendo portanto, baseado na ação-reflexão e na ação-agir que constituem a essência dos cuidados de enfermagem (Collière, 1999).

No início deste percurso, nesta área de cuidados (a preparação da alta), sentia-me no nível de enfermeira competente, segundo Benner (2001). Neste nível, o enfermeiro “começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente” (Benner, 2001, p. 53). Tendo trabalhado no sentido de atingir o nível de enfermeira proficiente, que é definido por Benner (2001, p. 54) como o nível em que o enfermeiro “apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas”. No futuro, pretendo continuar a aplicar os conhecimentos e competências desenvolvidas, continuar o seu desenvolvimento no sentido de chegar a perito e da melhoria continua dos cuidados prestados.

Para atingir este nível de desenvolvimento, foram fundamentais os estágios realizados ao longo deste percurso, que tiveram aspetos positivos e negativos, mas dos quais advieram contributos fundamentais para mim, tanto ao nível pessoal como profissional. Seguidamente, abordarei os aspetos positivos e negativos de cada local de estágio, bem como os contributos de cada um.

No que se refere ao estágio na Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A, destaco como aspetos positivos: a possibilidade de prestar cuidados domiciliários, um contexto de cuidados que desconhecia e que me permitiu conhecer a realidade do domicílio, ter uma visão de como é o regresso a casa após um internamento e com base nesses conhecimentos, adequar mais facilmente as intervenções realizadas no âmbito da preparação da alta; a disponibilidade e

preocupação por parte dos enfermeiros da Equipa na minha aprendizagem, tendo sido facilitadores da identificação das necessidades e facilidades das pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares no domicílio após a alta; a possibilidade de participar nas conferências “O apoio à família em Cuidados Paliativos” e “A proximidade e humanização no fim de vida” e de realizar uma partilha sobre as mesmas com a Equipa, foram importantes contributos na identificação das necessidades das pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares; a observação da intervenção de enfermeiros peritos em situações complexas, permitiram-me compreender como deve intervir um enfermeiro perito. Os contributos deste local de estágio foram fundamentais para a implementação do projeto de estágio realizado, levando-me à reflexão sobre os aspetos a melhorar na preparação da alta do serviço onde trabalho. Possibilitaram-me o enriquecimento pessoal e profissional, permitindo-me o desenvolvimento de competências.

Como aspeto negativo, refiro apenas o facto de durante o período em que decorreu este estágio não ter tido a possibilidade de acompanhar nenhuma pessoa com doença oncológica que tivesse alta do serviço onde trabalho, o que me teria possibilitado identificar, numa situação concreta, os aspetos a melhorar no âmbito da preparação da alta.

Do estágio realizado no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B, realço o facto da preparação da alta ser uma preocupação da equipa de enfermagem, havendo um esquema informal da mesma e de existir uma Reunião da Equipa Multidisciplinar onde é discutida a preparação da alta. Durante o estágio pude perceber como organizam a preparação da alta da pessoa com doença oncológica e esquematiza-la, tendo esse esquema servido de modelo para a elaboração do esquema de preparação da alta, adequado ao serviço onde trabalho. Outro aspeto positivo deste estágio, foi o facto de a equipa de enfermagem ser receptiva à presença de estudantes de enfermagem e de me ter permitido contribuir para a formalização da estruturação da alta no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B, através, também, da construção de uma folha de registo de enfermagem da preparação da alta, o que me permitiu desenvolver competências fundamentais para a implementação do projeto realizado, no serviço onde trabalho.

Como aspetos negativos, que acabaram também por se tornar positivos, pelos motivos referidos anteriormente, menciono o facto de não haver uma estrutura formal da preparação da alta e da continuidade de cuidados, no âmbito da

preparação da alta ser assegurada através da oralidade, na passagem de turno. Uma das dificuldades sentidas durante este estágio foi a existência de internamentos prolongados, impossibilitando o acompanhamento das pessoas com doença oncológica desde a admissão até à alta. Para colmatar esta dificuldade, pretendi acompanhar a preparação da alta de várias pessoas internadas em simultâneo e na preparação da alta de pessoas com internamentos prolongados, procurei ir adequando as intervenções realizadas neste âmbito à alteração da satisfação das NHF que iam ocorrendo, o que foi uma mais valia.

O último estágio deste percurso decorreu no Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A, local de implementação do projeto e onde trabalho. Para este estágio foram fundamentais os contributos dos estágios anteriores, nomeadamente as competências desenvolvidas durante os mesmos. Realço como aspetos positivos desde estágio, a receptividade e motivação da equipa de enfermagem em colaborar para a melhoria da preparação da alta da pessoa com doença oncológica, dando sugestões para a reformulação dos instrumentos facilitadores da preparação da alta construídos e refletindo sobre aspetos referentes à mesma. Outro aspeto positivo foi o envolvimento de elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente da assistente social, que fez sugestões para a melhoria das folhas de registo de enfermagem da preparação da alta. O reconhecimento pela Enfermeira Chefe da importância e da necessidade da preparação estruturada da alta da pessoa com doença oncológica será essencial para tornar possível a concretização da implementação da preparação estruturada da alta, no Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A.

Como aspeto negativo, destaco a curta duração do estágio, que dificultou a reformulação atempada dos instrumentos construídos e o envolvimento do maior número possível de enfermeiros. Para ultrapassar esta dificuldade, foram realizadas reformulações e pré-testes das folhas de registo de enfermagem da preparação da alta, à posteriori.

Uma ameaça à implementação da preparação estruturada da alta, parece-me ser as burocracias inerentes às autorizações necessárias para a utilização dos instrumentos construídos, bem como a necessidade de adequação dos mesmos ao novo formato de registos implementado no Hospital A, os registos informáticos.

Os estágios realizados, selecionados criteriosamente e realizados em contextos diferentes, com diversas áreas de atuação, possibilitaram-me variadas

oportunidades de experiências no cuidar de pessoas com doença crónica, mais concretamente, com doença oncológica, cuidadores familiares e família, permitindo-me realizar uma melhor identificação das suas necessidades e implementar intervenções adequadas a cada pessoa, vendo-a como participante ativa no seu plano de cuidados, com vista a uma adequada preparação da alta. Permitiram-me também identificar quais as intervenções de enfermagem promotoras de uma adequada preparação estruturada da alta e desenvolver competências para a implementação da preparação estruturada da alta no serviço onde trabalho.

A riqueza deste percurso prende-se com as aprendizagens realizadas e as competências desenvolvidas, que me possibilitaram melhorar o autoconhecimento e o desenvolvimento, enquanto pessoa e enquanto profissional. Terminei este percurso confiante que consigo prestar melhores cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica e família e que contribuí também para a melhoria dos cuidados prestados no serviço onde trabalho ao nível da preparação da alta. Revejo-me no pensamento de Collière (1999, p. 345) quando refere que “se tratar é ajudar a viver, restituir vida ou permitir às pessoas viver a sua morte (em vez de morrer a sua vida) isto faz-se dando algo da sua própria vida”.

## CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

A concretização do projeto anteriormente elaborado sobre a Preparação da alta da pessoa com doença oncológica: intervenções de enfermagem, foi a continuidade do caminho, rumo ao desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, que considero que não termina aqui; irá ser continuado ao longo do meu percurso profissional, na busca constante de fazer sempre mais e melhor. A sua realização foi um desafio. Porém, considero que a sua implementação foi ainda mais desafiante. Houve momentos em que questionei o que tinha programado, outros mesmos, em que após reflexão, tive necessidade de alterar, isto porque um projeto é um processo dinâmico.

Além de todas as aprendizagens e do desenvolvimento de competências que este período me proporcionou e que fui mencionando ao longo deste trabalho, destaco o quanto foi importante perceber que o fundamental é ter a perspetiva da pessoa como um todo, com um passado e um presente, inserida no seu próprio meio, um ser único e que o cuidar em enfermagem vai muito mais além da execução das técnicas, tendo de haver capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, antecipar as suas necessidades e juntos, numa parceria de cuidados, conseguirmos satisfazer os desejos das pessoas com doença oncológica e família.

A elaboração deste relatório de estágio permitiu-me explicitar o processo de desenvolvimento de competências na preparação da alta da pessoa com doença oncológica. Estrutura, segundo o dicionário da língua portuguesa, significa “disposição e organização dos elementos essenciais que compõem um todo” (Dicionários Porto Editora, ¶ 1). Portanto, para estruturar a preparação da alta é necessário organizar os elementos essenciais que a compõem. Com base nos conhecimentos e competências desenvolvidas ao longo deste percurso, nos diversos locais de estágio e de uma forma resumida e simplista, focando-me na preparação da alta, ousou dizer, que para a preparação adequada da alta é necessário: ter uma estrutura; iniciar no acolhimento; realizar uma completa colheita de dados; avaliar a necessidade de cuidador(es); avaliar as necessidades da pessoa com doença oncológica e/ou do(s) cuidador(es); capacitar a pessoa e/ou cuidador familiar e/ou cuidador formal para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta; avaliar a necessidade de apoios sociais; fornecer documentos escritos sobre os

cuidados, se necessário; avaliar a necessidade de cuidados de enfermagem após a alta; encaminhar, quando necessário, para outros profissionais; discutir em equipa multidisciplinar a preparação da alta; identificar o local da alta; identificar a necessidade de transporte; facultar terapêutica, material específico, receitas, livro de cateter, marcação de consultas e exames, guia de transporte, entre outros, se necessário; articular com outros serviços ou instituição, se necessário; realizar e entregar carta de alta de enfermagem; assegurar a continuidade de cuidados relacionada com a preparação da alta através de registos escritos e das passagens de turno. Para estruturar a preparação da alta pode ser importante a construção de documentos que organizem os elementos essenciais que a compõem, pelo que, neste sentido, construí os seguintes instrumentos que considere serem facilitadores da preparação da alta: esquema orientador da mesma com os principais passos a seguir durante a sua preparação; folha de registo de enfermagem da preparação da alta que permite realizar o resumo do internamento e *checklist* que contempla os assuntos a incluir na preparação da alta; guia orientador para os enfermeiros para a preparação da alta da pessoa com doença oncológica; guia orientador para o cuidador familiar para cuidar da pessoa dependente na satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais. Além do que foi referido, realço que para a preparação adequada da alta é fundamental que os enfermeiros tenham formação nesta área.

Neste percurso dei apenas os primeiros passos com vista à implementação da preparação estruturada da alta da pessoa com doença oncológica, pretendendo, no futuro, concluir a sua implementação. Para isso, após concluir este percurso académico, pretendo apresentar os instrumentos construídos à Direção de Enfermagem e solicitar a autorização para a sua utilização, no serviço onde trabalho. No entanto, como no serviço onde trabalho, recentemente, decorreu a transição para os registos informáticos, pretendo adaptar a folha de registo de enfermagem da preparação da alta a este meio de registo e conseguir que o resumo de internamento transite automaticamente para a carta de alta de enfermagem. Pretendo também melhorar o guia orientador para o cuidador familiar para cuidar da pessoa dependente na satisfação das suas NHF, ilustrando-o, de forma a que se torne mais explícito e entrega-lo a alguns cuidadores para que o leiam e digam o que não está claro, de forma a poder melhorá-lo. Posteriormente, pretendo organizar uma formação para os enfermeiros do serviço onde trabalho para apresentar os instrumentos a implementar e, nessa mesma formação, realizar o diagnóstico de

necessidades de formação no âmbito da preparação da alta e organizar formações em serviço para as colmatar. Após esta formação deixarei o Dossier da Preparação da Alta com todos os instrumentos construídos e aprovados pela Direção de Enfermagem num local estratégico, de fácil acesso, no serviço onde trabalho.

Considero, que seria importante haver mais investigação nesta área, sugerindo a importância da realização de estudos de investigação para avaliar a eficácia das estratégias utilizadas em serviços de especialidades médicas, no âmbito da preparação da alta, de forma a no futuro se poder fazer um estudo mais abrangente que leve a perceber quais as estratégias mais eficazes e instrumentos a utilizar no âmbito da preparação da alta em serviços de especialidades médicas.

O percurso realizado permitiu-me perceber que o que diferencia o enfermeiro especialista é a capacidade de análise, reflexão e intervenção específica junto da pessoa com doença oncológica e família com resultados efetivos, e de dinamização da equipa, procurando ir cada vez mais além. É importante também, que saiba transmitir o que é ser enfermeiro. A Enfermagem é para mim, uma Disciplina, uma ciência e uma arte, a que decidi dedicar-me, tendo sido este trabalho revigorante e renovador do desejo de lutar pela Enfermagem...

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso-Babarro, A., Bruera, E., Varela-Cerdeira, M., Boya-Cristia, M. J., Madero, R., Torres-Vigil, I., Catro, J. & González-Barón, M. (2011). Can this patient be discharged home? Factors associated with at-home death among patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 29 (9), 1159-1167. **DOI:** 10.1200/JCO.2010.31.6752.
- Alves, P. V. (2008). Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho – o caso de um serviço hospitalar. *Sísifo: Revista de Ciências da Educação*, 5, 19-32.
- Ashbrook, L., Mourad, M. & Sehgal, N. (2013). Communicating discharge instructions to patient: a survey of nurse, intern and hospitalist practices. *Journal of Hospital Medicine*, 8 (1), 36-41. **DOI:** 10.1002/jhm.1986.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar. Um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benner, P. (2001) – *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bernardo, A., Rosado, J. & Salazar, H. (2010). Trabalho em equipa. In A. Barbosa & I. G. Neto (Ed.). *Manual de cuidados paliativos* (pp. 761-772). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bugalho, A. & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Capelas, M. L. (2010). Equipas de cuidados paliativos domiciliários: quantas e onde são necessárias em Portugal?. *Cadernos de Saúde*, 3 (2), 21-26.

- Capelas, M. L. & Coelho, S. P. (2014). Pensar a organização de serviços de cuidados paliativos. *Revista Cuidados Paliativos*. 1, 17-26.
- Coelho, M. T. (2013). *Um utente uma pessoa diferente*. Loures: Lusociência.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. (2ª ed.), Loures: Lusociência.
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A. & Cordeiro, S. (2005). *O cancro e a qualidade de vida*. Sintra: Novartis.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (1996). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. *Diário da República I Série A*, N.º 205 (04/09/1996) 2959-2962.
- Decreto-Lei nº115/2013 de 7 de Agosto (2013). Ministério da Educação e Ciência. *Diário da República I Série*, N.º 151 (07/03/2013) 4749-4772.
- Deters, G. (2003). Cancro. In W. Phipps, J. Sands & J. Marek (Aut.) *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (pp. 287-361). Loures: Lusociência.
- Dicionários Porto Editora (2017). Estrutura (¶1). Acedido em 25-02-2017. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/estrutura>.
- Direção-Geral da Saúde (s.d.). *Carta dos direitos do doente internado*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 25-09-2015. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-dos-direitos-do-doente-internado.aspx>.

- Direção-Geral da Saúde (2004). *Planeamento da alta do doente com AVC*. Circular Informativa N° 12/DSPCS de 19-04-2004. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2010). Definição de doença crónica. Acedido em 29-04-2014. Disponível em [pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf).
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal doenças oncológicas em números – 2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Portugal doenças oncológicas em números – 2014*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Portugal doenças oncológicas em números – 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Donaho, E., Hall, A., Gass, J., Elayda, M., Lee, V., Paire, S. & Meyers, D. (2015). Protocol-driven allied health post-discharge transition clinic to reduce hospital readmissions in heart failure. *Journal of the American Heart Association*, 4, 1-10. **DOI:** 10.1161/JAHA.115.002296.
- European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum*. 4<sup>a</sup> ed, Brussels: European Oncology Nursing Society.
- Family Caregiver Alliance (2006). *Caregiver assessment: principles, guidelines and strategies for change. Report from a national consensus development conference (Volume I)*. San Francisco: Family Caregiver Alliance.
- Fox, M., Persaud, M., Maimets, I., Brooks, D., O'Brien, K & Tregunno, D. (2013). Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 13, 1-9. **DOI:** 10.1186/1471-2318-13-70.
- Frias, C. F. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência.

- Freitas, A. A. S. & Cabral, I. E. (2008). O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12 (1), 84-89.
- Hadjistavropoulos, H., Garratt, S., Janzen, J. A., Bourgault-Fagnou, M. & Spice, K. (2009). Development and evaluation of a continuity of care checklist for improving orthopaedic patient discharge from hospital. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 13, 183-193. **DOI:** 10.1016/j.joon.2009.05.006.
- Halasyamani, L., Kripalani, S., Coleman, E., Schnipper, J., Walraven, C., Nagamine, J., Torcson, P., Bookwalter, T., Budnitz, T. & Manning, D. (2006). Transition of care for hospitalized elderly patients – development of a discharge checklist for hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*, 1 (6), 354-360. **DOI:** 10.1002/jhm.129.
- Harding, R., Epiphaniou, E., Hamilton, D., Bridger, S., Robinson, V., George, R., Beynon, T. & Higginson, I. J. (2012). What are the perceived needs and challenges of informal caregivers in home cancer palliative care? Qualitative data to construct a feasible psycho-educational intervention. *Support Care Cancer*, 20, 1975-1982. **DOI:** 10.1007/s00520-011-1300-z.
- Henderson, V. (1994). *La naturaleza de la enfermería: reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana de España, S. A..
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Holland, D., Rhudy, L., Vanderboom, C. & Bowles, K. (2012). Feasibility of discharge planning in intensive care units: a pilot study. *American Journal of Critical Care*, 21 (4), e94-e101. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2012173>.

- International Council of Nurses (ICN) (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Korkmaz, M. & Fadiloglu, Z. (2015). Are we helpless in lung cancer? Discharge program for symptom control: na experimental case-control study. *International Journal of Caring Sciences*, 8 (1), 86-100.
- Leeuw, J., Prins, J., Merckx, M., Marres, H. & Achterberg, T. (2011). Discharge advice in cancer patients: posttreatment patients report. *Cancer Nursing*, 34 (1), 58-66. **DOI:** 10.1097/NCC.0b013e3181efef18.
- Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República I Série*, N.º 181 (16/09/2015) 8059-8105.
- Lopes, L. M. P. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (1), 39-46.
- Lopes, V. (2013). Planeamento de altas: elo vital da continuidade de cuidados. In M. G. Mestrinho & L. Antunes (Org.). *A investigação nos contextos de trabalho: desafios da experiência – um sentido para a reabilitação* (pp. 101-110). Loures: Lusociência.
- Mariz, M. (2005). *Sentimentos e significados no consentimento informado: um contributo para a intervenção de enfermagem*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Mehta, A., Cohen, S. R., Ezer, H., Carnevale, F. A. & Ducharme, F. (2011). Striving to respond to palliative care patients' pain at home: a puzzle for family caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 38(1), E37-E45. **DOI:** 10.1188/11.ONF.E37-E45.

- Miasso, A. I. & Cassiani, S. H. (2005). Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (2), 136-144.
- Moita, A. G., Nunes, C., Silva, I. C., Soveral, M. & Potra, T. S. (2007). Nota de alta/transferência de enfermagem: retrato de uma prática. *Pensar Enfermagem*, 11 (2), 12-24.
- Neto, I. G. (2010). Agonia. In A. Barbosa & I. G. Neto (Ed.). *Manual de cuidados paliativos* (pp. 387-400). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Nunes, L. (2007). Prólogo ao VII seminário. *Ordem dos Enfermeiros*, 24, 4-5.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em oncologia*. (3ª ed.), Loures: Lusociência.

- Page, J., Lederman, L., Kelly, J., Barry, M. & James, T. (2016). Teams and teamwork in cancer care delivery: shared mental models to improve planning for discharge and coordination of follow-up care. *American Society of Clinical Oncology*, 12 (11), 1053-1058. **DOI:** 10.1200/JOP.2016.013888.
- Pagliarini, F. & Perroca, M. (2008). Uso de instrumentos de classificação de pacientes como norteador do planeamento de alta de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21 (3), 393-397.
- Pais, F. (2004). O impacto da doença oncológica no doente e família. In M. Bilro & A. Cruz (Coords). *Enfermagem Oncológica* (pp.25-38). Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.
- Pascoal, J. (2010). *Viver a esperança: necessidades da pessoa com doença oncológica*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Tese de Mestrado. Porto.
- Pereira, I. C. B. F. (2013). *Regresso a casa: estrutura da acção de enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Pereira, M. G. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde, Lda.
- Petronilho, F. A. S. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema organizado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina.

- Pinto, C. A. S. & Pais-Ribeiro, J. L. P. (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade. *Revista Texto & Contexto – Enfermagem*, 16 (1), 142-148.
- Pompeo, D., Pinto, M., Cesarino, C., Araújo, R. & Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (3), 345-350.
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. G. (2010). Comunicação. In A. Barbosa & I. G. Neto (Ed.). *Manual de cuidados paliativos* (pp. 461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Rebelo, M. T. (2012). O regresso do doente a casa: saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. In M. Basto (Org.). *Cuidar em enfermagem – saberes da prática* (pp. 190-273). Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.
- Registo Oncológico Regional do Norte (2016). *Registo Oncológico Nacional 2010*. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil – EPE. Porto.
- Resende, A. R. P. (2009). Alimentar no final da vida: transição do familiar cuidador para a recusa alimentar. Dissertação de Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa.
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L. & Cook, P. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*, 88 (1), 226-237.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 59-62.
- Shepperd, S., Lannin, N., Clemson, L., McCluskey, A., Cameron, I. & Barras, S. (2013). Discharge planning from hospital to home (review). *Cochrane*

*Database of Systematic Reviews*. Issue 1. Art. **DOI:**  
10.1002/14651858.CD000313.pub4.

Soong, C., Daub, S., Lee, J., Majewski, C., Musing, E., Nord, P., Wyman, R., Baker, R., Zacharopoulos & N., Bell, C. (2013). Development of a checklist of safe discharge practices for hospital patients. *Journal of Hospital Medicine*, 8 (8), 444-449. **DOI:** 10.1002/jhm.2032.

Suzuki, S., Nagata, S., Zerwekh, J., Yamaguchi, T., Tomura, H., Takemura, Y. & Murashima, S. (2012). Effects of a multi-method discharge planning educational program for medical staff nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 9, 201-215. **DOI:** 10.1111/j.1742-7924.2011.00203.x.

Thompson, I., Melia, K. & Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem*. (4ª ed.), Loures: Lusociência.

Tomura, H., Yamamoto-Mitani, N., Nagata, S., Murashima, S. & Suzuki, S. (2011). Creating na agreed discharge: discharge planning for clientes with high care needs. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 444-453. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2010.03556.x.

Trembly, A (2013). Can a preflight checklist make hospital discharge safer?. *Nursing Management*, 44(1), 8-11. **DOI:** 10.1097/01. NUMA.0000424024.13787.4b.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (s.d.). *Manual de planeamento e gestão e altas*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Weiss, M. E., Yakusheva, O. & Bobay, K. L. (2011). Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. *Health Services Research*, 46(3), 67-77. **DOI:** 10.1111/j.1475-6773.2011.01267.x.

Wilson, k., Pateman, B., Beaver, K. & Luker, K. (2002). Patient and carer needs following a câncer-related hospital admission: the importance of referral to the

district nursing service. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (3), 245-253. **DOI:** 10.1046/j.1365-2648.2002.02173.x.

World Health Organization (2014). *Health Topics: cancer*. Acedido a 05-05-2014. Disponível em <http://www.who.int/topics/cancer/en/>.

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

Caracterização dos Locais de Estágio

## **Caracterização dos Locais de Estágio**

### **1. Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A**

A Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A tem como missão prestar cuidados no domicílio ativos, coordenados e globais à pessoa com doença oncológica em cuidados paliativos e família, com o objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida. Acompanham a pessoa com doença oncológica e família desde a admissão até ao período do luto. Tem como objetivos: prestar cuidados paliativos à pessoa com doença oncológica e família, no domicílio (cuidados médicos e de enfermagem); apoiar psico-emocionalmente a pessoa com doença oncológica, a família e/ou cuidador; articular os cuidados prestados à pessoa com doença oncológica e família com os outros serviços do Hospital e os recursos existentes na comunidade; assegurar o atendimento telefónico durante o horário de funcionamento do Serviço; divulgar os objetivos e natureza do Serviço; realizar formação em Cuidados Paliativos dirigida aos profissionais do Hospital; fazer investigação clínica de acordo com a sua área de atuação. A referenciação para a Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A, é realizada através de impresso próprio existente no Hospital A, pelo médico que assiste a pessoa com doença oncológica.

A equipa multidisciplinar da Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A é constituída por médico, enfermeiros, assistente social, psicóloga, assistente operacional e assistente administrativa. Trabalham diariamente, todos os dias do ano, das 8h às 16h (sendo que durante os fins de semana e feriados as visitas domiciliárias são realizadas por enfermeiros, estando o médico em regime de chamada). Realizam, todos os dias úteis, no início do turno, uma reunião da equipa multidisciplinar onde são apresentadas todas as pessoas a quem prestam cuidados, de modo a elaborarem em conjunto o plano de intervenção adequado a cada pessoa com doença oncológica, permitindo que todos os elementos da equipa tenham a mesma abordagem, deem a mesma informação, o que leva a que as pessoas alvo dos cuidados se sintam seguras e confiem na Equipa, proporcionando a prestação de cuidados de qualidade. Nestas reuniões, são também realizados, por vezes, momentos de partilha sobre um tema, um artigo ou uma conferência a que tenham assistido, quer pelos elementos da Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários, quer

por estudantes de enfermagem e de medicina, em estágio neste Serviço. Após a reunião da equipa multidisciplinar, organizam a distribuição das visitas domiciliárias agendadas para aquele dia. Habitualmente há duas equipas que realizam visitas domiciliárias, uma constituída por médico e enfermeiro e outra constituída apenas por enfermeiro (não podendo denominar por equipa propriamente dita). O enfermeiro, nos cuidados domiciliários, desempenha diversos papéis, “incluindo os de formador, defensor, gestor de caso e proporcionador de um intercâmbio de ideias estéticas e religiosas” (Rice, 2004, p. 28).

## **2. Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B**

O Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B pretende prestar cuidados individualizados e globais de qualidade, com o objetivo de dar resposta às necessidades das pessoas internadas e suas famílias, no sentido de permitir a continuidade de cuidados. As pessoas internadas dão entrada no serviço, maioritariamente, vindas do Serviço de Urgência e do Hospital de Dia de Oncologia. Por questões relacionadas com a gestão de camas, podem ser internadas no serviço, pessoas sem doença oncológica, no entanto, com patologia do sistema respiratório. A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, dietista, assistente social, fisioterapeuta, psicóloga e assistente administrativa. Semanalmente a equipa multidisciplinar reúne-se às terças-feiras para discussão das situações e do plano terapêutico para as pessoas internadas. O método de trabalho de enfermagem é o individual. Cada enfermeiro é responsável pelas pessoas que lhe são atribuídas nesse turno. No entanto, o trabalho em equipa está muito presente, pois todos se entreejudam.

## **3. Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A**

O Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A tem como missão prestar cuidados a pessoas com diversos diagnósticos de cancro, incluindo as seguintes especialidades médicas: oncologia médica, neurologia e hematologia. As pessoas internadas dão entrada no serviço vindas do domicílio para realização de exames e/ou tratamentos, das consultas externas, da Unidade de Atendimento não Programado e transferidas de outros Hospitais. A equipa multidisciplinar é

constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, dietista, assistentes sociais e assistentes administrativas. O método de trabalho de enfermagem é o individual. Cada enfermeiro é responsável pelas pessoas que lhe são atribuídas nesse turno. No entanto, o trabalho em equipa está muito presente, pois todos se entreeajudam.

Um grande número de internamentos no Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A, é para realização de tratamento com quimioterapia ou de tratamento de quimioterapia e radioterapia concomitante.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários – conceitos e aplicação*. (3ª ed.), Loures: Lusociência.

## **APÊNDICE II**

Registo das necessidades e facilidades sentidas pela pessoa com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio após a alta

## **Lista de necessidades e facilidades sentidas pela pessoa com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio após a alta**

A partir da observação e participação nas reuniões da equipa multidisciplinar, das conversas com os colegas, da observação e colaboração na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica e cuidador familiar, das leituras realizadas, dos conteúdos abordados sobre esta temática nas conferências a que tive oportunidade de assistir e na partilha que realizei com o Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A, fui identificando as necessidades e facilidades que as pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares sentem no domicílio após a alta e elenquei-as segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. É importante referir que a identificação das necessidades e facilidades carece de uma prévia identificação das crenças e valores da pessoa com doença oncológica e cuidador familiar. As necessidades das pessoas e famílias identificadas são:

- NHF respirar:
  - capacitação para a realização de oxigenoterapia;
  - informação sobre estratégias de alívio da dispneia;
  - informação sobre estratégias para diminuir a dispneia de esforço;
  - orientação sobre atuação em situações de presença de secreções (posições facilitadoras para expelir secreções, administração de terapêutica em SOS);
- NHF beber e comer:
  - informação sobre alimentação, nomeadamente sobre a consistência dos alimentos e estratégias de administração;
  - clarificação, esclarecimento e desmistificação sobre alimentação em fim de vida;
  - informação sobre importância e estratégias para hidratação por via oral;
  - informação sobre hidratação por hipodermoclise e cuidados a ter durante a sua administração;
  - informação sobre atuação (não farmacológica e farmacológica) em situações de náuseas e vômitos;
- NHF eliminar:
  - capacitação para a manipulação e substituição de dispositivos de eliminação;

- informação sobre atuação em situações de obstipação e diarreia (não farmacológicas e farmacológicas);
- informação sobre atuação em situações de incontinência vesical e intestinal;
- NHF movimentar-se e manter uma postura correta:
  - capacitação para a mobilização e posicionamento de pessoas dependentes na satisfação das NHF;
  - capacitação para a utilização de estratégias promotoras de poupança energética;
  - informação sobre intervenções com vista a diminuir o edema;
  - informação sobre estratégias promotoras da diminuição do risco de queda;
- NHF dormir e repousar:
  - capacitação para a administração de terapêutica e gestão de SOS;
  - informação sobre estratégias facilitadoras do sono e repouso (exemplos: controlo da dor, diminuição de estímulos...);
- NHF manter a temperatura corporal:
  - informação sobre febre e como atuar;
- NHF estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos:
  - capacitação para a prestação de cuidados de higiene no leito;
  - informação sobre intervenções promotoras da manutenção da integridade cutânea;
- NHF evitar perigos:
  - orientação para ajuste das condições habitacionais às necessidades da pessoa com doença oncológica;
  - informação sobre intervenções promotoras de segurança;
  - informação antecipatória;
  - apoio no luto;
  - informação relacionada com a alteração do ciclo natural da vida;
  - informação sobre meios e estratégias de controlo da dor (farmacológicos e não farmacológicos);
  - informação sobre a importância do descanso do cuidador e estratégias a utilizar;
  - reforço positivo do cuidador familiar pelo trabalho desenvolvido;
  - capacitação do cuidador familiar para cuidar na agonia;

- capacitação para a administração de terapêutica e gestão de SOS;
- informação sobre aspetos burocráticos relacionados com a morte no domicílio;
- ter um contacto telefónico disponível da Equipa de Saúde;
- informação sobre apoios disponíveis;
- NHF comunicar com os seus semelhantes:
  - facilitação da expressão de sentimentos;
  - orientação para lidar com crianças que vivenciam uma situação de doença de um familiar;
  - orientação para lidar com pessoas com confusão;
  - preparação para a despedida;
- NHF agir segundo as suas crenças e valores:
  - apoio emocional;
  - informação sobre o processo de doença;
- NHF ocupar-se:
  - apoio para a manutenção de uma esperança realista;
- NHF recrear-se:
  - motivação para a execução de atividades recreativas (ajustadas a cada situação);
- NHF aprender:
  - promoção da expressão das necessidades e dificuldades.

Como facilidades comuns à maioria das pessoas, foram identificadas facilidades relacionadas com: o vestir e o despir, e a higiene oral. A maioria das pessoas demonstra ter aprendido algumas estratégias facilitadoras para vestir e despir. Algumas também adequaram o vestuário às necessidades. No que se refere aos cuidados orais, também demonstraram possuir conhecimentos sobre a realização dos mesmos.

As facilidades que identifiquei foram as transversais à maioria das pessoas, ou seja, aquilo que consideraram não ter dificuldade em realizar. De entre as necessidades identificadas, há algumas que são consideradas necessidades para umas pessoas, e para outras, são consideradas facilidades. No entanto, considerei que nesta fase era importante registar todas as necessidades encontradas, quer no contexto da prática de cuidados, quer na literatura, quer mencionadas pelos

profissionais de saúde, pois será uma mais valia no futuro aquando da preparação da alta e da construção de instrumentos facilitadores da mesma, porque me permitirá estar desperta para mais necessidades que as pessoas possam ter no domicílio após a alta.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema organizado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.

### **APÊNDICE III**

Análise sobre os aspetos a melhorar na preparação da alta no serviço onde trabalho

## **Análise sobre os aspetos a melhorar na preparação da alta no serviço onde trabalho de forma a responder às necessidades da pessoa com doença oncológica e cuidador familiar**

As necessidades que identifiquei da pessoa com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio, fizeram-me refletir sobre os aspetos que posso melhorar na preparação da alta no serviço onde trabalho. Assim, este documento representa a análise que efetuei sobre os aspetos a melhorar.

Fez-me sentido realizar uma análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) sobre a preparação da alta no serviço onde trabalho, para poder perceber que aspetos são passíveis de melhorar na preparação da alta, tendo em conta a realidade concreta do serviço.

### **Análise SWOT:**

- Pontos fortes: equipa preocupada com a melhoria da qualidade dos cuidados; vários elementos da equipa a investirem na formação; preparação da alta ser uma preocupação da equipa.
- Pontos fracos: equipa de enfermagem encontra-se em sobrecarga/desgaste e, conseqüentemente, está desmotivada; alta centrada na tomada de decisão da equipa médica; preparação da alta é realizada de forma não estruturada; não se assegura muitas vezes a continuidade de cuidados; recursos humanos inadequados às necessidades.
- Ameaças: situação económica atual; políticas de saúde.
- Oportunidades: Hospital recetivo a novas propostas; projeto de nota de alta de enfermagem no Hospital; melhoria dos níveis de instrução dos cidadãos em geral; Sistema Nacional de Saúde; melhoria das redes de comunicação.

Com base no conhecimento que tenho do serviço onde trabalho e no que tive oportunidade de observar e aprender no estágio realizado na Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A, considero que há aspetos a melhorar na preparação da alta no serviço onde trabalho, de forma a responder às necessidades e a evitar algumas dificuldades das pessoas com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio após a alta.

Considero que na preparação da alta, no serviço onde trabalho, é importante melhorar os seguintes aspetos:

- realização de colheitas de dados completas;
- avaliação familiar;
- perceção sobre onde é que a pessoa com doença oncológica quer estar;
- avaliação do cuidador familiar e perceção se tem capacidade para prestar cuidados no domicílio e caso tenha, se o quer fazer;
- estruturação da preparação da alta;
- início da preparação da alta no primeiro dia de internamento;
- articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar na preparação da alta;
- capacitação das pessoas com doença oncológica e/ ou cuidadores familiares para a continuidade de cuidados no domicílio;
- promoção da adesão ao regime terapêutico (promover o conhecimento e compreensão do regime terapêutico por parte da pessoa com doença oncológica e/ou cuidador, disponibilização de medicação para tomar no dia em que tem alta se necessário, avaliação da situação económica, verificação das receitas);
- articulação com os serviços de apoio (contacto telefónico e envio da carta de alta de enfermagem);
- informação escrita a dar à pessoa com doença oncológica e/ ou cuidador familiar aquando da alta (exemplo: folha de esquema de terapêutica);
- disponibilização de contacto telefónico do serviço;
- apoio à família;
- apoio das escolhas da pessoa com doença oncológica e cuidador familiar, dando suporte às mesmas;
- uniformização das práticas.

Identificar os aspetos a melhorar é uma mais valia para conseguir iniciar uma mudança das práticas, já que permite delinear estratégias. As estratégias que considero que poderão contribuir para a melhoria da preparação da alta, no serviço onde trabalho, são as seguintes: motivar a equipa de enfermagem através do reconhecimento pelo trabalho desenvolvido e da identificação dos ganhos das intervenções realizadas; ficar mais turnos com as mesma pessoas internadas;

reforçar e demonstrar a importância de uma avaliação familiar adequada e do preenchimento o mais completo possível da folha de colheita de dados; demonstrar a importância de iniciar a preparação da alta no primeiro dia de internamento; sensibilizar os restantes elementos da equipa multidisciplinar para a importância da discussão da decisão de alta; criar instrumentos que permitam estruturar a alta e discuti-los com a equipa de enfermagem; demonstrar a importância do treino de competências; sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância de uma adequada articulação com os serviços de apoio, no sentido de permitir a continuidade de cuidados; construir documentos com informação escrita para dar à pessoa com doença oncológica e/ ou cuidador familiar, aquando da alta.

O caminho é longo, mas considero que contornando os pontos fracos e potenciando os pontos fortes, iremos conseguir uma adequada preparação da alta da pessoa com doença oncológica.

