



2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente: Enfermagem Oncológica

**“Acompanhamento de enfermagem à pessoa
laringectomizada em ambulatório”**

Lília Andrea Almeida Coutinho

2012





2º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente: Enfermagem Oncológica

**“Acompanhamento de enfermagem à pessoa
laringectomizada em ambulatório”**

Lília Andrea Almeida Coutinho

Relatório de Estágio orientado por:

Professora Patrícia Vinheiras Alves

2012



AGRADECIMENTOS

À Professora Orientadora Patrícia Vinheiras Alves pela enorme disponibilidade, incentivo e partilha de saber.

À Enfermeira Chefe Graça Rebelo pela amizade, humanismo e sabedoria, acompanhando-me e motivando-me para ultrapassar as dificuldades.

À Enfermeira Chefe Paula Rodrigues que acreditou no meu projeto, empenhando-se para me ajudar no seu desenvolvimento.

A todos os enfermeiros e restantes profissionais com quem contactei durante este percurso, que me aconselharam e com quem discuti estratégias, refleti e partilhei ideias, que foram fulcrais para o meu processo de desenvolvimento.

Aos doentes por toda a sua colaboração e compreensão gratuitas.

Aos meus amigos que sempre me acompanharam e aplaudiram.

Ao Francisco, por ter partilhado comigo cada momento desta caminhada, por todo o amor e amizade; pela tolerância e pelo constante incentivo e preocupação com o meu bem-estar.

Ao meu irmão, Bruno, e à minha família, pelo apoio incondicional e pelo tempo que não lhes dediquei.

Em especial aos meus pais, por serem a base de toda a minha formação, por me terem inculcado valores e qualidades imensas como o respeito e o gosto pelo cuidar do outro; por terem estado sempre presentes, ainda que distantes, enxugando-me as lágrimas, enquanto me incentivaram e nunca desistiram de acreditar em mim.

Um grande Bem-Haja!

RESUMO

O cancro é uma das doenças crónicas com maior impacto biopsicossocial e familiar. O cancro da laringe, um dos tipos mais comuns da região da cabeça e pescoço, constitui atualmente um problema a nível de saúde pública mundial. Tendo em conta a sua vulnerabilidade, as pessoas laringectomizadas necessitam de cuidados individualizados, prestados por uma equipa experiente, com vista à sua completa readaptação funcional. Devido à sua proximidade privilegiada, o enfermeiro desempenha um papel fulcral no acompanhamento da pessoa laringectomizada e família após a alta hospitalar. Perante esta problemática, tendo em conta a evidência científica existente e de acordo com necessidades profissionais sentidas, surgiu a realização de um projeto na área do acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada e família em contexto de ambulatório, que tinha como finalidade o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros e o core curriculum da European Oncology Nursing Society, de forma a promover o autocuidado e melhorar o processo de readaptação funcional da pessoa laringectomizada e sua família.

A metodologia utilizada foi a de projeto, desenvolvido durante 5 meses, que contemplou a realização de estágios na consulta de enfermagem de um serviço de Otorrinolaringologia, na consulta de enfermagem de um Hospital de Dia Oncológico e num serviço de Medicina com vertente oncológica de um hospital de Lisboa, assim como a realização de visitas à consulta de enfermagem de follow-up ao doente laringectomizado de um hospital de Lisboa, tendo culminado com um estágio no serviço onde trabalho - Hospital de Dia Oncológico de um hospital de Lisboa.

As principais estratégias e atividades desenvolvidas ao longo dos locais de estágio passaram pela observação da prática de enfermagem, conversas informais com doentes e profissionais, reflexões escritas sobre eventos significativos de aprendizagem e pelo registo das necessidades dos doentes e intervenções de enfermagem, culminando no hospital onde trabalho com a elaboração de um plano de consulta de enfermagem de follow-up à pessoa laringectomizada e família, a implementar no serviço de Otorrinolaringologia, a realização de um protocolo de articulação entre o serviço de Otorrinolaringologia e o Hospital de Dia Oncológico do mesmo hospital e o envolvimento da equipa de enfermagem para a aplicação de estratégias de boa prática no acompanhamento à pessoa laringectomizada e família.

Sugere-se um maior investimento na temática, bem como a continuação do projeto, com vista à melhoria do acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada/família e conseqüente melhoria da capacidade para o autocuidado.

Palavras-Chave: *Enfermagem, pessoa laringectomizada, família, acompanhamento, autocuidado.*

ABSTRACT

Cancer is a chronic disease with a strong biopsychosocial and familiar impact. Specifically laryngeal cancer, one of the most common types of head and neck cancer, constitutes a major worldwide public health problem. Due to the inherent vulnerability of laryngectomized patients, they require individualized health care provided by an experienced team, in order to achieve complete functional readjustment. Given their privileged proximity, nurses play a relevant role in the care and follow-up of laryngectomized patients and families after leaving hospital. This scientific evidence in tandem with certain specific professional needs, led to the emergence of a project centered on the nursing care of laryngectomized patients and family in a clinic context. The aim of this project was to enable the development of nursing competencies, in accordance with the Portuguese Nursing Council and the European Oncology Nursing Society's Core curriculum, in order to promote self-care and improve the functional readjustment process of the laryngectomized patient and family.

The methodology was developed during 5 months and during periods of internship in the nurse consultation of an Otolaryngology department, in the nurse consultation of an Oncology Day Unit and in a Medical ward with oncology care of a Lisbon hospital, as well as some visits to "the laryngectomized follow-up nurse consultation" of a Lisbon hospital, which culminated with an internship in the workplace of the author of this project – a Lisbon hospital's Oncology Day Unit.

The main strategies and activities developed throughout the period of different internships were: nurse practice observation, informal conversations with patients and healthcare professionals, written reflections on significant events and the crucial registration of patients' necessities and nursing interventions. Finally, during the internship at the workplace of the author of this project, a follow-up nurse consultation plan for laryngectomized patients/family was elaborated, with the aim of implementing it at the Otolaryngology department; the accomplishment of a cooperative protocol between the Otolaryngology Department and the Oncology Day Unit of the same hospital; the involvement of a nursing team for the application of good practical strategies' to aid the laryngectomized patients and their families.

A more encompassing research in this theme is suggested, as well as the continuation of this project, in order to improve the nursing accompaniment of the laryngectomized patient/family and the subsequent improvement of the patient's self-care ability.

Keywords: *Nursing, laryngectomized patient, family, accompaniment, self-care.*

LISTA DE SIGLAS

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

CE – Conselho de Enfermagem

CCF – Cirurgia Cérvico-Facial

CNE – Conselho Nacional de Enfermeiras

EONS - European Oncology Nursing Society

HD – Hospital de Dia

HDO – Hospital de Dia Oncológico

ICN - International Council of Nurses

INCA/MS - Instituto Nacional de Câncer/ Ministério da Saúde

NCCN - National Comprehensive Cancer Network

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*)

OM – Oncologia Médica

ORL – Otorrinolaringologia

ROR Sul – Registo Oncológico Regional do Sul

ÍNDICE

0. Introdução	8
1. Identificação e caracterização da problemática de partida	10
2. Enquadramento teórico	14
2.1. A pessoa a vivenciar o cancro da laringe.....	14
2.2. A teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	20
3. Trabalho de Campo.....	22
3.1. Atividades desenvolvidas e processos de trabalho realizados	22
3.1.1. Campo de estágio: Consulta externa de enfermagem do serviço de Otorrinolaringologia do Hospital A	23
3.1.2. Campo de estágio: Consulta de Enfermagem do Hospital de Dia Oncológico do Hospital A	31
3.1.3. Campo de Estágio: Serviço de Medicina com vertente oncológica do Hospital A	38
3.1.4. Campo de Estágio: Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial do Hospital B (Consulta de Enfermagem de Follow-Up a Doentes Laringectomizados).	41
3.1.5. Campo de estágio: Hospital de Dia Oncológico do Hospital C.	45
3.2. Limitações	53
4. Questões Éticas	54
5. Implicações do projeto desenvolvido para a prática de enfermagem.....	55
6. Conclusão	57
7. Referências bibliográficas	58
APÊNDICES	64

0. INTRODUÇÃO

A minha experiência profissional como enfermeira num serviço de Otorrinolaringologia durante um período de sete anos, onde a pessoa com doença oncológica é uma realidade constante, associada ao meu contexto atual, um Hospital de Dia de Oncologia, despertou-me para a necessidade de desenvolvimento pessoal e de competências profissionais na área do acompanhamento à pessoa em situação de doença oncológica, especificamente na área da pessoa laringectomizada.