#### **APÊNDICE IV**

Reflexão sobre evento significativo – Sra. R

## **Reflexão sobre evento significativo – Sra. R**

A Sra. R tem 91 anos de idade. Tem o diagnóstico clínico de síndrome mieloproliferativo, apresenta pancitopenia com necessidade de administração frequente de concentrado de eritrócitos e pool de plaquetas. Encontra-se dependente na satisfação das suas Necessidades Humanas Fundamentais. Reside em casa da sua única filha, com a filha e com o genro, sendo a filha a cuidadora familiar. A filha da Sra. R encontra-se reformada. Anteriormente à progressão da doença da Sra. R, e conseqüente aumento da dependência, cuidava ocasionalmente dos netos.

A Sra. R apresenta episódios de epistaxes frequentes, em pequena quantidade. Na visita domiciliária realizada, já junto à porta, quando nos dirigíamos à saída, portanto, sem a presença da Sra. R, a sua filha referiu ter receio que a mãe tenha uma hemorragia externa em grande quantidade em casa e não saber o que fazer caso isso ocorra. A Enfermeira Orientadora deu informação à filha da Sra. R sobre como atuar numa situação de hemorragia externa em grande quantidade, tendo a filha da Sra. R referido ter ficado esclarecida, sentindo-se mais capaz de atuar perante esta situação. Ouvei atentamente a informação fornecida e procurei adequar a comunicação não verbal à situação.

Quando ouvi a questão colocada pela filha da Sra. R, logo me veio ao pensamento como atuar em caso de hemorragia. No entanto, não tomei a iniciativa de abordar a questão, porque na minha cabeça pairava apenas como atuar em meio hospitalar e não era isso que era pretendido. Foram instantes de algum conflito interior até a Enfermeira Orientadora iniciar a resposta à dúvida da filha da Sra. R. Não sei como é que em tão pouco tempo me ocorreu tanta coisa. O conflito prendia-se com o facto de iniciar ou não a resposta à questão e se iniciasse se seria capaz de ir adaptando no momento à realidade do domicílio o que sabia. Não sei, pois optei por não responder, achei que seria o mais sensato, uma vez que a filha da Sra. R necessitava de uma resposta segura e que lhe transmitisse confiança.

Ao ouvir atentamente a informação transmitida pela Enfermeira Orientadora, percebi que o que estava a pensar estava correto. Numa situação de hemorragia ativa em grande quantidade, é importante procurar manter a calma, utilizar toalhas escuras para diminuir o impacto visual da hemorragia e chamar ajuda. Se conseguir, procurar posicionar a pessoa numa posição confortável e aguardar ajuda.

Esta situação proporcionou-me importantes momentos de aprendizagem. Teve como aspeto positivo, apesar de aparentemente negativo, o facto de não ter intervindo, uma vez que havendo a necessidade de transmitir segurança à filha da Sra. R e, tendo eu de adaptar o que sabia ao contexto do domicílio, no momento, possivelmente, não transmitiria segurança e competência. Por outro lado, a observação atenta permitiu-me perceber como fazê-lo corretamente no futuro, tendo sido um importante momento de aprendizagem. Como aspeto a melhorar, destaco o facto de não ter conseguido adequar a comunicação não verbal à situação. O meu fácies demonstrava inquietação e curiosidade. Considero que foi importante isto ter ocorrido, porque me despertou para um aspeto que por vezes esqueço, na medida em que deixo de conscienciar-me dele, a comunicação não verbal, que é tão ou mais importante do que a comunicação verbal.

Considero que esta situação ocorreu por inexperiência minha na área dos cuidados domiciliários, dada a dificuldade que ainda tenho em transpor os conhecimentos que tenho do que é a atuação hospitalar, para o que pode ser feito pelas famílias em casa. Apesar de já ter dado orientações a pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares sobre este tema, aquando da preparação da alta para o domicílio, estando no contexto real de cada família, a perspetiva é diferente. Apercebemo-nos da dinâmica familiar no seu contexto da realidade concreta de cada um, sendo possível, assim, adequar melhor as intervenções às necessidades reais. Dando um exemplo concreto, quando dei orientações em contexto de internamento sobre este tema, referi que primeiro seria importante chamar ajuda e não deixar a pessoa sozinha. Vendo a realidade do domicílio, percebi que isto pode não ser possível, pois para pedir ajuda a pessoa pode ter de se deslocar da divisão onde se encontra para o fazer, uma vez que nem sempre traz o telefone no bolso. Considero também que em algumas situações pode ser fundamental ter por perto uma toalha de cor escura e coloca-la junto à pessoa antes de chamar ajuda, para diminuir o impacto visual da hemorragia.

Relativamente à comunicação não verbal, considero que o facto de não ter conseguido adequar a comunicação não verbal à situação, está relacionado com trabalhar pouco, ou menos que o necessário, este aspeto fundamental da comunicação. Para trabalhar a comunicação não verbal é necessário conscienciar-me que ela existe e muitas vezes por diversas razões este aspeto é descurado.

Esta situação, como já referi anteriormente, foi de enorme riqueza e refletir sobre ela tornou-a ainda mais rica, pois autoconsciencializou-me das minhas limitações no acompanhamento da pessoa com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio. As aprendizagens são possíveis, também, através da experiência e esta experiência permitiu-me aprender que é importante um conhecimento acerca da pessoa e família, da sua dinâmica familiar e condições habitacionais. Estes elementos são mencionados por Figueiredo (2009) como elementos relevantes para a avaliação familiar. Para adequar as intervenções a realizar, é importante deter o máximo de informação possível e pertinente. Por outro lado, também é importante transmitir disponibilidade, segurança e competência naquilo que fazemos, não basta ter, é também necessário saber transmitir. A comunicação não verbal tem aqui um contributo importante. A realização desde estágio, na Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A, mostrou-me outro lado da realidade das pessoas e famílias que me tem permitido realizar intervenções mais adequadas às necessidades e realidade de cada pessoa e família e menos centradas no que é a atuação em meio hospitalar.

Se acontecer novamente uma situação semelhante, procurarei fazer uma pequena pausa para organizar o pensamento, adequarei a informação a transmitir à realidade concreta de cada pessoa e família e tomarei consciência da minha comunicação não verbal para que seja congruente com aquilo que pretendo transmitir. Entretanto, procurarei trabalhar a comunicação não verbal.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto.

## **APÊNDICE V**

Reflexão sobre evento significativo – Sr. V

## Reflexão sobre evento significativo - Sr. V

Durante o acompanhamento da Enfermeira Orientadora nas atividades desenvolvidas no âmbito da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, em que acompanham pessoas com doença oncológica internadas em diversos Serviços do Hospital A, conheci o Sr. V, que estava internado num Serviço de Cirurgia do Hospital A. O Sr. V tem 82 anos de idade, é casado e tem dois filhos. Reside com a esposa na área de Lisboa. Tem o diagnóstico clínico de neoplasia da bexiga e foi internado por insuficiência renal. Já se encontrava algaliado no domicílio. Durante o internamento foi submetido a colocação de nefrostomias bilaterais, apresentou *delirium* e períodos de agitação psicomotora, principalmente no período noturno. Encontra-se totalmente dependente na satisfação das suas Necessidades Humanas Fundamentais.

Segundo pude perceber, através de conversas com a Enfermeira Orientadora, durante o internamento a família demonstrou vontade que o Sr. V tivesse alta para o domicílio, enquanto aguardava vaga em Unidade de Cuidados Paliativos. No sentido de preparar a alta do Sr. V, foi realizada uma conferência familiar pela equipa multidisciplinar, que incluía a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (cujos elementos também integram a Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários). Nessa reunião familiar, a Enfermeira Orientadora referiu que foi proposto o encaminhamento para terem apoio da Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários, após a alta hospitalar, tendo a família concordado com o mesmo.

Conheci o Sr. V no dia em que teve alta clínica, encontrava-se acompanhado pela esposa. À nossa chegada, uma das primeiras questões que a esposa do Sr. V colocou foi: “vai ter alta hoje, não vai?” *sic.*. Na interação com a esposa do Sr. V, apercebemo-nos que não tinham adaptado a casa às necessidades do Sr. V e que não tinham procurado apoios na comunidade, conforme a Enfermeira Orientadora referiu que foi sugerido durante a conferência familiar. Porquê? Considero que seria importante perceber o que esteve na base da tomada de decisão desta família para manter a casa como anteriormente e não procurar apoios, para se poder intervir. Apercebi-me que durante o internamento foi dada informação, foi capacitada e apoiada a família com vista à continuidade de cuidados no domicílio. A esposa do Sr. V manifestou o desejo que o marido dormisse a primeira noite na sua cama

(porque considerava que se o Sr. V dormisse na sua cama ficaria mais calmo e deixaria de apresentar períodos de agitação psicomotora e, por outro lado, se o Sr. V conseguisse manifestar a sua vontade, faria esse pedido para poderem dormir os dois pelo menos uma noite na mesma cama) apesar de esclarecida sobre os riscos que corria, uma vez que a cama não tinha grades e o Sr. V apresentava, por vezes, períodos de agitação psicomotora. Esta situação levou-me a perceber que é importante conhecer as crenças individuais das pessoas, uma vez que “as crenças são uma forma de conhecimento integrado, interiorizado a partir dos hábitos de vida” (Collière, 1999, p. 273) e intervir de forma ajustada às necessidades individuais de cada pessoa e família, porque “os cuidados de enfermagem situam-se na junção de pessoas – utilizadores e prestadores de cuidados – que têm hábitos de vida e, portanto, crenças diferentes” (Collière, 1999, p. 276). Despertou-me também para a importância de, respeitando o outro, encontrar estratégias de intervenção adequadas a cada situação. Nesta situação, se interviesse, teria como objetivo minimizar os riscos. Dado ser uma tomada de decisão livre e esclarecida por parte da família, sugeriria que deitassem o Sr. V no centro da cama, uma vez que tinham uma cama de casal (a fim de diminuir o risco de queda) e que mantivessem uma maior vigilância.

Quando me apercebi que a família pretendia que o Sr. V dormisse na sua cama pelo menos uma noite, procurei tornar consciente a comunicação não verbal de modo a manter um fâcies que evidenciasse neutralidade e considero tê-lo conseguido. A comunicação não verbal é um aspeto que tenho vindo a trabalhar e naquele momento fiquei satisfeita por ter demonstrado, a mim mesma, que as aprendizagens realizadas se refletem na prática de cuidados, ou seja, que através da autoconsciencialização tenho vindo a melhorar a comunicação não verbal, que é “uma troca sem palavras. Ela cobre um largo espetro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas, e contribuem para o seu significado” (Phaneuf, 2005, p. 68). Ter uma comunicação sintónica, em que há concordância entre a linguagem verbal e não verbal, segundo Phaneuf (2005), permite uma comunicação harmoniosa e eficaz. Posso então considerar que as aprendizagens realizadas me permitem ter uma comunicação mais eficaz com as pessoas de quem cuido.

O Sr. V teve alta para o domicílio, estando previamente combinada a admissão no dia seguinte pela Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários. Como

no dia seguinte fiz estágio nessa Equipa, tive a oportunidade de colaborar na Visita Domiciliária de admissão do Sr. V pela Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários. Esta foi uma experiência muito rica. Permitiu-me perceber como é que o Sr. V estava no internamento e ter alguma informação acerca da preparação da alta para o domicílio realizada, durante o internamento (informação que me foi transmitida pela Enfermeira Orientadora e que adveio da observação em contexto de internamento no dia da alta), e em loco, após a alta, identificar as necessidades e facilidades no domicílio após a alta, atividade que me propus realizar neste estágio.

As necessidades identificadas pela esposa e filho do Sr. V, após a alta, foram as seguintes: necessidade de uma cama articulada com grades; necessidade de haver momentos de descanso para o cuidador; necessidade de informação sobre a prestação de cuidados de higiene e conforto; necessidade de validação da forma como realizam os cuidados de higiene e conforto; necessidade de orientação sobre posicionamentos; necessidade de informação sobre os cuidados à pele; necessidade de informação sobre alimentação; necessidade de informação clínica; necessidade de ser fornecida no internamento a terapêutica para o dia da alta; necessidade de informação sobre administração de terapêutica; necessidade de capacitação para a administração de terapêutica prescrita em SOS; necessidade de capacitação para a substituição de dispositivos de eliminação; necessidade de adequação das condições físicas da habitação às necessidades do Sr. V; necessidade de reforço positivo dos cuidadores pelo trabalho desenvolvido.

A necessidade de ser fornecida no internamento a terapêutica para o dia da alta surgiu pela dificuldade na aquisição da terapêutica no dia da alta, uma vez que chegaram tarde a casa e não havia disponível na farmácia toda a terapêutica prescrita. Nesta situação concreta, não conseguiram adquirir a terapêutica indutora do sono, não tendo o Sr. V dormido e a cuidadora familiar referiu também não ter dormido e estar cansada. Quando a pessoa com doença oncológica tem alta tarde, procuro, se possível, dar a medicação que não tem para tomar nesse dia. No entanto, só perante esta situação é que percebi a sua importância concreta e algumas das repercussões que pode ter. Considero que no futuro, sempre que for possível, e se identificar essa necessidade, deverá ser dada a cada pessoa a medicação que não tenha para tomar nesse dia, a fim de evitar que não façam a medicação prescrita por não a conseguirem adquirir. Percebi ainda a importância de algumas intervenções que a Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários tem, como

perguntar frequentemente às pessoas com doença oncológica e ou cuidador familiar se têm medicação e perceber se têm recursos económicos para a adquirir. Se verificarem que as pessoas não têm recursos económicos que lhes permitam adquirir a terapêutica, encaminham para a Assistente Social a fim de que obtenham apoios para a sua aquisição. Se verificam que não têm receitas médicas da terapêutica solicitam ao médico as mesmas e entregam as receitas da medicação em falta na visita domiciliária seguinte, ou se necessário, no próprio dia. Estas são intervenções que promovem a adesão ao regime terapêutico. Com base no que referi, considero que será importante, também, validar na alta se têm receitas da medicação que seja suficiente até à próxima consulta e se têm possibilidade de adquirir a medicação prescrita.

Nesta situação, foi enriquecedor perceber que é importante respeitar as escolhas das pessoas e dar-lhes suporte. No contexto do domicílio, surgiram necessidades que os familiares do Sr. V reconheceram que os enfermeiros procuraram antecipar na preparação da alta, mas que não conseguiram integrar. Contudo, como lhes foi dado suporte, foi possível fazer face às necessidades e dificuldades sentidas.

Numa das visitas domiciliárias seguintes, apercebemo-nos que não sabiam o objetivo de administrar o SOS A e o SOS B. Este foi um aspeto que me fez pensar sobre a necessidade de dar uma folha organizada e clara com a terapêutica a administrar e com a indicação do efeito ou da situação em que se administra cada SOS, o que permitirá uma gestão adequada da terapêutica em SOS, reduzindo riscos e promovendo a adesão terapêutica. Também é importante a capacitação para a administração de terapêutica e saber as rotinas diárias da pessoa para ajustar os horários da medicação.

Outro aspeto importante para o qual fiquei desperta e considero que necessito de trabalhar, é que, nada é óbvio, ou seja, por mais simples que as coisas pareçam, têm de ser ditas. O treino de competências, como por exemplo nesta situação a mobilização, os cuidados de higiene, a gestão do regime terapêutico, é fundamental. Não basta só dizer e exemplificar, mas é preciso dar tempo e espaço para que as pessoas façam na nossa presença.

A família do Sr. V percebeu em casa a necessidade de adaptar o espaço físico. Antes deste estágio tinha presente a importância da adaptação do espaço físico às necessidades da pessoa, na medida em que tinha noção que era relevante,

mas como desconhecia a realidade do domicílio, a minha ajuda era mais teórica e menos prática, e as pessoas necessitam de orientações práticas.

Numa intervenção cujo objetivo foi realizar gestão de expectativas, a Enfermeira Orientadora começou por perceber qual era a perceção da família acerca da situação do Sr. V. Esta situação alertou-me para a importância de não podermos gerir expectativas, se não conhecemos a perceção que a família tem da situação.

Verificar os resultados das nossas intervenções, faz-nos compreender melhor a sua necessidade, importância e repercussão na prática. Nesta situação esteve patente a articulação com a Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários para a continuidade de cuidados no domicílio, ou seja, uma articulação adequada com a Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários, neste caso, na preparação da alta, permite a continuidade de cuidados. Esta situação em concreto e também todo o período de estágio na Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários, permitiu-me perceber como realizar uma articulação adequada com as Equipas de Apoio Domiciliário. Anteriormente a este estágio, a articulação que fazia com as Equipas de Apoio Domiciliário era através da realização de carta de alta de enfermagem que era entregue à pessoa internada aquando da alta. Percebi, neste estágio, que isto é insuficiente, uma vez que para permitir a continuidade de cuidados é necessário que haja um contacto prévio com o enfermeiro da Equipa de Apoio Domiciliário, transmitindo: informação considerada pertinente acerca da pessoa internada para a continuidade de cuidados e informação que lhe permita organizar e agendar a visita domiciliária à pessoa após a alta. É importante também, informar o dia previsto da alta assim que possível, porque se não souberem que a pessoa tem alta, não poderão agendar a visita domiciliária e fica comprometida a continuidade de cuidados. Outro aspeto que constatei ser útil é a equipa conhecer a pessoa com doença oncológica e cuidador familiar no internamento, se possível. Após este estágio, fiquei sensibilizada para a importância de melhorar a articulação com os enfermeiros das Equipas de Cuidados Domiciliários, devendo esta passar, não só pelo envio da carta de alta de enfermagem, mas também por um ou mais contactos com os mesmos para planear a alta, também em função das suas possibilidades. Estou desperta para a necessidade de sensibilizar a equipa que integro para a melhoria da articulação com as Equipas de Cuidados Domiciliários. Procurarei fazê-lo através de conversas informais com os colegas e de sugestão de contacto telefónico das Equipas de Cuidados Domiciliários quando havia uma pessoa

internada que fosse ser seguida por estas equipas. Verifiquei através da leitura dos registos de enfermagem que com frequência, consta que foi realizada a articulação através de contacto telefónico e envio da carta de alta de enfermagem com as Equipas de Cuidados Domiciliários, o que acontecia com pouca frequência antes da minha intervenção.

Poder acompanhar o Sr. V foi uma mais valia, porque fiquei desperta para a importância das intervenções em internamento junto da pessoa e cuidador familiar, das repercussões que tem no regresso a casa, dependendo o sucesso da alta também da sua preparação. Fiquei ainda desperta para muitos aspetos práticos relacionados com a preparação da alta, que anteriormente referi e para a importância de respeitar a liberdade do outro, procurando encontrar alternativas de apoio que sejam aceites por ele, proporcionando auxílio, tendo em conta as decisões que tomarem.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

## **APÊNDICE VI**

Conferência: “O apoio à família em cuidados paliativos”

## **Conferência: “O apoio à família em cuidados paliativos” – Hospital da Luz – 16 de Outubro de 2014**

Na conferência a que tive a oportunidade de assistir sobre “O apoio à família em cuidados paliativos”, foi referido que os cuidados devem ser centrados na pessoa (com doença) e na família, porque a família também necessita de receber cuidados e que é importante ter presente que nem sempre a família tem capacidade para prestar cuidados, sendo fundamental uma adequada avaliação prévia da mesma.

Segundo um estudo apresentado, foi relatado por todos os cuidadores que a ausência de preparação para o assumir do papel de cuidador é um fator inibidor do assumir desse papel. No mesmo estudo, foram identificadas como necessidades dos cuidadores: formação teórica e prática, sendo que a prática deve ser individualizada e ajustada às necessidades específicas de cada um. Referiram, também, que é fundamental dar um contacto telefónico para onde possam ligar, no caso de surgir alguma dúvida.

Num estudo realizado e apresentado na conferência (cuja bibliografia desconheço), foram identificadas como necessidades dos cuidadores: o treino de habilidades em contexto hospitalar, nomeadamente sobre como mobilizar o idoso dependente, uma vez que era este o tema do estudo, tornando-se para isso necessário: dar formação teórica e prática aos cuidadores familiares; completar a educação no domicílio; fornecer um contacto telefónico disponível; informar sobre produtos de apoio. Consideram que para melhorarmos a nossa intervenção diária, é necessário elaborar um plano de intervenção adequado a cada pessoa.

A investigação recente sobre o apoio à família em cuidados paliativos, refere que os cuidadores familiares precisam de estratégias práticas que os ajudem a cuidar. Numa investigação realizada com base em fotografias dos momentos chave do cuidar, tiradas por cuidadores familiares, foram identificados sete temas relacionados com o cuidar: exigências físicas; stress emocional e espiritual; preparação para o futuro; assegurar ajuda; gestão da medicação; gestão das ajudas; relações interpessoais (Angelo & Egan, 2001).

A investigação recente refere como intervenções que dão suporte aos cuidadores familiares de pessoas com cancro em cuidados paliativos, as seguintes: psicológicas (individuais e díade); interdisciplinares; educativas; grupais; de

descanso e intervenções físicas (yoga, massagem...) (Harding, List, Epiphany & Jones, 2011).

Um outro artigo apresentado, refere que as reações dos cuidadores à convivência com a morte são: isolamento social; sintomatologia física e psicológica; solidão e insegurança; responsabilidade e culpa. Face a estas reações identificadas é necessário intervir através de informação, diálogo, diálogo familiar e atividades de conforto (Melin-Johansson, Henoch, Strang & Browall, 2012).

Foi também apresentado um artigo sobre: É diferente ser cuidador de doente oncológico de não oncológico? Os cuidadores de doentes oncológicos cuidam de pessoas mais novas, no entanto, têm maior contacto com os Cuidados Paliativos.

No apoio à família foi referido ser importante ter em conta: as necessidades do cuidador familiar; as capacidades e desejos do cuidador (nem sempre o cuidador está preparado para cuidar, nem sempre o cuidador quer cuidar, nem sempre as condições para cuidar existem, nem sempre a experiência passada é positiva); que o cuidador é também alvo de cuidados; que o impacto que temos no presente dos cuidados, reflete-se no futuro (o risco de luto patológico deve ser abordado e prevenido sempre e a intervenção em cuidados paliativos não termina no momento da morte).

Foi também dito que é importante avaliar as necessidades da família, nomeadamente: avaliar o stress do prestador de cuidados; avaliar apoios sociais; identificar a atitude face aos cuidados; avaliar o medo de ser um fardo para terceiros; avaliar o coping da família; avaliar a dinâmica familiar, para depois intervir.

As intervenções na família podem passar por: proporcionar orientação antecipatória à família; ensinar a família acerca do regime terapêutico; promover apoio social; garantir a continuidade de cuidados; apoiar os prestadores de cuidados; ensinar a família acerca do processo de doença; facilitar a capacidade de comunicar sentimentos.

Nesta conferência foram apresentados e discutidos casos clínicos. Um caso clínico apresentado foi de um Senhor com diagnóstico clínico de carcinoma da próstata e acidente vascular cerebral isquémico que antes de ser internado já tinha estado duas vezes na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital X, no contexto de cuidador familiar. Na situação de doença da filha, foram identificadas as seguintes necessidades: apoio emocional ao pai e à filha; reconhecimento enquanto cuidador; informação clínica; expressar sentimentos; conservar uma esperança realista;

relacionadas com a alteração do ciclo natural da vida. Face às necessidades identificadas, foram planeadas as seguintes intervenções: incentivar o pai a pôr questões; ajuste de expectativas; realização de conferências familiares; validar o papel enquanto cuidador; validar a coragem por lidar com a morte de um filho; permitir a expressão de emoções; permitir a despedida. Neste mesmo caso houve, posteriormente, uma situação de doença da esposa, onde foram identificadas as seguintes necessidades: apoio emocional ao marido, filho e netos; reconhecimento enquanto cuidador e enquanto marido; processo de doença; informação clínica concisa e clara. Face às necessidades identificadas, foram planeadas as seguintes intervenções: ajuste de expectativas; realização de conferências familiares; validação do papel enquanto cuidador; validação da capacidade de adaptação às perdas; permitir a expressão de emoções; permitir a despedida; reorientar para o futuro; incentivar o autocuidado. Neste mesmo caso clínico, houve a situação de doença do Senhor que foi anteriormente cuidador. Nesta situação, foram levantadas as seguintes necessidades: apoio emocional ao filho e netos; reconhecimento enquanto cuidadores; informação clínica; períodos extensos de doença com flutuação e diferentes locais de internamento; dificuldade na gestão da situação clínica; planificar o futuro e tomar decisões; ambivalência de sentimentos da neta. Neste sentido, foram planeadas as seguintes intervenções: ajuste de expectativas; realização de conferências familiares; validação do papel enquanto cuidadores.

Foi referido que os enfermeiros prestam cuidados com ajuda do cuidador, dando continuidade aos cuidados a prestar.

Num outro caso clínico apresentado de uma Senhora de 62 anos de idade, cujo cuidador familiar era o marido e com os pais idosos vivos, após a identificação das necessidades individuais de cada membro da família, foram planeadas as seguintes intervenções: informação coerente e igual dentro da equipa; compromisso de honestidade face à situação clínica; disponibilidade para partilhar e transmitir informação clínica, agravamento e gestão de expectativas; participação ativa do esposo nos cuidados diretos à Senhora, como alimentação, deambulação, entre outras atividades; discussão sobre plano e decisões clínicas com envolvimento ativo da família; reconhecimento dos seus direitos e necessidades – cuidar da família para depois poder cuidar da pessoa com doença; desculpabilização; permitir a expressão de sentimentos – escuta ativa; validar o papel de mãe e pai e todo o apoio que tem sido dado ao longa da vida da pessoa com doença e todos os momentos bons.

Referiram que é importante antecipar as necessidades e identificaram como ferramentas para trabalhar com a família, as seguintes: avaliar necessidades; planejar intervenções; planejar conferências familiares.

Foi apresentado o programa de apoio ao luto existente na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital X. Este programa inclui o acompanhamento e apoio durante o internamento e após a morte. O processo de luto não começa apenas quando a pessoa morre.

Referiram que antes da morte da pessoa são realizadas intervenções sistematizadas de apoio à família e são avaliados os fatores de risco de luto patológico. Depois da morte da pessoa, durante o internamento, são realizadas intervenções como: proporcionar apoio emocional; respeitar o papel de cada elemento da família; facilitar a adaptação à perda; falar sobre o processo de falecimento e responder às dúvidas; validar o apoio familiar; informar sobre o processo de luto, as suas fases e características. Um mês após, é enviada uma carta de condolências e folheto informativo sobre o luto. Dois meses depois da morte, é realizado um contacto telefónico com guião estruturado de apoio. Seis meses após a morte, é realizada aplicação telefónica da Escala Prolonged Grief Disorder, que se encontra validada para a população portuguesa. Se é identificado luto patológico, é realizado o encaminhamento para um grupo de apoio.

Os profissionais de saúde têm emoções referentes às pessoas de quem cuidam. O facto de não gerirem essas emoções tem influência na qualidade dos cuidados prestados e no seu próprio bem-estar.

Nesta conferência foram também referidas as principais dificuldades que os profissionais que trabalham em Unidades de Cuidados Paliativos têm referentes às famílias, que são as seguintes: gerir a agressividade; gerir as famílias que testam os profissionais; gerir as famílias controladoras e/ou desconfiadas; gerir as famílias demandantes e difíceis de satisfazer; gerir as famílias que não querem tomar decisões; gerir as famílias que pedem a “conspiração do silêncio”; gerir as famílias que têm dificuldade em integrar informação já transmitida e que obrigam a repetições sucessivas; gerir a pressão em torno da representação social do médico; gerir a “síndrome de primo da França”.

Foi também dito, que no apoio à família é importante trabalhar em equipa e treinar a comunicação.

Assistir a esta conferência foi uma mais valia para mim, porque na preparação da alta para o domicílio é fundamental o apoio à família. Por outro lado, muitas das pessoas de quem cuido, encontram-se em cuidados paliativos. Conforme os estudos indicam e também o que constato no meu local de trabalho, a maioria dos cuidadores são membros da família. Sendo que, família é, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a “unidade social ou todo coletivo, composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo consideradas como um sistema que é maior do que a soma das partes” (International Council of Nurses (ICN), 2011, p. 115).

Nesta conferência foram abordados vários aspetos referentes ao apoio à família e reforçada a importância de que a família também necessita de cuidados.

Antes de iniciar o meu Projeto de Estágio, com frequência, esquecia-me que a família também é alvo dos nossos cuidados e não apenas a pessoa internada. Esta tem sido uma área do cuidar para a qual tenho estado mais desperta e onde tenho procurado investir.

Como foi referido, é fundamental avaliar a família para perceber se tem capacidade para prestar cuidados (porque nem sempre isso acontece) e se o quer fazer. Na preparação da alta para o domicílio, principalmente da pessoa dependente na satisfação das suas Necessidades Humanas Fundamentais, é importante ter isto presente. A avaliação familiar é um aspeto que por vezes descuro, por considerar que ao longo do internamento haveria um ambiente mais propício para o fazer e teríamos mais tempo. Na admissão apenas questionava com quem vive e só em algumas situações perguntava quem é o cuidador familiar. Posteriormente, por vezes, se considerava necessário, é que colhia informação acerca da situação económica, das condições habitacionais e dos apoios sociais. Parece-me que esta é, sem dúvida, uma avaliação incompleta e que não permite uma avaliação adequada do enquadramento familiar e socioeconómico da pessoa, no sentido de identificar as necessidades da pessoa e iniciar a preparação da alta desde o primeiro dia de internamento. No futuro, prevejo, na colheita de dados inicial, melhorar a colheita de informação acerca do enquadramento familiar, dinâmica familiar, relações familiares, aspetos fortes da estrutura familiar e pontos de fragilidade, crenças e valores e do enquadramento socioeconómico da pessoa com

doença oncológica e consoante a avaliação inicial realizada, com base no modelo existente no Hospital onde trabalho, que sugere que seja colhida informação acerca do agregado familiar, condições habitacionais, apoios familiares e apoios comunitários, conforme a avaliação, possa ser complementada a colheita de informação, utilizando aspetos de outros instrumentos como a Escala de Zarit, no caso de haver um cuidador familiar para se verificar se este apresenta sinais de maior risco de sobrecarga e agir preventivamente sempre que possível. Pode também ser importante e, nalgumas situações, para uma melhor avaliação familiar, integrar alguns aspetos a ajustar também conforme a família do Modelo de Avaliação Familiar que não constam no modelo de colheita de dados do Hospital onde trabalho, como a relação dos membros da família entre si, as tarefas de adaptação ao novo papel, a comunicação familiar e a resolução de problemas. Considero agora, após realizar o Projeto de Estágio e do Estágio que me encontro a realizar, a importância da avaliação familiar na preparação da alta. Não considero que seja imprescindível aplicar vários instrumentos, mas será importante aproveitar alguns dos elementos que eles integram, como referido anteriormente.

Outro aspeto referido foi, que a ausência de preparação do cuidador familiar inibe o assumir desse papel, tendo sido referidos como importante na preparação do cuidador, os seguintes aspetos: dar formação teórica e prática com estratégias práticas que os ajudem a cuidar; fornecer um contacto telefónico disponível; fornecer informação sobre produtos de apoio; dar suporte aos cuidadores. Será que a maioria dos cuidadores recebe preparação adequada às suas necessidades? No apoio à família, é importante ter em conta: as necessidades do cuidador; as capacidades emocionais, físicas ou psicomotoras; os desejos do cuidador; que o impacto que temos no presente dos cuidados se reflete no futuro.

No serviço onde trabalho, algumas das pessoas internadas que têm alta estão na fase final das suas vidas, sendo o seu desejo e o da sua família passar o máximo de tempo em casa e, se possível, morrer em casa. Como foi referido na conferência, é importante estar atento às reações dos cuidadores familiares, à convivência com a morte para intervir. Referiram também ser importante ter algumas intervenções no sentido de antecipar o que irá acontecer. Nestas situações, as intervenções são adequadas consoante a avaliação que é feita da pessoa com doença oncológica e da família. É importante, para isso, “procurar compreender e avaliar as necessidades sentidas pelos familiares, em especial no que se refere à

adaptação a novas situações e no apoio ao doente” (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010, p. 755). Face ao que tenho estudado e observado, considero que tal como refere Twycross (2003), morrer em casa é possível com bons serviços de apoio. Twycross refere também que para isso é necessário ainda:

um familiar que tenha capacidade para se adaptar a uma doença grave; enfermeiros que possam visitar o doente uma vez por dia se necessário (...); um médico atento; capacidade de a equipa de cuidados responder rapidamente a novos problemas; a garantia de um internamento rápido em caso de surgir uma crise grave (Twycross, 2003, p. 22).

Ficarei, a partir de agora, mais desperta para que estas condições sejam reunidas e também para uma melhor articulação com os serviços de apoio. Em algumas situações, as pessoas com doença oncológica são referenciadas para Equipas de Cuidados Continuados Integrados que prestam cuidados continuados integrados domiciliários, ou para o Centro de Saúde da área de residência ou para a Equipa de Apoio Domiciliário do Hospital, passando a ter acompanhamento pelas mesmas após a alta. A articulação, na maioria das vezes, é realizada apenas através de carta de alta de enfermagem que é entregue à pessoa internada no dia da alta. No entanto, tendo por base os conhecimentos que adquiri durante o estágio, proponho que futuramente seja realizada a articulação através de contacto telefónico, no sentido de permitir a continuidade de cuidados, que a pessoa e família se sintam apoiados, que a Equipa de Apoio Domiciliário possa organizar-se de forma a dar resposta às necessidades da pessoa e cuidador familiar e que dada a especificidade do cuidar em oncologia possamos deixar um contacto disponível à equipa para que, se sentirem necessidade, nos contactem. As intervenções, no sentido de antecipar o que irá acontecer, podem ser feitas, também, em função do feedback que nos seja dado pela equipa que irá acompanhar a pessoa. Como já referido anteriormente, uma dimensão do cuidar que não tinha presente e que passarei a ter no futuro, é que a família também necessita de receber cuidados. Como refere Guarda, Galvão e Gonçalves

com uma informação adequada sobre o diagnóstico e o prognóstico, o curso da doença, os efeitos secundários da terapêutica e os cuidados a prestar, evita-se a ansiedade da família/cuidador no percurso de uma doença que não podem controlar. Tal permite ainda envolver mais a família na função de cuidar e, simultaneamente, promover o ajuste à situação e uma melhor adaptação à perda (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010, p. 757),

sendo isto o que pretendo fazer no futuro.

Os exemplos dados de casos clínicos foram uma mais valia para perceber de forma global e concreta como deve ser a nossa intervenção no apoio à família nas diferentes dimensões.

O apoio no luto deve ser iniciado no internamento, sendo este apoio fundamental. Este apoio deve ser continuado e deve ser realizado o despiste de luto patológico. Este é um tema sobre o qual já tenho refletido. Surge muitas vezes a questão: como estará a família A, B e C?. A pessoa morre e o nosso trabalho termina ali? Não pode! Nós também cuidamos da família, por isso, temos de nos interrogar sobre como estará a família, se necessitam de apoio, se saberão como obter apoio se necessitarem. Será um bom projeto futuro, o do apoio no luto! O luto define-se “como uma reação característica a uma perda significativa” (Barbosa, 2010, p. 488). Dito assim, até parece simples, mas o luto é um conceito difícil e um processo complexo que “põe em marcha reações afetivas, cognitivas, comportamentais” (Barbosa, 2010, p. 488). Segundo Twycross (2003), há cinco fases fundamentais no processo de luto: entorpecimento; separação e dor; desespero; aceitação; resolução e reorganização. “Numa perspetiva de apoio à família, é muito importante que se ajude a família a compreender a doença, o seu tratamento, o que irá influenciar decisivamente o seu ajustamento futuro” (Barbosa, 2010, p. 509). Foi referido na conferência a que assisti que antes da morte da pessoa é importante termos intervenções sistematizadas de apoio à família, que podem passar por: escutar ativamente e estar presente; identificar as necessidades da família, as dificuldades e medos; facilitar a expressão de sentimentos e pensamentos; estimular a verbalização das perdas; validar os esforços da pessoa e da família; evitar sentimentos de culpa; promover o autocuidado; facilitar as decisões e discussão franca sobre a doença; reorientar expectativas. Depois da morte da pessoa, ainda no internamento, as intervenções podem passar por: proporcionar apoio emocional; respeitar o papel de cada elemento da família; facilitar a adaptação à perda; falar sobre o processo de falecimento e responder às dúvidas; validar o apoio familiar; informar sobre o processo de luto, as suas fases e características. Barbosa (2010) refere que é importante detetar precocemente sinais de luto complicado. É importante estar atento aos fatores de risco de luto patológico como: presença de sentimentos intensos de amargura e raiva antes e após a morte; baixo nível socioeconómico; pessoas sós, sem suporte familiar próximo e sem suporte social; mulheres com filhos pequenos ou com tarefas exclusivamente domésticas.

Na Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A, onde me encontro a realizar estágio, está implementado um protocolo de atuação no apoio ao luto, sendo que o apoio no luto é iniciado aquando da admissão na Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários e prevê cuidados específicos na fase agónica. Após o falecimento tem planeado vários momentos de intervenção: nas primeiras 24 horas; na primeira/ segunda semana; três meses após a morte; seis meses após a morte e um ano após a morte. Sendo que aos três, seis meses e um ano, a avaliação da evolução é feita por contacto telefónico. Durante o estágio tive oportunidade de assistir à atuação antes da morte. Este percurso tem-me ajudado a consciencializar do que sei e orientar para onde é urgente investir.

O estágio que me encontro a realizar tem, entre outros, como objetivo identificar as necessidades/ dificuldades e facilidades das pessoas com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio após a alta. Nesta conferência foram abordadas as necessidades da família que cuida. Será interessante, no final do estágio, confrontar as necessidades identificadas com as que foram mencionadas nesta conferência, que foram as seguintes: necessidade de orientação para gestão da medicação; necessidade de gestão das ajudas; necessidade de informação sobre os apoios sociais; necessidade de orientação antecipatória; necessidade de informação sobre o processo de doença; necessidade de facilitar a capacidade de comunicar sentimentos; necessidade de apoio emocional; necessidade de reconhecimento enquanto cuidador; necessidade de informação clínica; necessidade de conservar uma esperança realista; necessidade relacionada com a alteração do ciclo natural da vida; necessidade de proporcionar períodos de descanso do cuidador (dividir tarefas).

A participação nesta conferência e reflexão a que a mesma me levou, foi uma mais valia, como já referi, na medida em que me permitiu adquirir e consolidar conhecimentos que são fundamentais para mim, enquanto profissional, enquanto pessoa e enquanto profissional em formação. Pensando no tema do projeto que pretendo desenvolver, foi sem dúvida pertinente, pois na preparação da alta é muito importante a apoio à família, até porque, muitas das pessoas de quem cuido encontram-se em Cuidados Paliativos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angelo, J. & Egan, R. (2001). Family caregivers voice their needs: a photovoice study. *Palliative and Supportive Care*, 20, 1-12.
- Barbosa, A. (2010). Processo de luto. In A. Barbosa & I. G. Neto (Ed.). *Manual de cuidados paliativos* (pp. 487-532). (2ª ed.), Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves, M. J. (2010). Apoio à família. In A. Barbosa & I. G. Neto (Ed.). *Manual de cuidados paliativos* (pp. 751-760). (2ª ed.), Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Harding, R., List, S., Epiphany, E. & Jones, H. (2011). How can informal caregivers in cancer and palliative care be supported? An updated systematic literature review of interventions and their effectiveness. *Palliative Medicine*, 26 (1), 7-22.
- International Council of Nurses (ICN) (2011). *CIPE Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Melin-Johansson, C.; Henoch, I., Strang, S. & Browall, M. (2012). Living in the presence of death: an integrative literature review of relatives' important existential concerns when caring for a severely ill family member. *Open Nursing Journal*, 6, 1-12.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª ed.), Lisboa: Climepsi.

## **APÊNDICE VII**

Conferência: “A proximidade e humanização no fim de vida”

## **Conferência - “A proximidade e humanização no fim de vida”**

Começo por fazer um resumo do que foi referido na conferência “A proximidade e humanização no fim de vida”. Foi referido que a casa é mais do que um espaço físico, é também o nosso espelho. Um estudo realizado em Portugal (Gomes, Sarmiento, Ferreira & Higginson, 2013) revelou que 51% das pessoas preferiam morrer em casa. No entanto, a percentagem de mortes em meio hospitalar tem vindo a aumentar. Estamos a percorrer um caminho contra o desejo das pessoas e que acarreta mais custos. Verifica-se, então, que há um aumento do número de mortes no hospital e que há fatores associados a isso, nomeadamente: o sexo, a idade, o estado civil, a causa de morte, geográficos. No entanto, estes fatores só explicam 1/5 das causas.

Referiram que para morrer em casa é necessário ter apoios, sendo por isso considerado que o apoio domiciliário, no final da vida, é uma necessidade globalmente crescente. Um outro estudo realizado demonstrou que há uma redução de 37% em internamentos hospitalares de pessoas seguidas em Cuidados Paliativos Domiciliários nos últimos três meses de vida. Este estudo demonstrou também que o grupo que teve apoio da Equipa Domiciliária de Cuidados Paliativos teve uma percentagem maior de morte no domicílio do que o que não teve apoio, bem como, uma redução dos dias de internamento e diminuição dos dias de quimioterapia.

Os Cuidados Paliativos domiciliários têm evidência de efeito benéfico pequeno em termos sintomáticos, mas muito significativo. Na prestação de Cuidados Paliativos Domiciliários, é necessário antecipar o que vai acontecer. Para ser cuidado em casa, doentes e famílias referem que é necessário segurança, sendo dois os componentes essenciais que têm o potencial de aumentar a sensação de segurança, nomeadamente: a presença (sendo essencial o apoio 24horas por dia, 7 dias por semana e a realização de visitas domiciliárias) e a competência (demonstrada através de controlo de sintomas e da comunicação efetiva). Concluem que os profissionais que trabalham em Cuidados Paliativos Domiciliários têm um papel crucial para que a pessoa doente e família se sintam seguros em casa.

Assistir a esta conferência foi muito importante para mim, tendo em conta o percurso que me encontro a realizar. O estágio na Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários do Hospital A possibilita-me conhecer uma realidade que pouco

conhecia. Constatei ao longo do estágio que concretizar a vontade das pessoas de morrer em casa, implica muitos recursos, nomeadamente físicos, humanos, técnicos e psicológicos. Morrer em casa sem apoio pode ser uma experiência negativa e pode não ter dignidade. Os dados apresentados na conferência vieram confirmar o que constatei, o que foi enriquecedor.

Durante a conferência foi colocada uma questão sobre em que altura e contexto se pergunta “onde preferia morrer?”. Fiquei a pensar no assunto, com base no que observei ao longo deste estágio. Será que em diferentes momentos as pessoas terão respostas diferentes? Onde preferia morrer será uma questão importante para colocar, não desta forma, em algumas situações, quer às pessoas internadas aquando da alta, quer à família, porque sem o seu apoio, muitas vezes, morrer em casa não é possível. Fiquei realmente desperta para aquando da preparação da alta, em situações em que a morte se prevê próxima, e cuja vontade da pessoa doente seja morrer em casa, se verifique se estão reunidas condições para que isso possa acontecer no domicílio e que apoios devemos providenciar ou sugerir que sejam providenciados para que possa ser possível, uma vez que para serem cuidados em casa, pessoas com doença e família referem que é necessário para terem segurança, que tenham: apoio disponível, por exemplo, através de contacto telefónico disponível e das visitas domiciliárias; que haja controlo de sintomas e uma comunicação efetiva. Considero que para poder ter esta intervenção ao nível da preparação da alta, seria importante desenvolver competências a vários níveis, nomeadamente: competências de comunicação efetiva com as pessoas em fim de vida e família; competências de avaliação e interpretação familiar; competências de promoção de intervenções adequadas às necessidades individuais das pessoas; competências na área da capacitação de acordo com as necessidades individuais identificadas junto de cada pessoa e família. Com este estágio percebi ainda melhor a importância da articulação aquando da preparação da alta com as Equipas de Assistência Domiciliária para possibilitar a continuidade de cuidados. A reflexão com a Sra. Enfermeira Orientadora sobre este tema foi, também, um momento de aprendizagem, pois despertou-me para a importância de colocarmos mais algumas questões como: o que é que os familiares interpretam como uma morte digna? onde é que a pessoa prefere estar? onde é que a pessoa prefere ser cuidada?. A capacitação da pessoa e cuidador familiar é também fundamental na preparação da alta da pessoa com doença oncológica em fim de vida. A capacitação

envolve um “processo de ensino-aprendizagem programado, espera-se que seja, também, sistematizado” (Petronilho, 2007, p. 76).

este processo apresenta três momentos distintos: (...) informação teórica, isto é, (...) intervenções do tipo ensinar/educar; (...) explicação e demonstração das técnicas por parte do enfermeiro (...), ou seja, intervenções do tipo instruir; (...) fazer sob a supervisão do enfermeiro (...), isto é, (...) intervenções do tipo treinar (Petronilho, 2007, p. 76).

A capacitação deve ser realizada tendo em conta as necessidades da pessoa com doença oncológica e cuidador familiar que se identificam no momento e antecipando outras que se prevê que surjam com brevidade.

A participação nesta conferência foi uma mais valia pelos conhecimentos adquiridos e pelas questões que me despertou, cuja reflexão me fez perceber que caminhos posso seguir para poder realizar uma preparação adequada da alta.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Gomes, B., Sarmiento, V., Ferreira, P. & Higginson, I. (2013). Estudo epidemiológico dos locais de morte em Portugal em 2010 e comparação com as preferências da população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 26 (4), 327-334.

Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde, Lda.

**APÊNDICE VIII**  
Momento de Partilha

## **Momento de Partilha – 28 de Outubro de 2014**

Durante o estágio foi-me sugerido pela Enfermeira Orientadora, a realização de uma partilha de uma reflexão que tenha feito ou de uma reflexão sobre, por exemplo, um artigo que tenha lido. Considerei que seria uma atividade importante de realizar neste percurso, porque: a prática reflexiva é “um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas” (Santos & Fernandes, 2004, p. 59) e segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012), contribui para a garantia da qualidade dos cuidados; a partilha de experiências e reflexão sobre as mesmas leva à reflexão conjunta, o que conduz a novas aprendizagens. Considero que a partilha é um momento de crescimento pessoal e profissional, individual e coletivo. Surgiu-me, então, a questão, o que irei fazer? Como tive a oportunidade, durante o estágio, de assistir a duas conferências sobre Cuidados Paliativos, cujos conteúdos e a reflexão sobre os mesmos foram de uma grande riqueza para mim e uma vez que são conteúdos diretamente relacionados com a área de atuação desta Equipa de Saúde, considerei que seria interessante partilhá-los com a mesma.

Partilhei com a Equipa de Cuidados Paliativos Domiciliários o resumo que realizei das conferências que assisti, durante o período em que decorreu o estágio, sobre Cuidados Paliativos (Apêndice VI e VII) e também os contributos que as mesmas tiveram para mim e que constam nos Apêndices VI e VII.

Apresentei a lista de necessidades que identifiquei durante o estágio que as pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares sentem no domicílio após a alta (que constam em Apêndice II). Posteriormente, “confrontei” as necessidades identificadas com as que foram mencionadas nas conferências a que assisti. Constatei que as necessidades dos cuidadores familiares que foram mencionadas na conferência a que assisti, apesar de não serem especificamente de pessoas com doença oncológicas, mas dos cuidadores familiares de pessoas em fim de vida, são de uma forma geral idênticas às das pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares que se encontram no domicílio. Portanto, é importante ter todos estes aspetos presentes aquando da preparação da alta a fim de contribuir para o sucesso da mesma. Contudo, a preparação da alta pressupõe a avaliação prévia das necessidades de cada pessoa e família e a adequação das intervenções às necessidades individuais de cada um. Ter o conhecimento das possíveis

necessidades das pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares no domicílio, dá-me uma visão mais abrangente dos cuidados no domicílio e considero que será uma mais valia na preparação da alta, porque neste momento encontro-me desperta para aspetos que anteriormente nem me apercebia e desta forma poderei identificar aspetos a melhorar na preparação da alta, no serviço onde trabalho, de forma a responder às necessidades e a evitar algumas dificuldades.

No final realizei o seguinte agradecimento: aproveito para agradecer o vosso acolhimento, colaboração e orientação. Sem vocês, atingir os objetivos a que me propus para este estágio não teria sido possível. Muito obrigada! Obrigada também pelo trabalho que desenvolvem, pelo vosso empenho e dedicação.

A realização deste momento de partilha foi muito gratificante. Primeiro, aquando da sua preparação, permitiu-me, ao realizar o resumo das conferências a que assisti, pôr em prática a capacidade de síntese e consolidar conhecimentos. Possibilitou-me, também, ao refletir e articular os conhecimentos adquiridos com o tema do meu projeto, retirar contributos importantes para aplicar na prática, como por exemplo, as intervenções a ter no apoio à família.

Com a realização deste momento de partilha, houve uma partilha de experiências com a Equipa e proporcionou-se também um momento de reflexão conjunta muito rico, em que foram identificadas necessidades que não tinha mencionado e que as pessoas sentem no domicílio, nomeadamente: necessidade de informação sobre os aspetos burocráticos relacionados com a morte no domicílio; necessidade de preparação para a despedida. Foi também realçada a importância do comprometimento do enfermeiro na preparação da alta. Nunca tinha pensado neste aspeto deste modo, mas realmente, se não nos comprometermos, não haverá mudança. Foi também referido a importância de identificar as barreiras existentes na preparação da alta da pessoa com doença oncológica para delinear estratégias para as contornar. A reflexão conjunta fez com que este fosse um momento formativo importante, com contributos importantes para o meu Projeto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*. 11, 59-62.

**APÊNDICE IX**  
Notas de Estágio

## **Documentos existentes no Serviço de Pneumologia Oncológica relacionados com a preparação da alta**

Durante o estágio realizado no serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B, pude consultar os documentos existentes neste serviço que de forma direta ou indireta estão relacionados com a preparação da alta. Dos documentos existentes destaco os seguintes:

- Colheita de dados;
- Plano de cuidados (utilizando linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem);
- Projeto de articulação com o Hospital de Dia;
- Folha de sinalização para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Folha de referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Formações sobre temas considerados importantes pela Equipa de Enfermagem que permitiram uniformizar as práticas e capacitar os cuidadores familiares para a continuidade de cuidados no domicílio, nomeadamente:
  - Carcinoma do Pulmão;
  - Cuidados de higiene oral;
  - Alterações da mucosa oral;
  - Flictenas;
- Normas sobre:
  - Prevenção de infeções urinárias em doentes algaliados;
  - Prevenção e monitorização de quedas;
  - Avaliação e registo da dor no adulto;
  - Identificação do doente;
  - Cuidados de Enfermagem ao doente com Pneumonia.

## **Meios utilizados na preparação da alta**

Na preparação da alta da pessoa cm doença oncológica são utilizados diversos meios. Durante o estágio realizado no serviço de Pneumologia Oncológica verifiquei/identifiquei que utilizam os seguintes meios na preparação da alta:

- Colheita de dados;
- Plano de Cuidados – Programa Glint;
- Comunicação eficaz;
- Observação;
- Nota de alta de enfermagem;
- Passagem de turno – transmissão de informação para a continuidade de cuidados;
- Enfermeira Responsável;
- Reunião da Equipa Multidisciplinar;
- Folhetos/ documentos de apoio (ex: inaladores);
- Quadro da sala de enfermagem.

## **Intervenções promotoras de uma adequada preparação estruturada da alta**

Ao longo do estágio no serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B, identifiquei intervenções promotoras de uma adequada preparação da alta, tendo-se salientado as seguintes:

- Conhecimento pelos enfermeiros da organização da preparação da alta do serviço;
- Início da preparação da alta no momento da admissão da pessoa ao serviço;
- Início da colheita de dados no momento da admissão;
- Início do estabelecimento da relação terapêutica entre a pessoa com doença oncológica e família e o enfermeiro no acolhimento;
- Discussão em reunião multidisciplinar do plano de alta, fazendo o enfermeiro a articulação entre os profissionais que constituem a equipa multidisciplinar;
- Discussão nas reuniões de passagem de turno da preparação da alta pela equipa de enfermagem, havendo uma estrutura, ainda que seja mental, que é seguida por todos;
- Adequação da preparação da alta a cada pessoa e família conforme as suas necessidades individuais;
- Capacitação da pessoa com doença oncológica e família para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta;
- Realização, entrega e explicação da carta de alta de enfermagem a todas as pessoas internadas;
- Elaboração do plano de cuidados com base nas necessidades individuais da pessoa e família;
- Articulação com o Centro de Saúde e Hospital de dia através de contacto telefónico e envio de carta de alta de enfermagem;
- Identificação precoce das necessidades e encaminhamento para outros profissionais;
- Entrega de documentos escritos sobre cuidados;
- Inclusão da pessoa com doença oncológica e família como participantes ativos no seu plano de cuidados;

- Utilização de estratégias promotoras da adesão ao regime terapêutico.

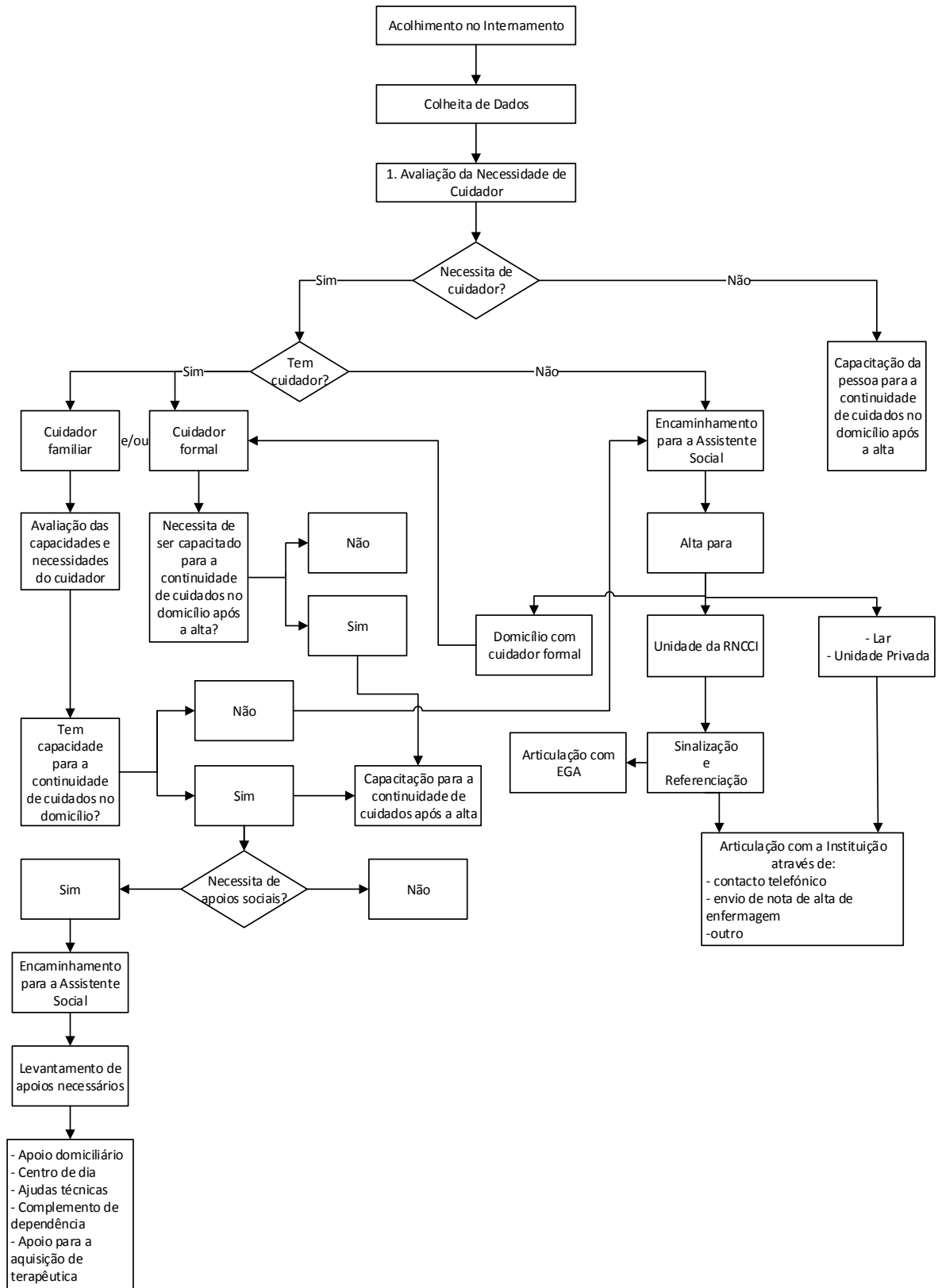
## **APÊNDICE X**

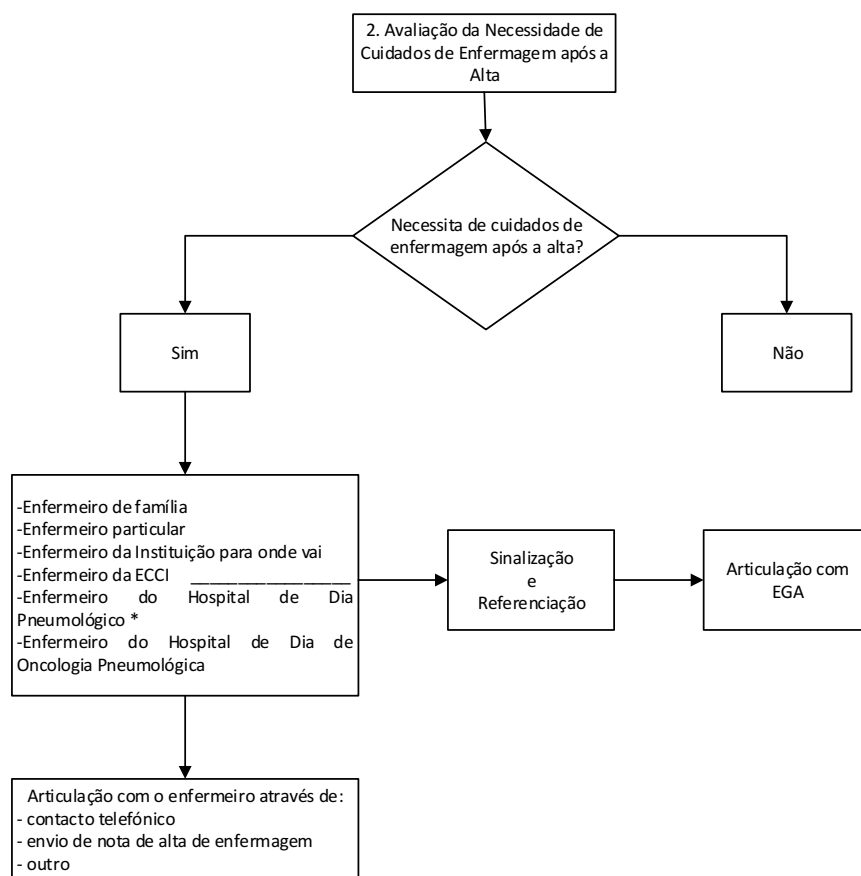
Esquematização da preparação da alta  
Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B

## **Esquematização da preparação da alta do Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B**

Ao procurar descrever como está organizada a preparação da alta da pessoa com doença oncológica no serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B, deparei-me com a dificuldade de o fazer em texto escrito, pelo que optei por esquematizar a forma como é realizada a preparação da alta. O esquema seguinte pretende esquematizar a organização da preparação da alta da pessoa com doença oncológica no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B.

# Preparação da Alta





Entrega da Nota de Alta de Enfermagem a todas as pessoas aquando da alta

\*Segundo Protocolo de Articulação com o Hospital de Dia Pneumológico

## **APÊNDICE XI**

Folha de Registo de Enfermagem da Preparação da Alta  
Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B

# PREPARAÇÃO DA ALTA

## 1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA INTERNADA

(vinheta)

Data de admissão: \_\_/\_\_/\_\_

Data provável da alta: \_\_/\_\_/\_\_

## 2. ALTA PARA

Domicílio  Morada: \_\_\_\_\_

Casa de Familiares  Morada: \_\_\_\_\_

Lar / Unidade Privada  Nome e morada: \_\_\_\_\_

→Com apoio da ECCI  ECCI: \_\_\_\_\_

Unidade da RNCCI  Tipologia: \_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_

RNCCI ⇒ Data da sinalização \_\_/\_\_/\_\_      Data da Referenciação \_\_/\_\_/\_\_

## 3. ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS PROFISSIONAIS

Assistente Social  \_\_/\_\_/\_\_      Dietista  \_\_/\_\_/\_\_

Psicólogo  \_\_/\_\_/\_\_      Outros  \_\_\_\_\_

## 4. CUIDADOR

Necessita de cuidador? Sim  Não

Tem cuidador? Sim  Não

Cuidador familiar  Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Trabalha? Sim  Não  Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Cuidador formal  Nome: \_\_\_\_\_ Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Necessita de formação? Sim  Não

## 5. APOIO NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Apoio para: - higiene pessoal  - higiene da casa  - mobilização

- alimentação  - eliminação

Apoio em Centro de Dia

Necessita de ajudas técnicas  Quais? \_\_\_\_\_

Outros  \_\_\_\_\_

## 6. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Necessita de cuidados de enfermagem após a alta? Sim  Não

Encaminhar para	Contacto telefónico		Nota de Alta (enviar por)
Centro de Saúde de _____	Enf.: _____	Data: _____	
Hospital de Dia _____	Enf.: _____	Data: _____	
Instituição _____	Enf.: _____	Data: _____	
	Enf.: _____	Data: _____	
		Data: _____	

**7. APOIO NA GESTÃO DA TERAPÊUTICA**

Necessita de apoio para a gestão da terapêutica? Sim  Não

Tem apoio? Sim  Não  Se sim, de quem? \_\_\_\_\_

Consegue ler? Sim  Não

Necessita de definição de horário da terapêutica? Sim  Não

Necessita de preparação da terapêutica? Sim  Não

**8. CAPACITAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR**

Temáticas a abordar	Pessoa Internada			Cuidador		
	Instruir	Treinar	Validar	Instruir	Treinar	Validar
Gestão da terapêutica						
Terapêutica PO						
Terapêutica SC						
Terapêutica em SOS						
Inaloteapia						
Oxigenoterapia						
Ventilação não Invasiva						
Atividades de Vida Diária						
Higiene						
Mobilização e posicionamentos						
Alimentação e hidratação						
Eliminação						
Outras						
Toilette Brônquica						
Manutenção de um ambiente seguro						

**9. OUTROS CONTACTOS**

Motivo	Entidade / Funcionário	Data	Tópicos Abordados

**10. FACULTAR NA ALTA**

Terapêutica  \_\_\_\_\_ Folhetos  \_\_\_\_\_

Câmara expansora  Fraldas/ Resguardos

Outros  \_\_\_\_\_

**11. TRANSPORTE**

Necessita de transporte hospitalar aquando da alta? Sim  Não  Transporte assegurado por: \_\_\_\_\_

Condições de transporte: Maca  Cadeira de rodas  Com acompanhante  Com Oxigénio

Hora do transporte: \_\_\_\_\_

**12. OBSERVAÇÕES**


---



---



---

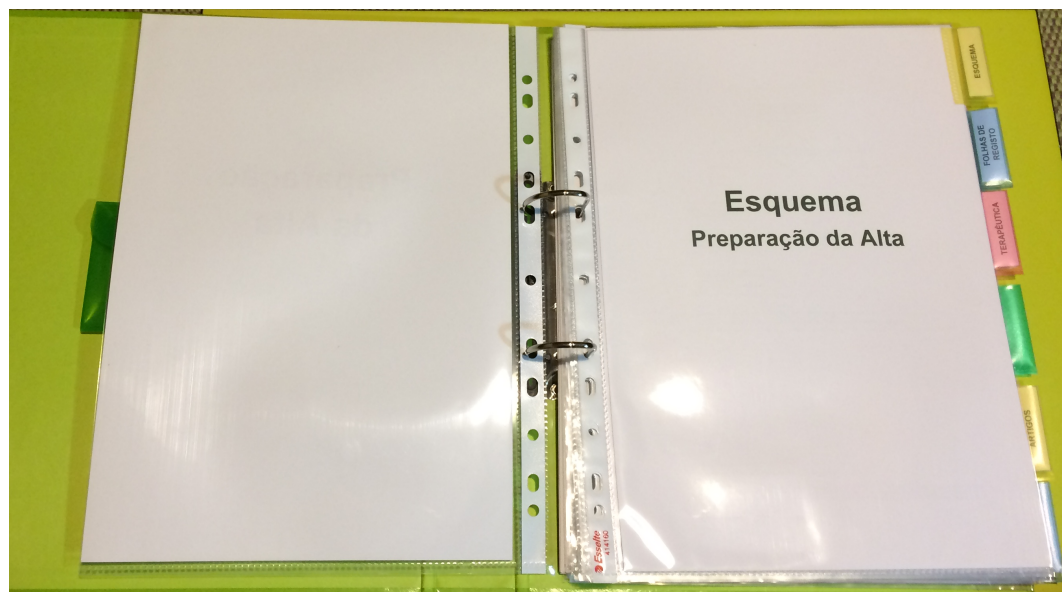
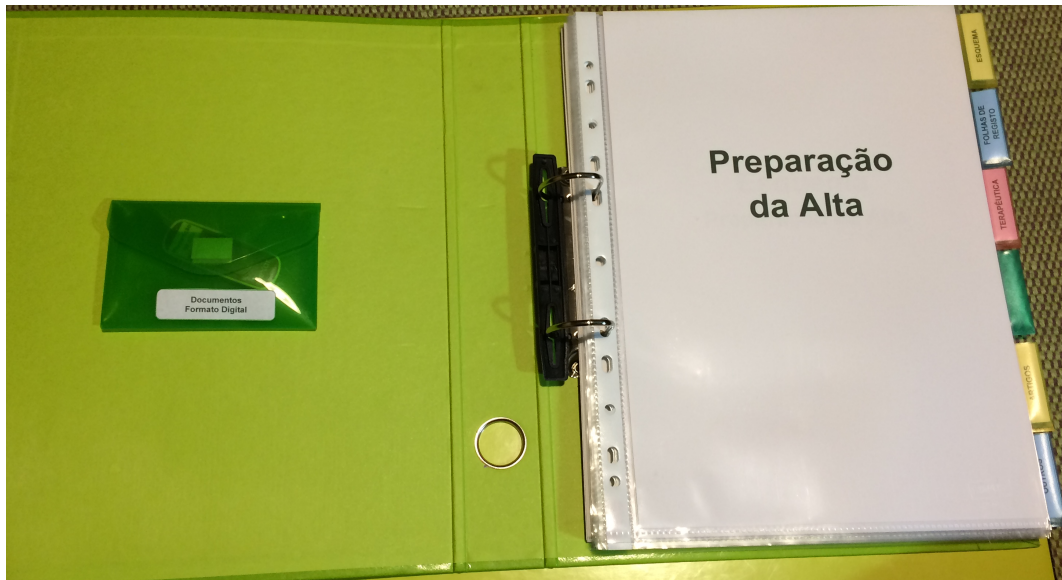


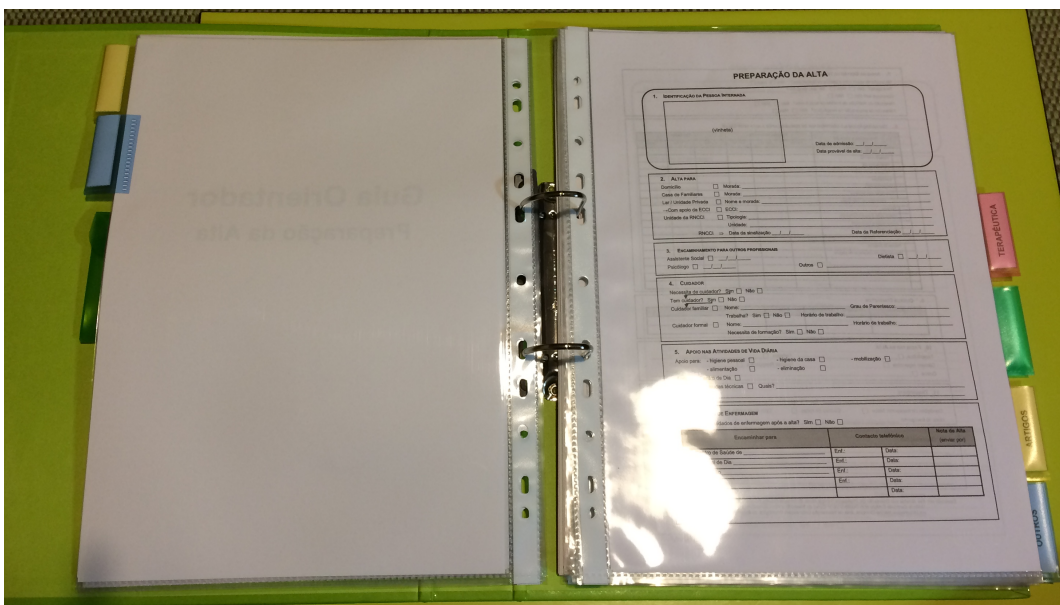
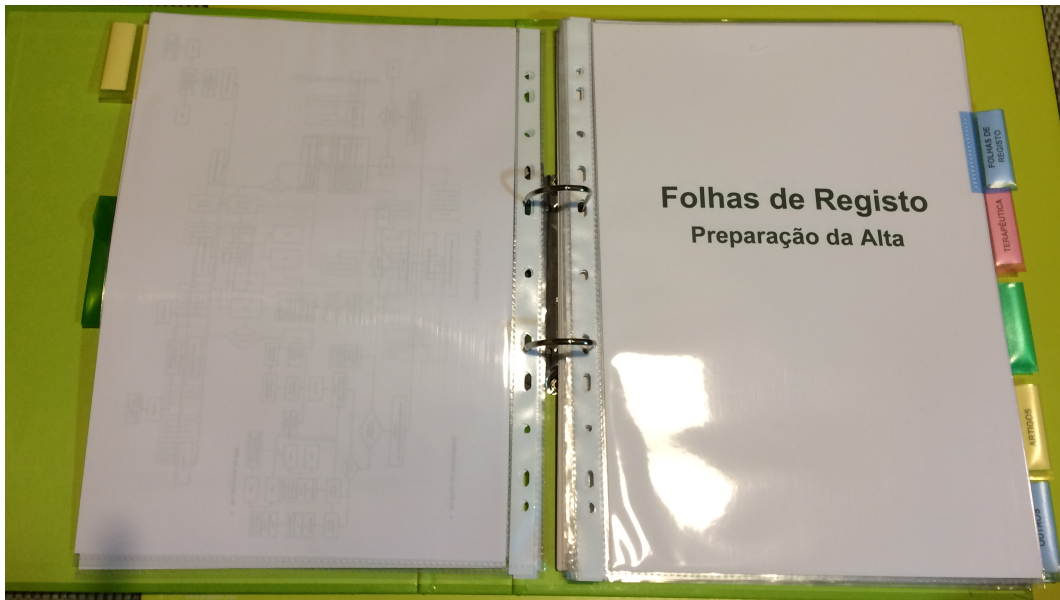
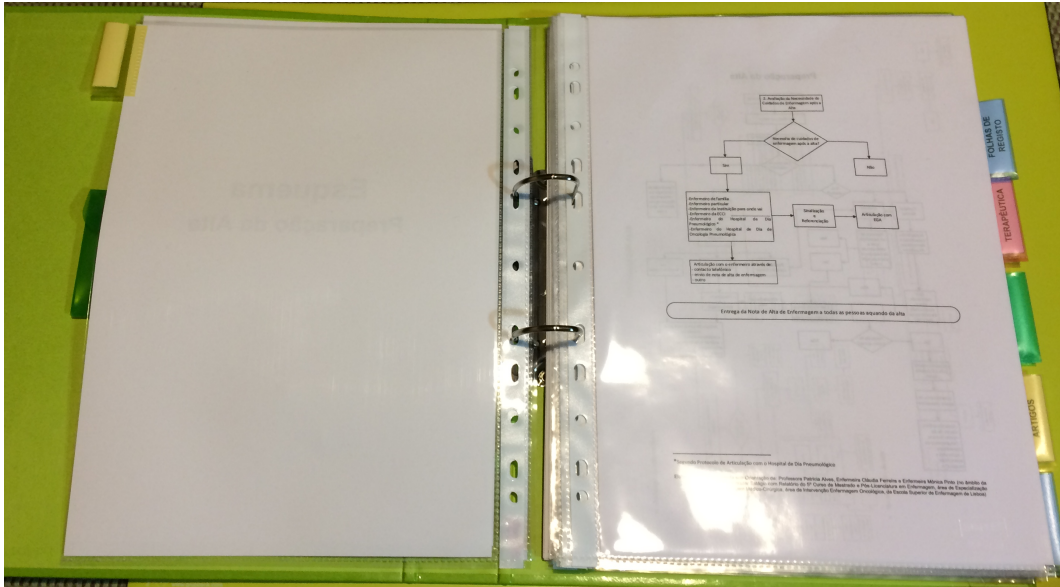
---