No âmbito do estágio integrado no plano de estudos do 2º curso de Mestrado e Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, dispus-me a desenvolver um projeto com o intuito de adquirir conhecimentos e desenvolver competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente na área do acompanhamento à pessoa laringectomizada.

Tratando-se de um dos tipos de cancro mais comuns na região da cabeça e pescoço, o cancro da laringe constitui um problema atual a nível de saúde pública mundial (Mathew, Sebastian & Varghese, 2009, p.1480).

O tratamento do cancro da laringe implica muitas vezes a intervenção cirúrgica para extração radical da laringe – Laringectomia Radical. Pela amplitude deste tipo de cirurgia, os doentes submetidos a laringectomia sofrem grandes alterações na sua qualidade de vida, relacionadas com a satisfação das necessidades, dependência nas atividades de vida diárias, alteração do processo comunicacional e social (Liu, 2008, p.1936), tendo o enfermeiro um papel importante na ajuda desta pessoa na adaptação à sua nova situação de vida.

Desta forma, o projeto “Acompanhamento de Enfermagem à pessoa laringectomizada em ambulatório” revela-se pertinente, tendo como finalidade o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de forma a promover o autocuidado e melhorar o processo de readaptação funcional da pessoa laringectomizada e sua família.

O estágio desenvolvido no âmbito deste projeto constituiu um meio essencial para a aquisição de competências específicas na área dos cuidados à pessoa laringectomizada

que, associados aos conhecimentos obtidos na fase teórica do curso, me levaram à concretização dos objetivos que me propus no projeto de estágio.

Com a realização deste relatório proponho-me fazer a análise, a reflexão e a avaliação crítica e construtiva relativamente ao caminho até aqui percorrido. Pretendo que este processo permita a tomada de consciência dos ganhos obtidos e das fragilidades/dificuldades encontradas e, por outro lado, que permita a consolidação de conhecimentos, de acordo com os objetivos traçados, de forma a reconhecer as competências do âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem adquiridas em todo este percurso.

Proponho-me, com a realização deste relatório, atingir os seguintes objetivos:

- Desenvolver a capacidade de síntese, de espírito crítico e de reflexão;
- Mobilizar conhecimentos adquiridos durante o curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Descrever as necessidades da pessoa laringectomizada e família;
- Reconhecer o papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa laringectomizada e sua família;
- Identificar as implicações do projeto desenvolvido para a prática de Enfermagem.

Relativamente à sua estruturação, o presente documento está dividido em 6 capítulos. Num primeiro momento é apresentada a justificação e pertinência do tema, onde procuro expor a problemática que me levou à escolha do mesmo, seguindo-se as competências de Enfermeiro Especialista que me propus desenvolver. Posteriormente, no enquadramento conceptual, é contextualizada a área de interesse e abordado o modelo teórico de enfermagem que orientou este percurso. Num terceiro capítulo, correspondente à fase metodológica, são expostos os diferentes momentos de estágio, os objetivos gerais e específicos propostos inicialmente e respetivas atividades e estratégias utilizadas. Ainda neste capítulo, através da análise reflexiva do contrato de aprendizagem, reconheço as competências desenvolvidas neste trajeto, através da apresentação dos resultados obtidos e da identificação e análise das limitações ou dificuldades encontradas. Nos dois capítulos seguintes, são abordadas as questões éticas da implementação deste projeto e as implicações dos resultados obtidos para a prática de enfermagem, concluindo com as considerações finais de todo o percurso desenvolvido.

1. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE PARTIDA

A escolha da temática do projeto de estágio teve como ponto de partida o meu percurso profissional. Como já referi, exerci funções como enfermeira durante um período de tempo significativo num serviço de Otorrinolaringologia de um centro hospitalar de Lisboa, onde pessoas submetidas a laringectomia total são uma realidade frequente: Entre 2006 e 2010 há registo de (pelo menos) 51 pessoas submetidas a laringectomia total no serviço de ORL¹, havendo igualmente situações de internamento/ seguimento de pessoas não intervencionadas nesta instituição, bem como de pessoas operadas em anos anteriores que recorrem ao hospital por recidivas, complicações ou outras necessidades, pelo que é de facto considerável o número de pessoas laringectomizadas seguidas nesta instituição a necessitar de um acompanhamento de enfermagem.

Desde a altura do diagnóstico e admissão a este serviço, a pessoa com cancro de laringe e seus familiares de referência vão sendo capacitados para todas as alterações que irão suceder após a cirurgia. No período de pós-operatório, ao longo do internamento, a equipa de enfermagem é responsável pela educação para a saúde, com o objetivo de promover o autocuidado e de garantir que, aquando da alta hospitalar, a pessoa/família adquiriram a capacidade de independência desejável para o contexto extra-hospitalar.

Após a alta, a pessoa laringectomizada é encaminhada para a consulta médica em regime de ambulatório. Pelo facto de esta consulta médica não ter apoio específico da equipa de enfermagem da Consulta Externa e estes doentes e famílias terem necessidade de cuidados de enfermagem, tem-se vindo a verificar ao longo destes anos que os doentes, família e médicos recorrem aos enfermeiros do serviço de ORL para apoio em termos de avaliação e cuidados de enfermagem. Embora seja um requisito da equipa de enfermagem garantir que as pessoas laringectomizadas tenham alta apenas quando são independentes no seu autocuidado, grande parte das vezes torna-se necessário validar e/ou reforçar os ensinamentos, instruções e treinos, esclarecer dúvidas e executar tratamentos pós alta. Estas necessidades podem-se eventualmente atribuir a

¹ Últimos dados disponíveis, obtidos no serviço de ORL do Hospital C (2012).

inseguranças da pessoa/família ou serem motivadas por alterações que ocorreram durante o período pós alta.

Efetivamente, diz-nos Bressler (1997), que relativamente aos cuidados de enfermagem a doentes laringectomizados, estes devem começar no período pré operatório, continuando após a alta com cuidados de Follow-Up. No entanto, este serviço é um serviço de internamento, não existindo nem aqui nem no hospital uma consulta estruturada de acompanhamento à pessoa laringectomizada pós alta.

Recentemente iniciei funções no Hospital de Dia Oncológico do mesmo centro hospitalar, serviço onde a presença de pessoas laringectomizadas submetidas a tratamento quimioterápico é igualmente uma realidade. Ao questionar em conversa informal a equipa de enfermagem do serviço de HDO, foi referida dificuldade em lidar com as necessidades da pessoa laringectomizada e sua família, tendo sido mencionada a falta de informação/formação dos enfermeiros e a falha na continuidade de cuidados (particularmente a escassa comunicação entre o serviço de internamento de ORL e o Hospital de Dia Oncológico).

O facto de não existir neste hospital um acompanhamento de enfermagem estruturado e programado à pessoa laringectomizada/família num período pós alta, que dê resposta às suas necessidades, tem vindo a inquietar-me há já algum tempo, assim como a falta de uma equipa que possa garantir o apoio a serviços que fazem acompanhamento destes doentes em regime de ambulatório. Em primeiro lugar, porque os enfermeiros do serviço de ORL são confrontados com pessoas com problemas efetivos e, como profissionais vocacionados para cuidar a pessoa/família, acabam por recebê-los no serviço, a pedido dos próprios, ou apenas com referência verbal do médico, frequentemente sem acesso a qualquer informação clínica e/ou registos de cuidados prestados anteriormente. Por outro lado, ao fazê-lo intuitiva e empiricamente, o enfermeiro acaba por, legitimamente, sentir alguma insegurança e desmotivação, provocada muitas vezes pela falta de um planeamento de cuidados atempado, assim como pelo pouco tempo disponível. Parece, portanto, sensato considerar que um momento desta importância precisa de ser planeado e estruturado.