**APÊNDICE XII**

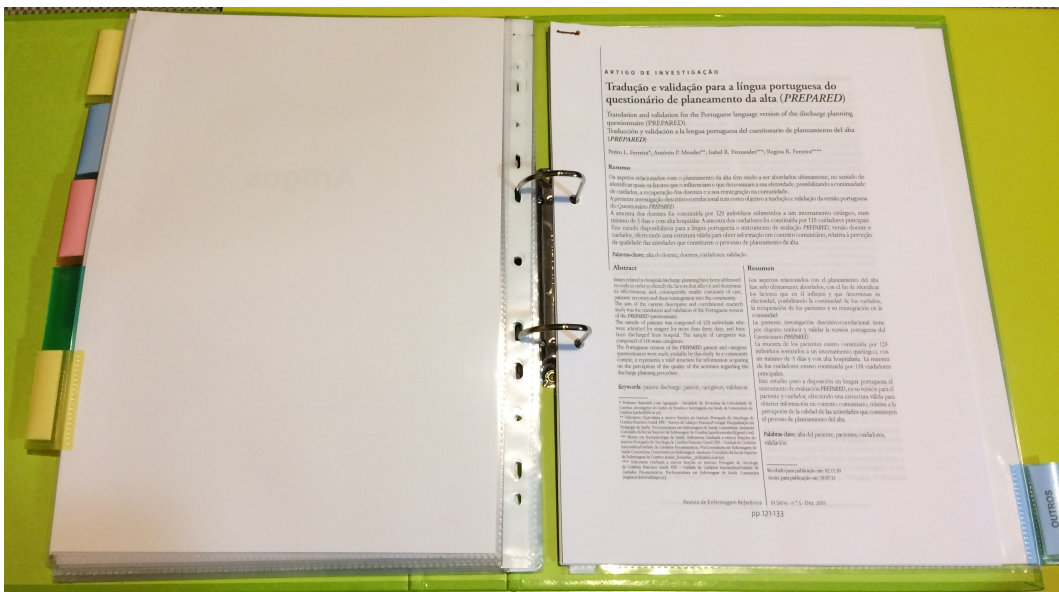
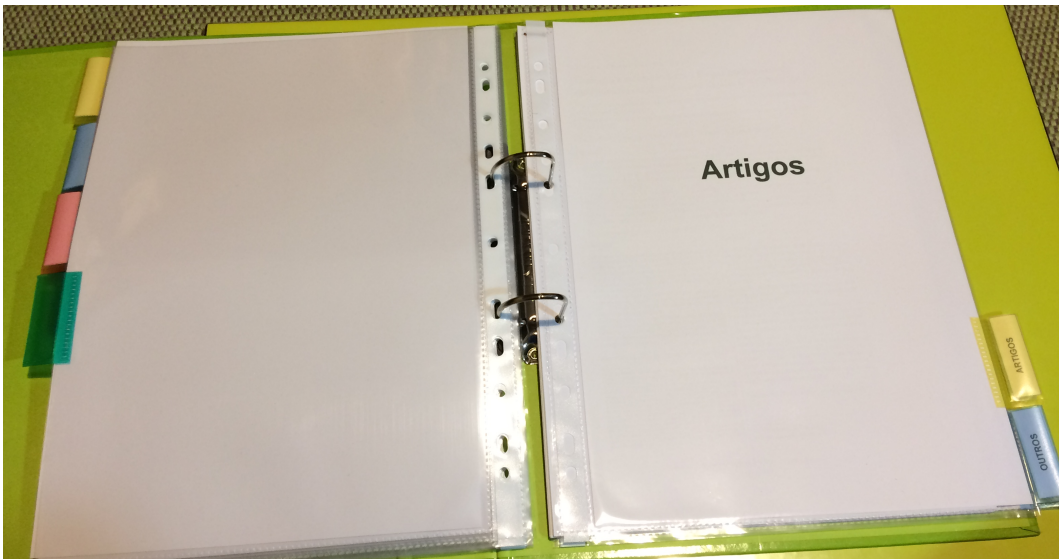
Dossier da Preparação da Alta

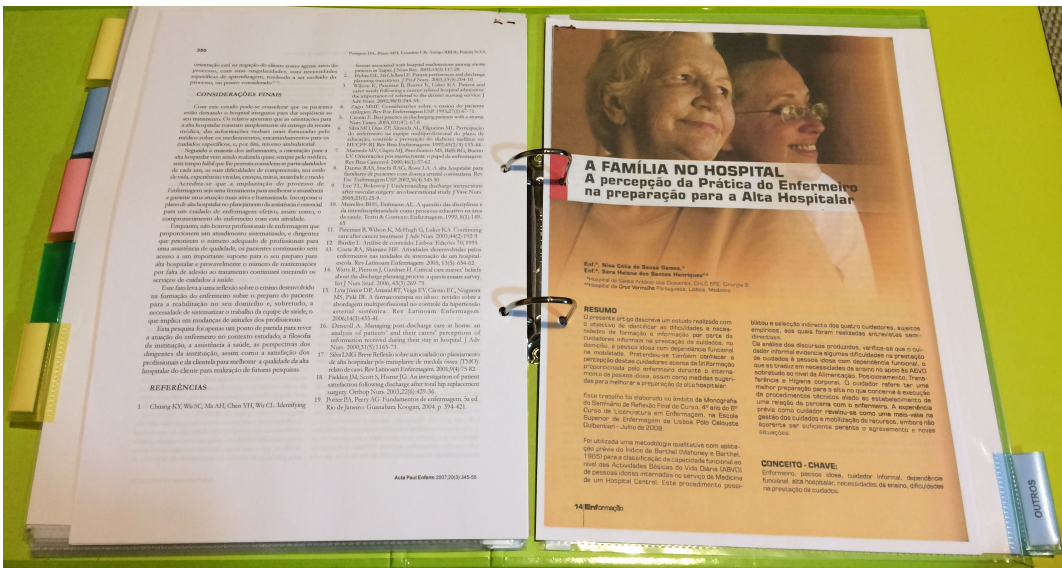
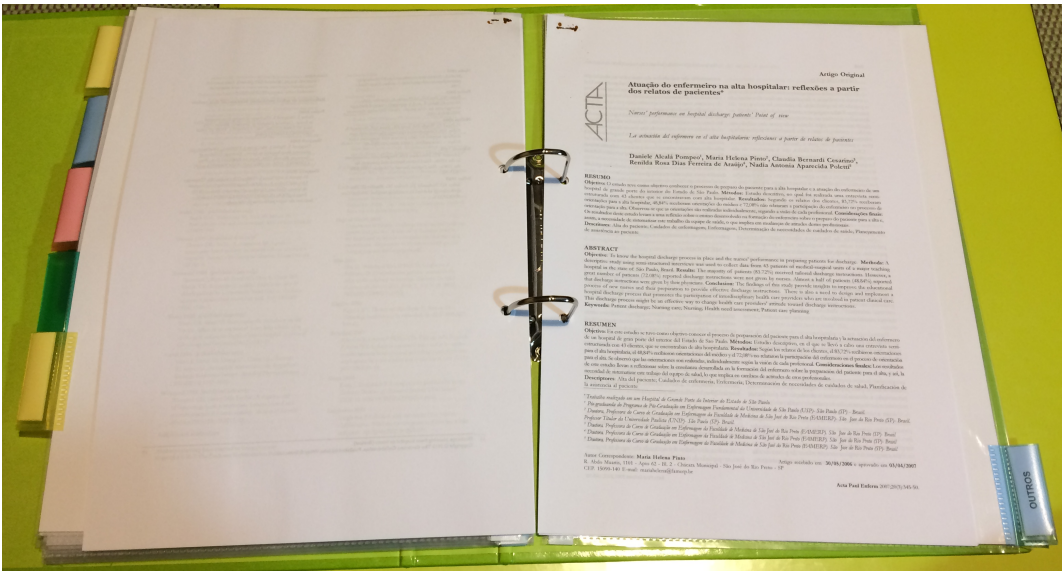
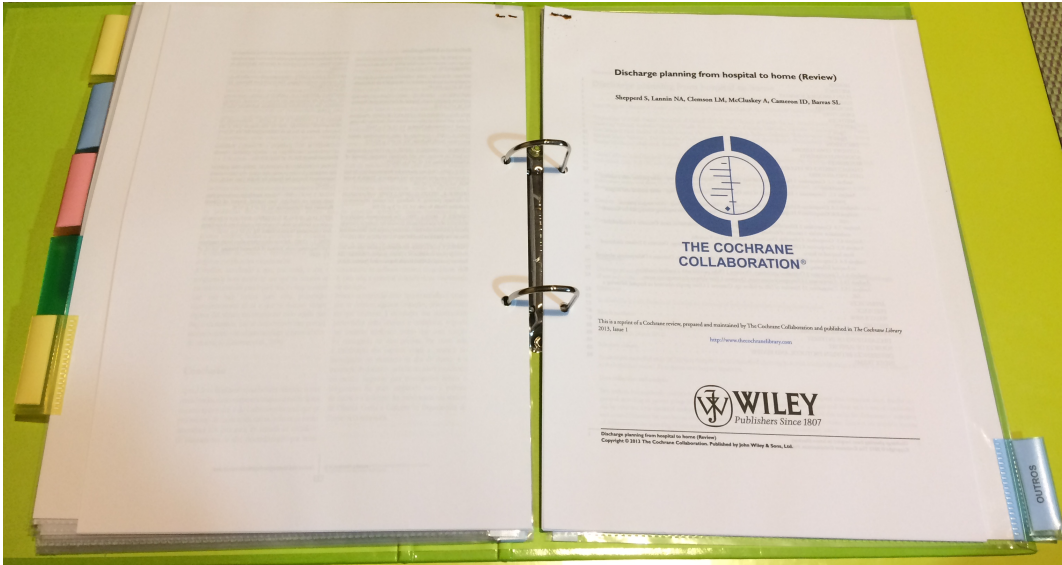
Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B

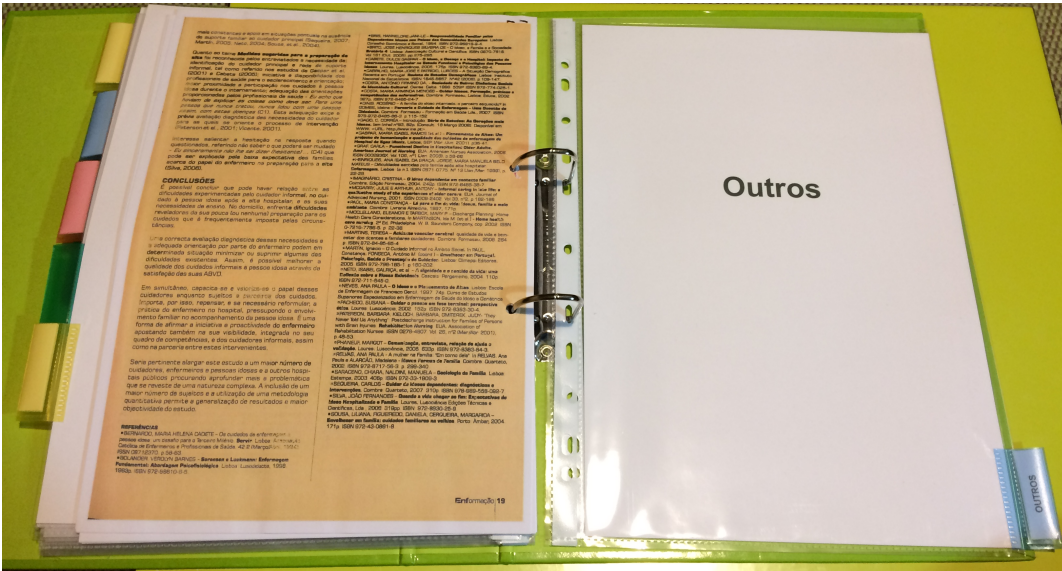












**Objetivo do Curso:** Melhorar a qualidade dos serviços de saúde, com ênfase na melhoria da qualidade da assistência ao paciente, através da implementação de práticas baseadas em evidências científicas, promovendo a melhoria contínua dos processos de trabalho e a adoção de uma cultura de excelência e inovação.

**CONCLUSÕES**  
O curso possibilita que o participante tenha acesso às melhores práticas de gestão de qualidade, com ênfase na melhoria da qualidade da assistência ao paciente, através da implementação de práticas baseadas em evidências científicas, promovendo a melhoria contínua dos processos de trabalho e a adoção de uma cultura de excelência e inovação.

Em síntese, o curso tem como objetivo proporcionar ao participante conhecimentos e ferramentas para a melhoria da qualidade da assistência ao paciente, através da implementação de práticas baseadas em evidências científicas, promovendo a melhoria contínua dos processos de trabalho e a adoção de uma cultura de excelência e inovação.

Seja participante e alcance os seus objetivos de melhoria da qualidade da assistência ao paciente, através da implementação de práticas baseadas em evidências científicas, promovendo a melhoria contínua dos processos de trabalho e a adoção de uma cultura de excelência e inovação.

**INFORMAÇÕES**  
O curso é destinado a profissionais de saúde, gestores e líderes de equipes, que desejam melhorar a qualidade da assistência ao paciente, através da implementação de práticas baseadas em evidências científicas, promovendo a melhoria contínua dos processos de trabalho e a adoção de uma cultura de excelência e inovação.

**Programa do Curso:**  
1. Introdução à Gestão da Qualidade  
2. Fundamentos da Gestão da Qualidade  
3. Ferramentas da Gestão da Qualidade  
4. Melhoria Contínua  
5. Gestão de Processos  
6. Gestão de Riscos  
7. Gestão de Recursos Humanos  
8. Gestão de Recursos Materiais  
9. Gestão de Recursos Financeiros  
10. Gestão de Recursos Tecnológicos  
11. Gestão de Recursos Ambientais  
12. Gestão de Recursos Sociais  
13. Gestão de Recursos Culturais  
14. Gestão de Recursos Políticos  
15. Gestão de Recursos Legais  
16. Gestão de Recursos Éticos  
17. Gestão de Recursos Religiosos  
18. Gestão de Recursos Filosóficos  
19. Gestão de Recursos Artísticos  
20. Gestão de Recursos Científicos  
21. Gestão de Recursos Tecnológicos  
22. Gestão de Recursos Ambientais  
23. Gestão de Recursos Sociais  
24. Gestão de Recursos Culturais  
25. Gestão de Recursos Políticos  
26. Gestão de Recursos Legais  
27. Gestão de Recursos Éticos  
28. Gestão de Recursos Religiosos  
29. Gestão de Recursos Filosóficos  
30. Gestão de Recursos Artísticos  
31. Gestão de Recursos Científicos

# Outros







Outros

## **APÊNDICE XIII**

Folha de esquema de terapêutica

# Medicação

Sr.

Horário Medicação	Jejum 	Pequeno-Almoço 	Almoço 	Lanche 	Jantar 	Deitar 

Nota:

**APÊNDICE XIV**  
Preparação da Alta

## **Preparação da alta da pessoa com doença oncológica**

Durante o Estágio no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B tive a oportunidade de colaborar na preparação da alta de duas pessoas com doença oncológica com cuidador familiar e de duas pessoas sem cuidador familiar. Seguidamente, irei abordar a preparação da alta de cada uma destas pessoas com doença oncológica.

### **1. Preparação da alta da pessoa com doença oncológica com cuidador familiar - Sr. MG**

O Sr. MG tem 85 anos de idade e foi-lhe diagnosticado um Adenocarcinoma do Pulmão em 2011. Reside com a esposa que é a sua cuidadora familiar. Foi reinternado cerca de 24 horas após a alta.

Considerei importante descrever o que foi realizado com o Sr. MG, não por ter colaborado na realização da preparação da alta desde a admissão, mas porque tendo o Sr. MG sido reinternado, permitiu-me perceber que dificuldades sentiram no domicílio após a alta.

Durante o primeiro internamento que decorreu de 29/10/2014 a 7/11/2014 apenas tive contacto com o Sr. MG no dia da alta. Na passagem de turno foi transmitida informação que me permitiu perceber que alterações houve durante o internamento, que encaminhamentos foram feitos e que intervenções foram realizadas. Foi encaminhado para a Assistente Social, uma vez que reside com a esposa e houve aumento do grau de dependência, que providenciou apoio para os cuidados de higiene. Têm apoio da filha que trabalha de segunda a sexta-feira das 9h às 17h. Quem gere a terapêutica do Sr. MG é a esposa, pelo que esta foi contactada telefonicamente para vir ao serviço com o objetivo dos enfermeiros a capacitarem para a administração da terapêutica no domicílio após a alta. A esposa veio ao serviço, foi explicada a terapêutica, tendo esta demonstrado ter compreendido. Durante esta intervenção foram identificadas as necessidades da cuidadora de informação acerca da higiene, mobilização e posicionamentos e manutenção de um ambiente seguro, tendo sido instruída sobre estas temáticas. Foi entregue a carta de alta de enfermagem e explicada e foram confirmadas as

receitas. Foi solicitado transporte para a tarde, no sentido de ser validada com a cuidadora a informação transmitida, no turno da tarde.

A 8/11/2014 o Sr. MG recorreu à urgência por dispneia, tendo sido reinternado. Durante o curto período que permaneceu no domicílio, a esposa refere ter sentido dificuldade em ajuda-lo para a satisfação da NHF, movimentar-se e manter uma postura correta, tanto no posicionamento no leito como na marcha. A esposa do Sr. MG refere que em casa as distâncias entre a cama e o sofá são maiores do que no Hospital e que Sr. MG tem maior dificuldade na marcha do que antes do internamento.

Com esta situação pude perceber que a esposa do Sr. MG devia ter sido capacitada para adequar o espaço físico ao aumento do grau de dependência do Sr. MG, uma vez que referiu haver uma grande distância da cama ao sofá e tapetes no chão. Devia também ter treinado durante o internamento a posicionar o Sr. MG no leito, a auxiliá-lo no levantar e no deitar, a transferi-lo e ter sido adequado o auxiliar de marcha às necessidades do Sr. MG. Esta situação despertou-me para o facto de apesar dos cuidadores familiares receberem alguma informação sobre cuidados instrumentais, a falta de avaliação da sua capacidade para os realizarem em casa, traduz-se na falta de preparação para os realizar em casa (Pereira, 2013b), comprometendo a continuidade de cuidados no domicílio após a alta.

## **2. Preparação da alta da pessoa com doença oncológica com cuidador familiar – Sra. MZ**

A Sra. MZ tem 67 anos e esteve internada no serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B, de 27/11/2014 a 5/12/2014. Tive a oportunidade de realizar a admissão e acolhimento inicial à Sra. MZ no internamento, bem como de colaborar na prestação de cuidados à mesma nos 1º, 7º e 8º dias de internamento, colaborando assim na preparação da alta.

A realização do acolhimento e início da colheita de dados foi importante para o início do estabelecimento da relação com a Sra. MZ e foi também “determinante na clarificação de quem é o prestador de cuidados” (Pereira, 2013b, p. 196). Neste caso o cuidador familiar é o marido. Como tive a oportunidade de colaborar na prestação

de cuidados à Sra. MZ no início e no final do internamento, deu-me a possibilidade de elaborar os diagnósticos iniciais e ultimar a preparação da alta, percebendo a evolução que houve durante o internamento. No âmbito da preparação da alta foi instruída a Sra. MZ e o marido sobre a administração de enoxaparina via subcutânea que se previa que continuasse a realizar no domicílio. A Sra. MZ prefere não autoadministrar a enoxaparina, pelo que foi feito o treino e avaliação da administração com o marido. Foram também instruídos sobre os cuidados de higiene e as estratégias promotoras da poupança energética, uma vez que a Sra. MZ apresenta cansaço a pequenos esforços. A minha ausência por motivos laborais durante cinco dias consecutivos permitiu-me verificar a alteração das necessidades que ocorreram durante o internamento. Por exemplo, na admissão a Sra. MZ avaliando o autocuidado segundo a escala de Barthel e traduzindo o resultado em linguagem CIPE, era dependente em grau moderado e quando teve alta encontrava-se dependente em grau reduzido. Com esta experiência fiquei desperta para a importância da reavaliação das necessidades da pessoa com doença oncológica e cuidador familiar ao longo do internamento e para a necessidade de adequação dos ensinamentos realizados com vista à capacitação para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta. O marido da Sra. MZ tinha experiência anterior como cuidador familiar, cuidou da mãe, o que se refletia nas questões práticas que colocava. Este facto despertou-me para a importância de perceber se os cuidadores familiares já tiveram outras experiências anteriores como cuidadores e como as vivenciaram, porque como refere Pereira\* (2013a, p. 6)

assumir a responsabilidade pelo cuidar de alguém traduz-se num evento significativo e com múltiplas repercussões, pela dimensão física que implica; pela duração prolongada no tempo em que habitualmente decorre; pela possibilidade de diminuição dos contactos sociais; pela alteração dos relacionamentos ou pela necessidade de reorganização da vida pessoal.

### **3. Preparação da Alta da pessoa com doença oncológica sem cuidador familiar - Sr. MML**

O Sr. MML tem 68 anos de idade e esteve internado no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B, de 13/11/2014 a 20/11/2014. Tive a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados ao Sr. MML no 3º, 6º e 7º dias de internamento, colaborando assim na preparação da alta.

Durante os dias em que colaborei na prestação de cuidados ao Sr. MML tive a oportunidade de: completar a colheita de dados iniciada quando da admissão; treinar a realização de inaladores pressurizados, visto que no domicílio fazia inaladores de pó seco; perceber o porquê de haver um aumento da glicemia capilar durante o internamento, tendo-se concluído que no internamento não estavam prescritos os antidiabéticos orais que fazia no domicílio, pelo que houve necessidade de comunicar esta informação ao médico assistente; identificar as possíveis necessidades no domicílio após a alta; validar como administrava insulina por via subcutânea e perceber se fazia rotação dos locais; validar como colocava a máscara de CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) e se ficava bem adaptada; validar a realização de nebulizadores pressurizados; questionar sobre o transporte no dia da alta; questionar sobre que receitas necessitava aquando da alta se mantivesse a terapêutica que fazia no domicílio; sugerir estratégias promotoras da poupança energética.

As intervenções mencionadas foram realizadas no âmbito da preparação da alta.

A colaboração na preparação da alta do Sr. MML permitiu-me aferir alguns itens da folha de registo de enfermagem da preparação da alta construída. Com base na conversa com os enfermeiros do serviço, na observação e na colaboração na prestação de cuidados, elaborei a lista dos temas que mais frequentemente abordam na capacitação para a continuidade de cuidados. Contudo, como não era possível incluir todos os temas, realizei uma seleção dos mesmos em conjunto com as Enfermeiras Orientadoras. A colaboração na preparação da alta do Sr. MML levou-me a repensar os temas a abordar no âmbito da capacitação para continuidade de cuidados após a alta, pois fiquei mais desperta para alguns dos temas abordados na sua preparação da alta. Verifiquei que era muito frequente a prescrição médica durante o internamento, de inaloterapia e de ventilação não invasiva, sendo que estas terapêuticas eram mantidas no domicílio após a alta. Com base nesta informação, considerei oportuno repensar conjuntamente com as Enfermeiras Orientadoras a lista de temas a abordar na capacitação para a continuidade de cuidados e em conjunto decidimos acrescentar a inaloterapia e a ventilação não invasiva.

#### **4. Preparação da Alta da pessoa com doença oncológica sem cuidador familiar - Sr. CS**

O Sr. CS tem 57 anos de idade e esteve internado no serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B, de 31/10/2014 a 7/11/2014. Tive a oportunidade de prestar cuidados ao Sr. CS no 5º, 6º, 7º e 8º dias de internamento, colaborando assim na preparação da alta.

No primeiro dia em que colaborei na prestação de cuidados ao Sr. CS, procurei inicialmente ler a colheita de dados realizada pelos enfermeiros do serviço quando foi feita a sua admissão. Procurei completá-la e realizar um resumo da mesma. Percebi que, apesar de conseguir gerir a terapêutica no domicílio, preferia que fosse a esposa a fazê-lo, pelo que considerei que não necessitava de cuidador. No entanto, como era a esposa do Sr. CS que fazia a gestão da medicação no domicílio e uma vez que se programava a alta para breve, esta foi contactada para agendar a realização de educação com vista à capacitação para a gestão do regime terapêutico, ficando combinado para 6/11/2014 após o almoço, dia em que se programava que tivesse alta. Foi também identificada a necessidade de transporte para o domicílio aquando da alta. No dia em que se programava que tivesse alta, o Sr. CS apresentou dor não controlada, pelo que foi necessário realizar ajustes terapêuticos, não concordando o enfermeiro com a decisão de alta clínica do Sr. CS, uma vez que não se conseguia perceber, num intervalo de tempo tão curto, se os ajustes terapêuticos efetuados permitiam o controlo da dor. Conjuntamente com o médico e o Sr. CS, foi discutido o facto de não ter condições para ter alta nesse dia, tendo a mesma sido adiada. Foi confirmado com a esposa do Sr. CS a terapêutica que fazia no domicílio e foi dada informação sobre a nova terapêutica instituída, que a esposa demonstrou ter compreendido, referindo que quando tivesse alta não necessitava de vir ao serviço, uma vez que não tinha transporte e compreendeu a informação transmitida. Foi também dado à esposa do Sr. CS o número de telefone do serviço para ligar caso tenha alguma dúvida e foi explicado que na carta de alta de enfermagem ia descrita toda a terapêutica que devia fazer no domicílio, bem como os horários e/ou intervalos de tempo. A esposa do Sr. CS referiu que assim se sentia mais segura. Foi também confirmado que têm possibilidades para adquirir a terapêutica. Foi capacitada ainda para a gestão de SOS, bem como o Sr. CS. No dia da alta confirmamos as receitas, verificamos as dosagens e no caso dos opióides,

confirmamos que a receita tinha referida a portaria que permite que sejam participados. Uma vez que só foi possível pedir ambulância para o domicílio para o final da tarde e o Sr. CS não conseguia adquirir a terapêutica nesse dia, foi fornecida a terapêutica que iria fazer de novo no domicílio para a toma do jantar desse dia e do pequeno-almoço do dia seguinte. Foi também dada orientação sobre o que fazer em situações de urgência e como prevenir a obstipação. Entregou-se a carta de alta de enfermagem que foi explicada ao Sr. CS.

A colaboração na preparação da alta do Sr. CS permitiu-me constatar na prática a importância do fornecimento de um contacto telefónico disponível (aspeto mencionado anteriormente como necessidade das pessoas com doença oncológica e cuidador familiar no domicílio após a alta), que apesar de não ter sido utilizado, a esposa do Sr. CS referiu que tê-lo lhe conferia tranquilidade e segurança para a gestão da terapêutica do Sr. CS no domicílio.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Pereira, H. R. (2013a). *Subitamente cuidadores informais: dando voz(es) às experiências vividas*. Loures: Lusociência.

Pereira, I. C. B. F. (2013b). *Regresso a casa: estrutura da acção de enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

## **APÊNDICE XV**

Reflexão sobre evento significativo – Sr. AP

## **Reflexão sobre evento significativo – Sr. AP**

Nesta reflexão será abordada a colaboração na prestação de cuidados ao Sr. AP, focando-me no caminho percorrido com vista à preparação da alta, que foi para mim um evento significativo, muito rico em aprendizagens. A preparação da alta do Sr. AP permitiu-me mobilizar conhecimentos e desenvolver competências neste âmbito. Decidi refletir sobre a preparação da alta do Sr. AP por vários motivos, dos quais saliento o facto de: ter sido internado no início do meu estágio; ter sido o primeiro acolhimento em que tive oportunidade de colaborar; haver uma alteração do grau de dependência nos últimos dias; ter tido a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados ao Sr. AP ao longo de todo o estágio.

O Sr. AP tem 51 anos de idade, é casado e tem dois filhos (um com 25 anos e outra com 16 anos). Reside num apartamento com a esposa e a filha. Tem o 9º ano de escolaridade, é revisor da CP de longo curso e encontra-se de baixa desde Maio de 2014. A esposa do Sr. AP trabalha numa escola de segunda a sexta-feira das 7 às 15 horas e a filha é estudante, frequenta o Ensino Secundário. Tem o diagnóstico clínico de neoplasia do pulmão metastizado que ao longo do internamento, através dos exames realizados se pôde constatar que apresenta múltipla metastização a nível ósseo e crânio encefálica. Recorreu ao serviço de urgência por dor não controlada ao nível do braço direito, tórax, direito e região inguinal esquerda com limitação da mobilização por dor não controlada, havendo um aumento da dependência nos últimos cinco dias para a satisfação de algumas NHF, como: higiene e conforto, mover-se, eliminação e alimentação.

O Sr. AP reside com a esposa e a filha de 16 anos, sendo a esposa a cuidadora familiar. O Sr. AP referiu diversas vezes que a família é muito importante para si. Classifica como boa a relação com a esposa e com os filhos. A esposa e a filha visitam-no diariamente e o filho em dias alternados. Refere ter uma boa relação com os vizinhos e com os colegas de trabalho.

Em Maio de 2014 foi-lhe diagnosticado uma Neoplasia do Pulmão, tendo sido submetido a lobectomia superior direita em Junho de 2014. Em Outubro de 2014 realizou RMN CE que revelou lesão lítica secundária da calote e mestastização da órbita direita. Tinha antecedentes pessoais de Nefrite aos seis anos de idade. Em Outubro de 2014 esteve internado no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B por descontrolo algico. A 5/11/2014 recorreu ao serviço de urgência por

dor não controlada ao nível do braço direito, tórax direito e região inguinal esquerda, com limitação da mobilização por dor não controlada, ficando internado para controlo álgico. Referiu na admissão que nos últimos cinco dias houve um aumento do grau de dependência para a satisfação das NHF como higiene e conforto, mobilização, eliminação e alimentação. Reconhecia que a doença que tem pode não ter cura, mas tinha como objetivos recuperar a sua independência e ter a dor controlada. O seu maior desejo era não sofrer e não causar sofrimento à família. Encontrava-se informado acerca da sua doença, contudo desconhecia o prognóstico. A esposa é a cuidadora familiar. Esta referiu que ao longo deste período de agravamento, deixava o Sr. AP sozinho durante o período de trabalho. De manhã prestava-lhe os cuidados de higiene e dava-lhe o pequeno-almoço antes de sair para o trabalho e voltava a casa à hora de almoço para lhe dar o almoço. A filha do Sr. AP quando regressava da escola, auxiliava-o no que este necessitava.

Após a realização de um breve resumo da colheita de dados realizada ao Sr. AP, passo a mencionar e analisar os momentos mais significativos para mim em termos de aprendizagem, no decorrer da prestação de cuidados ao Sr. AP.

1º dia de internamento. Quando foi feita a admissão e acolhimento, o Sr. AP referiu dor no membro superior direito, tendo sido observado pelo médico assistente, administrada terapêutica antiálgica prescrita em SOS e iniciada perfusão de morfina. Apesar desta situação, este momento foi importante para o início do estabelecimento da relação terapêutica que se caracteriza “pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2012, p. 10), verificando-se, “o que se deveria verificar em qualquer profissão, uma valorização humana e social” (Collière, 1999, p. 337) essencial na relação terapêutica. Tendo o acolhimento uma continuidade temporal e sabendo que “ao acolher o doente e família, o enfermeiro deve ter presente que cada doente é único e que cada doente vive as suas experiências de doença” (Moreira, Castanheira & Reis, 2003, p. 28), foi adiada a apresentação do serviço e o início da colheita de dados. Após alívio da dor, foi iniciada a colheita de dados (que apresento no final desta reflexão em suporte de papel) ao Sr. AP, tendo sido também envolvida a esposa. Durante a realização da colheita de dados percebi que no domicílio, antes do internamento, se tinham deparado com várias dificuldades inerentes ao aumento da dependência, tendo considerado que seria uma ótima situação para acompanhar e colaborar na preparação da alta. A esposa do Sr. AP

referiu ter sentido dificuldade na mobilização e na realização dos cuidados de higiene no domicílio, uma vez que não tinha apoios e tem uma casa de banho com banheira e outra com poliban com cabine. Contudo, refere ter ajudas técnicas que eram do pai e que nunca utilizou, nomeadamente: cadeira para banheira (que desconhece a tipologia); urinol; arrastadeira; pega para apoio na casa de banho. Percebi também que é a esposa que gere a terapêutica. Após a colheita de dados, foi iniciado o plano de cuidados. Percebi nesta altura a importância da colheita de dados para a preparação da alta e de que forma a preparação da alta é iniciada no acolhimento como é recomendado (Soong, Daub, Lee, Majewski, Musing, Nord, Wyman, Baker, Zacharopoulos & Bell (2013).; Fox, Persaud, Maimets, Brooks, O'Brien & Tregunno (2013); Holland, Rhudy, Vanderboom, & Bowles (2012).

2º dia de internamento. Completámos a colheita de dados e identificámos a necessidade de encaminhamento para a Assistente Social. Contudo, ainda não se conseguia perceber qual iria ser a evolução clínica do Sr. AP. Será que após controlo da dor voltaria a ficar independente? Ao transmitir a informação que possuía à Assistente Social, a Enfermeira Orientadora questionou se sabia a situação laboral do Sr. AP e da Esposa. A do Sr. AP conhecia e a da esposa? Desconhecia. Sem saber da situação laboral, da esposa como poderia saber se podia cuidar a tempo inteiro do Sr. AP no domicílio após a alta? Esta situação alertou-me para a importância de uma completa colheita de dados e para a informação que é necessário colher no âmbito da preparação da alta.

7º dia de internamento. Neste dia percebi que o Sr. AP tinha dificuldade na adaptação à perda de autonomia. Foram tentadas várias estratégias para promover a adaptação à situação, aparentemente sem sucesso, pelo que durante a Reunião da Equipa Multidisciplinar foi feita a sugestão de encaminhamento para a Psicóloga, no sentido de esta o ajudar a lidar melhor com as perdas. Estava agendada para a tarde desse dia, a primeira reunião da esposa do Sr. AP com a Assistente Social, tendo a Assistente Social tentado perceber junto da Equipa Médica qual o plano futuro para o Sr. AP. A hipótese de referência para UCP ficou desde logo excluída pela Equipa Médica que planeava realizar mais exames de diagnóstico, não prevendo a alta para breve, nem assumindo que tivesse critérios para referência para Cuidados Paliativos. Percebi, desta forma, a importância da discussão em equipa multidisciplinar da preparação da alta (Ashbrock, Mourad & Sehgal, 2013).

9º dia de internamento. Recolhi o feedback junto da Assistente Social, da reunião com a esposa do Sr. AP. Esta pretende que o Sr. AP tenha alta para o domicílio com apoio, tendo ficado de pensar sobre as alternativas que lhe foram apresentadas pela Assistente Social (cuidador formal, apoio para os cuidados de higiene e alimentação). Junto do Sr. AP percebi que o seu desejo era ter alta para o domicílio. Procurei então colher mais informação acerca das condições habitacionais. O Sr. AP vive num apartamento de um prédio com elevador, apenas com um degrau na entrada do prédio. O apartamento tem: duas casas de banho, uma com banheira e outra com poliban que tem cabine fixa na parede; três quartos, estando um livre. Referiu também que tem bastantes tapetes no chão. Esta informação foi colhida com o intuito de poder instruir o Sr. AP e a esposa sobre como ajustar a casa às suas necessidades, mantendo um ambiente seguro. Considero que desta forma possibilitei a identificação precoce das necessidades, um aspeto que Holland et al (2012) consideram importante.

11º dia de internamento. Na passagem de turno foi transmitido que se programa alta para breve e que estava agendada uma reunião com a Assistente Social, no sentido de perceber que decisões tomaram quanto aos apoios que pretendiam. Também durante a passagem de turno foi discutida a necessidade de assegurar a continuidade de cuidados no domicílio após a alta, referentes ao controlo da dor, tendo sido sugerido sinalizar à Equipa de Gestão de Altas para a referência para ECCI para ajuda na gestão/ajuste de terapêutica. Tive a oportunidade de instruir o Sr. AP sobre algumas estratégias uteis no controlo da dor (como fazer SOS antes dos cuidados de higiene, vestir primeiro os membros com maior limitação) e poupadoras de energia, uma vez que tem apresentado cansaço fácil a pequenos esforços. Foi também realizada gestão de expectativas, tema que o Sr. AP abordou com a Psicóloga e do qual esta me deu um feedback positivo acerca da minha intervenção. Neste dia constatei a importância da discussão em passagem de turno da preparação da alta de cada pessoa internada.

14º dia de internamento. Recolhi o feedback da reunião com a Assistente Social. A esposa do Sr. AP arranhou uma cuidadora formal e concordou com a referência para a ECCI, pelo que realizei a folha de sinalização para a EGA. Foram treinadas com o Sr. AP técnicas poupadoras de energia, para controlo da dor, para vestir e despir, sendo que o Sr. AP lembrou que se começa a vestir pelo braço com menor mobilidade. A identificação das necessidades do Sr. AP

permitiram intervir com vista à capacitação para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta, um aspeto fundamental na preparação da alta (Holland et al, 2012).

15º dia de internamento. Neste dia fiz tarde, o que me possibilitou ter mais tempo para conversar com a esposa do Sr. AP, uma vez que costuma chegar ao serviço pelas 16h. Inicialmente comecei por perceber quem é a cuidadora formal e que experiência tem, para saber se necessita de ser capacitada para a continuidade de cuidados no domicílio. Percebi que o seu horário de trabalho iria ser de segunda a sexta-feira, das 7 às 15 horas, que tem experiência anterior em cuidar de pessoas dependentes e que estabeleceu parceria com uma enfermeira que a ajuda sempre que necessita. Posteriormente procurei identificar as necessidades da esposa do Sr. AP para assegurar a continuidade de cuidados no domicílio após a alta. Com base nas necessidades identificadas foram planeadas e executadas intervenções. Foi instruída sobre: transferências e mobilizações; manutenção de um ambiente seguro (foram dadas sugestões no sentido de adaptar o espaço físico do domicílio às necessidades, nomeadamente retirar a cabine do poliban e os tapetes do chão da casa para a cadeira poder circular melhor e evitar acidentes). Foi proposto o agendamento de um dia para ser realizada educação sobre os cuidados de higiene, referindo que prefere que seja mais próximo do dia da alta. A esposa do Sr. AP mencionou que anda a ver cadeiras de banho, tendo sido sugerido que aguarde a decisão de alta para a adquirir. Foi completado o documento de referenciação para a ECCI e foram esclarecidas as dúvidas do Sr. AP e da esposa sobre o objetivo da mesma. Fomos informados que se programa a administração de quimioterapia e que realizará radioterapia externa paliativa antiálgica sobre o olho direito e a calote craniana, em internamento. Neste dia, percebi que a existência de uma estruturação da preparação da alta, permite que esta seja preparada em conjunto com a pessoa internada e cuidador familiar e que nenhum elemento seja esquecido. A disponibilidade de tempo por parte, quer dos enfermeiros, quer dos cuidadores familiares, pareceu-me também um aspeto importante para uma adequada preparação da alta.

21º dia de internamento. O Sr. AP apresentou descontrolo álgico, pelo que não reunia condições para a prestação de cuidados de higiene na casa de banho, tendo sido prestados no leito. Iniciou radioterapia antiálgica.