Tendo em conta a sua vulnerabilidade, as pessoas laringectomizadas necessitam de cuidados de uma equipa experiente (Bale *et al* 2005, p.640), desempenhando os enfermeiros um papel importante no fornecimento de informação adequada e na melhoria da qualidade de vida destes doentes. Perante este quadro, faz-me sentido enveredar por

um percurso que me permita desenvolver competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e que simultaneamente ajude a colmatar as dificuldades dos colegas, tanto no serviço de ORL como no HDO, no âmbito do acompanhamento da pessoa laringectomizada e família, promovendo a melhoria dos cuidados.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei nº 161/96), o 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 na área da sua especialidade.”

Para desenvolver competências de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados é necessário um percurso de aprendizagem contínuo, integrando os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do Curso de Pós Licenciatura com uma aprendizagem no contexto da prática dos cuidados.

Considerando que, e segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 5), as especialidades em Enfermagem devem ser sustentadas numa lógica de benefício para o cidadão no que concerne às suas necessidades em cuidados de saúde, o desenvolvimento de competências e conhecimentos na área do acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada é um tema que considere importante aperfeiçoar no meu contexto de aprendizagem, dadas as competências já apresentadas e tendo em conta que me considerava situada no nível de enfermeira proficiente² a ambicionar desenvolver-me como enfermeira perita³, de acordo com o modelo de Patrícia Benner (2001, p. 54-58). Relativamente às competências comuns dos enfermeiros especialistas apresentadas pela Ordem dos Enfermeiros (2009), e não descurando todas as outras inerentes ao exercício profissional de um enfermeiro especialista, propus-me, com a realização deste estágio, desenvolver as seguintes competências:

² A enfermeira *proficiente* apercebe-se das situações como uma globalidade, possuindo uma perspetiva que lhe permite saber quais os aspetos e atributos realmente importantes, reconhecer as características de uma situação em mudança e dar respostas satisfatórias e competentes (Benner, 2001, 54-58).

³ A enfermeira *perita* age com base na experiência e compreensão intuitiva de cada situação, tendo um papel fulcral para o desenvolvimento do conhecimento (Benner, 2001, 58-63).

- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;
- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Como futura enfermeira especialista em Oncologia, e de acordo com o preconizado pela EONS (2005), pretendi, com este trajeto de aprendizagem, compreender os efeitos do cancro e seu tratamento no doente e família, assegurando a dignidade, aconselhamento e confidencialidade, permitindo aos doentes expressar as suas dúvidas e preocupações.

Quanto às competências relacionadas com a prestação de cuidados estabelecidas pela EONS, propus-me, ao longo deste percurso, planejar intervenções de enfermagem baseadas na evidência, para o tratamento e prevenção dos sintomas e complicações do tratamento do cancro, demonstrar como a experiência de aprendizagem prévia pode desenvolver e enriquecer o conhecimento e as habilidades e destrezas adquiridas para a prática de enfermagem oncológica e, por fim, a utilizar estratégias e intervenções de apoio adequadas a doentes com necessidades complexas, com vista à prestação de cuidados de enfermagem de suporte e holísticos (EONS, 2005).

Associando a evidência científica às situações relatadas pela equipa de enfermagem do serviço de ORL e de HDO, considerando as necessidades reais verificadas perante as pessoas laringectomizadas num período pós alta, e paralelamente a minha necessidade de desenvolver competências como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Oncologia, senti-me impulsionada a aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a laringectomia total e sua família.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo divide-se em dois subcapítulos. No primeiro, intitulado “A pessoa a vivenciar o cancro da laringe”, será desenvolvida a incidência do cancro da laringe, a laringectomia total, as repercussões para a pessoa laringectomizada e suas necessidades, bem como a justificação da necessidade de acompanhamento de enfermagem com vista à promoção do autocuidado da pessoa. Na segunda parte, será abordada a teoria de enfermagem na qual foi ancorado este trabalho - a teoria de Autocuidado de Dorothea Orem.

2.1. A pessoa a vivenciar o cancro da laringe

A origem da palavra cancro provém do “Pai da Medicina”, como era conhecido Hipócrates (460-370 a.C.), ao ter usado os termos “carcinomas” e “carcinoma” para descrever certos tipos de tumores. Segundo a OMS (2012), o cancro consiste no crescimento e divisão de células descontrolado, podendo afetar quase qualquer parte do corpo. Esta proliferação anormal pode invadir tecidos adjacentes e metastizar para locais distantes. Muitos tipos de cancro podem ser prevenidos evitando-se a exposição a fatores de risco comuns e muitos podem ser curados, especialmente quando precocemente detetados (OMS, 2012).

O número de casos de cancro tem aumentado notavelmente, considerando-se um dos principais problemas de saúde pública mundial. No ano de 2008 o cancro foi responsável por 7.6 milhões de mortes a nível mundial, representando 26% do total de mortes em Portugal (OMS, 2012).

Em Portugal são atualmente limitadas as informações disponíveis relativamente às estatísticas da incidência de cancro da laringe. Segundo o último registo elaborado pelo Registo Oncológico Regional do Sul (ROR SUL, 2011), entre o ano de 2000 e 2005 houve, em Portugal, um registo de 1594 novos casos de tumor da laringe em ambos os sexos, o que representa uma incidência a nível nacional de 5,84%. Dados mais recentes (Ferlay, 2010, p.768-770), revelam que em 2008 se estimou uma incidência de cancro da laringe em ambos os sexos de 40.4 na Europa e 4.8 (por 100000 habitantes) em Portugal.

O tipo histológico mais prevalente em pessoas com cancro da laringe é o carcinoma epidermoide e por sua vez, o local mais frequente desta neoplasia maligna é a glote, seguido da supraglote, com aproximadamente 25% de frequência e, por último, a subglote, com menos de 4% de frequência (INCA, 2001, p.371).

Relativamente aos principais fatores de risco associados ao desenvolvimento de cancro da laringe, resumem-se ao consumo prolongado de álcool e tabaco, à exposição ocupacional (poeiras, fumos, vapores, névoas, produtos biológicos e outros) e à exposição a radiação (Lango, 2009, p.43 e Arcuri *et al*, 2007).

Dependendo da sua localização e estadió, o tratamento para o cancro da laringe pode consistir em radioterapia e/ou cirurgia e, eventualmente, quimioterapia (Buzaid *et al*, 2010, p.175-178).

Nos casos de tumores laríngeos com grande extensão, tumores da glândula tiroideia com invasão da laringe, na maioria dos casos de recorrências tumorais ou complicações pós cirurgia parcial/ radioterapia e nos casos de laringes não funcionantes pós trauma ou inflamação crónica com destruição do esqueleto cartilágneo, está indicada a laringectomia total (Olias, 2004). Esta cirurgia consiste na remoção total da laringe, desde a base da língua à traqueia, incluindo o osso hioide e o espaço pré-epiglótico, podendo ser alargada a parte da base da língua, faringe, traqueia, glândula tiroideia e tecidos moles pré-laríngeos, incluindo a pele (Olias, 2004).

Na laringectomia total, a parte superior da faringe é suturada à base da língua e a traqueia é suturada à pele da base do pescoço, criando-se um traqueostoma para preservação da função respiratória (Agrawal, 2008, p. 773), passando a haver alteração nos mecanismos responsáveis pela condução do ar para os pulmões e, conseqüentemente, alterações no processo de fonação.