23º dia de internamento. O Sr. AP ausentou-se do serviço para realização de cintigrafia óssea que revelou lesões líticas dispersas (região parietal mediana, omoplata direita, articulação sacro ilíaca direita, crista ilíaca esquerda, osso ilíaco esquerdo, ramo isquiopúbico esquerdo, colo do fémur direito, terço médio da diáfise femoral esquerda).

29º dia de internamento. O Sr. AP apresentou agravamento do estado geral com períodos de agitação e alucinações auditivas com necessidade de realizar terapêutica antipsicótica, que surtiu efeito. Mantinha a dor não controlada, não tolerando levantar. Referiu dificuldade em urinar no urinol deitado, não sendo possível alternar posicionamentos mesmo após administração de terapêutica analgésica em SOS. Foi colocado pen-rose, mas não resultou. O Sr. AP referia ser desconfortável, preferindo, face às alternativas apresentadas, urinar na fralda. A alteração do estado de saúde do Sr. AP levou-me a refletir sobre a necessidade de repensar as intervenções já realizadas com vista à preparação da alta, percebendo que as necessidades no domicílio, tal como em internamento, se podem alterar de um momento para o outro. Neste sentido, como devemos intervir? Devemos antecipar o que poderá acontecer? Ou devemos referenciar equipas que possam acompanhar a pessoa com doença oncológica no domicílio?

30º dia de internamento. O Sr. AP manteve a dor não controlada. Foi-lhe administrado o primeiro ciclo de quimioterapia com cisplatina e gencitabina, após ser explicado pelo médico assistente o motivo da decisão de iniciar quimioterapia e o efeito pretendido. O Sr. AP e a esposa foram instruídos sobre o que é a quimioterapia, quais os efeitos secundários possíveis e que cuidados são necessários ter durante e após a sua administração. Posteriormente foram esclarecidas as dúvidas que surgiram. Por diminuição das Saturações periféricas de oxigénio, foi iniciada oxigenoterapia e explicado o que é e que cuidados ter na sua administração. A esposa do Sr. AP colocou questões relacionadas com a administração de oxigenoterapia no domicílio, que foram esclarecidas. Foi também instruída sobre a mobilização e posicionamentos no leito e a eliminação. Durante este dia, inicialmente, achei que não tinha realizado nenhuma intervenção no âmbito da preparação da alta, mas ao refletir melhor sobre os cuidados prestados percebi que a educação realizada também é importante para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta, uma vez que, a equipa médica planeava que continuasse a realizar os ciclos de quimioterapia em Hospital de Dia e que poderia ser necessária

a realização de oxigenoterapia no domicílio. Assim pude perceber que a preparação da alta está intrínseca à prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica e cuidador familiar, ainda que por vezes possa não parecer.

36º dia de internamento. Houve um agravamento progressivo do estado geral do Sr. AP, pelo que a alta naquele momento se mantinha em suspenso. Contudo, tudo se encontrava orientado para o regresso a casa, se fosse possível. Tinha cuidador familiar e formal, capacitados para a continuidade de cuidados, tinha ajudas técnicas (cama elétrica, urinol, arrastadeira e a esposa sabia como adquirir, se necessário, cadeira sanitária e cadeira de rodas), tinha a casa adaptada às suas necessidades, tinha apoio da ECCI solicitado e tinha apoio para descanso do cuidador familiar (os filhos pretendiam colaborar ao fim-de-semana para que a mãe pudesse descansar).

Ao longo da colaboração na prestação de cuidados ao Sr. AP fui refletindo diariamente sobre alguns aspetos inerentes à preparação da alta, o que me ajudou na esquematização da preparação da alta realizada no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B, na identificação das intervenções promotoras de uma adequada preparação da alta e na melhoria da folha construída para registo da preparação da alta.

Refletindo sobre a preparação da alta do Sr. AP pude perceber que a colheita de dados foi um passo importante para a preparação da alta, porque permitiu identificar, logo à partida, algumas dificuldades sentidas no domicílio e quem é o cuidador familiar. Olhar para a colheita de dados desta forma foi muito interessante pois vejo-a quase sempre como um momento de identificação dos problemas atuais e a base para a elaboração do plano de cuidados inicial e não numa perspetiva de preparação da alta. Esta foi uma aprendizagem importante. Apesar de no estágio anterior ter constatado a importância da realização cuidada da avaliação familiar, não tinha presente como é que podia ser iniciada no primeiro dia de internamento.

Nesta situação foi também importante perceber na prática de que forma é que a alta é um trabalho multidisciplinar (Rebelo, 2012), como é que todos os elementos da equipa multidisciplinar se articulam entre si e de que modo é que o enfermeiro faz a articulação entre os profissionais que constituem a equipa multidisciplinar (Rebelo, 2012; Pompeo, Pinto, Cesarino, Araújo & Poletti, 2007).

Houve momentos em que tive vontade de desistir de colaborar na preparação da alta do Sr. AP pela desmotivação que sentia ao haver repetidos adiamentos da alta hospitalar e colaborar na preparação da alta hospitalar era um dos objetivos principais do estágio que me encontrava a realizar. Contudo, e tal como refere Rebelo (2012, p. 207) “cada situação-problema é uma situação singular, que emerge na interação do enfermeiro com cada pessoa/família doente, sendo complexas, globais e mutáveis” e, portanto, encarei a colaboração na preparação da alta do Sr. AP como uma aprendizagem, nem tudo tem de ser linear, nem todos os percursos são simples e podem ser mutáveis. Aprendi, também, a importância de a preparação da alta ser feita de forma continuada, personalizada e sistematizada, que como refere Petronillho (2013) pode levar a maior satisfação das pessoas com doença oncológica e cuidadores familiares. Foi gratificante ouvir palavras de agradecimento pelo trabalho desenvolvido, mesmo não tendo atingido o objetivo final, que era o Sr. AP ter alta para o domicílio.

Pude constatar que algumas das intervenções realizadas no sentido de capacitar a esposa do Sr. AP para a continuidade de cuidados no domicílio foram consideradas por ela importantes para colaborar na prestação de cuidados ao Sr. AP no internamento, sentindo-se mais próxima dele. Sendo também importante para o Sr. AP ser a esposa a realizar alguns cuidados ou colaborar com os profissionais de saúde nos mesmos, nomeadamente na mobilização e transferência e na eliminação. Observar a esposa do Sr. AP na colaboração nos seus cuidados, possibilitou a avaliação das intervenções realizadas no âmbito da capacitação para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta. Por outro lado, permitiu à esposa do Sr. AP esclarecer dúvidas práticas que lhe foram surgindo. Desta forma, a esposa do Sr. AP foi incluída na prestação de cuidados ao marido, contrariando pela positiva Pereira (2013), quando refere que por vezes os cuidadores familiares são reduzidos à condição de meros visitantes.

Realizar esta reflexão foi uma mais valia, permitiu-me consciencializar sobre o que foi feito. Percebi que apesar da desmotivação que senti nalguns momentos, foi uma experiência enriquecedora.

Olhando agora para o esquema informal que traduzi em papel e que seguem de preparação da alta no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B, constato que todas as etapas foram realizadas e que percebi como se faz e como se tira partido de cada momento e de cada interação. Seguindo o esquema, foi

realizado: o acolhimento, a colheita de dados, a avaliação da necessidade de cuidador, em que se verificou que tinha cuidador familiar mas que não conseguia assegurar na íntegra a continuidade de cuidados, pelo que foi realizado o encaminhamento para a assistente social, decidindo-se ter alta para o domicílio com cuidador formal que percebemos não necessitar de ser capacitado para a continuidade de cuidados no domicílio, após a alta; foram avaliadas as capacidades e necessidades do cuidador familiar e foi iniciada a capacitação para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta. Verificou-se que também necessitava de apoios sociais, nomeadamente ajudas técnicas, estando já encaminhado para a Assistente Social que orientou no sentido da sua aquisição; avaliou-se a necessidade de cuidados de enfermagem após a alta e verificou-se que necessitava de cuidados de enfermagem após a alta, pelo que foi realizada a sinalização e referenciação para a ECCI.

Colaborar na prestação de cuidados ao Sr. AP foi um contributo fundamental na esquematização da preparação da alta realizada no Serviço de Pneumologia Oncológica do Hospital B e na elaboração e ajuste da folha de registo de enfermagem da preparação da alta. Tudo tinha de ser feito, pois o Sr. AP era independente até cinco dias antes do internamento, surgindo uma alteração brusca para a qual não estavam preparados.

As orientações dadas pelas Enfermeiras Orientadoras foram fundamentais na colaboração da preparação da alta do Sr. AP. As suas questões, a reflexão conjunta, o esclarecimento de dúvidas, foram uma mais valia.

Através da colaboração na preparação da alta do Sr. AP, percebi a importância de no estágio anterior ter contactado a realidade do domicílio, pois permitiu-me estar desperta para alguns aspetos que antes não estava, como identificar se a entrada do prédio tem degraus, se tem tapetes no chão, identificar mais facilmente as necessidades da pessoa com doença oncológica e cuidador familiar e antecipar algumas que se prevê que possam surgir, dando orientações adequadas a cada situação em particular.

A interligação dos diagnósticos médicos com os de enfermagem também permite compreender se há reversibilidade na situação e ajustar as intervenções à realidade concreta de cada pessoa. Por exemplo, perceber que apesar de se poder conseguir o controlo da dor do Sr. AP, seria difícil este recuperar a mobilidade que

tinha anteriormente, uma vez que o que estava na base da dor eram metástases ósseas, permitiu-me planear intervenções, tendo por base esta informação.

Ao longo deste estágio foi também importante perceber qual é a vontade da pessoa com doença oncológica e da família e não decidir por eles, levando-os a terem uma voz ativa no plano de cuidados. Por exemplo, o Sr. AP queria estar em casa, pelo que foram criadas as condições para isso poder acontecer.

À luz do que aprendi neste estágio e no estágio anterior, verifico que houve alguns aspetos que falharam na preparação da alta como: a não avaliação do risco de sobrecarga do cuidador. Tomar consciência desses aspetos foi um momento de aprendizagem.

Com esta reflexão que teve por base a prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica e família, percebi que a preparação estruturada da alta é uma ferramenta eficaz para o cuidar de pessoas com doença oncológica (Korkmaz & Fadiloglu, 2015).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ashbrook, L., Mourad, M. & Sehgal, N. (2013). Communicating discharge instructions to patient: a survey of nurse, intern and hospitalist practices. *Journal of Hospital Medicine*, 8 (1), 36-41. **DOI:** 10.1002/jhm.1986.

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Fox, M., Persaud, M., Maimets, I., Brooks, D., O'Brien, K & Tregunno, D. (2013). Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 13, 1-9. **DOI:** 10.1186/1471-2318-13-70.

Holland, D., Rhudy, L., Vanderboom, C. & Bowles, K. (2012). Feasibility of discharge planning in intensive care units: a pilot study. *American Journal of Critical*

Care, 21 (4), e94-e101. DOI: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2012173>.

Korkmaz, M. & Fadiloglu, Z. (2015). Are we helpless in lung cancer? Discharge program for symptom control: na experimental case-control study. *International Journal of Caring Sciences*, 8 (1), 86-100.

Moreira, C., Castanheira, I. & Reis, T. (2003). Acolhimento do doente oncológico: o que valorizam os enfermeiros?. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 27-36.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, I. C. B. F. (2013). *Regresso a casa: estrutura da acção de enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Petronilho, F. A. S. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e do familiar cuidador*. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento. Lisboa.

Pompeo, D., Pinto, M., Cesarino, C., Araújo, R. & Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (3), 345-350.

Rebelo, M. T. (2012). O regresso do doente a casa: saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. In M. Basto (Org.). *Cuidar em enfermagem – saberes da prática* (pp. 190-273). Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.

Soong, C., Daub, S., Lee, J., Majewski, C., Musing, E., Nord, P., Wyman, R., Baker, R., Zacharopoulos & N., Bell, C. (2013). Development of a checklist of safe discharge practices for hospital patients. *Journal of Hospital Medicine*, 8 (8),

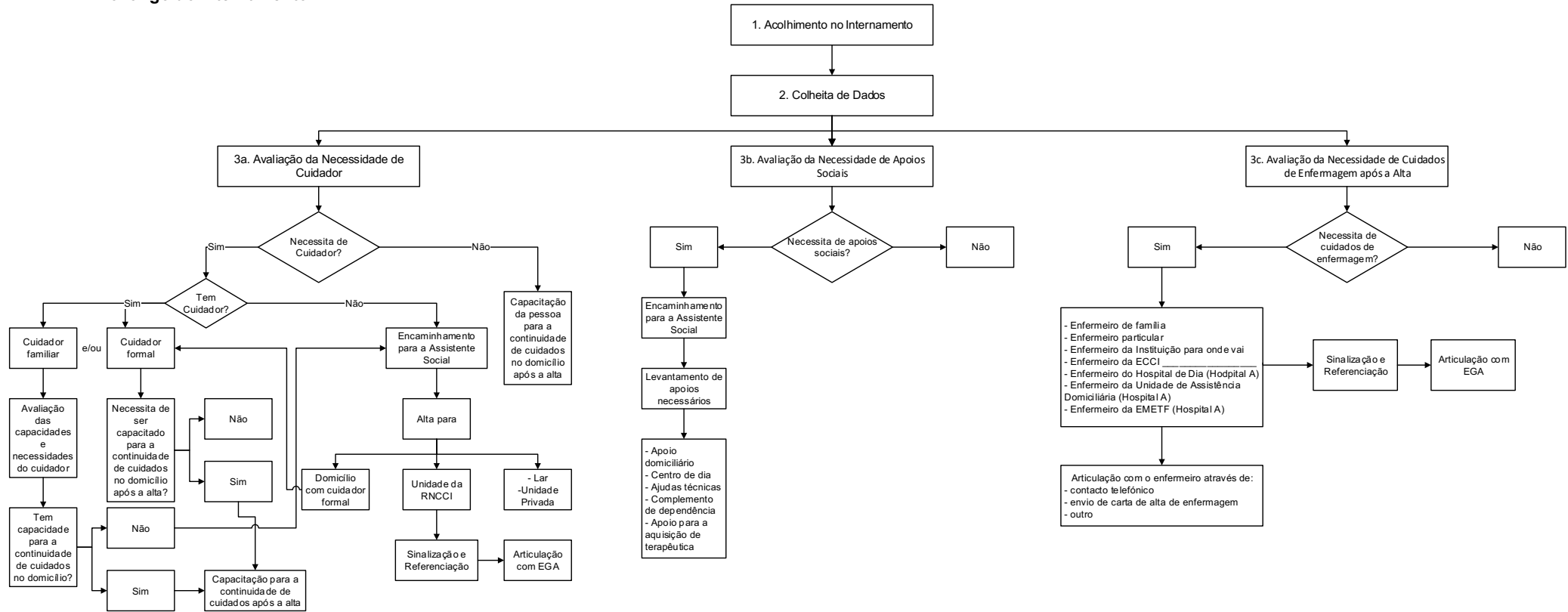
444-449. **DOI:** 10.1002/jhm.2032.

## **APÊNDICE XVI**

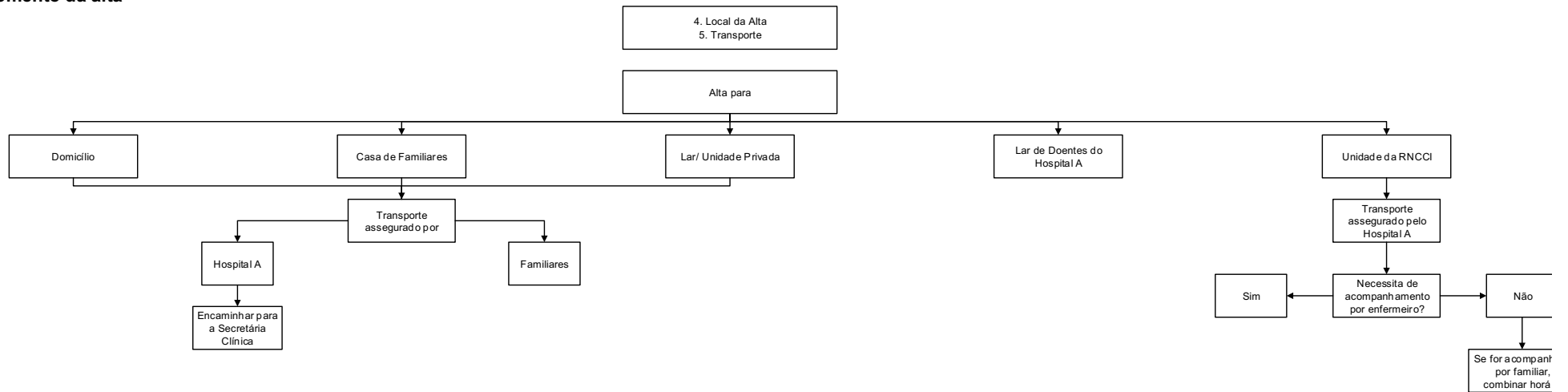
Esquematização da preparação da alta  
Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A

# PREPARAÇÃO DA ALTA

## • Ao longo do internamento



## • No momento da alta



## **APÊNDICE XVII**

Folhas de Registo de Enfermagem da Preparação da Alta  
Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A

# PREPARAÇÃO DA ALTA

## IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA INTERNADA

(vinheta)

Médico Assistente: \_\_\_\_\_

Data de admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data provável da alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## RESUMO DO INTERNAMENTO

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo de Internamento: \_\_\_\_\_

Antecedentes Pessoais: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Terapêutica do domicílio: \_\_\_\_\_

Apoios sociais: \_\_\_\_\_

Nível de dependência antes do internamento: Independente  Ajuda Parcial  Ajuda Total

Problemas identificados:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dor (localização: _____)  | <input type="checkbox"/> Diarreia/ obstipação  |
| <input type="checkbox"/> Dispneia com/ sem esforço | <input type="checkbox"/> Hemorragia (localização: _____)   |
| <input type="checkbox"/> Tosse seca/ produtiva     | <input type="checkbox"/> Febre   |
| <input type="checkbox"/> Náuseas e vômitos         | <input type="checkbox"/> Confusão  |
| <input type="checkbox"/> Anorexia                  | <input type="checkbox"/> Desorientação (espaço <input type="checkbox"/> , tempo <input type="checkbox"/> , pessoa <input type="checkbox"/> ) |
| <input type="checkbox"/> Infecção _____            | <input type="checkbox"/> Hemiparésia/ Hemiplegia à direita <input type="checkbox"/> / esquerda <input type="checkbox"/>                      |
| <input type="checkbox"/> _____                     | <input type="checkbox"/> Afasia de _____   |

Exames Realizados:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hemoculturas a ___/___/___ (_____)  | <input type="checkbox"/> TAC de _____ a ___/___/___      |
| <input type="checkbox"/> Urocultura a ___/___/___ (_____)    | <input type="checkbox"/> RMN de _____ a ___/___/___      |
| <input type="checkbox"/> Expetoração a ___/___/___ (_____)   | <input type="checkbox"/> Ecografia _____ a ___/___/___   |
| <input type="checkbox"/> Coproculturas a ___/___/___ (_____) | <input type="checkbox"/> Broncofibroscopia a ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Zaragatoa de _____ a ___/___/___    | <input type="checkbox"/> PL a ___/___/___                |
| <input type="checkbox"/> _____ a ___/___/___                 | <input type="checkbox"/> _____ a ___/___/___             |

Tratamentos Realizados:

- QT com: \_\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- RT: zona irradiada \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_ hora \_\_\_\_\_ até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Outro: \_\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Outros:

- SNG nº \_\_\_\_ (de \_\_\_\_\_) colocada a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ motivo: \_\_\_\_\_
- Sonda vesical nº \_\_\_\_ (de \_\_\_\_\_) colocada a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ motivo: \_\_\_\_\_
- Ostomia: \_\_\_\_\_ autocuida  não autocuida
- Feridas: \_\_\_\_\_ Aplicado: \_\_\_\_\_
- CVC subcutâneo heparinizado a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Intercorrências: \_\_\_\_\_

## ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS PROFISSIONAIS

Assistente Social  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dietista  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Psicólogo  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Outros  \_\_\_\_\_

## CUIDADOR

Necessita de cuidador? Sim  Não  Se necessita, tem cuidador? Sim  Não

Cuidador familiar  Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Trabalha? Sim  Não  Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Cuidador formal  Nome: \_\_\_\_\_ Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Necessita de formação? Sim  Não

**CAPACITAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR**

Temáticas a abordar	Pessoa Internada				Cuidador			
	Educar	Instruir	Treinar	Validar	Educar	Instruir	Treinar	Validar
Gestão da terapêutica								
Terapêutica PO								
Terapêutica SC								
Terapêutica em SOS								
Quimioterapia PO /EV por Bomba Infusora								
HT								
Oxigenoterapia								
Necessidades Humanas Fundamentais								
Higiene								
Mobilização e posicionamentos								
Alimentação e hidratação								
Eliminação								
Outras								
Gestão de sintomas								
Manutenção de um ambiente seguro								
Efeitos secundários da QT								
Efeitos secundários da RT								
Efeitos secundários da HT								

**APOIOS SOCIAIS**

Apoio domiciliário para: - higiene pessoal  - alimentação  - mobilização  - eliminação  Instituição: \_\_\_\_\_  
 Apoio para aquisição da terapêutica  Complemento de dependência  Centro de Dia   
 Precisa de ajudas técnicas  Quais? \_\_\_\_\_  
 Outros  \_\_\_\_\_

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Necessita de cuidados de enfermagem após a alta? Sim  Não

Encaminhar para	Contacto telefónico		Nota de Alta (enviar por)
Unidade de Assistência Domiciliária do _____	Enf.: _____	Data: _____	
Serviço de _____	Enf.: _____	Data: _____	
Centro de Saúde de _____	Enf.: _____	Data: _____	
ECCI de _____ referenciado a / / _____	Enf.: _____	Data: _____	
		Data: _____	

**ALTA PARA**

Domicílio  Morada: \_\_\_\_\_  
 Casa de Familiares  Morada: \_\_\_\_\_  
 Lar de Doentes dc   
 Lar / Unidade Privada  Nome e morada: \_\_\_\_\_  
 Unidade da RNCCI  Tipologia: \_\_\_\_\_  
 Unidade: \_\_\_\_\_  
 RNCCI => Data da Referenciação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TRANSPORTE**

Precisa de transporte hospitalar aquando da alta? Sim  Não  Transporte assegurado por: \_\_\_\_\_  
 Condições de transporte: Maca  Cadeira de rodas  Com acompanhante  Com Oxigénio   
 Hora do transporte: \_\_\_\_\_

**FACULTAR NA ALTA  E FACULTADO NA ALTA**

Terapêutica  \_\_\_\_\_  Terapêutica do Domicílio   Material específico  \_\_\_\_\_  
 Receitas   Marcações de consultas e exames   Guia de transporte (30 dias)   Livro de Cateter   
 Carta de enfermagem   Outros  \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

# PREPARAÇÃO DA ALTA

## IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA INTERNADA

(vinheta)

Médico Assistente: \_\_\_\_\_

Data de admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data provável da alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## RESUMO DO INTERNAMENTO

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo de Internamento: Realização de

- QT (com: \_\_\_\_\_  
 RT zona irradiada \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_  
 HT (com: \_\_\_\_\_

Intercorrências interciclo  ou intraciclo

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Neutropenia/ leucopenia/ anemia/ trombocitopenia | <input type="checkbox"/> Diarreia/ obstipação            |
| <input type="checkbox"/> Neutropenia febril                               | <input type="checkbox"/> Alopecia                        |
| <input type="checkbox"/> Náuseas e vômitos                                | <input type="checkbox"/> Astenia                         |
| <input type="checkbox"/> Anorexia   | <input type="checkbox"/> Diminuição da acuidade auditiva |
| <input type="checkbox"/> Perda ponderal ( ↓ ___ kg)                       | <input type="checkbox"/> Rash cutâneo                    |
| <input type="checkbox"/> Mucosite _____                                   | <input type="checkbox"/> Radiodermite _____              |
| <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____                           |

Antecedentes Pessoais: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Terapêutica do domicílio: \_\_\_\_\_

Apoios sociais: \_\_\_\_\_

Outros:

- SNG nº \_\_\_\_\_ (de \_\_\_\_\_) colocada a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ motivo: \_\_\_\_\_  
 Sonda vesical nº \_\_\_\_\_ (de \_\_\_\_\_) colocada a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ motivo: \_\_\_\_\_  
 Ostomia: \_\_\_\_\_ autocuida  não autocuida   
 Feridas: \_\_\_\_\_ Aplicado: \_\_\_\_\_  
 CVC subcutâneo heparinizado a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Intercorrências: \_\_\_\_\_

## ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS PROFISSIONAIS

Assistente Social  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dietista  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Psicólogo  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Outros  \_\_\_\_\_

## CUIDADOR

Necessita de cuidador? Sim  Não  Se necessita, tem cuidador? Sim  Não

Cuidador familiar  Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Trabalha? Sim  Não  Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Cuidador formal  Nome: \_\_\_\_\_ Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Necessita de formação? Sim  Não

## APOIOS SOCIAIS

Apoio domiciliário para: - higiene pessoal  - alimentação  - mobilização  - eliminação  Instituição: \_\_\_\_\_

Apoio para aquisição da terapêutica  Complemento de dependência  Centro de Dia

Necessita de ajudas técnicas  Quais? \_\_\_\_\_

Outros  \_\_\_\_\_

**CAPACITAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR**

Temáticas a abordar	Pessoa Internada				Cuidador			
	Educar	Instruir	Treinar	Validar	Educar	Instruir	Treinar	Validar
Gestão da terapêutica								
Terapêutica PO								
Terapêutica SC (enoxaparina/ G-CSF)								
Terapêutica em SOS								
Quimioterapia PO / EV por Bomba Infusora								
Hormonoterapia								
Tópica								
Oxigeneoterapia								
Necessidades Humanas Fundamentais								
Higiene (oral, corporal)								
Alimentação e hidratação								
Eliminação								
Manter a temperatura corporal								
Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos								
Comunicar/ Sexualidade								
Outras								
Gestão de sintomas								
Manutenção de um ambiente seguro								
Efeitos secundários da QT								
Efeitos secundários da RT								
Efeitos secundários da HT								

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Necessita de cuidados de enfermagem após a alta? Sim  Não

Encaminhar para	Contacto telefónico	Nota de Alta (enviar por)
Unidade de Assistência Domiciliária do _____	Enf.: _____ Data: _____	
Hospital de Dia de QT do _____	Enf.: _____ Data: _____	
Serviço de _____	Enf.: _____ Data: _____	
Centro de Saúde de _____	Enf.: _____ Data: _____	
ECCI de _____ referenciado a ____/____/____	Enf.: _____ Data: _____	
	Data: _____	

**ALTA PARA**

- Domicílio  Morada: \_\_\_\_\_
- Casa de Familiares  Morada: \_\_\_\_\_
- Lar de Doentes do
- Lar / Unidade Privada  Nome e morada: \_\_\_\_\_
- Unidade da RNCCI  Tipologia: \_\_\_\_\_  
Unidade: \_\_\_\_\_
- RNCCI => Data da Referenciação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TRANSPORTE**

Necessita de transporte hospitalar aquando da alta? Sim  Não  Transporte assegurado por: \_\_\_\_\_

Condições de transporte: Maca  Cadeira de rodas  Com acompanhante  Com Oxigénio

Hora do transporte: \_\_\_\_\_

**FACULTAR NA ALTA  E FACULTADO NA ALTA**

- Terapêutica:  bochechos compostos   ondansetrom   dexametasona
- apreitant   G-CSF   ácido folínico
- capecitabina   temozolamida   procarbazina
- do domicílio   \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_
- Receitas   Guia de transporte (30 dias)
- Carta de Enfermagem   Marcações de consultas e exames
- Livro de CVC   \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **APÊNDICE XVIII**

Guia Orientador: Preparação da Alta da Pessoa com Doença Oncológica

# **Guia Orientador**

Preparação da Alta da  
Pessoa com Doença Oncológica

# **Guia Orientador**

Preparação da Alta da  
Pessoa com Doença Oncológica

Elaborado por:

Eva Almeida

Sob Orientação de:

Professora Patrícia Alves

Enfermeira Especialista Raquel Batista

## **Lista de Siglas**

**CVC** - Cateter Venoso Central

**ECCEI** - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**EGA** - Equipa de Gestão de Altas

**Enf.** - Enfermeiro

**EV** - Endovenoso

**G-CSF** - Granulocyte Colony Stimulating Factor

**HT** - Hormonoterapia

**Kg** - Quilogramas

**Nº** - Número

**PL** - Punção Lombar

**PO** - Per Os (via oral)

**QT** - Quimioterapia

**RMN** - Ressonância Magnética Nuclear

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**RT** - Radioterapia

**SC** - Subcutânea

**SNG** - Sonda Nasogástrica

**TAC** - Tomografia Axial Computorizada

## Nota Introdutória

A preparação da alta é fundamental em oncologia (Wilson, Pateman, Beaver & Luker, 2002), contudo há uma complexidade multifatorial na preparação da alta das pessoas com doença oncológica e é importante que estas sejam participantes ativas no seu plano de cuidados, assim como os cuidadores familiares, quando necessário (Leeuw, Prins, Merckx, Marres & Achterberg, 2011). A preparação da alta da pessoa com doença oncológica deve ser iniciada na admissão e visa capacitá-la e ao cuidador familiar, se necessário, para a continuidade dos cuidados no domicílio. No sentido de melhorarmos a preparação da alta da pessoa com doença oncológica foi elaborado este Guia Orientador para os enfermeiros que pretende ser um instrumento facilitador na preparação da alta da pessoa com doença oncológica.

Como forma de facilitar a preparação da alta da pessoa com doença oncológica foram construídos vários instrumentos, que serão apresentados neste documento. Foi elaborado um esquema da preparação da alta que estrutura de uma forma rápida, o que é necessário ter em conta na preparação da alta e para que profissionais encaminhar, se necessário, em diversas situações. Foram elaboradas duas folhas de registo de enfermagem da preparação da alta (Modelo A e Modelo B) que permitem realizar um resumo do internamento, assinalar os assuntos a incluir na preparação da alta e registar o que já foi realizado e o que ainda falta realizar. O Modelo A destina-se à preparação da alta da pessoa com doença oncológica que seja internada de forma não eletiva. O Modelo B destina-se à preparação da alta da pessoa internada eletivamente para realização de tratamentos. Pretende-se que as folhas de registo de enfermagem da preparação da alta sejam preenchidas ao longo do internamento.

Para facilitar e permitir uma consulta rápida, este Guia Orientador está organizado por capítulos com separadores. Cada capítulo diz respeito a um aspeto a abordar na preparação da alta da pessoa com doença oncológica, conforme o esquema de preparação da alta, que começamos por apresentar. Em cada capítulo é explicada a forma de preenchimento das folhas de registo de enfermagem da preparação da alta correspondente a cada aspeto a abordar. No capítulo 1, será abordado o acolhimento no internamento. No capítulo 2, será abordada a colheita de dados. No capítulo 3a, a avaliação da necessidade de cuidador e das necessidades do cuidador. No capítulo 3b, a avaliação da necessidade de apoios sociais.

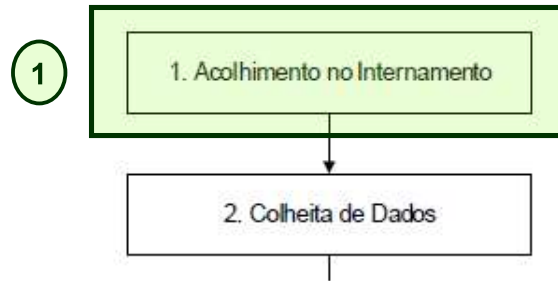
No capítulo 3c, a avaliação da necessidade de cuidados de enfermagem após a alta. No capítulo 4, o local da alta. No capítulo 5, o transporte. Por último, no capítulo 6, denominado outros, serão abordados outros aspetos importantes na preparação da alta que não tenham sido abordados nos capítulos anteriores.

Em apêndice constam as folhas de registo de enfermagem de preparação da alta Modelo A e Modelo B.



## 1. Acolhimento no Internamento

1. Acolhimento



## 1. Acolhimento no Internamento

O acolhimento é uma atividade autónoma de enfermagem, que consideramos como o momento da admissão, que se define como “uma atitude permanente que visa ir ao encontro do outro para passar do seu estado de estranho ao de companheiro. Não é um ato, é um estado mental, disposição interna, a forma de pensar e de sentir do enfermeiro expressos por meio de modos de ser, de ações de ajuda” (Formarier, 1984 citado por Moreira, Castanheira & Reis, 2003, p. 28).

O acolhimento da pessoa com doença oncológica no internamento é um momento que adquire uma importância extrema. É um momento crucial para o sucesso da relação com a pessoa com doença oncológica e família. Por isso, é importante que seja realizado de forma individualizada e personalizada, visto que “o processo de cuidar inicia-se logo no momento da admissão do doente no serviço, com o acolhimento, em que há o estabelecimento de uma relação enfermeiro/ doente” (Ferreira & Valério, 2003, p. 10). A preparação da alta da pessoa com doença oncológica deve ser iniciada no primeiro dia de internamento, constituindo o acolhimento um momento importante na preparação da mesma.

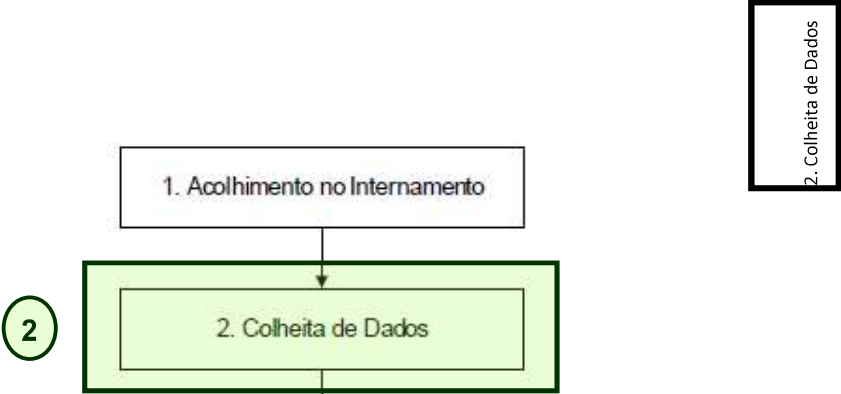
No sentido de promover um acolhimento eficaz e do início da relação efetiva enfermeiro/ pessoa será importante desenvolver algumas das seguintes ações de enfermagem, adequando-as a cada pessoa e a cada situação:

- Apresentar o enfermeiro à pessoa com doença oncológica e familiares;
- Abordar a pessoa com doença oncológica acerca do nome pelo qual gosta de ser tratado;
- Localizar a pessoa na Instituição;
- Apresentar o espaço físico do serviço e da enfermaria onde a pessoa irá permanecer;
- Apresentar a pessoa às outras pessoas internadas da enfermaria;
- Receber e identificar a terapêutica que a pessoa traga do domicílio;
- Dar informação acerca do funcionamento do serviço;

- Dar informação acerca do horário de visitas e do horário de refeições;
- Fornecer os contactos do serviço aos familiares;
- Informar sobre os serviços de apoio existentes na Instituição (como: apoio espiritual e religioso; cabeleireiro; entre outros);
- Esclarecer dúvidas e receios da pessoa com doença oncológica e familiares;
- Informar sobre a não responsabilização da Instituição sobre o desaparecimento de valores e bens e sobre as alternativas que esta apresenta (cofres).

No acolhimento é iniciada a colheita de dados inicial, que será abordada no capítulo seguinte.

2. Colheita de Dados



## 2. Colheita de Dados Inicial

A colheita de dados é um “processo organizado e sistemático de busca de informação feita a partir de diversas fontes a fim de descobrir o grau de satisfação das diferentes necessidades da pessoa, de identificar assim os seus problemas, de conhecer os seus recursos pessoais e planificar intervenções suscetíveis de ajuda” (Phaneuf, 2001, p. 119).

A colheita de dados inicia-se à chegada da pessoa ao serviço de internamento e vai sendo completada ao longo do mesmo. Há várias fontes de informação, sendo a pessoa com doença oncológica uma das fontes. No entanto, a informação pode provir também da família, de outros membros da equipa de cuidados e do processo da pessoa. Por diversos motivos como o estado físico ou alterações do estado de consciência, a pessoa pode não conseguir fornecer informação oral necessária para a planificação de cuidados, sendo a família que a fornece.

No Hospital existe um modelo que se destina ao registo dos dados colhidos acerca da pessoa com doença oncológica. O preenchimento deste modelo deve ser iniciado na admissão da pessoa no internamento e ser completado ao longo do mesmo. O Modelo faz parte do processo da pessoa e acompanha-a ao longo da sua trajetória na Instituição, permitindo em internamentos seguintes, perceber o que ocorreu anteriormente.

A colheita de dados permite elaborar o plano de cuidados ajustado a cada pessoa. De uma forma resumida é importante colhermos os seguintes dados:

- Nome pelo qual gosta de ser tratado;
- Contacto da pessoa significativa;
- Com quem vive;
- Condições habitacionais;
- Apoios familiares;
- Apoios sociais e comunitários;
- Antecedentes pessoais;

- História da doença atual;
- Motivo de internamento;
- Médico Assistente;
- Medicação do domicílio;
- Necessidades Humanas Fundamentais.

De seguida, especificaremos o modo de preenchimento das Folhas de Registo de Enfermagem da Preparação da Alta do Modelo A e B referentes ao resumo de internamento, que se pretende que seja iniciada na admissão da pessoa e que seja continuada ao longo do internamento. Especificaremos também a Folha de registo de enfermagem referente ao encaminhamento para outros profissionais, uma vez que a decisão de encaminhar é tomada com base na informação colhida.

## 2. 1. Folha de Registo de Enfermagem—Preparação da Alta

### 2.1.1. Identificação da pessoa internada—Modelo A e Modelo B

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA INTERNADA	
(vinheta)	Médico Assistente: _____ Data de admissão: ___/___/___ Data provável da alta: ___/___/___

- Espaço à esquerda: local para identificação da pessoa internada, utilizando a vinheta identificativa da pessoa na Instituição.
- Espaço à direita: registo do nome do Médico Assistente da pessoa; registo da data da admissão; registo da data provável da alta (assim que esta for conhecida).

### 2.1.2. Resumo do internamento

O resumo do internamento pretende-se que seja preenchido ao longo do internamento e que em qualquer momento se consiga perceber: o diagnóstico médico da pessoa internada e o motivo que levou ao internamento; quais os problemas que se foram identificando ao longo do internamento; que exames realizou e os resultados dos mesmos que sejam relevantes para a prática de cuidados de enfermagem; que tratamentos realizou durante o internamento; procedimentos a que foi submetida durante o internamento; intercorrências durante o internamento; outras informações consideradas relevantes para a prestação de cuidados e para a continuidade dos mesmos. O resumo do internamento tem também como objetivo resumir o que ocorreu no internamento e desta forma ser um instrumento facilitador da elaboração da carta alta de enfermagem ou da carta de transferência de enfermagem.

### 2.1.2.1. Resumo do internamento — Modelo A

#### RESUMO DO INTERNAMENTO

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Motivo de Internamento: \_\_\_\_\_  
Antecedentes Pessoais: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Terapêutica do domicílio: \_\_\_\_\_  
Apoios sociais: \_\_\_\_\_  
Nível de dependência antes do internamento: Independente  Ajuda Parcial  Ajuda Total

- Registrar: diagnóstico médico da pessoa internada; motivo pelo qual foi internada; antecedentes pessoais; alergias alimentares e medicamentosas conhecidas; terapêutica que fazia no domicílio; apoios sociais que já tinha no domicílio antes do internamento; nível de dependência antes do internamento, que deverá ser assinalado com um X.

#### Problemas identificados:

<input type="checkbox"/> Dor (localização: _____)	<input type="checkbox"/> Diarreia/ obstipação
<input type="checkbox"/> Dispneia com/ sem esforço	<input type="checkbox"/> Hemorragia (localização: _____)
<input type="checkbox"/> Tosse seca/ produtiva	<input type="checkbox"/> Febre
<input type="checkbox"/> Náuseas e vômitos	<input type="checkbox"/> Confusão
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Desorientação (espaço <input type="checkbox"/> , tempo <input type="checkbox"/> , pessoa <input type="checkbox"/> )
<input type="checkbox"/> Infecção _____	<input type="checkbox"/> Hemiparésia/ Hemiplegia à direita <input type="checkbox"/> / esquerda <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Afasia de _____

- Assinalar com um X os problemas identificados aos longo do internamento e nos problemas em que estão descritas mais do que uma opção deve ser riscada a que não interessa.

#### Exames Realizados:

<input type="checkbox"/> Hemoculturas a ___/___/___ (_____)	<input type="checkbox"/> TAC de _____ a ___/___/___
<input type="checkbox"/> Urocultura a ___/___/___ (_____)	<input type="checkbox"/> RMN de _____ a ___/___/___
<input type="checkbox"/> Expectorção a ___/___/___ (_____)	<input type="checkbox"/> Ecografia _____ a ___/___/___
<input type="checkbox"/> Coproculturas a ___/___/___ (_____)	<input type="checkbox"/> Broncofibroscopia a ___/___/___
<input type="checkbox"/> Zaragatoa de _____ a ___/___/___	<input type="checkbox"/> PL a ___/___/___
<input type="checkbox"/> _____ a ___/___/___	<input type="checkbox"/> _____ a ___/___/___

- Assinalar com um X os exames realizados durante o internamento, registar a data e nas hemoculturas, uroculturas, expectoração e coproculturas indicar o resultado das mesmas. Os resultados dos restantes exames que sejam considerados relevantes, devem ser escritos no espaço reservado às intercorrências.

**Tratamentos Realizados:**

QT com: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RT: zona irradiada \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_ hora \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Assinalar com um X os tratamentos realizados durante o internamento. Relativamente aos tratamentos com quimioterapia, indicar os citostáticos administrados e a data da administração. Relativamente aos tratamentos de radioterapia, indicar a zona irradiada, a Instituição onde é realizado o tratamento, a hora a que faz o tratamento diariamente e a data de término da radioterapia.

**Outros:**

SNG nº \_\_\_\_\_ (de \_\_\_\_\_) colocada a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ motivo: \_\_\_\_\_

Sonda vesical nº \_\_\_\_\_ (de \_\_\_\_\_) colocada a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ motivo: \_\_\_\_\_

Ostomia: \_\_\_\_\_ autocuida  não autocuida

Feridas: \_\_\_\_\_ Aplicado: \_\_\_\_\_

CVC subcutâneo heparinizado a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Assinalar com um X as opções que se adequam a cada pessoa e complementar cada opção assinalada com a informação considerada pertinente.

**Intercorrências:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Registrar as intercorrências ocorridas durante o internamento e os resultados de exames considerados relevantes.

### 2.1.2.2. Resumo do internamento — Modelo B

#### RESUMO DO INTERNAMENTO

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo de Internamento: Realização de

QT (com: \_\_\_\_\_

RT zona irradiada \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

HT (com: \_\_\_\_\_

- Registrar o diagnóstico médico da pessoa internada e motivo pelo qual foi internada assinalando com um X o tratamento ou tratamentos que vai realizar e descrevendo os mesmos conforme indicado.

**Intercorrências interciclo  ou intraciclo**

<input type="checkbox"/> Neutropenia/ leucopenia/ anemia/ trombocitopenia	<input type="checkbox"/> Diarreia/ obstipação
<input type="checkbox"/> Neutropenia febril	<input type="checkbox"/> Alopecia
<input type="checkbox"/> Náuseas e vômitos	<input type="checkbox"/> Astenia
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Diminuição da acuidade auditiva
<input type="checkbox"/> Perda ponderal (↓ ____ kg)	<input type="checkbox"/> Rash cutâneo
<input type="checkbox"/> Mucosite _____	<input type="checkbox"/> Radiodermite _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

- Assinalar com um X as intercorrências que ocorreram interciclo e pintando o quadrado para assinalar as intercorrências que ocorreram intraciclo.

**Antecedentes Pessoais:** \_\_\_\_\_

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Terapêutica do domicílio:** \_\_\_\_\_

**Apoios sociais:** \_\_\_\_\_

- Registrar: antecedentes pessoais; alergias alimentares e medicamentosas conhecidas; terapêutica que faz no domicílio; apoios sociais que tem.

**Outros:**

SNG nº \_\_\_\_\_ (de \_\_\_\_\_) colocada a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ motivo: \_\_\_\_\_

Sonda vesical nº \_\_\_\_\_ (de \_\_\_\_\_) colocada a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ motivo: \_\_\_\_\_

Ostomia: \_\_\_\_\_ autocuida  não autocuida

Feridas: \_\_\_\_\_ Aplicado: \_\_\_\_\_

CVC subcutâneo heparinizado a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Assinalar com um X as opções que se adequam a cada pessoa e complementar cada opção assinalada com a informação considerada pertinente.

**Intercorrências:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Registrar as intercorrências ocorridas durante o internamento.

### 2.1.3. Encaminhamento para outros profissionais — Modelo A e B

O encaminhamento para outros profissionais pretende-se que seja preenchido ao longo do internamento à medida que este vai sendo feito.

#### ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS PROFISSIONAIS

Assistente Social  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

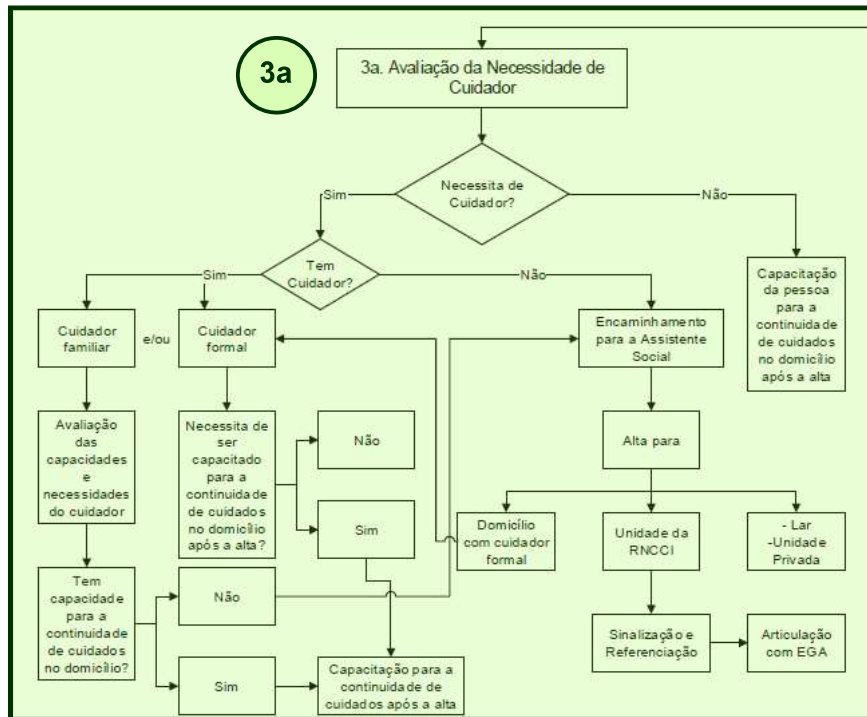
Dietista  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Psicólogo  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Outros  \_\_\_\_\_

- Assinalar com um X os encaminhamentos realizados e registar a data em que os mesmos foram realizados.

### 3a. Avaliação da Necessidade de Cuidador e das Necessidades do Cuidador



3a. Cuidador

### 3a. Avaliação da Necessidade de Cuidador e das Necessidades do Cuidador

É importante, perceber o mais precocemente possível, se a pessoa com doença oncológica necessita de cuidador após a alta. A pessoa com doença oncológica pode necessitar de um cuidador familiar e /ou de um cuidador formal. É importante, por isso, clarificar os conceitos de cuidador familiar e cuidador formal. Por cuidador familiar entende-se que é qualquer pessoa com uma relação significativa com, e que oferece uma ampla assistência a idosos, adultos com doença crónica ou incapacitante, pode viver com ou separadamente da pessoa que recebe cuidados e não recebe dinheiro (Family Caregiver Alliance, 2006). O cuidador formal presta cuidados no domicílio com remuneração, tem um poder de decisão reduzido e cumpre as tarefas delegadas pela família ou pelos profissionais de saúde que orientam os cuidados (Rocha, Vieira & Sena, 2008).

No caso de necessitar de cuidador para a continuidade dos cuidados após a alta, é importante perceber inicialmente se tem cuidador, que tipo de cuidador e se este tem capacidade para assegurar a continuidade de cuidados após a alta hospitalar. Caso o cuidador não tenha capacidade para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta, deve ser encaminhado para a Assistente Social para resolução da situação social.

De seguida explicaremos o preenchimento da folha de registo de enfermagem de preparação da alta, Modelo A e Modelo B, referente à identificação do cuidador e à capacitação da pessoa com doença oncológica e /ou do cuidador para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta.

### 3a. 1. Folha de Registo de Enfermagem — Preparação da Alta

#### 3a.1.1. Identificação do cuidador — Modelo A e Modelo B

**CUIDADOR**

Necessita de cuidador? Sim  Não  Se necessita, tem cuidador? Sim  Não

Cuidador familiar  Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_  
Trabalha? Sim  Não  Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Cuidador formal  Nome: \_\_\_\_\_ Horário de trabalho: \_\_\_\_\_  
Necessita de formação? Sim  Não

- Assinalar com um X se a pessoa necessita ou não de cuidador. Se a resposta foi sim continuar a preencher os restantes elementos. Assinalar com um X se tem ou não cuidador. Se a resposta for não, encaminhar para a Assistente Social e registar no respetivo campo. Se a resposta for sim, assinalar com um X se tem cuidador familiar e/ou cuidador formal e para cada um indicar o nome do mesmo. Referente ao cuidador familiar, indicar o grau de parentesco e assinalar com um X se trabalha ou não. Caso trabalhe, indicar o horário de trabalho. Referente ao cuidador formal, indicar o horário de trabalho e assinalar com um X se necessita de formação ou não.

#### 3a.1.2. Capacitação para a continuidade de cuidados após a alta hospitalar

Na capacitação para a continuidade de cuidados após a alta hospitalar pretende-se que seja assinalado, inicialmente, as temáticas a abordar de acordo com as necessidades identificadas junto da pessoa com doença oncológica e do cuidador (familiar e/ou formal). Posteriormente, pretende-se que à medida que for sendo feita a capacitação, sejam colocadas as datas em que foram realizadas nas diferentes fases do processo. Sempre que haja necessidade de agendamento, deve ser escrita a data e a hora do mesmo, nos respetivos locais a lápis.

Com a utilização deste quadro de registo pretende-se que de uma forma rápida se consiga perceber quais as necessidades de educação que foram identificadas e o que é que já foi realizado, bem como o que falta fazer para capacitar a pessoa com doença oncológica e/ou cuidador para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta.

3a.1.2.1. Capacitação para a continuidade de cuidados após a alta hospitalar —

Modelo A

CAPACITAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR

Temáticas a abordar	Pessoa Internada				Cuidador			
	Educar	Instruir	Treinar	Validar	Educar	Instruir	Treinar	Validar
Gestão da terapêutica								
Terapêutica PO								
Terapêutica SC								
Terapêutica em SOS								
Quimioterapia PO / EV por Bomba Infusora								
HT								
Oxigenoterapia								
Necessidades Humanas Fundamentais								
Higiene								
Mobilização e posicionamentos								
Alimentação e hidratação								
Eliminação								
Outras								
Gestão de sintomas								
Manutenção de um ambiente seguro								
Efeitos secundários da QT								
Efeitos secundários da RT								
Efeitos secundários da HT								

- Assinalar com um X as temáticas a abordar. Escrever a data a caneta nas diferentes fases da capacitação no dia em que forem realizadas. Sempre que haja necessidade de agendamento, escrever a data a lápis e a hora, sendo que após a sua realização deve ser escrita a data a caneta.

3a.1.2.2. Capacitação para a continuidade de cuidados após a alta hospitalar —

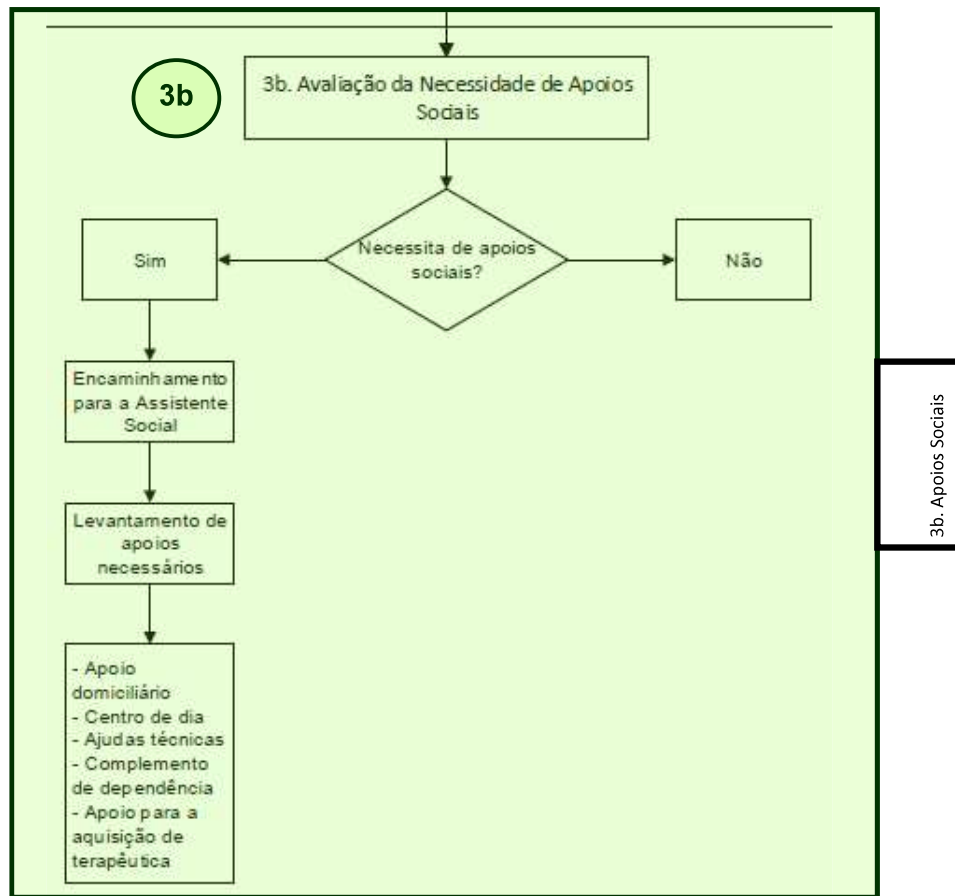
Modelo B

CAPACITAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR

Temáticas a abordar	Pessoa Internada				Cuidador			
	Educar	Instruir	Treinar	Validar	Educar	Instruir	Treinar	Validar
Gestão da terapêutica								
Terapêutica PO								
Terapêutica SC (enoxaparina/ G-CSF)								
Terapêutica em SOS								
Quimioterapia PO / EV por Bomba Infusora								
Hormonoterapia								
Tópica								
Oxigenoterapia								
Necessidades Humanas Fundamentais								
Higiene (oral, corporal)								
Alimentação e hidratação								
Eliminação								
Manter a temperatura corporal								
Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos								
Comunicar/ Sexualidade								
Outras								
Gestão de sintomas								
Manutenção de um ambiente seguro								
Efeitos secundários da QT								
Efeitos secundários da RT								
Efeitos secundários da HT								

- Assinalar com um X as temáticas a abordar. Escrever a data a caneta nas diferentes fases da capacitação no dia em que forem realizadas. Sempre que haja necessidade de agendamento, escrever a data a lápis e a hora, sendo que após a sua realização deve ser escrita a data a caneta.

### 3b. Avaliação da Necessidade de Apoios Sociais



### 3b. Avaliação da Necessidade de Apoios Sociais

Muitas vezes sem apoios sociais, a continuidade de cuidados no domicílio após a alta fica comprometida. É por isso importante perceber que apoios sociais é que a pessoa com doença oncológica já tem aquando do internamento e / ou dos que se prevê que possa necessitar aquando da alta, para intervir no sentido de dar resposta às suas necessidades, podendo ser preciso encaminhar para a Assistente Social. Por outro lado, perceber que apoios é que terá/ manterá após a alta, permite-nos perceber se há a necessidade de articulação com alguma Instituição, se é necessário contactar o enfermeiro do Centro de Saúde, se temos de aguardar pela chegada de terapêutica antes da pessoa com doença oncológica ter alta, se é necessário enviar folha com indicação da terapêutica que irá realizar após a alta para alguma Instituição, entre outros. No caso da pessoa com doença oncológica necessitar de ajudas técnicas, é importante perceber se já as tem ou quais necessita adquirir a fim de encaminhar para a Assistente Social.

De seguida explicaremos o preenchimento das folhas de registo de enfermagem de preparação da alta Modelo A e Modelo B, referentes aos apoios sociais.

#### 3b. 1. Folha de Registo de Enfermagem — Preparação da Alta

##### APOIOS SOCIAIS

Apoio domiciliário para: - higiene pessoal  - alimentação  - mobilização  - eliminação  Instituição: \_\_\_\_\_

Apoio para aquisição da terapêutica  Complemento de dependência  Centro de Dia

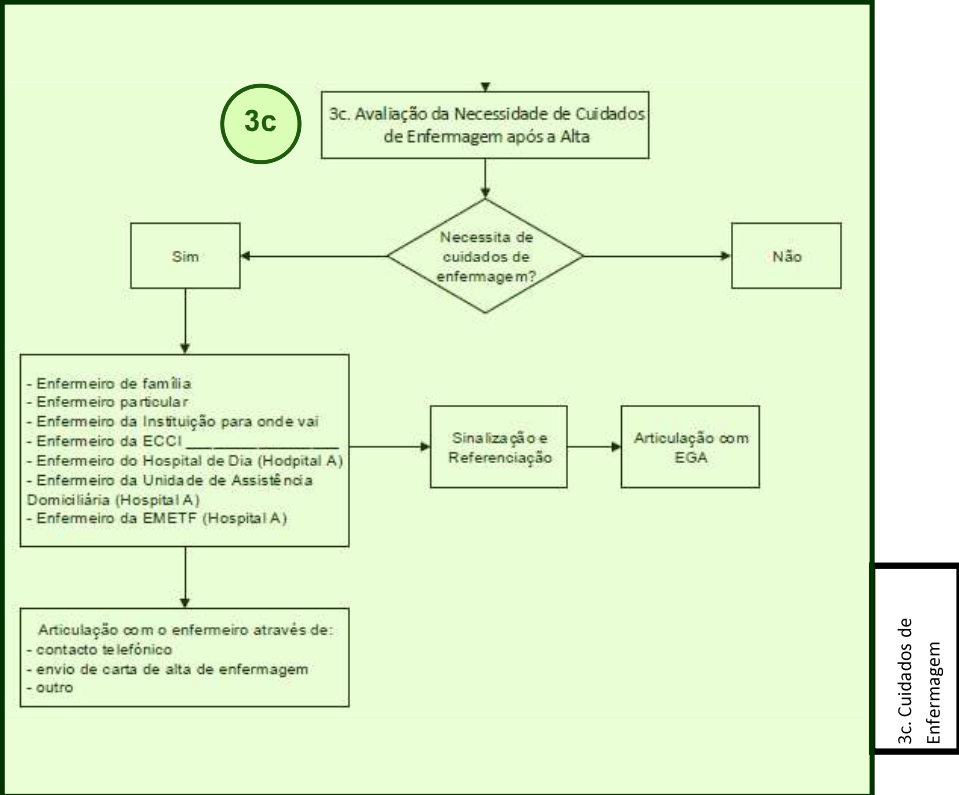
Necessita de ajudas técnicas  Quais? \_\_\_\_\_

Outros  \_\_\_\_\_

##### 3b.1.1. Apoios Sociais — Modelo A e Modelo B

– Assinalar com um X os apoios sociais que tem ou que vai ter.

**3c. Avaliação da Necessidade de Cuidados de Enfermagem após a Alta**



### 3c. Avaliação da Necessidade de Cuidados de Enfermagem após a Alta

Frequentemente a pessoa com doença oncológica necessita de cuidados de enfermagem após a alta, sendo importante identificar essas necessidades para garantir a continuidade de cuidados após a alta. Sempre que se identifique a necessidade de cuidados de enfermagem após a alta, durante o internamento tem de ser realizado o encaminhamento para o local ou os locais considerados mais adequados a cada situação em particular. Pode haver a necessidade de encaminhar para outros serviços do Hospital ou para outras Instituições, devendo o encaminhamento ser realizado, quer através de contacto telefónico, quer através do envio da nota de alta. Nas situações em que há a necessidade de encaminhar para a ECCI é necessário realizar a sinalização e referência e articular com a EGA.

De seguida explicaremos o preenchimento das folhas de registo de enfermagem de preparação da alta, Modelo A e Modelo B, referentes aos cuidados de enfermagem.

#### 3c. 1. Folha de Registo de Enfermagem — Preparação da Alta

##### CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Necessita de cuidados de enfermagem após a alta? Sim  Não

Encaminhar para		Contacto telefónico		Nota de Alta (enviar por)
Unidade de Assistência Domiciliária do .....	Enf.:	Data:		
Serviço de .....	Enf.:	Data:		
Centro de Saúde de .....	Enf.:	Data:		
ECCI de ..... referenciado a / /	Enf.:	Data:		

#### 3bc1.1. Cuidados de Enfermagem — Modelo A

- Assinalar com um X a necessidade ou não de cuidados de enfermagem após a alta, caso seja preciso assinalar para onde há necessidade de encaminhar. Quando for realizado o contacto telefónico para encaminhamento, registar o nome do enfermeiro contactado e a data do contacto, bem como a forma de envio da carta de alta de enfermagem que ficou combinado enviar (por exemplo: enviar através da pessoa com doença oncológica ou cuidador familiar; enviar por protocolo interno; enviar por email; enviar por fax).

#### 3bc1.2. Cuidados de Enfermagem — Modelo B

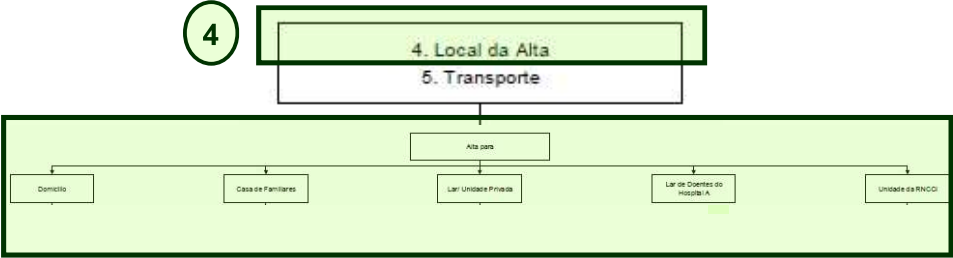
##### CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Necessita de cuidados de enfermagem após a alta? Sim  Não

Encaminhar para		Contacto telefónico		Nota de Alta (enviar por)
Unidade de Assistência Domiciliária do .....	Enf.:	Data:		
Hospital de Dia de QT do I .....	Enf.:	Data:		
Serviço de .....	Enf.:	Data:		
Centro de Saúde de .....	Enf.:	Data:		
ECCI de ..... referenciado a / /	Enf.:	Data:		

- Assinalar com um X a necessidade ou não de cuidados de enfermagem após a alta, caso seja preciso assinalar para onde há necessidade de encaminhar. Quando for realizado o contacto telefónico para encaminhamento, registar o nome do enfermeiro contactado e a data do contacto, bem como a forma de envio da carta de alta de enfermagem que ficou combinado enviar (por exemplo: enviar através da pessoa com doença oncológica ou cuidador familiar; enviar por protocolo interno; enviar por email; enviar por fax).

4. Local da alta



4. Local da Alta

## 4. Local da Alta

O local da alta pode diferir de pessoa para pessoa e também alterar-se ao longo do percurso da doença oncológica. Saber o local para onde a pessoa vai após a alta permite-nos adequar a educação a realizar para capacitar para a continuidade de cuidados, bem como identificar a necessidade de acompanhamento por enfermeiro durante o transporte para outra Unidade. Outra informação importante para evitar erros, é saber a morada correta do local para onde a pessoa com doença oncológica vai ter alta, porque, caso seja necessário, pedir transporte tem de ser dada a morada correta que por vezes a pessoa internada não sabe ou não consegue dar.

### 4. 1. Folha de Registo de Enfermagem — Preparação da Alta

**ALTA PARA**

Domicílio	<input type="checkbox"/>	Morada: _____
Casa de Familiares	<input type="checkbox"/>	Morada: _____
Lar de Doentes de	<input type="checkbox"/>	
Lar / Unidade Privada	<input type="checkbox"/>	Nome e morada: _____
Unidade da RNCCI	<input type="checkbox"/>	Tipologia: _____
		Unidade: _____

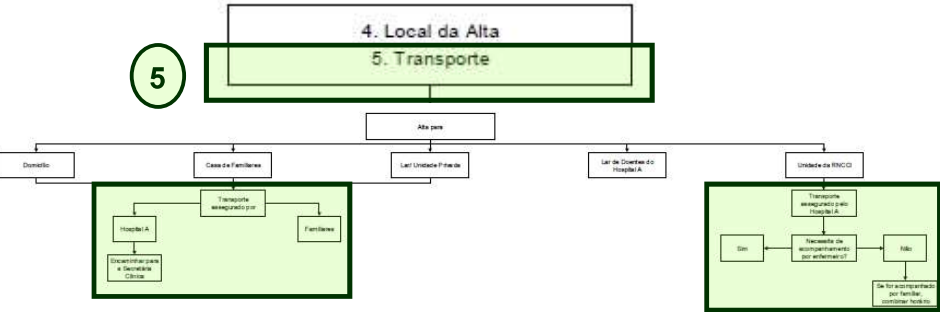
---

RNCCI ⇒ Data da Referenciação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 4.1.1. Local da Alta — Modelo A e Modelo B

- Assinalar com um X o local para onde a pessoa com doença oncológica vai após a alta. Caso vá para o seu domicílio, para casa de familiares ou para um Lar ou Unidade Privada, indicar a morada completa do local. Caso seja identificada a necessidade de referenciação para a RNCCI, indicar a data da referenciação bem como a tipologia para a qual foi referenciada. Quando houver informação acerca da Unidade da RNCCI para onde irá após a alta, registar o nome da mesma para ser realizado o encaminhamento, de forma a assegurar a continuidade de cuidados após a alta.

# 5. Transporte



5. Transporte

## 5. Transporte

Ao falarmos de preparação da alta é importante avaliarmos que tipo de transporte é que a pessoa necessita aquando da alta e se é necessário o transporte ser assegurado pelo Hospital. Caso seja necessário o transporte ser assegurado pelo hospital, é necessário avaliar as condições de transporte antes de encaminhar para a Secretária Clínica para que possamos fornecer todas as informações necessárias para que possa fazer o pedido de transporte.

### 5. 1. Folha de Registo de Enfermagem — Preparação da Alta

#### 5.1.1. Transporte — Modelo A e Modelo B

##### TRANSPORTE

Necessita de transporte hospitalar aquando da alta? Sim  Não  Transporte assegurado por: \_\_\_\_\_  
Condições de transporte: Maca  Cadeira de rodas  Com acompanhante  Com Oxigénio   
Hora do transporte: \_\_\_\_\_

- Assinalar com um X se necessita ou não de transporte hospitalar aquando da alta. Se não necessitar registar quem assegura o transporte. Se necessitar avaliar as condições de transporte, assinalar com um X a opção que se adequa às necessidades da pessoa com doença oncológica. Em qualquer das situações, indicar para que horas está previsto o transporte.

## 6. Facultar na Alta

No sentido de facilitar o momento da saída da pessoa com doença oncológica do internamento, foi elaborada uma lista com os elementos que mais frequentemente são facultados na alta de forma a evitar esquecimentos, garantido que são entregues todos os documentos, terapêuticas e materiais necessários à continuidade de cuidados no domicílio após a alta.

### 6. 1. Folha de Registo de Enfermagem — Preparação da Alta

#### 6.1.1. Facultar na alta — Modelo A

**FACULTAR NA ALTA**  **E FACULTADO NA ALTA**

Terapêutica  \_\_\_\_\_  Terapêutica do Domicílio   Material específico  \_\_\_\_\_

Receitas   Marcações de consultas e exames   Guia de transporte (30 dias)   Livro de Cateter

Carta de enfermagem   Outros  \_\_\_\_\_

- Colocar um X no  para assinalar o que é necessário facultar na alta. Colocar um √ no  para assinalar o que já foi facultada à pessoa com doença oncológica e/ou cuidador familiar.

#### 6.1.1. Facultar na alta — Modelo B

**FACULTAR NA ALTA**  **E FACULTADO NA ALTA**

<input type="radio"/> Terapêutica:	<input type="radio"/> bochechos compostos <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> ondansetrom <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> dexametasona <input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/> aprepitant <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> G-CSF <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> ácido fólico <input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/> capecitabina <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> temozolamida <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> procarbazina <input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/> do domicílio <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> _____ <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> _____ <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Receitas <input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Guia de transporte (30 dias) <input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Carta de Enfermagem <input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> Marcações de consultas e exames <input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Livro de CVC <input type="checkbox"/>		<input type="radio"/> _____ <input type="checkbox"/>	

- Colocar um X no  para assinalar o que é necessário facultar na alta. Colocar um √ no  para assinalar o que já foi facultada à pessoa com doença oncológica e/ou cuidador familiar.

## Referências Bibliográficas

- Family Caregiver Alliance (2006). *Caregiver assessment: principles, guidelines and strategies for change. Report from a national consensus development conference (Volume I)*. San Francisco: Family Caregiver Alliance.
- Ferreira, C. & Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de internamento. *Informar*, 9 (30), 10-13.
- Leeuw, J., Prins, J., Merckx, M., Marres, H. & Achterberg, T. (2011). Discharge advice in cancer patients: posttreatment patients report. *Cancer Nursing*, 34 (1), 58-66. DOI: 10.1097/NCC.0b013e3181efef18.
- Moreira, C., Castanheira, I. & Reis, T. (2003). Acolhimento do doente oncológico: o que valorizam os enfermeiros?. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 27-36.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema organizado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rocha, M. P., Vieira, M. A. & Sena, R.R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (6), 801-808.
- Wilson, k., Pateman, B., Beaver, K. & Luker, K. (2002). Patient and carer needs following a cancer-related hospital admission: the importance of referral to the district nursing service. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (3), 245-253. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02173.x.