Naturalmente, a pessoa submetida a laringectomia sofre uma série de transformações resultantes de uma cirurgia mutiladora que acarreta em perda de funções importantes e alterações da imagem corporal (Hashimoto *et al*, 2007, p.33). De facto, embora na pesquisa bibliográfica se tenha encontrado pouca investigação a nível mundial na área das alterações e necessidades das pessoas laringectomizadas e sua família, é consensual que a laringectomia é uma experiência mutiladora, quer física, quer emocionalmente.

Em primeiro lugar, considerando o processo de doença oncológica como um processo de transição, uma vez que a pessoa nesta situação vivencia “uma alteração

considerável no processo saúde-doença, no papel relacional, nas expectativas e/ou nas capacidades”, verificam-se mudanças nas suas necessidades (Lopes, 2006, p.38).

As alterações fisiológicas mais significativas que a pessoa laringectomizada sofre passam pela alteração da via respiratória, a presença de uma traqueostomia permanente, afonia, dor, alterações na deglutição e na mucosa oral, a diminuição da atividade do ombro, braço e pescoço e a diminuição do olfato e paladar. (Pinto, Silva & Zago, 2002; Agrawal, 2008).

A remoção total da laringe e conseqüente separação das vias aéreas (superior e inferior) resulta evidentemente na alteração do processo respiratório, pelo que, e segundo vários estudos, se atesta a diminuição das funções sensoriais do olfato e paladar, o que pode influenciar diretamente o processo de reabilitação das funções de mastigação e deglutição (Caldas *et al*, 2011, p.83 e 87). A deglutição pode também estar comprometida, devido a fístulas faringocutâneas, recidivas locais de doença, pele friável pós radioterapia, entre outros aspetos, verificando-se frequentemente casos de disfagia e xerostomia, sendo da responsabilidade da equipa de saúde a sensibilização para a alteração do tipo de alimentação, para a realização de exercícios de deglutição e para a higiene oral (Starmer, Tippet & Webster, 2008, p. 803-810).

Para além do risco de fístulas faringocutâneas, o risco de infeção da ferida cirúrgica é também muitas vezes descrito na literatura (Agrawal, 2008, p. 775,6).

Por outro lado as necessidades/ alterações psicossociais que as pessoas laringectomizadas sofrem são também cientificamente evidenciadas por vários autores e passam, entre outros aspetos, pela alteração da imagem corporal, alteração das atividades sociais, alteração da autoestima e alterações na comunicação (Barbosa *et al*, 2004; Barbeira *et al*, 2002; Liu, 2008; Pedrolo & Zago, 2000). A laringectomia resulta numa alteração significativa da capacidade de a pessoa comunicar verbalmente, pelo que a criação de meios de comunicação alternativos é um objetivo da equipa de saúde (Starmer, Tippet & Webster, 2008, p.802). Segundo os mesmos autores, a chave para a obtenção de resultados positivos e a satisfação do paciente é a educação para a saúde.

Relativamente às dimensões da imagem corporal alterada, um estudo de Pedrolo & Zago (2000, p.414 e 415) divulga que “*são um processo de sofrimento e de desafios que requer a utilização dos seus recursos internos e de recursos externos (família, profissionais de saúde e grupo de apoio)*”, revelando a importância dos profissionais de

saúde em considerarem este aspeto na sua prática, desde o internamento até o acompanhamento após a alta hospitalar.

Em relação à qualidade de vida, um estudo realizado por Boer *et al* (2006, p.395-403) demonstrou que pessoas submetidas a cirurgia de cabeça e pescoço (entre as quais 23 eram laringectomizadas) estão mais propensas a uma baixa qualidade de vida, revelando sobretudo a ansiedade, o medo, a incerteza, a solidão, a autoeficácia comprometida, entre outras queixas físicas e psicossociais. Para além das necessidades subjetivas decorrentes das alterações da autoimagem, a implantação de uma traqueostomia leva as próprias pessoas laringectomizadas e seus familiares a defrontarem-se com os desafios relacionados com os cuidados com a ferida e o dispositivo tecnológico (Cabral & Freitas, 2008, p. 85).

Perante esta realidade, e de acordo com Sigler (1989), o enfermeiro é um elemento que se encontra numa situação-chave para coordenar o acompanhamento à pessoa laringectomizada, de forma a garantir que esta retome as atividades de vida com normalidade.

A laringectomia total, como anteriormente referido, é uma cirurgia geradora de reações psicossociais, que inevitavelmente acaba por afetar a estrutura familiar. Ao tratar-se de uma situação de mudança, responsável pela dependência de um membro da família, impossibilita a pessoa de assumir os seus papéis familiares e sociais, dificultando as atividades de autocuidado. Face a esta mudança num dos elementos da família, “os outros sentem-se implicados, começando a surgir alterações no seu dia-a-dia, como consequência da focalização em torno da pessoa dependente e respetivas atividades de prestação de cuidados” (Brito & Campos, 2009, p.100). Por conseguinte, os cuidados de enfermagem à pessoa laringectomizada devem ser extensíveis à sua família.

Apesar de, tal como a sociedade em geral, a estrutura e dinâmica familiar tenham vindo a sofrer transformações, a família mantém-se a unidade de suporte para os seus membros, sendo definida pela CIPE (CNE, 2011, p.115) como uma:

“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.”

Ferreira, Morais e Seíça, (2009, p.3), num artigo sobre a pessoa ostomizada, reforçam a necessidade de tempo e de ajuda especializada para que a pessoa e sua família se adaptem às modificações abruptas que ocorreram recentemente nas suas

vidas. Segundo as autoras, a necessidade de a pessoa desenvolver o seu autocuidado, retomando as atividades de vida diária sem medos, tabus ou falsas concepções, constitui um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde, onde o enfermeiro desempenha um papel fulcral.

Outro aspeto a ter em consideração nas pessoas laringectomizadas é o impacto dos possíveis tratamentos a que são submetidas para além da cirurgia. Após a laringectomia, à observação anátomo-patológica da presença de margens cirúrgicas comprometidas com células cancerígenas ou extensão extra-capsular, há indicação para tratamento com quimioterapia pós-operatória (NCCN, 2006).

A administração de quimioterapia é um procedimento que exige um enorme rigor e que geralmente se prolonga por vários dias ou meses. As drogas quimioterápicas podem provocar efeitos secundários adversos e toxicidade nos sistemas com disfunção, variando de acordo com a resposta individual do doente à terapêutica (Otto, 2000, p. 614).

O enfermeiro é “a figura pivô” (Lopes, 2006, p.49) em todo este processo, pela grande proximidade e pelo papel que desempenha: É ele quem prepara a pessoa para a sua administração, quem administra a terapêutica e vigia os seus efeitos secundários e, sobretudo, é o enfermeiro que está presente e acompanha o doente/família no decurso do tratamento. Ainda segundo Lopes (2006, p.49) “o tipo de cuidados solicitados (...) a estes enfermeiros é de grande complexidade e exigência”.

Assim, perante a pessoa laringectomizada no contexto de Hospital de Dia de Quimioterapia, o enfermeiro tem que ter em conta todas as alterações que já são inerentes à cirurgia, associadas com os possíveis efeitos secundários da quimioterapia, bem como todas as restantes que a pessoa submetida a este tratamento vivencia.

O acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a laringectomia total deve ter como objetivo a recuperação e readaptação funcional, com a promoção do autocuidado, assegurando-se que a pessoa laringectomizada e família sejam participantes ativos em todo o processo. Segundo uma revisão sistemática efetuada por Martins (2010), o termo *acompanhamento* não é muito utilizado na área de enfermagem, não constando inclusivamente na CIPE (versão 2.0) qualquer conceito com a mesma origem da palavra. Porém, e tendo em conta que segundo o Grande Dicionário da Língua Portuguesa (Machado, 1991) *acompanhar* significa “fazer companhia a”, “ir em companhia de”, “observar”, “favorecer”, o acompanhamento de enfermagem faz sentido no campo de intervenção de enfermagem. Kotzé (1998) descreve o acompanhamento em enfermagem

como uma intervenção deliberada e dinâmica desenvolvida pelo enfermeiro e que engloba todas as atividades promovidas de forma planeada para responder às necessidades do doente. Descreve-o ainda como um processo sistemático que tem como objetivo tornar o doente capaz de superar as suas necessidades de ajuda e suporte, pela aceitação da responsabilidade e pela recuperação da independência.

Hashimoto *et al* (2007, p.33) referem que a assistência de enfermagem ao utente com cancro de cabeça e pescoço tem como objetivo proporcionar qualidade de vida, focando a sua reabilitação e possibilitando a sua independência o mais rapidamente possível. O tratamento de pessoas portadoras de cancro de cabeça e pescoço é bastante complexo, requerendo orientações específicas sobre o autocuidado para o doente e cuidadores principais. A consulta de enfermagem pode ser um meio para dar resposta a estas necessidades de acompanhamento da pessoa e família.

Segundo Adami, citado por Santoro & Tavares (1999), a Consulta de Enfermagem “é uma atividade sistematizada que envolve uma relação interativa enfermeiro/cliente, voltada para a identificação, resolução e/ou atenuação de problemas com base nas necessidades de saúde e nas condições/situações vivenciadas pelo cliente”. Sendo um campo da competência de enfermagem, diz-nos Collière (1989, p.290) que

“o campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las se essas capacidades forem insuficientes. A competência da Enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida...”

Assim, o acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada e família é essencial para manter e estimular a vida, promovendo a adaptação da pessoa à nova condição de vida, ajudando a promover o autocuidado da pessoa. Perante isto, faz sentido desenvolver este projeto e ancorá-lo na teoria do autocuidado de Dorothea Orem, da qual falarei adiante.

2.2. A teoria do Autocuidado de Dorothea Orem

Orem (2001,p.520) desenvolveu um modelo conceptual que tem como foco principal o *autocuidado*: “prática de atividades que os indivíduos (...) iniciam e desempenham pessoalmente (...) em seu próprio benefício, na manutenção da vida, saúde e bem-estar”.

O seu pressuposto é que todos os *seres humanos* - seres racionais com capacidade para refletirem sobre si mesmos e sobre o ambiente em que vivem (Orem, 1995, p.96-97) - têm potencial para desenvolver as suas habilidades intelectuais e práticas, além da sua motivação fundamental para o autocuidado (Orem, 2001, p.143). O *ser humano* e o *ambiente* são vistos como um sistema integrado, uma vez que a interação entre ambos afeta a saúde, o bem-estar, o crescimento e o desenvolvimento durante o ciclo de vida (Orem, 2001). Quando a pessoa é incapaz de proporcionar a quantidade e qualidade de autocuidado que são terapêuticos na sustentação da vida e da saúde, como é habitual na pessoa que foi submetida a laringectomia, o enfermeiro é responsável por providenciar a assistência necessária (Orem, 2001). De acordo com Orem, a *saúde* representa a integridade e solidez estrutural e funcional do ser humano, defendendo que cada um possui o seu próprio conceito de saúde, adaptando-se às situações e possuindo capacidade para fazer o julgamento e modificar o seu estado de saúde, bem como das pessoas que o rodeiam (Orem,1995 e Orem, 1991). Focando-se na importância do enfermeiro em ajudar os doentes e/ou cuidadores dependentes a conservarem a sua independência, Dorothea Orem desenvolveu três teorias interligadas:

- A Teoria do Autocuidado de Orem tem como componente principal os requisitos de autocuidado, que podem ser universais, de desenvolvimento e relativos ao desvio de saúde (Orem, 2001). Segundo a autora, os requisitos universais influenciam diretamente o ser humano e constituem termos comuns para designar as atividades de vida diária. São eles: suprimento adequado de ar, água e alimentos; cuidados referentes à eliminação; equilíbrio entre atividade e repouso; solidão e interação social; perigos da vida; funcionamento humano; bem-estar e desenvolvimento potencial; desejo de normalidade. Os requisitos de desenvolvimento representam os estágios do ciclo vital, incluindo os fatores e as circunstâncias que influenciam a plena realização do cuidado e condições e situações adversas que afetem o desenvolvimento humano. Por fim, os requisitos de

desvios de saúde incluem as alterações decorridas de problemas de saúde que podem gerar dificuldades na manutenção adequada do autocuidado (Orem, 2001, p.225-233);

- Na teoria do déficit do autocuidado, Orem descreveu a necessidade de intervenção de enfermagem quando a pessoa se encontra incapacitada / limitada para se autocuidar;

- Na teoria dos sistemas de enfermagem, partindo do princípio que enfermeiro e paciente podem atuar em conjunto para satisfazer os requisitos de autocuidado, o paciente, de acordo com as suas necessidades de autocuidado, é incluído no(s) sistema(s): 1) sistema de enfermagem totalmente compensatório; 2) sistema de enfermagem parcialmente compensatório, e 3) sistema de enfermagem de apoio/educação;

Orem (2001, p.300-316) enuncia três passos essenciais para o processo de enfermagem. Numa primeira etapa, de diagnóstico e prescrição, são determinadas as necessidades de cuidados de enfermagem. Posteriormente, o enfermeiro faz o planeamento do(s) sistema(s) e dos cuidados de enfermagem. Por fim, na etapa de execução dos sistemas de enfermagem, o enfermeiro presta auxílio à pessoa (ou família) no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar os resultados esperados, realizando, continuamente e em conjunto com a pessoa, a avaliação da sua evolução.

Como foi antes referido, as pessoas laringectomizadas necessitam de um acompanhamento de enfermagem efetivo e estruturado, para que as suas necessidades sejam minimizadas ou satisfeitas com eficácia. Perante a natureza das necessidades por elas vivenciadas, o enfermeiro, procurando a excelência no exercício profissional (e tal como preconizado pelo CE da OE, 2001), deverá, em parceria com aquelas, desenvolver processos eficazes de adaptação ao problema de saúde. No autocuidado, ocorre esta parceria entre doente e profissional, na qual os problemas são identificados e determinam as ações e o tipo de intervenção apropriada (Orem, 2001, p.54), pelo que me pareceu pertinente apoiar-me nesta teoria de enfermagem para o desenvolvimento deste projeto.

Apesar de considerado o conceito de *ser humano* estabelecido por Orem, optou-se por usar ao longo deste trabalho o termo *Pessoa*⁴ e o termo *Doente* (CIPE, 2011), para fazer referência à pessoa que está a vivenciar uma situação de doença oncológica.

⁴ *A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. (...) a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível.*(CE,2001, p. 6-7)

3. TRABALHO DE CAMPO

3.1. Atividades desenvolvidas e processos de trabalho realizados

Para a concretização deste projeto, e dadas as competências de enfermeira especialista que me propus desenvolver, o ensino clínico foi programado para quatro locais distintos: a consulta externa de enfermagem, pertencente ao serviço de ORL de um hospital público de Lisboa, *Hospital A*; a consulta de enfermagem do Hospital de Dia Oncológico da mesma instituição; a consulta de enfermagem de follow-up ao doente laringectomizado do serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial de um hospital da região da Grande Lisboa, *Hospital B*, e um Hospital de Dia Oncológico de um centro hospitalar de Lisboa, *Hospital C*. É de destacar que, ao contrário do que estava previsto anteriormente, foi pedida *a posteriori* a autorização para a realização de mais um estágio num serviço de Medicina com vertente oncológica da mesma instituição.

Nos diferentes estágios realizados foi observada a prática dos enfermeiros e estabelecidas conversas informais com profissionais, doentes e famílias, aplicando-se o aprendido e elaborando-se notas dos cuidados prestados, documentos a implementar com vista à melhoria da prática (que serão descritos à frente) e reflexões sobre a prática.