## Apêndices

**Apêndice I**  
**Folhas de Registo de Enfermagem da Preparação da Alta**  
**Modelo A e Modelo B**

## PREPARAÇÃO DA ALTA

### IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA INTERNADA

(vinheta)

Médico Assistente: \_\_\_\_\_

Data de admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data provável da alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### RESUMO DO INTERNAMENTO

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo de internamento: \_\_\_\_\_

Antecedentes Pessoais: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Terapêutica do domicílio: \_\_\_\_\_

Apoios sociais: \_\_\_\_\_

Nível de dependência antes do internamento: Independente  Ajuda Parcial  Ajuda Total

#### Problemas identificados:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dor (localização: _____)  | <input type="checkbox"/> Diarreia/ obstipação  |
| <input type="checkbox"/> Dispneia com/ sem esforço | <input type="checkbox"/> Hemorragia (localização: _____)   |
| <input type="checkbox"/> Tosse seca/ produtiva     | <input type="checkbox"/> Febre   |
| <input type="checkbox"/> Náuseas e vómitos         | <input type="checkbox"/> Confusão  |
| <input type="checkbox"/> Anorexia                  | <input type="checkbox"/> Desorientação (espaço <input type="checkbox"/> , tempo <input type="checkbox"/> , pessoa <input type="checkbox"/> ) |
| <input type="checkbox"/> Infecção                  | <input type="checkbox"/> Hemiparésia/ Hemiplegia à direita <input type="checkbox"/> esquerda <input type="checkbox"/>                        |
| <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/> Afasia de _____   |

#### Exames Realizados:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hemoculturas a ___/___/___ (_____)  | <input type="checkbox"/> TAC de _____ a ___/___/___      |
| <input type="checkbox"/> Urocultura a ___/___/___ (_____)    | <input type="checkbox"/> RMN de _____ a ___/___/___      |
| <input type="checkbox"/> Expetoração a ___/___/___ (_____)   | <input type="checkbox"/> Ecografia _____ a ___/___/___   |
| <input type="checkbox"/> Coproculturas a ___/___/___ (_____) | <input type="checkbox"/> Broncofibroscopia a ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Zaragatoa de _____ a ___/___/___    | <input type="checkbox"/> PL a ___/___/___                |
| <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>                                 |

#### Tratamentos Realizados:

- QT com: \_\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- RT: zona irradiada \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_ hora \_\_\_\_\_ até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Outro: \_\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Outros:

- SNG nº \_\_\_\_\_ (de \_\_\_\_\_) colocada a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ motivo: \_\_\_\_\_
- Sonda vesical nº \_\_\_\_\_ (de \_\_\_\_\_) colocada a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ motivo: \_\_\_\_\_
- Ostomia: \_\_\_\_\_ autocuida  não autocuida
- Feridas: \_\_\_\_\_ Aplicado: \_\_\_\_\_
- CVC subcutâneo heparinizado a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Intercorrências: \_\_\_\_\_

### ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS PROFISSIONAIS

Assistente Social  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Dietista  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Psicólogo  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Outros  \_\_\_\_\_

### CUIDADOR

Necessita de cuidador? Sim  Não  Se necessita, tem cuidador? Sim  Não

Cuidador familiar  Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Trabalha? Sim  Não  Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Cuidador formal  Nome: \_\_\_\_\_ Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Necessita de formação? Sim  Não

### CAPACITAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR

Temáticas a abordar	Pessoa Internada				Cuidador			
	Educar	Instruir	Treinar	Validar	Educar	Instruir	Treinar	Validar
Gestão da terapêutica								
Terapêutica PO								
Terapêutica SC								
Terapêutica em SOS								
Quimioterapia PO/ EV por Bomba Infusora								
HT								
Oxigenoterapia								
Necessidades Humanas Fundamentais								
Higiene								
Mobilização e posicionamentos								
Alimentação e hidratação								
Eliminação								
Outras								
Gestão de sintomas								
Manutenção de um ambiente seguro								
Efeitos secundários da QT								
Efeitos secundários da RT								
Efeitos secundários da HT								

### APOIOS SOCIAIS

Apoio domiciliário para: - higiene pessoal  - alimentação  - mobilização  - eliminação  Instituição: \_\_\_\_\_

Apoio para aquisição da terapêutica  Complemento de dependência  Centro de Dia

Necessita de ajudas técnicas  Quais? \_\_\_\_\_

Outros  \_\_\_\_\_

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Necessita de cuidados de enfermagem após a alta? Sim  Não

Encaminhar para	Contacto telefónico	Nota de Alta (enviar por)
Unidade de Assistência Domiciliária do _____	Enf.: _____	Data: _____
Serviço de _____	Enf.: _____	Data: _____
Centro de Saúde de _____	Enf.: _____	Data: _____
ECCI de _____ referenciado a ___/___/___	Enf.: _____	Data: _____
		Data: _____

### ALTA PARA

Domicílio  Morada: \_\_\_\_\_

Casa de Familiares  Morada: \_\_\_\_\_

Lar de Doentes dc

Lar / Unidade Privada  Nome e morada: \_\_\_\_\_

Unidade da RNCCI  Tipologia: \_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_

RNCCI ⇒ Data da Referenciação \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### TRANSPORTE

Necessita de transporte hospitalar aquando da alta? Sim  Não  Transporte assegurado por: \_\_\_\_\_

Condições de transporte: Maca  Cadeira de rodas  Com acompanhante  Com Oxigénio

Hora do transporte: \_\_\_\_\_

### FACULTAR NA ALTA E FACULTADO NA ALTA

Terapêutica  \_\_\_\_\_  Terapêutica do Domicílio   Material específico  \_\_\_\_\_

Receitas   Marcações de consultas e exames   Guia de transporte (30 dias)   Livro de Cateter

Carta de enfermagem   Outros  \_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÕES

## PREPARAÇÃO DA ALTA

**IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA INTERNADA**

(vinheta)

Médico Assistente: \_\_\_\_\_

Data de admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data provável da alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**RESUMO DO INTERNAMENTO**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo de Internamento: Realização de

QT (com: \_\_\_\_\_) Instituição: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

RT zona irradiada

HT (com: \_\_\_\_\_)

Intercorrências intercurso  ou intracurlo :

<input type="checkbox"/> Neutropenia/ leucopenia/ anemia/ trombocitopenia	<input type="checkbox"/> Diarreia/ obstipação
<input type="checkbox"/> Neutropenia febril	<input type="checkbox"/> Alopecia
<input type="checkbox"/> Náuseas e vômitos	<input type="checkbox"/> Astenia
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Diminuição da acuidade auditiva
<input type="checkbox"/> Perda ponderal ( <u>  </u> kg)	<input type="checkbox"/> Rash cutâneo
<input type="checkbox"/> Mucosite	<input type="checkbox"/> Radiodermite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antecedentes Pessoais: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Terapêutica do domicílio: \_\_\_\_\_

Apoios sociais: \_\_\_\_\_

Outros:

SNG nº \_\_\_\_\_ (de \_\_\_\_\_) colocada a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ motivo: \_\_\_\_\_

Sonda vesical nº \_\_\_\_\_ (de \_\_\_\_\_) colocada a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ motivo: \_\_\_\_\_

Ostomia: \_\_\_\_\_ autocuida  não autocuida

Feridas: \_\_\_\_\_ Aplicado: \_\_\_\_\_

CVC subcutâneo heparinizado a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Intercorrências: \_\_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS PROFISSIONAIS**

Assistente Social  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Psicólogo  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dietista  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Outros  \_\_\_\_\_

**CUIDADOR**

Necessita de cuidador? Sim  Não  Se necessita, tem cuidador? Sim  Não

Cuidador familiar  Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Trabalha? Sim  Não  Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Cuidador formal  Nome: \_\_\_\_\_ Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Necessita de formação? Sim  Não

**APOIOS SOCIAIS**

Apoio domiciliário para: - higiene pessoal  - alimentação  - mobilização  - eliminação  Instituição: \_\_\_\_\_

Apoio para aquisição da terapêutica  Complemento de dependência  Centro de Dia

Necessita de ajudas técnicas  Quais? \_\_\_\_\_

Outros  \_\_\_\_\_

**CAPACITAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR**

Temáticas a abordar	Pessoa Internada				Cuidador			
	Educar	Instruir	Treinar	Validar	Educar	Instruir	Treinar	Validar
Gestão da terapêutica								
Terapêutica PO								
Terapêutica SC (enoxaparina/ G-CSF)								
Terapêutica em SOS								
Quimioterapia PO / EV por Bomba Infusora								
Hormonoterapia								
Tópica								
Oxigenoterapia								
Necessidades Humanas Fundamentais								
Higiene (oral, corporal)								
Alimentação e hidratação								
Eliminação								
Mantém a temperatura corporal								
Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos								
Comunicar/ Sexualidade								
Outras								
Gestão de sintomas								
Manutenção de um ambiente seguro								
Efeitos secundários da QT								
Efeitos secundários da RT								
Efeitos secundários da HT								

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Necessita de cuidados de enfermagem após a alta? Sim  Não

Encaminhar para	Contacto telefónico		Nota de Alta (enviar por)
Unidade de Assistência Domiciliária dc	Enf.: _____	Data: _____	
Hospital de Dia de QT do	Enf.: _____	Data: _____	
Serviço de	Enf.: _____	Data: _____	
Centro de Saúde de	Enf.: _____	Data: _____	
ECCI de _____ referenciado a ___/___/___	Enf.: _____	Data: _____	

**ALTA PARA**

Domicílio  Morada: \_\_\_\_\_

Casa de Familiares  Morada: \_\_\_\_\_

Lar de Doentes do

Lar / Unidade Privada  Nome e morada: \_\_\_\_\_

Unidade da RNCCI  Tipologia: \_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_

RNCCI ⇒ Data da Referenciação \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**TRANSPORTE**

Necessita de transporte hospitalar aquando da alta? Sim  Não  Transporte assegurado por: \_\_\_\_\_

Condições de transporte: Maca  Cadeira de rodas  Com acompanhante  Com Oxigénio

Hora do transporte: \_\_\_\_\_

**FACULTAR NA ALTA  E FACULTADO NA ALTA**

<input type="radio"/> Terapêutica:	<input type="radio"/> bochechos compostos <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> ondansetrom <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> dexametasona <input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/> aprepitant <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> G-CSF <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> ácido fólico <input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/> capecitabina <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> temozolamida <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> procarbazina <input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/> do domicílio <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> _____ <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> _____ <input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> Receitas <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Guia de transporte (30 dias) <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Marcações de consultas e exames <input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/> Carta de Enfermagem <input type="checkbox"/>			
<input type="radio"/> Livro de CVC <input type="checkbox"/>			

**OBSERVAÇÕES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **APÊNDICE XIX**

Cuidar da Pessoa Dependente na Satisfação das  
Necessidades Humanas Fundamentais: Orientações para os Cuidadores

# **Cuidar da Pessoa Dependente na Satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais**

Orientações para os cuidadores

Guia elaborado pela Enfermeira Eva Almeida no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Professora Patrícia Vinheiras Alves e da Enfermeira Especialista Raquel Batista.

Estimado Cuidador...

Estas orientações para cuidar da pessoa dependente na satisfação das suas Necessidade Humanas Fundamentais destina-se a apoiar-lo na continuidade de cuidados à pessoa de quem cuida após a alta.

As orientações que constam neste guia são relativas às situações mais frequentes com que se pode deparar no cuidar da pessoa dependente com doença oncológica no domicílio e complementam as orientações dadas pela equipa de enfermagem durante o internamento. Pretende-se que sejam facilitadoras para si. Ressalvo que algumas das orientações constantes neste guia podem não se aplicar ao seu caso.

A equipa de enfermagem encontra-se disponível para esclarecer as suas dúvidas.

## Índice

Cuidar de si próprio.....	6
Redes de apoio.....	7
Adaptação do espaço físico.....	8
Controlo das infeções.....	9
Cuidados à boca.....	11
Banho.....	12
Posicionamentos.....	14
Mobilidade.....	16
Eliminação.....	17
Alimentação.....	18
Terapêutica.....	19

## Cuidar de si próprio

Cuidar da pessoa com doença oncológica dependente na satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais é exigente e implica uma alteração das rotinas de quem cuida. Cuidar é gratificante, reconfortante, enriquecedor... No entanto, pode ser também física e psicologicamente desgastante, podendo sentir: dificuldades em lidar com a situação; incerteza face ao futuro; exaustão física e emocional; desinteresse das outras pessoas face à situação; medo do sofrimento, da dor e da morte. A melhor forma para cuidar da pessoa no domicílio é em equipa, podendo esta ser constituída por médico, enfermeiro, assistente operacional, outros técnicos de saúde, outros membros da família e amigos. Esta equipa pode ajudar a cuidar da pessoa e apoiá-lo a si.

É importante também cuidar de si, para poder cuidar do outro. Por isso é fundamental que tenha momentos de lazer, faça pausas, faça refeições completas e a horas, planeie dormir ao mesmo tempo que a pessoa de quem cuida, e se se sentir cansado peça que alguém o substitua para poder dormir 8 horas seguidas. Peça ajuda a outras pessoas sempre que considere necessário, expresse sentimentos, emoções e preocupações. Felicite-se por tudo o que já fez.

## Redes de Apoio

As redes de apoio podem incluir o apoio informal, prestado por familiares e amigos e o apoio formal, prestado pela equipa de saúde. Ao nível do apoio informal, identifique quem poderá ajudar e de que forma o poderá fazer. Solicite ajuda concreta (por exemplo: ajuda para ir às compras, ajuda para preparar refeições, ajuda para cuidar da casa, ajuda para o substituírem na sua ausência). O apoio formal poderá incluir: visitas domiciliárias da equipa de saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista); apoio domiciliário de técnicos de cuidados pessoais ou auxiliares de apoio domiciliário.

Peça ajuda aos profissionais de saúde para avaliar as suas necessidades e ajuda-lo a obter os apoios de que necessita.

## Adaptação do espaço físico

Cuidar de alguém dependente na satisfação das suas Necessidades Humanas Fundamentais em casa, implica muitas vezes uma adaptação do espaço físico, de forma a facilitar os cuidados e promover a segurança.

Antes de adaptar a casa pode ser importante pensar sobre algumas questões, como:

- Onde é que a pessoa cuidada passará a maior parte do tempo?
- Onde é que a pessoa prefere estar?
- Necessita de alguma casa de banho perto?
- A casa de banho permite a entrada de uma cadeira de rodas, caso seja necessário?
- A pessoa consegue subir e descer escadas, caso seja necessário?

Algumas estratégias simples podem ser facilitadoras da adaptação do espaço físico, como:

- Evitar ter tapetes no chão (escorregam e podem provocar quedas);
- Ter uma cama confortável com os objetos uteis ao seu alcance (objetos como o rádio, papel, medicamentos, água, um sino ou campainha para pedir ajuda);
- Ter um sofá confortável próximo da cama para a pessoa com doença oncológica se sentar.

Poderão ser necessárias algumas ajudas técnicas para a continuidade de cuidados em casa, sendo que algumas delas podem ser alugadas ou emprestadas, como: cama articulada, grades para a cama, colchão de pressão alternada, arrastadeira, urinol, cadeira sanitária, elevação da altura da sanita, cadeira de rodas, andarilho, muletas, almofadas ortopédicas, entre outros. Fale com os profissionais de saúde no sentido de o ajudarem a identificar e adquirir o que necessita.

## **Controlo das infeções**

O controlo das infeções é necessário, porque muitas vezes as defesas da pessoa com doença oncológica estão diminuídas e qualquer um pode transportar micróbios. As precauções que iremos falar protegem-no, a si e à pessoa de quem cuida, das infeções.

- Lavar as mãos

Lavar as mãos é a forma mais eficaz de evitar as infeções. Por isso, é importante que: lave as mãos com água quente e sabão antes e depois de qualquer contacto com a pessoa com doença oncológica; evite que a pele das mãos fique seca e com feridas, aplicando cremes para hidratar a pele; corte as unhas para ser mais fácil manter as mãos limpas.

- Eliminar resíduos

Todos os lixos sujos com sangue ou secreções corporais devem ser postos no lixo dentro de dois sacos de plástico.

- Luvas

Usar luvas descartáveis para mexer em objetos com sangue ou secreções corporais. As luvas depois de usadas devem ser colocadas no lixo e eliminadas como descrito anteriormente.

- Mascaras

Aconselha-se o uso de máscara se estiver constipado, para proteção da pessoa de quem cuida.

- Agulhas e seringas

As agulhas e seringas após serem utilizadas devem ser colocadas num contentor para cortantes, fornecido pelo enfermeiro de cuidados domiciliários ou se não tiver, num recipiente de plástico duro com tampa. Quando o recipiente estiver cheio, feche-o bem e informe-se junto do enfermeiro como se faz a eliminação destes resíduos no seu município.

- Animais domésticos

É importante que os animais domésticos tenham as vacinas e as consultas em dia. Depois de cuidar dos animais domésticos, deve lavar muito bem as mãos.

## Cuidados à boca

Os cuidados à boca são fundamentais para a prevenção de aftas e feridas na boca e para o bem-estar. Devem ser realizados pelo menos duas vezes por dia. É importante não esquecer que mesmo as pessoas cuidadas que não se alimentam por via oral, é importante que façam os cuidados à boca pelo menos duas vezes por dia.

- Cuidados à boca
  - Reúna o material necessário: escova de dentes macia, copo, bacia, pasta dentífrica e elixir.
  - Ajude a pessoa a sentar-se ou a virar-se de lado (nas situações em que a pessoa não consegue colaborar nos cuidados à boca).
  - Coloque uma toalha seca debaixo do queixo.
  - Dê água à pessoa cuidada para humedecer a boca ou humedeça-a com uma compressa embebida em água.
  - Escove os dentes suavemente bem como as bochechas, as gengivas e a língua, evitando aproximar-se da garganta para evitar o vômito.
  - Se a pessoa cuidada tiver prótese dentária retire-a e lave-a.
  - Dê água para bochechar ou elixir, caso a pessoa o consiga fazer. Se a pessoa não estiver consciente passe, com uma compressa embebida em elixir nos dentes, gengivas e língua.
  - Coloque batom do cieiro ou vaselina nos lábios.

## Banho

O banho é importante, porque proporciona conforto físico e reforça a relação entre a pessoa cuidada e o cuidador. Há situações em que o banho na casa de banho não é possível, e portanto é necessário que o banho seja na cama. Independentemente do local do banho, é importante que: organize o momento do banho de acordo com as suas possibilidades e o gosto da pessoa cuidada; perceba se a mobilização causa dor à pessoa de quem cuida e caso isso aconteça administre SOS para as dores, consoante a medicação receitada pelo médico assistente, cerca de 30 minutos antes do banho.

- Banho na cama
  - Reúna o material necessário para o banho antes de o iniciar. Poderá necessitar de: duas bacias com água morna/ quente, esponja, toalhas, creme hidratante, lençóis, pijama ou camisa, fralda, resguardo, pente ou escova de cabelo.
  - Assegure uma temperatura agradável no quarto e a ausência de correntes de ar.
  - Lave as mãos antes de iniciar o banho.
  - Comece por realizar os cuidados à boca (já referidos anteriormente).
  - Verifique a temperatura da água;
  - Lave o cabelo, quando necessário, utilizando para isso uma almofada, um copo e uma bacia ou saco de plástico grande.
  - Inicie o banho pela cara e continue até aos pés. Lave a região genital e anal em último lugar, da frente para trás. Seque o corpo à medida que vai lavando e destape apenas a zona que está a lavar.
  - Mude os lençóis depois do banho.
  - Aplique creme hidratante em todo o corpo, dando relevância às zonas de maior pressão, como: ombros, cotovelos, nádegas, ancas e calcanhares.
  - Quando não for possível realizar o banho completo, lavar a cara, as mãos, as axilas e os genitais.

- Banho na casa de banho
  - Reúna o material necessário para o banho antes de o iniciar. Poderá necessitar de: esponja, toalhas, creme hidratante, pijama ou camisa, fralda, pente ou escova de cabelo.
  - Assegure uma temperatura agradável na casa-de-banho e a ausência de correntes de ar.
  - Lave as mãos antes de iniciar o banho.
  - Comece por realizar os cuidados à boca (já referidos anteriormente).
  - Verifique a temperatura da água.
  - Ajude a pessoa a entrar no chuveiro ou banheira.
  - Permita que a pessoa cuidada lave o que conseguir e ajude-a a lavar o que não consegue.
  - Ajude a pessoa a sair do chuveiro ou banheira, a secar-se e a vestir-se.
  - Aplique creme hidratante em todo o corpo, dando relevância às zonas de maior pressão como: ombros, cotovelos, nádegas, ancas e calcanhares.

## Posicionamentos

Se a pessoa com doença oncológica estiver acamada e não conseguir posicionar-se, é necessário fazê-lo por ela, pois longos períodos de imobilidade podem provocar feridas e problemas de circulação.

- Alternar posicionamentos
  - Mude a posição da pessoa com doença oncológica na cama com frequência, alternado entre a posição de dorsal, lateral direito, lateral esquerdo, semi-lateral direito, semi-lateral esquerdo, semi-ventral direito, semi-ventral esquerdo (os semi-ventrais só podem ser feitos se a pessoa tiver condições para tal, o que tem de ser avaliado pelo enfermeiro).
  - Aplique creme hidratante (sem esfregar intensamente) nas zonas de maior pressão (ombros, cotovelos, nádegas, ancas e calcanhares), se necessário quando posicionar a pessoa.
  - Mantenha os lençóis da cama secos e sem rugas.
  - Observe a pele da pessoa e informe o enfermeiro se verificar que tem zonas que se mantêm vermelhas após mudar de posição ou que tem feridas.
  - Algumas dicas que podem ser úteis para conseguir posicionar de lado a pessoa de quem cuida:
    - Se for possível, baixe a cabeceira da cama;
    - Retire as almofadas utilizadas para posicionar a pessoa de quem cuida;
    - Utilize um lençol dobrado a meio no sentido do comprimento e colocado debaixo da pessoa de quem cuida que vá de um lado ao outro da cama;
    - Utilize o lençol dobrado para ajudar a virar a pessoa para o lado contrário a si;
    - Coloque uma almofada no sentido do comprimento por baixo do lençol dobrado e contra as costas, para dar mais apoio;
    - Ponha uma almofada sob a coxa e a perna que fica por cima de forma a evitar que as pernas fiquem em contacto uma com a outra;

- Verifique se o braço que fica por baixo se encontra numa posição confortável;
- Algumas dicas que podem ser úteis para conseguir posicionar de costas a pessoa de quem cuida:
  - Se for possível, baixe a cabeceira da cama;
  - Retire as almofadas utilizadas para posicionar a pessoa de quem cuida;
  - Coloque almofadas debaixo das pernas da pessoa com doença oncológica de forma a evitar que o calcanhar fique elevado sem tocar na cama e que a pessoa se sinta confortável.
- Algumas dicas para ajudar a pessoa de quem cuida a deslocar-se para cima na cama:
  - Se for possível, baixe a cabeceira da cama;
  - Coloque-se junto da cabeceira da cama virado para os pés da cama;
  - Segure o lençol dobrado com uma mão de cada lado dos ombros da pessoa de quem cuida;
  - Puxe no sentido da cabeceira. Se a pessoa com doença oncológica poder colaborar, peça para dobrar os joelhos e façam força para cima em simultâneo.

## Mobilidade

Por vezes as pessoas com doença oncológica têm dificuldade em levantar-se sozinhas, necessitando de ajuda para o fazer. O levante tem vários benefícios como: melhorar a disposição da pessoa; prevenir úlceras de pressão.

- Levante
  - Certifique-se que a cama se encontra travada e baixe-a até ao nível da cadeira/sofá/cadeira de rodas, se for possível.
  - Coloque a cadeira junto à cabeceira da cama virada para os pés.
  - Coloque-se junto à cama da pessoa cuidada, à frente da cadeira
  - Levante o máximo possível a cabeceira da cama.
  - Passe as pernas da pessoa de quem cuida para fora da cama e ajude-a a deslizar para a beira da cama.
  - Sente a pessoa na beira da cama.
  - Coloque os seus braços por baixo dos ombros da pessoa de quem cuida e agarre nas calças ou no cinto (bem preso).
  - Num movimento contínuo levante, gire e recue lentamente até que a pessoa de quem cuida encoste a parte de trás dos joelhos na cadeira. Nessa altura baixe a pessoa para se sentar na cadeira.

## Eliminação

Necessitar de ajuda para satisfazer a Necessidade Humana Fundamental de eliminação pode ser embaraçoso para a pessoa que dela necessita. Tenha isso em atenção ao cuidar da pessoa com doença oncológica que necessita da sua ajuda.

- Pessoa incontinente
  - Coloque o urinol ou a arrastadeira de três em três horas, mesmo que utilize fralda.
  - Mude as fraldas com frequência se estiverem molhadas para evitar irritações da pele e proporcionar conforto à pessoa de quem cuida.
  - Aplique creme protetor.
- Pessoa algaliada
  - Tenha cuidado ao mobilizar a pessoa para evitar puxar a algália.
  - Lave as mãos antes de mexer na algália.
  - Coloque o saco coletor de urina abaixo do nível da bexiga para drenar a urina fixando-o na parte lateral da cama, na cadeira de rodas ou na perna da pessoa com doença oncológica (quando andar).
  - Verifique se a sonda e o saco coletor não se encontram dobrados.
  - Esvazie o saco de urina sempre que estiver quase cheio.
  - Mude os sacos coletores uma vez por semana ou se se apresentarem em mau estado.
  - Vigie as características da urina e se apresentar alterações do cheiro e da cor, informe o enfermeiro.
  - Informe o enfermeiro se houver saída de urina extra-algália ou se esta se exteriorizar.

## Alimentação

Frequentemente a pessoa com doença oncológica tem perda de apetite. Algumas sugestões podem facilitar e minorar alguns dos desconfortos sentidos, como:

- Escolher os alimentos favoritos da pessoa, dando preferência aos alimentos fáceis de mastigar;
- Servir cinco ou seis pequenas refeições ao longo do dia;
- Adicionar frutas e sumos aos batidos de leite, gelados, pudins e gelatinas.
- Adequar a consistência dos alimentos à capacidade de engolir da pessoa.
- Colocar os alimentos no prato de forma cuidada e apelativa.
- Sentar a pessoa na cama ou levantar a cabeceira da cama.
- Utilizar uma colher na alimentação, para evitar o risco de ferimento com os dentes do garfo.
- Dar 1,5L de água por dia à pessoa cuidada ou o recomendado pelo seu médico assistente. Em alternativa à água, pode dar pedaços de gelo, gelados, chás, sumos ou gelatinas.
- Se a pessoa com doença oncológica tossir ou se engasgar frequentemente durante a refeição, não insista e informe o enfermeiro.

Se a pessoa com doença oncológica se alimentar por sonda, siga as instruções que lhe foram dadas aquando da sua colocação.

## Terapêutica

A pessoa com doença oncológica pode necessitar de tomar vários medicamentos no decurso da doença. Para alcançar o efeito pretendido pelo médico quando receitou a medicação é necessário que esta seja tomada corretamente.

- Administração da terapêutica
  - Organize os medicamentos da forma que considerar mais fácil, respeitando os horários recomendados.
  - Sente a pessoa na cama ou levante a cabeceira da cama.
  - Se a pessoa com doença oncológica não conseguir engolir os comprimidos inteiros, informe-se junto dos profissionais de saúde se os pode triturar ou se existem em xarope ou em pós e dê com uma pequena quantidade de água.

**APÊNDICE XX**  
Apresentação dos instrumentos construídos à equipa de enfermagem

## **Apresentação dos instrumentos construídos à Equipa de Enfermagem**

	Nº elementos equipa de enfermagem	% de elementos da equipa de enfermagem
Apresentei	28	90,3%
Não apresentei	3	9,7%
TOTAL	31	100%

Tabela 1: Elementos da equipa de enfermagem a quem apresentei os instrumentos contruídos.

	Nº elementos equipa de enfermagem	% de elementos da equipa de enfermagem
Recebi feedback	21	75%
Não recebi feedback	7	25%
TOTAL	28	100%

Tabela 2: Elementos da equipa de enfermagem de quem recebi feedback acerca dos instrumentos construídos.

## **APÊNDICE XXI**

Reflexão sobre evento significativo – Sr. C

## **Reflexão sobre evento significativo – Sr. C**

O Sr. C tem 68 anos de idade, é casado e reside com a esposa e um dos filhos. Tem dois filhos adultos. Classifica a relação com a esposa e a filha como boa e com o filho conflituosa. Refere que entre casal e com a filha conversam sobre as expectativas e receios de cada um e que quando é necessário tomar decisões, facilmente chegam a acordo. Refere ter contacto diário com os irmãos, umas vezes por telefone, outras pessoalmente, sendo que estes colaboram nos cuidados ao Sr. C sempre que necessário. São os irmãos que asseguram o transporte de que necessita, quer para ir a consultas, quer para a sua esposa ir às compras. Refere que reside numa casa com boas condições habitacionais, com água, luz, gás canalizado e esgotos da rede pública, num rés do chão sem escadas de acesso. Diz ter um gato, que lhe faz muita companhia, cujas vacinas e desparasitações são realizadas com a periodicidade recomendada. O Sr. C considera os rendimentos familiares adequados às necessidades, uma vez que lhe permitem fazer face às despesas que tem. O Sr. C e a esposa encontram-se reformados, sendo que ambos trabalhavam nos correios.

Em 2013 foi-lhe diagnosticado um carcinoma do reto com recidiva pélvica, tendo sido submetido a várias intervenções cirúrgicas, nomeadamente a cirurgia abdominopélvica, em que lhe foi realizada uma colostomia e colocado um stent perianal por não ter sido possível o encerramento do ânus. Foi internado a 01/01/2015 por febre, dor e piúria, tendo-lhe sido diagnosticada uma infeção urinária. Tem antecedentes de infeção urinária de repetição. Já foi submetido a colocação de duplo J por obstrução do ureter e encontrava-se algaliado cronicamente por retenção urinária. Durante o internamento, por impossibilidade de substituição do duplo J, foi submetido a colocação de nefrostomia à direita. No domicílio tinha apoio domiciliário para os cuidados de higiene e era seguido pelo Centro de Saúde da área de residência, cujas enfermeiras faziam visita domiciliária em dias alternados para a realização de cuidados a lesão perianal, tratamento a ferida na região abdominal e vigilância.

Antes do início do estágio no Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A, local onde exerceu funções como enfermeira, tive a oportunidade de realizar a admissão e o acolhimento ao serviço do Sr. C e iniciar a colheita de dados. Durante o estágio voltei a ter a oportunidade de cuidar do Sr. C a partir do 22º dia de

internamento, altura em que se programava a alta para o domicílio, estando esta condicionada por ainda não ter sido capacitada a esposa do Sr. C (a cuidadora familiar) para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta.

22º dia de internamento. Neste dia, assim que tive disponibilidade, procurei preencher a folha de registo de enfermagem da preparação da alta Modelo A, que construí, e percebi que ao longo deste percurso tenho evoluído ao nível da colheita de dados, pois detinha informação que me permitia preencher a folha quase na sua totalidade. Os aspetos que desconhecia eram referentes ao que ocorreu durante o internamento, sabia apenas os que me tinham sido transmitidos na passagem de turno. Reconheci, desta forma, que a existência de uma folha que permita registar os aspetos principais que ocorreram durante o internamento era importante, principalmente em internamentos mais longos, pois a informação vai-se perdendo. Desconhecia também que encaminhamentos já tinham sido realizados ao longo do internamento, bem como a educação realizada para a capacitação para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta, por ausência de registo dos mesmos.

O Sr. C recebeu a visita da esposa, que é a cuidadora familiar. Procurei então perceber que educação já lhe tinha sido feita para garantir a continuidade de cuidados no domicílio após a alta, tendo referido que não tinham ainda realizado nenhuma. Procurei de imediato perceber quais as suas necessidades, referindo que a maior preocupação estava relacionada com os cuidados inerentes à nefrostomia. Verifiquei a disponibilidade da esposa do Sr. C e procurei saber se era oportuno naquele momento, iniciar a educação sobre os cuidados à nefrostomia, com vista à capacitação para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta. A esposa do Sr. C considerou oportuno, pelo que comecei por instruir sobre o que é uma nefrostomia, uma vez que a esposa do Sr. C referiu não perceber como é que saía urina pelo cateter de nefrostomia. Posteriormente mostrei qual é o material necessário para a realização dos cuidados inerentes à nefrostomia. Manifestou desde logo que não gostava de material de ostomia de duas peças (saco e placa). Pensei de imediato, não tenho outro material disponível no serviço, como é que faço? De imediato percebi que aquela reação teria um motivo e que só o conhecendo a poderia ajudar. Procurei perceber o porquê da reação. É a esposa do Sr. C que lhe presta os cuidados à colostomia, uma vez que este por parestesias nos dedos não consegue adaptar corretamente o saco. Já experimentaram vários

materiais adequados para colostomias existentes no mercado, só se tendo adaptado aos sistemas de peça única. Referem que os sistemas de duas peças se descolam com muita frequência. Percebi então a sua renitência em utilizar os sistemas de duas peças para aparelhar a nefrostomia. Expliquei-lhe a diferença entre uma colostomia e uma nefrostomia e as vantagens e desvantagens de cada um dos sistemas relativamente aos cuidados à nefrostomia. Manteve-se relutante à utilização dos sistemas de duas peças no domicílio, mas concordou que fosse utilizado para treinar, uma vez que não tinha outro sistema disponível no serviço. Após explicar e exemplificar os cuidados à nefrostomia, a esposa do Sr. C prestou-os, aparelhando a nefrostomia com sistema de duas peças com bastante destreza e sem dificuldade, tendo demonstrado ter compreendido a informação transmitida. Dei-lhe o meu feedback acerca dos cuidados que prestou, para se sentir valorizada. Dada a relutância em utilizar os sistemas de duas peças, apesar do Sr. C considerar que são confortáveis e práticos, uma vez que com este sistema consegue despejar o saco sozinho por este rodar sobre a placa. Considerei que seria importante perceber se existem disponíveis sistemas de peça única no mercado. Para isso consultei a internet, sem sucesso, não encontrei em nenhum catálogo disponível esse material. Contactei então o serviço de estomaterapia do Hospital A, expus a situação à enfermeira que me explicou que existiam sistemas de peça única para nefrostomia no mercado, mas que o seu uso não é aconselhado. Sugeriu-me também que fornecesse o material disponível no serviço ao Sr. C aquando da alta e que marcasse uma consulta de enfermagem de estomaterapia para uma semana após a alta. Transmiti esta informação ao Sr. C e à sua esposa. Concordaram com o plano elaborado e demonstraram que seria uma mais valia a marcação da consulta de enfermagem de estomaterapia para poderem esclarecer as dúvidas que surgissem no domicílio, apesar de serem acompanhados pela equipa de enfermagem do Centro de Saúde da área de residência. Nos registos diários de enfermagem coloquei toda a informação considerada pertinente para a continuidade de cuidados, que também transmiti na passagem de turno. Verifiquei que os registos efetuados eram extensos, dificultando a identificação rápida das intervenções efetuadas no âmbito da preparação da alta. Comparativamente, verifiquei como tinha feito esses mesmos registos na folha de registo de enfermagem da preparação da alta que construí, constatando que nessa folha, de uma forma rápida e simples era possível

perceber o que tinha sido feito e como dar continuidade aos cuidados relativos à preparação da alta do Sr. C.

23º dia de internamento. O Sr. C apresentou dor e piúria, pelo que foi adiada a alta. O Sr. C abordou-me no sentido de saber a possibilidade de providenciar sistemas de peça única e de duas peças para nefrostomia para levar para casa aquando da alta e experimentar até à data da consulta de enfermagem de estomaterapia que ficará agendada, uma vez que a esposa se sentia mais confiante desta forma. Contactei a enfermeira da consulta de estomaterapia, que enviou para o serviço sistemas de peça única para nefrostomia. A esposa do Sr. C não teve possibilidade de o ir visitar neste dia.

24º dia de internamento. O Sr. C recebeu a visita da esposa, pelo que tive oportunidade de realizar a avaliação do risco de sobrecarga do cuidador e de validar a educação realizada sobre os cuidados à nefrostomia. Através da aplicação da escala de Zarit (realizando as questões oralmente que esta contempla e dando as opções de resposta possíveis) verifiquei a ausência de sobrecarga do cuidador familiar. Na validação da educação realizada sobre os cuidados à nefrostomia a esposa do Sr. C preferiu utilizar os sistemas de duas peças, pois considerou que se conseguisse realizá-los utilizando esse sistema, sentia-se mais segura por achar que era mais difícil o uso deste sistema. Não apresentou dificuldade em realizar os cuidados à nefrostomia, lembrando-se de toda a informação transmitida, nomeadamente os sinais de alerta de possíveis complicações. Foram identificadas as necessidades que poderiam surgir no domicílio após a alta e posteriormente foram instruídos com vista à capacitação para a continuidade de cuidados no domicílio após a alta. Foram também validados os cuidados inerentes à drenagem vesical uma vez que apresenta infeções urinárias de repetição desde que foi algaliado, tendo demonstrado conhecimento sobre os mesmos. Ter tido a oportunidade de dar seguimento aos cuidados realizados no âmbito da preparação da alta do Sr. C foi uma mais valia para mim, pois pude educar, instruir, treinar e validar a educação realizada com vista à capacitação para a continuidade de cuidados. Analisando esta experiência, considero que cuidar durante um período de tempo das mesmas pessoas internadas pode ser facilitador da preparação da alta, pois passamos a conhecer melhor a pessoa com doença oncológica e cuidador familiar, o seu plano de cuidados, estabelecemos uma relação com elas e detemos informação completa acerca da preparação da alta. Contudo, verifiquei que olhando

para a folha de registo de enfermagem da preparação da alta de uma forma rápida, imaginando que não conhecia o Sr. C, conseguia perceber o que já tinha sido realizado e o que faltava realizar relacionado com a capacitação para a continuidade de cuidados após a alta e com os restantes aspetos relacionados com a preparação da alta. A avaliação do risco de sobrecarga do cuidador foi importante porque me permitiu perceber que naquele momento não havia sobrecarga. A esposa do Sr. C ficou muito agradecida por se sentir apoiada, na medida em que considerou que compreendíamos o seu papel e que nos preocupávamos com o seu bem-estar.

27º dia de internamento. O Sr. C teve alta clínica. Foi realizada a articulação com o Centro de Saúde da área de residência por contacto telefónico e por escrito através do envio de carta de alta de enfermagem que o Sr. C levou em mão, uma vez que mantinha a necessidade de cuidados de enfermagem após a alta. O Sr. C contactou o serviço de apoio domiciliário via telefónica, agendando uma visita para o dia seguinte. Após ser entregue o esquema terapêutico pelo médico assistente ao Sr. C, expliquei-lho, tendo percebido apenas nesse momento que havia poucas alterações relativamente à terapêutica que fazia anteriormente no domicílio. Referiu não ter dúvidas sobre o mesmo, solicitando apenas que lhe fosse facultada a terapêutica que fazia de novo, uma vez que a esposa só podia ir à farmácia no dia seguinte. Para além da nova terapêutica, foi também entregue material necessário à prestação de cuidados à nefrostomia. O transporte para o domicílio foi assegurado pelo irmão do Sr. C. Neste dia percebi, mais uma vez, a importância da articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar para promover o sucesso da preparação da alta. Realizei a carta de alta com base na folha de registo de enfermagem da preparação da alta que construí e constatei que realizar o resumo do internamento se tornava mais fácil, mais rápido e evitava que se perdesse informação, porque a informação se encontrava toda registada num só local de fácil consulta, que foi sendo atualizado ao longo do internamento.

Ressalvo que expliquei ao Sr. C e à esposa que me encontrava a realizar um estágio e o seu âmbito, solicitando posteriormente o consentimento informado para utilizar os instrumentos construídos.

Cuidar do Sr. C foi uma experiência muito enriquecedora. Reforcei a importância de perceber as crenças e valores das pessoas de quem cuidamos e de

adequar a nossa intervenção a cada pessoa em particular, procurando soluções ajustadas a cada situação.

Ao analisar a preparação da alta do Sr. C com base no esquema da preparação da alta que realizei, percebo que tive em conta todos os aspetos importantes para uma adequada preparação da alta. Iniciei a preparação da alta no acolhimento no internamento e realizei uma colheita de dados que me permitiu elaborar o plano de cuidados do Sr. C, iniciando também a preparação da alta desde o primeiro dia de internamento, ao avaliar que: tinha necessidade de cuidador e que tinha cuidador familiar (a esposa); tinha necessidade de apoios sociais e que já tinha apoio domiciliário, não se verificando no momento necessidade de encaminhar para a assistente social; tinha e teria necessidade de cuidados de enfermagem após a alta e que estes eram assegurados pelo Centro de Saúde da área de residência, pelo que antes da alta seria necessário realizar a articulação com o enfermeiro de família. No momento da admissão não foi possível avaliar as capacidades e necessidades do cuidador, por não estar presente, não tendo conseguido perceber com base nos registos de enfermagem quando foi realizada essa avaliação, o que vem evidenciar a importância da folha de registo de enfermagem da preparação da alta. No momento da alta verifiquei que tinha alta para o domicílio e que tinha transporte assegurado por familiares. A folha de registo de enfermagem da preparação da alta foi também útil para me lembrar da necessidade de marcação da consulta de enfermagem de estomatoterapia e a *checklist* que contém foi útil para me assegurar que não me esquecia de nenhum elemento.

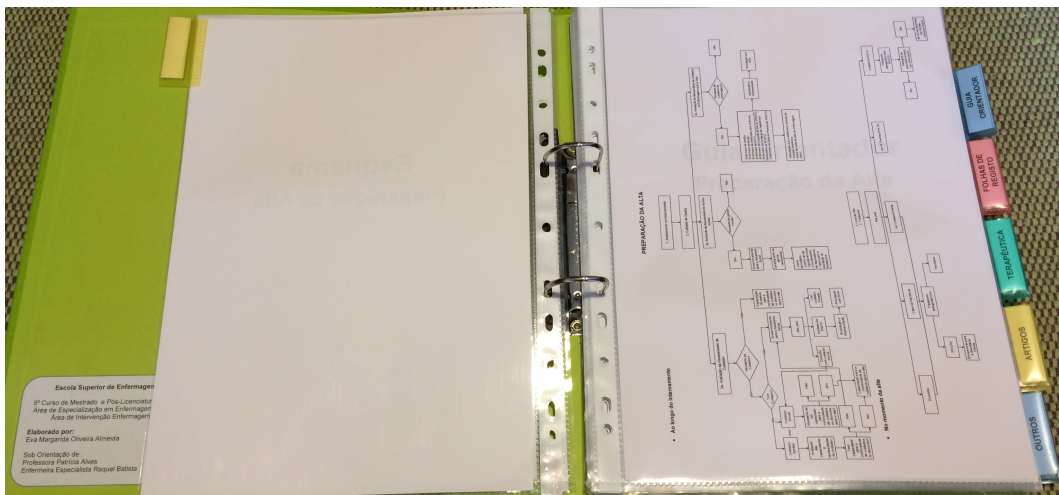
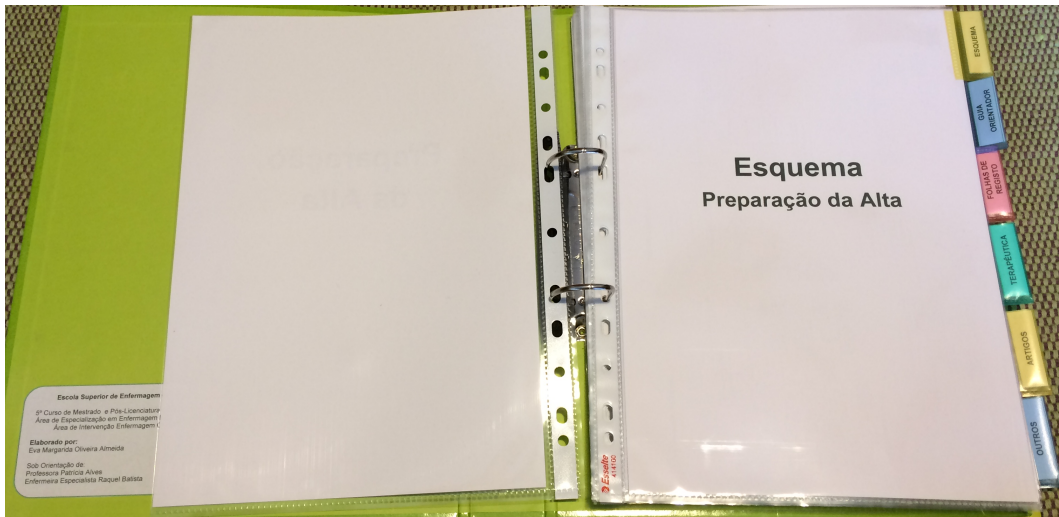
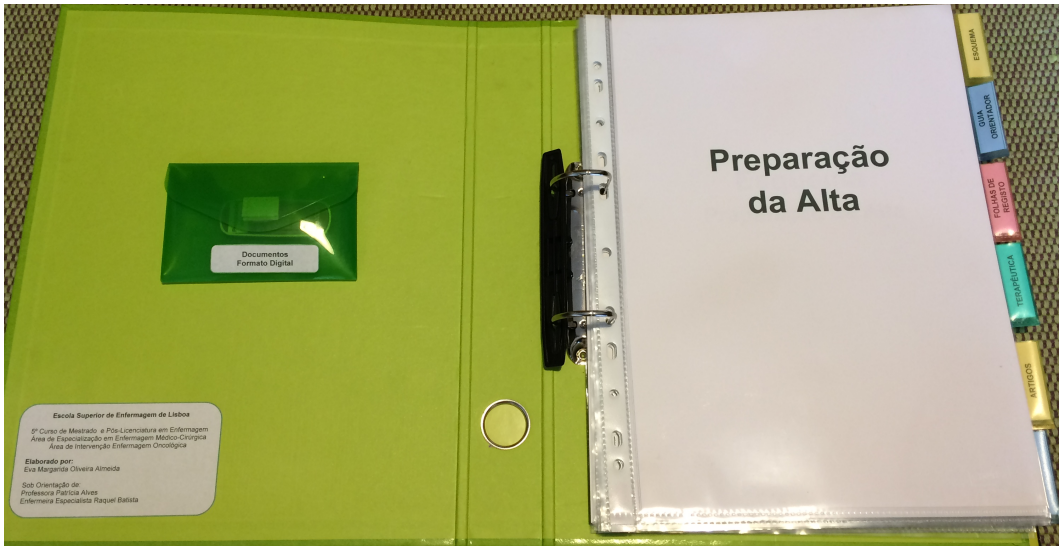
Com a aplicação na prática, de alguns elementos construídos, apercebi-me das melhorias que necessitava de fazer em cada um deles. As melhorias identificadas estavam maioritariamente relacionadas com a forma de apresentação e com o preenchimento que não era claro nem prático. Nos elementos a facultar na alta, não se conseguia perceber com facilidade o que estava identificado como necessário facultar e o que estava identificado como já tendo sido facultado, tendo alterado a sinalética.

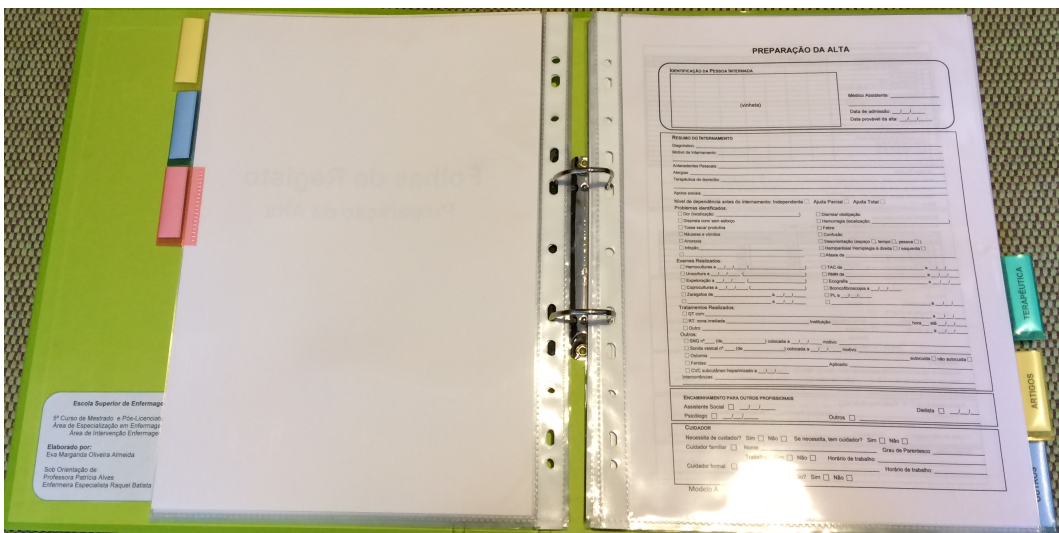
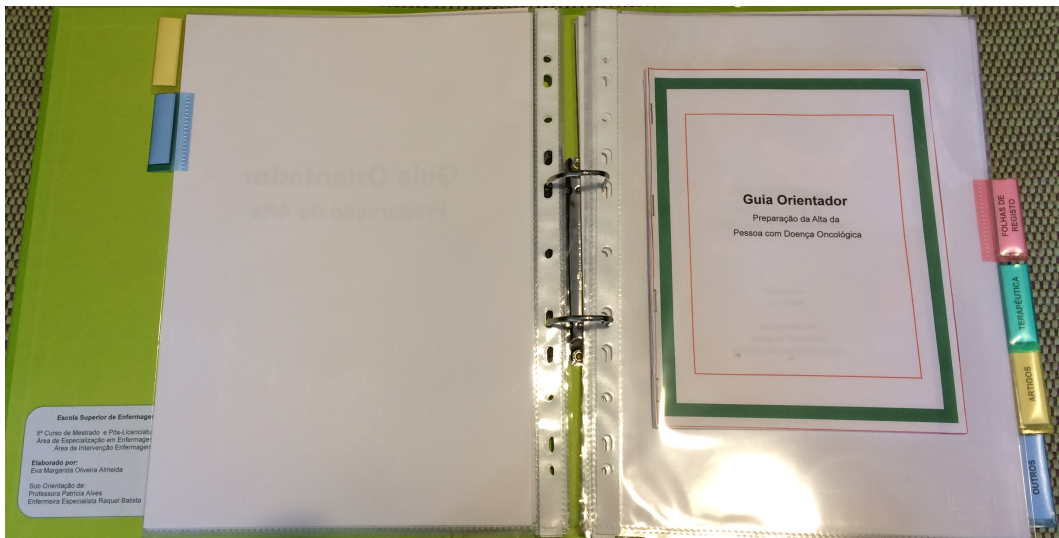
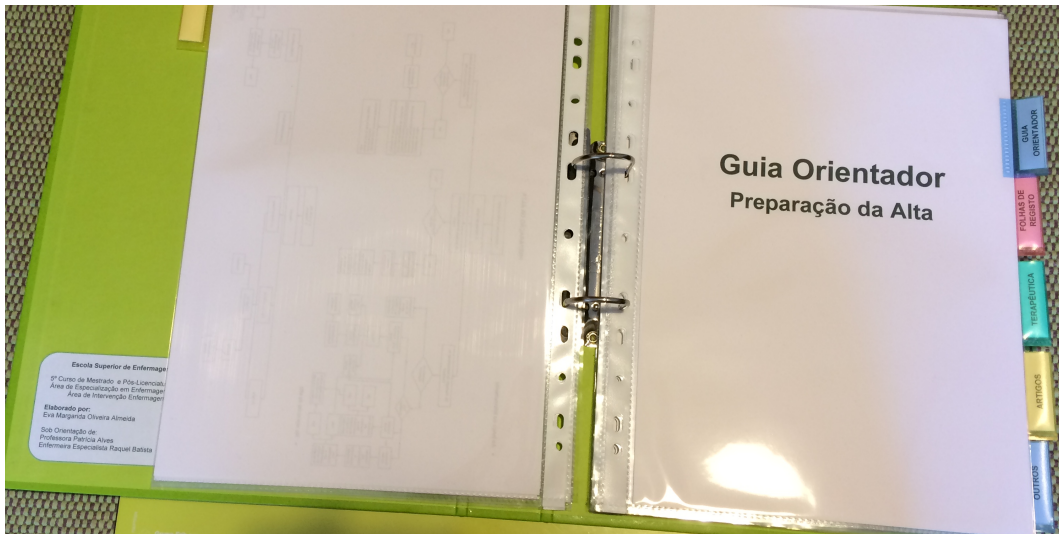
Ao procurar seguir algumas das indicações que constavam no Guia Orientador: Preparação da Alta da Pessoa com Doença Oncológica, que ainda se encontrava em construção, percebi que havia informação que não estava explícita, havendo necessidade de realizar algumas correções no sentido de clarificar e objetivar essa informação.

**APÊNDICE XXII**

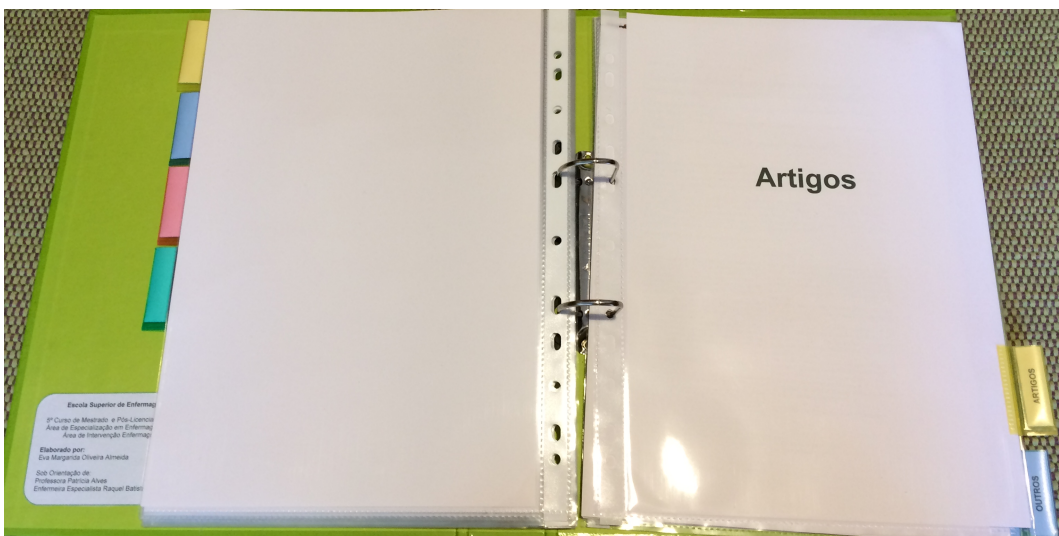
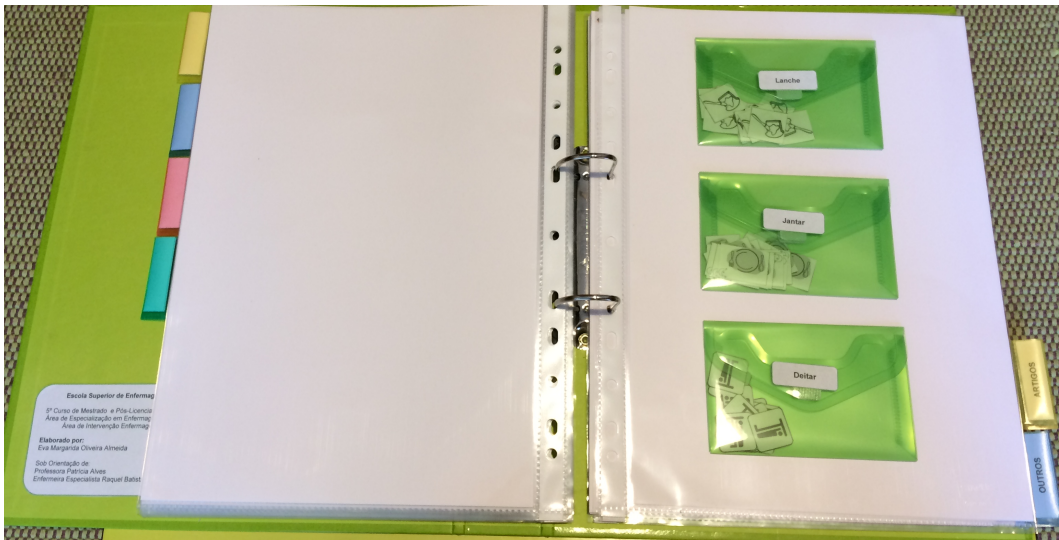
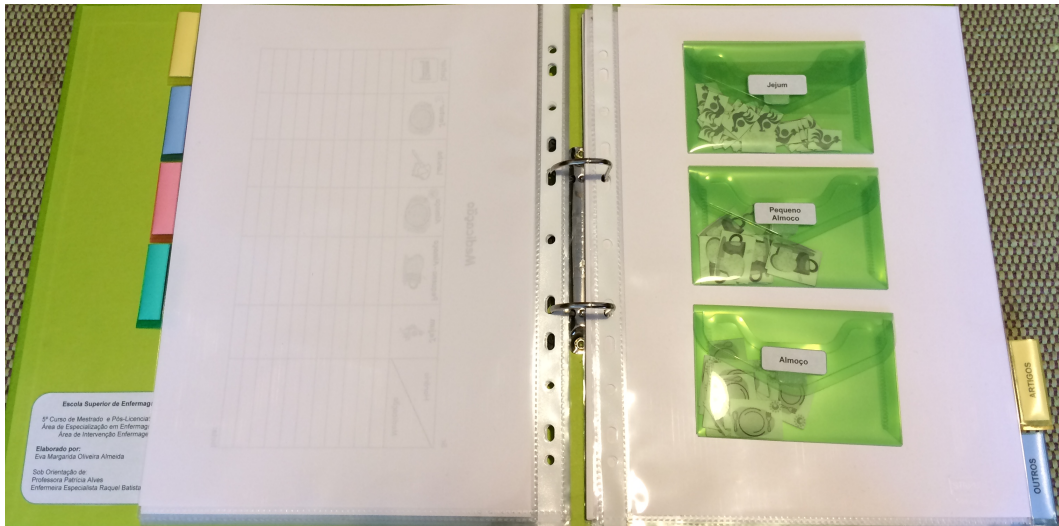
Dossier da Preparação da Alta

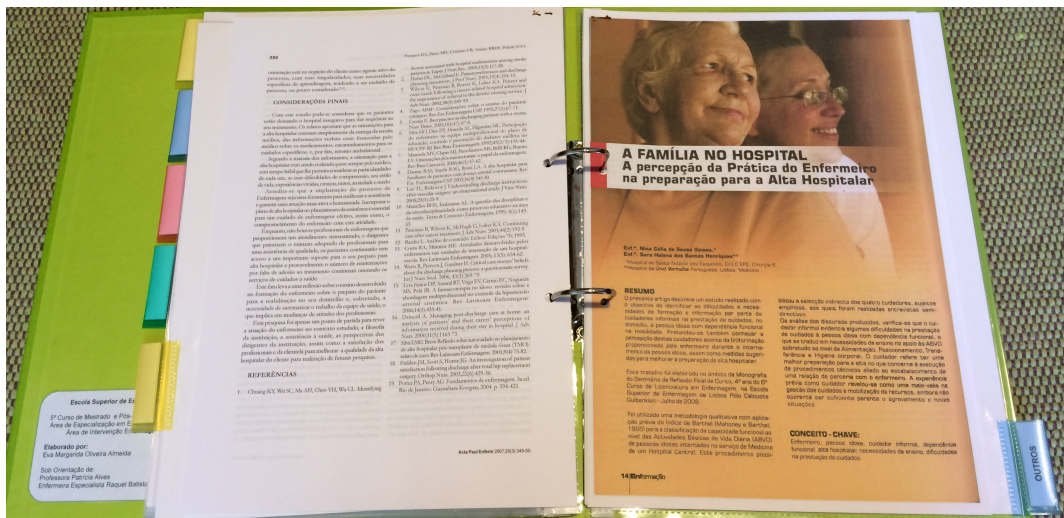
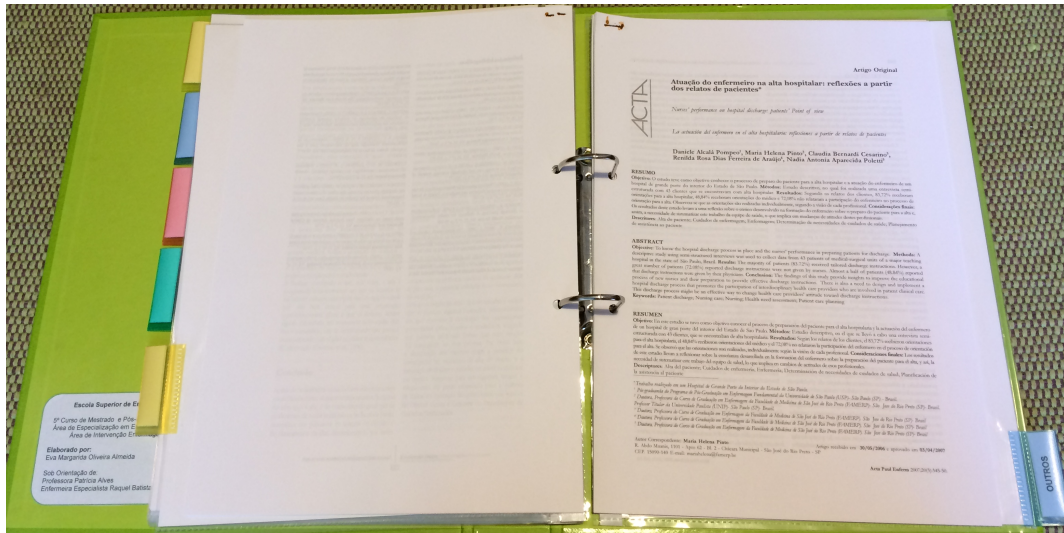
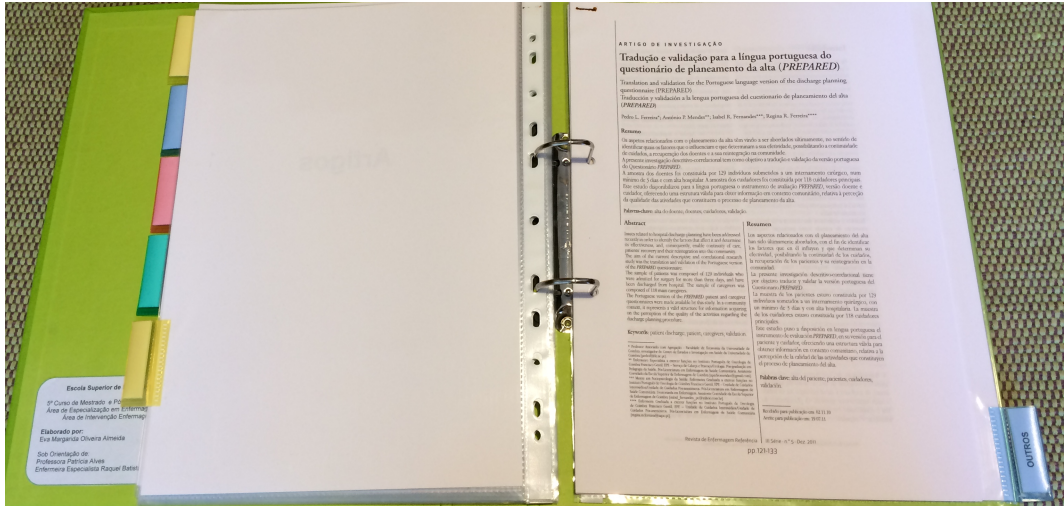
Serviço de Especialidades Médicas Oncológicas do Hospital A

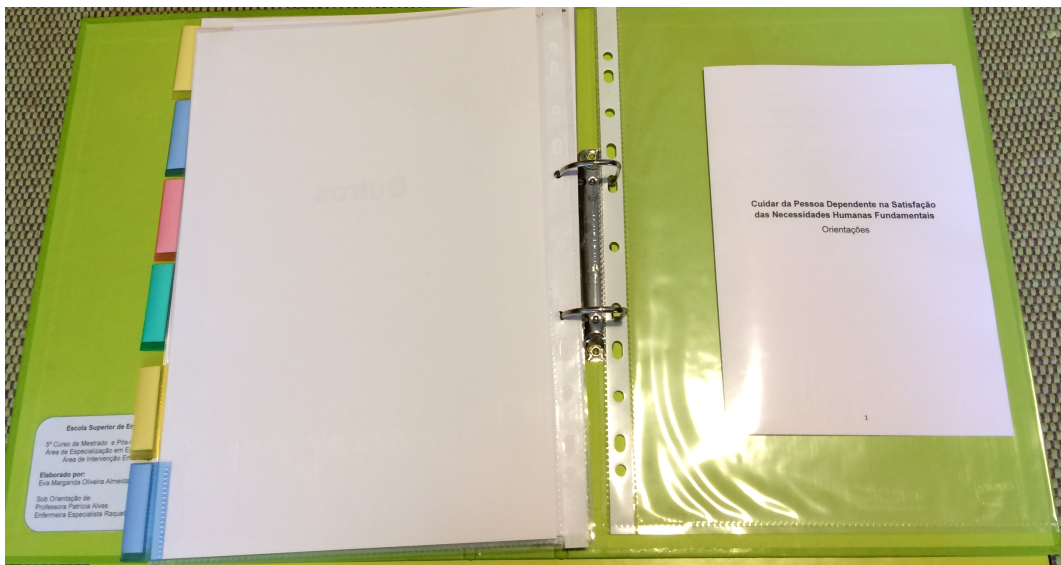
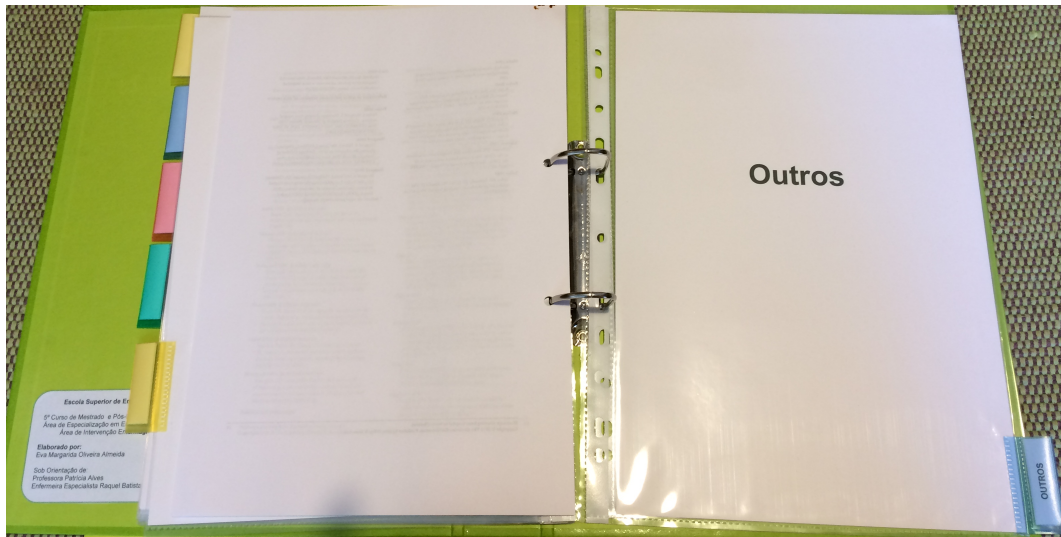
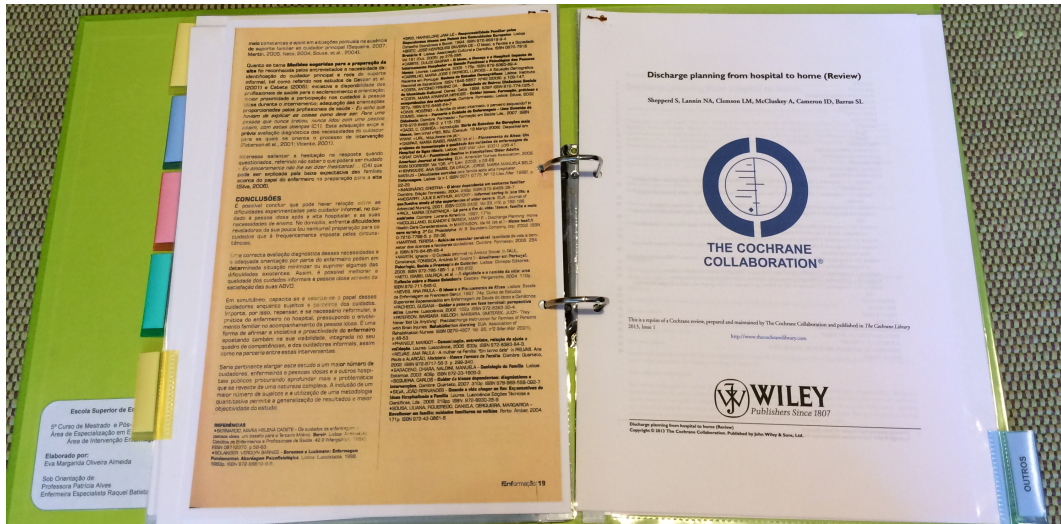












## **APÊNDICE XXIII**

Reflexão: A Alta de Enfermagem

## Reflexão: A Alta de Enfermagem

A reflexão sobre a Alta de Enfermagem surgiu da constatação de que muitas vezes, mesmo que o motivo que levou à descompensação ou descontrolo da pessoa sejam aspetos que carecem de intervenção de enfermagem, a decisão da alta hospitalar centra-se na decisão da equipa médica, tendo isso influência na preparação da alta, podendo por em causa a continuidade de cuidados após a alta e com consequentes reinternamentos se os aspetos que carecem de intervenção de enfermagem não ficarem resolvidos. Surge-me a questão: A alta hospitalar deve ser uma decisão conjunta da equipa? Qual a participação do enfermeiro nesta decisão?

A alta hospitalar “é a consequência (...) do internamento e corresponde ao momento da saída do doente do hospital” (Rebelo, 2012, p. 206). Contudo, frequentemente, o termo alta hospitalar parece ser utilizado como sinónimo de alta clínica, o que pode advir do facto de “a decisão da alta hospitalar ainda está muito centrada na tomada de decisão da equipa médica” (Petronilho, 2007, p. 44), de ser “o médico que assina a alta – o que significa a saída do doente” (Rebelo, 2012, p. 231) e de ser “no hospital, o médico (...) o responsável legal pela alta hospitalar do paciente” (Ganzella & Zago, 2008). Por outro lado, consideramos também que isto advém, do facto de ao falar-se sobre a responsabilidade pela decisão da alta, ser referido que “a decisão de dar alta clínica a um doente é da competência e responsabilidade do seu médico assistente” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, s.d., p. 5).

Contudo, “a alta é um trabalho multidisciplinar” (Rebelo, 2012, p. 230), que apela à colaboração de diferentes profissionais (Pereira, 2013), no sentido de conjugarem os vários saberes de cada uma das disciplinas para a compreensão dos problemas de saúde e para a parceria nos processos de decisão (Rocha & Almeida, 2000).

O trabalho em equipa multidisciplinar exige não só colaboração mas sobretudo interação e negociação entre os seus membros, visando o desenvolvimento de capacidades e entrelaçamento multidisciplinar na construção de uma interdisciplinaridade pensada e executada na práxis de saúde e no cuidado ao ser humano (Neves, 2012, p. 126).

É importante para isso uma boa articulação entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar, e que os enfermeiros se vejam como elementos da equipa multidisciplinar tão importantes quanto os outros (Hesbeen, 2000), a quem cabe a

função de fazer a articulação entre os profissionais que constituem a equipa multidisciplinar (Rebelo, 2012; Pompeo, Pinto, Cesarino, Araújo & Poletti, 2007). Contudo, na realidade da prática de cuidados, nem sempre esta articulação é conseguida de forma a que a decisão da alta hospitalar seja uma decisão conjunta da equipa multidisciplinar, traduzindo o resultado do trabalho em equipa. Então, nestas situações, poderemos fragmentar a alta hospitalar em alta clínica, alta de enfermagem e alta social? Pode só a pessoa internada ter alta hospitalar quando tiver alta clínica, alta de enfermagem e alta social?

Pensando então no que é a alta de enfermagem, como a podemos definir? Quando é que uma pessoa internada reúne condições para ter alta de enfermagem? Quando é que a alta deverá ser alta de enfermagem?

Constatai que alta de enfermagem é um termo que nas pesquisas efetuadas raramente se encontra. Por outro lado, nos artigos em que foi utilizado o termo alta de enfermagem, este não foi definido nem explorado.

Segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, alta significa “anotação médica que declara terminado um tratamento ou um internamento” (Houaiss & Mauro, 2002, p. 218). Segundo o Dicionário de Bolso para Enfermeiros, alta significa “termo usado para a saída de um doente de um programa hospitalar, clínico ou terapêutico” (Weller, 2004, p. 18). Sugerimos uma definição de alta de enfermagem: termo que declara terminada a necessidade de intervenção de enfermagem naquele contexto de cuidados.

A pessoa internada, segundo a avaliação do enfermeiro, reúne condições para ter alta de enfermagem, quando após resolvido o problema de enfermagem que motivou o internamento ou outros que tenham sido identificados durante o mesmo, esteja assegurada a continuidade de cuidados.

Em que circunstâncias podemos falar na alta de enfermagem? Uma das formas que nos poderia ajudar a dar resposta a esta questão seria analisar os motivos dos internamentos hospitalares ocorridos em Portugal e a forma da sua resolução. Contudo, na pesquisa efetuada apenas se encontrou os motivos de internamento agrupados por patologia e por especialidade médica, o que não permite analisar se a causa de internamento estava relacionada, exclusivamente, com um problema médico ou se haviam causas de internamento que decorriam de problemas de enfermagem que necessitavam de resolução. Relembrando alguns exemplos decorrentes do quotidiano da prestação de cuidados de enfermagem a

peças internadas surgem, por exemplo, os internamentos por descontrolo da dor relacionados com a administração e gestão inadequada da terapêutica e os internamentos para descanso do cuidador, por risco de exaustão familiar. Nestas situações poderemos falar na alta hospitalar dada pelo enfermeiro, uma vez que o que esteve na base do motivo de internamento foi a necessidade de cuidados de enfermagem, tendo sido implementadas intervenções autónomas de enfermagem, ou seja, “intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 12) e em que “este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 12).

A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 12)

Parece-me, tendo em conta que a enfermagem é uma disciplina, uma profissão (Tomey & Alligood, 2004), uma ciência e uma arte que se tem vindo a desenvolver, assentando “as suas práticas no raciocínio analítico e na melhor evidência científica disponível” (Preto, Martins, Brás, Pimentel & Fernández-Sola, 2015, p. 36), que o enfermeiro reúne condições para a tomada de decisão no âmbito da alta de enfermagem.

Neste domínio dos cuidados de enfermagem, a alta de enfermagem, há ainda um longo caminho a percorrer, mas identificá-lo é um grande passo para o iniciar. A imagem social da profissão e a valorização do trabalho do enfermeiro, serão importantes neste percurso. Para serem reconhecidas competências aos enfermeiros, é necessário demonstrar que a sua atuação faz a diferença, bem como saber argumentar as decisões que tomam de forma fundamentada perante outros profissionais. Também será importante estar preparado para a pressão exercida por quem realiza a gestão de camas hospitalares. Por tudo isto, será importante traduzir o que se faz em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem referem-se às consequências ou efeitos das intervenções levadas a cabo pelos enfermeiros e manifestam-se por mudança no

estado de saúde/doença das pessoas, comportamento ou prevenção e/ou pela resolução do presente problema pelo qual a intervenção de enfermagem foi proporcionada (Doran, 2011). A avaliação de resultados na pessoa é uma importante fonte de evidência sobre a eficácia dos cuidados de enfermagem (Doran, 2011). Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem permitem mostrar os ganhos em saúde afetos à profissão de enfermagem, conferindo-lhe maior visibilidade e reconhecimento, mas também a melhoria dos cuidados prestados e o desenvolvimento do seu corpo conceptual enquanto disciplina, área do conhecimento (Basto, 2009).

Ao determinar em que situações é que o enfermeiro pode dar alta, é importante ter presente que o enfermeiro como membro da equipa de saúde, assume o dever de “atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada um” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 121), sendo fundamental que qualquer decisão tenha por base o interesse e benefício da pessoa internada. Para se reunirem condições para que a pessoa internada possa ter alta é necessário que esteja assegurada a continuidade de cuidados após a alta, que requer muitas vezes a intervenção de diferentes profissionais que integram a equipa multidisciplinar. Na maioria das situações o adequado é que a decisão sobre a alta hospitalar advenha de uma decisão conjunta da equipa multidisciplinar, da qual o enfermeiro faz parte.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Basto, M. (2009) - Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina - proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*. Vol. 13, nº 2, 11-18.

Doran, D. M. (2011). *Nursing outcomes: the state of the science*. 2ª ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.

- Ganzela, M. & Zago, M.M. (2008). A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*. 21 (2), 351-355.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar* (M. I. B. Ferreira, Trad.).Loures: Lusociência. (Tradução do original do francês Prendre soin l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, 1997, Masson Éditeur).
- Houaiss, A. & Mauro, S. V. (2002). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Vol. I. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Neves, M. M. A. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em cuidados de saúde primários – revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 3 (8), 125-134.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, I. C. B. F. (2013). *Regresso a casa: estrutura da ação de enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde, Lda.
- Preto, L., Martins, M., Brás, M., Pimentel, M. & Fernández-Sola, C. (2015). Enfermagem portuguesa: análise da produção e divulgação do conhecimento através de repositórios institucionais. *Revista de Enfermagem Referência*. 4 (6), 35-43.

- Pompeo, D., Pinto, M., Cesarino, C., Araújo, R. & Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*. 20 (3), 345-350.
- Rebello, M. T. (2012). O regresso do doente a casa: saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. In M. Basto (Org.). *Cuidar em enfermagem – saberes da prática* (pp. 190-273). Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda.
- Rocha, S. M. M. & Almeida, M. C. P. (2000). O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 8 (6), 96-101.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. (A.R. Albuquerque, Trad.). (5ª ed). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Nursing theorists and their work, 5ªed., 2002, Missouri: Mosby).
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (s.d.). *Manual de planeamento e gestão e altas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Weller, B. F. (2004). *Dicionário de bolso para enfermeiros* (S. Ribeiro, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Nurses' dictionary, 2000, Harcourt Publishers Limited).