Isabel Alarcão (2001, p. 57) defende que “refletir sobre a experiência e interpretá-la é fundamental, pois só essa atividade conceptualizadora lhe atribui significado”. Assim, e seguindo as ideias de Palmer, Burns e Bulman (1995, cit. por Santos, 2009, p.108), ao considerarem o ciclo reflexivo de Gibbs como um bom ponto de partida para a realização da reflexão, fui, ao longo de todo o percurso de implementação deste projeto, fazendo o balanço das experiências vividas e dos episódios significativos, utilizando a prática reflexiva de Gibbs. De referir também que, após cada interação relevante para a minha aprendizagem, foram discutidas ideias com os enfermeiros orientadores e elaboradas notas de eventos significativos de aprendizagem.

De seguida, é apresentada toda a trajetória vivenciada, de acordo com os campos de estágio e os objetivos previamente delineados, através da análise das atividades desenvolvidas e dos processos de trabalho realizados. Por uma questão de harmonia na descrição de atividades, alguns objetivos serão abordados e analisados conjuntamente.

3.1.1. Campo de estágio: Consulta externa de enfermagem do serviço de Otorrinolaringologia do Hospital A

O motivo para a escolha desta consulta como local de estágio prendeu-se com o facto de estar inserida num serviço de referência no tratamento do cancro da laringe, onde pessoas submetidas a laringectomia total são uma presença constante e pelo facto de constituir o meio que dá resposta às necessidades da pessoa em ambulatório, na fase pós-cirúrgica, em que ainda está em fase de adaptação à sua nova condição.

O estágio na consulta de enfermagem de ORL decorreu no período de 3 a 30 de outubro de 2011, num total de 10 turnos. A consulta funciona no departamento de ORL da Consulta Externa da instituição em causa, num gabinete exclusivo para o efeito, que garante a total privacidade da pessoa. O seu funcionamento decorre entre as 9h e as 14h nos cinco dias úteis da semana, estando a responsabilidade da realização da mesma a cargo de um enfermeiro que é um profissional do serviço de Otorrinolaringologia com experiência relevante, destacado para o efeito por um período de tempo considerável (igual ou superior a um mês), o que facilita a avaliação e a continuidade de cuidados. A pessoa laringectomizada pode recorrer à consulta de enfermagem através do encaminhamento feito pela equipa médica/ enfermagem do internamento na altura da alta – sempre que os profissionais deste serviço considerem necessários cuidados de enfermagem ou uma avaliação em regime de follow-up. Por outro lado, aquando da consulta médica de follow-up, o médico pode referenciar a pessoa para o enfermeiro da consulta, referência esta feita pessoalmente e habitualmente não programada. Verificam-se também vários casos em que a pessoa/ família, por necessidade de cuidados de enfermagem, recorre à consulta por sua própria iniciativa. O vínculo da pessoa laringectomizada a esta consulta é quebrado quando a mesma é referenciada para outros serviços de saúde (por exemplo para o hospital ou centro de saúde da área de residência) ou quando a pessoa atinge a capacidade de se autocuidar sem necessidade do apoio de enfermagem, mantendo-se porém a possibilidade de esta recorrer à consulta no futuro, se sentir necessidade.

Para este campo de estágio delineei o objetivo geral “Desenvolver competências no acompanhamento à pessoa laringectomizada e família após a alta” e os seguintes objetivos específicos:

- **Objetivo Específico 1:** Aprofundar conhecimentos relativamente ao acompanhamento à pessoa laringectomizada e família.

Numa fase prévia ao início do estágio reuni-me com o enfermeiro chefe do serviço e enfermeira orientadora apresentando-lhes o meu projeto e os objetivos que me propus com a realização deste estágio. A integração a este serviço decorreu com relativa facilidade, fator que posso atribuir ao meu interesse por se tratar de um serviço onde se prestam regularmente cuidados de enfermagem a pessoas laringectomizadas e, por outro lado, à ótima receção associada ao interesse da equipa de enfermagem no meu projeto, demonstrado através de conversas informais onde obtive um feedback positivo.

Nesta fase foi feita pesquisa bibliográfica exaustiva, revisão da literatura e consulta de projetos/ literatura de suporte existentes no serviço, particularmente na área do cancro da laringe, seu tratamento e alterações na pessoa/família laringectomizada, conforme se pode consultar no Apêndice I.

Como forma de aprofundar conhecimentos a nível do acompanhamento de enfermagem, foram várias as conversas informais com a Enfermeira Orientadora deste estágio. Estas conversas informais agregadas à observação participativa das consultas (nomeadamente a possibilidade de observar e poder participar ativamente nos cuidados de enfermagem à pessoa e, algumas vezes, ser eu mesma a conduzir as mesmas) permitiram-me perceber a organização da consulta de enfermagem: como se processa o agendamento, como é feita a referenciação dos doentes para a consulta e para outros profissionais, quais os documentos de registo utilizados, quais as principais necessidades da pessoa laringectomizada e respetivas intervenções de enfermagem realizadas. Esta experiência constituiu um grande contributo para o planeamento da consulta que me propus para o último estágio.

Por sugestão da enfermeira orientadora, e com a devida autorização do chefe de enfermagem, tive oportunidade de contactar com a realidade do internamento de ORL neste hospital durante 2 turnos, o que me permitiu perceber todo o percurso da pessoa desde o momento da admissão, enriquecer os conhecimentos relativamente à preparação da pessoa laringectomizada para a alta e compreender melhor o processo de continuidade de cuidados e de articulação entre o internamento e a consulta.

Através do percurso descrito considero ter atingido o objetivo específico proposto.

- **Objetivo Específico 2 e 3**

- Identificar as principais necessidades da pessoa laringectomizada/família após a alta, no contexto de Consulta Externa;
- Identificar intervenções terapêuticas de enfermagem no acompanhamento pós alta da pessoa laringectomizada e família.

Para um melhor conhecimento das necessidades da pessoa laringectomizada/família e intervenções de enfermagem que pudesse ser usado na elaboração do plano de consulta a implementar posteriormente no estágio no hospital onde exerço funções, surgiu a necessidade da elaboração de um instrumento de registo. Assim, durante este período, e de acordo com a pesquisa bibliográfica feita, construí uma check-list de registo das necessidades da pessoa laringectomizada e intervenções de enfermagem, que me permitiu a compreensão e a sistematização dos registos (Apêndice II). Este instrumento encontra-se dividido em duas colunas: Défices de Autocuidado e Sistemas de Enfermagem. A primeira coluna contemplava os principais défices de autocuidado da pessoa submetida a laringectomia total de acordo com as referências bibliográficas, estruturados segundo os requisitos universais de autocuidado propostos por Dorothea Orem. Na segunda coluna, constavam as principais intervenções de enfermagem possíveis no acompanhamento à pessoa laringectomizada, organizadas pelos sistemas de enfermagem propostos pela teoria de Orem: *sistema de apoio-educação*, *sistema parcialmente compensatório* e *sistema totalmente compensatório*. Para a construção deste instrumento foi necessário adaptar os requisitos universais de autocuidado propostos pelo referencial teórico à especificidade das necessidades na pessoa laringectomizada descritas na bibliografia. Por outro lado, simplificar e reduzir ao espaço de uma folha questões tão complexas como necessidades do ser-humano, incluindo conceitos subjetivos e difíceis de mensurar (como a aceitação e significado da doença, por exemplo) constituíram também dificuldades.

Em termos práticos, a utilização desta check-list facilitou-me a identificação dos principais défices de autocuidado das pessoas laringectomizadas/família e respetivas intervenções de enfermagem, a partir da observação das práticas, das conversas informais com a orientadora, doentes e familiares e dos cuidados que prestei. Paralelamente, foi sendo feito o planeamento e a discussão de estratégias de intervenção com a enfermeira orientadora. Os registos na check-list foram feitos durante ou

imediatamente após cada consulta, tendo sido sempre explicado à pessoa/ família o contexto da minha presença e os objetivos do estágio.

Das 16 pessoas laringectomizadas e seus familiares que contactei durante este estágio, 9 tinham sido submetidas a cirurgia há menos de um ano, 1 com cirurgia há mais de 1 e menos de 2 anos e 6 pessoas com cirurgia há mais de 2 anos. Pude constatar que os resultados adquiridos com a observação e preenchimento de check-list estão de acordo com a bibliografia anteriormente consultada. Foram diagnosticadas 68 necessidades, essencialmente relacionadas com défices de autocuidado, conforme se podem ver mais especificadas em anexo (Apêndice III). A maior incidência foi verificada nas necessidades relacionadas com o défice de autocuidado “cuidados à traqueostomia”, “deglutição” e com o “risco de infeção” (por ferida cirúrgica). Estas ocorrências poder-se-ão relacionar com o facto de a maioria destas ter sido submetida a cirurgia recentemente, o que justifica a sua capacidade de autocuidado ainda deficiente, uma vez que ainda não se encontram totalmente adaptadas.

Evidentemente, as intervenções de enfermagem nesta consulta são prestadas de acordo com a especificidade das necessidades da pessoa/ família. Após ter consultado o processo clínico, a enfermeira chama a pessoa, que habitualmente entra acompanhada por um familiar, para a consulta, sugerindo-lhes que se sentem. Embora não haja um guião orientador da consulta, a enfermeira, de acordo com as necessidades, planeia e executa as intervenções de enfermagem, solicitando o apoio médico quando se justifica.

Foram inúmeras as intervenções de enfermagem à pessoa laringectomizada que tive oportunidade de observar/ realizar, destacando a execução de tratamentos de feridas e os ensinamentos/instruções/treinamentos à pessoa e/ou familiar relativamente à manutenção adequada de ar, alimentação, prevenção de riscos, entre outros. De entre os sistemas de enfermagem destacados por Dorothea Orem, tive oportunidade de constatar os três, muitas vezes na mesma pessoa. Houve situações em que a enfermeira (neste caso eu ou a enfermeira orientadora) agiu pela pessoa, por exemplo na realização do penso cirúrgico – sistema totalmente compensatório; situações em que se verificou uma divisão de responsabilidades entre enfermeira e pessoa/família – sistema parcialmente compensatório; e, por outro lado, situações em que a pessoa era capaz de realizar as medidas de autocuidado terapêutico e apenas requeria orientação da enfermeira – sistema de apoio-educação.

Tendo em conta que a pessoa tem a capacidade para participar ativamente no seu autocuidado, o papel da enfermeira nesta consulta é ajudar a pessoa a tornar-se independente o mais rapidamente possível, pelo que o ensino, a instrução e treino são instrumentos fundamentais. Destaco ainda que a enfermeira da consulta tentou respeitar a individualidade de cada pessoa, ajustando o ensino às capacidades e respeitando o seu tempo individual. Esta ação vai ao encontro do referencial teórico de Orem, que nos diz que, tendo em conta que o autocuidado é uma conduta aprendida, os enfermeiros devem considerar a disponibilidade e capacidade de cada pessoa para aprender e realizar as medidas de autocuidado (Orem, 1993, p.356).

Distingo como positiva a atitude da enfermeira orientadora ao apresentar-me adequadamente a cada pessoa, pedindo-lhes que demonstrassem as suas capacidades já adquiridas, o que nos facilitou a avaliação inicial das necessidades e da evolução para o autocuidado.

Como impresso de registos de enfermagem, é utilizada a folha de admissão comum a toda a instituição, estruturada de acordo com o modelo teórico de Virgínia Henderson. Este impresso já se encontra, por norma, preenchido desde a altura de admissão ao internamento e a enfermeira apenas faz o registo das necessidades humanas que sofrem alterações, acabando por fazer o registo das intervenções de enfermagem em texto corrido e após a consulta ter decorrido.

Outra das estratégias que utilizei para a aprendizagem e o desenvolvimento de competências foi a prática reflexiva de acordo com os dois tipos de reflexão destacados por Schön (1983) – a *reflexão na ação*, neste caso durante cada contacto com a pessoa/família e a *reflexão sobre a ação*, através da reflexão feita *a posteriori*, tendo refletido especificamente sobre um episódio significativo, seguindo como orientação o ciclo reflexivo de Gibbs (Apêndice IV). A realização desta reflexão permitiu a circunspeção, análise e avaliação crítica e construtiva dos momentos de interação com a pessoa laringectomizada/família, possibilitando a minha aprendizagem, já que Schön (2000) refere que a aprendizagem pela experiência só é possível através da reflexão sobre a mesma. Ao realizá-la, refleti sobre o impacto que a laringectomia total representa em toda a estrutura familiar e a importância que o enfermeiro tem neste processo de adaptação da pessoa e família, indo ao encontro do que nos revela a bibliografia consultada. De acordo com Oliveira (2009), o papel dos enfermeiros enquanto

educadores é crucial, desde o acolhimento pré operatório até ao acompanhamento da pessoa após o contacto com o mundo exterior.

A identificação dos recursos disponíveis na Consulta Externa para o apoio à pessoa laringectomizada foi mais uma estratégia praticada. Para além da equipa médica que dá consultas simultaneamente à consulta de enfermagem, em gabinetes contíguos, e que pode ser contactada sempre que a enfermeira considere necessário, procurei conhecer, através de conversas informais com a enfermeira orientadora, os restantes recursos. Constatei que o serviço de Otorrinolaringologia conta com o apoio permanente de uma assistente social, que contacta sempre o doente na altura do internamento no sentido de elaborar um diagnóstico social ao que se poderá seguir, em caso de necessidade, um acompanhamento e apoio social à pessoa/família. Este apoio passa por um esclarecimento sobre os direitos relacionados com a doença, informações sobre outros recursos existentes na instituição e articulação com redes de suporte da comunidade.

Existe também o serviço de Psicologia Clínica, que, mediante a manifestação de vontade feita pela pessoa laringectomizada/ família e/ou sinalização por parte da equipa médica ou de enfermagem, intervém. Nesta fase é provável a existência de grande sofrimento emocional, afirmação corroborada por um estudo de Barbosa e Francisco (2011, p.78-79) em que os pacientes laringectomizados entrevistados demonstraram um profundo sofrimento que se manifestava principalmente por sequelas psicossociais. O apoio psicológico é de extrema importância, com a finalidade de ajudar a pessoa a lidar melhor com os seus sentimentos e emoções, assim como a encontrar meios de suporte para ultrapassar a situação que vive. Esta necessidade de apoio psicológico era uma aspeto para o qual eu me encontrava previamente mais desperta dada a minha experiência anterior com pessoas laringectomizadas e a articulação frequente que no meu contexto se efetuava. Este apoio acabou por ter ficado aquém das minhas expectativas por ter constatado que raramente é solicitado (especificamente neste contexto), facto que me pareceu relacionado ou com um hábito cultural enraizado da instituição ou com a pouca autonomia que os enfermeiros têm para estabelecer esta referenciação.

Um dia por semana realiza-se a consulta de grupo, onde é feita a decisão terapêutica e são discutidos outros aspetos relacionados com a situação clínica, psicológica e social do doente. Nesta consulta, está presente o doente, família e profissionais de saúde de várias áreas, entre os quais poderá estar incluído o enfermeiro da consulta. Com a existência desta consulta pode-se constatar o papel ativo que é dado

ao doente e família, e conseqüentemente a promoção da sua autonomia e poder de decisão, o que está de acordo com os pressupostos da teoria de Orem (2001), ao afirmar que para atingir o autocuidado terapêutico, a pessoa deve procurar e participar ativamente nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

Durante o percurso desenvolvido, procurei estabelecer um diálogo constante com a enfermeira orientadora, o que se tornou enriquecedor – tal como refere Schön (2000, p. 128) “Quando o diálogo funciona bem, ele toma a forma de reflexão–na–ação recíproca”.

Considero que a seleção e utilização das estratégias anteriormente referidas foram adequadas, o que me permitiu atingir os objetivos planeados.

- **Objetivo Específico 4:** Aprofundar conhecimentos sobre os recursos da comunidade de apoio à pessoa laringectomizada.

Pelas suas implicações, as intervenções terapêuticas em torno da pessoa com doença oncológica requerem que seja assegurada a continuidade de cuidados, sendo indispensáveis ligações com os serviços da comunidade (Martins In Bilro & Cruz, 2004, p.189). Estes recursos existentes na comunidade assumem grande importância na readaptação da pessoa laringectomizada.

Um dos recursos com os quais a equipa de enfermagem se articula frequentemente é a rede de cuidados de saúde primários. Nos casos em que a pessoa resida longe da área da Grande Lisboa ou tenha dificuldades no acesso à instituição, o enfermeiro da consulta faz o encaminhamento da mesma, através de contacto telefónico e envio de carta de transferência de enfermagem aos colegas da comunidade. Este encaminhamento foi realizado algumas vezes durante o período de estágio.

Outro apoio que, embora já tivesse conhecimento prévio, reconheci ser relevante aprofundar, foi um movimento de apoio à pessoa laringectomizada, pelo que planeei e realizei uma visita ao espaço físico onde funciona. Este movimento é um grupo de ajuda que conta com a colaboração habitual de 5 voluntários com formação especializada (não necessariamente profissionais de saúde), entre os quais duas pessoas laringectomizadas, permanentemente articulados com o serviço de otorrinolaringologia da mesma instituição. De entre as intervenções que este movimento faz, parece-me importante referir aquelas que na minha opinião são mais relevantes: os voluntários deste movimento elaboram e difundem material informativo para as pessoas laringectomizadas,

forneem apoio emocional aos futuros ou recém-operados, visitando-os durante a sua hospitalização e, em colaboração com a equipa médica, entusiasma-nos a iniciar a aprendizagem da nova voz e incitam as pessoas laringectomizadas à sua reinserção na vida familiar e social, promovendo contactos com antigos operados, devidamente recuperados.

Atualmente existem cerca de 1500 pessoas laringectomizadas registadas neste movimento e recorrem aqui por dia uma média de 20 pessoas. A equipa de psicologia do hospital tem um protocolo com o movimento e proporciona, mediante marcação, consultas gratuitas a pessoas laringectomizadas. Para além das atividades já referidas, a equipa de voluntários deste movimento apoia os laringectomizados na aquisição de meios de proteção, vendidos a preço de custo e promove reuniões pedagógicas, encontros de lazer e intercâmbio de ações com organizações congêneres de outros países.

Através das atividades anteriormente descritas admito ter conseguido claramente conhecer os recursos da comunidade com que a pessoa laringectomizada pode contar.

Fazendo uma análise global a este estágio, considero em primeiro lugar que o tempo a ele dedicado foi um fator bastante positivo, permitindo-me o contacto com um número considerável de pessoas laringectomizadas no pós-cirúrgico recente e em fase de adaptação à sua nova condição, o que me deu inclusive a oportunidade de colaborar em várias consultas à mesma pessoa, sendo possível, entre outros aspetos relevantes, fazer a avaliação da evolução da independência da pessoa para o autocuidado, fazer o balanço do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e inteirar-me do funcionamento da consulta e do acompanhamento que é feito à pessoa e sua família. Todas estas experiências e conhecimentos foram contributos para a aplicação do projeto na instituição onde trabalho.

A pesquisa bibliográfica e a prática reflexiva ao longo deste estágio permitiram-me desenvolver competências essencialmente a nível do autoconhecimento e assertividade, bem como o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o que me irá permitir basear a minha praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, tomando decisões fundamentadas (OE, 2009, p. 18). A elaboração e utilização da check-list contribuíram igualmente para suportar a prática na investigação e no conhecimento, desenvolvendo a prática especializada. Paralelamente, a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem após pesquisa e observação cuidadas, contribuiu para o desenvolvimento da competência que inicialmente me propus: "Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro". O conhecimento e contacto com os vários recursos da

comunidade contribuíram ainda para desenvolver competências a nível da gestão dos cuidados, especificamente no reconhecimento de “quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde” (OE, 2009,p. 17).

3.1.2. Campo de estágio: Consulta de Enfermagem do HDO do Hospital A

A escolha deste campo de estágio foi motivada por se tratar de um local de excelência para o desenvolvimento de competências na área do acompanhamento à pessoa laringectomizada em contexto de HDO, uma vez que é aqui que a pessoa recorre para fazer tratamentos com quimioterapia.

O serviço de HDO do Hospital A contempla atualmente o Hospital de Dia de Quimioterapia, a Consulta de Enfermagem de apoio à Consulta de Oncologia Médica e o Serviço de Urgência. Tendo em consideração os objetivos propostos, o estágio foi realizado na Consulta de Enfermagem, embora tenham sido feitas algumas visitas às salas de administração de quimioterapia. A consulta de enfermagem é assegurada por 4 enfermeiras num gabinete com 2 secretárias divididas por um cortinado. Embora estruturada (tendo inclusive sido elaborado um projeto de consulta que se encontra em fase de aprovação), esta consulta é, na maioria das vezes, desprovida de um agendamento, sendo que o encaminhamento dos doentes à mesma é realizado pelo médico da consulta quando são admitidos para tratamentos com quimioterapia ou sempre que o médico verifique a necessidade da intervenção de enfermagem.

O estágio decorreu no período entre 31 de outubro e 25 de novembro de 2011, num total de 14 turnos, tendo sido orientado por uma enfermeira perita na área de oncologia, o que permitiu um acompanhamento personalizado e facilitou a aquisição de novos conhecimentos. Embora tenham sido inicialmente delineados para este estágio 17 turnos, com o decorrer do mesmo foi notório que os objetivos seriam alcançados com uma menor carga horária, acabando por se ter negociado com as enfermeiras orientadoras do estágio e do projeto, a alteração do que estava previamente planeado, pedindo-se autorização para um novo local de estágio, conforme referirei mais adiante.

Para a realização deste estágio defini como objetivo geral “Desenvolver competências no acompanhamento à pessoa laringectomizada/ família em contexto de

HDO”. De seguida farei a descrição de atividades desenvolvidas segundo os objetivos específicos que tracei para este estágio.

- **Objetivo Específico 1:** Aprofundar conhecimentos relativamente aos cuidados à pessoa laringectomizada em contexto de Hospital de Dia Oncológico.

Tal como no estágio anterior, foi continuada a pesquisa bibliográfica, nesta fase mais direcionada para os cuidados de enfermagem em regime de ambulatório à pessoa laringectomizada, particularmente pessoas sob tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia, dado o contexto de cuidados e a necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área. A bibliografia consultada está exposta no Apêndice I.

As conversas informais com doentes e enfermeiros foram outra das estratégias eleitas para alcançar este objetivo que me propus. Pude constatar que neste serviço não existe qualquer projeto em curso na área dos cuidados à pessoa laringectomizada. Um pormenor que verifiquei foi o desconhecimento ou não referenciamento da pessoa laringectomizada ao movimento de apoio voluntário existente na mesma instituição, bem como alguma falta de articulação com a equipa de enfermagem do serviço de ORL. Ao observar esta falha de informação, comuniquei às enfermeiras a existência de tal movimento, transmitindo-lhes, através de conversa informal, a finalidade e a importância do mesmo para as pessoas laringectomizadas. Durante a minha participação ativa na consulta considerei importante e efetuei a referenciação de duas pessoas laringectomizadas para o referido grupo de apoio, o que considero ter tido um impacto positivo a vários níveis: na pessoa/família, que se mostraram interessados no apoio oferecido; na equipa de enfermagem, o que constatei através das apreciações verbais realizadas pelas enfermeiras da consulta; e por fim a nível pessoal, uma vez que apliquei conhecimentos e competências adquiridas no meu anterior percurso, demonstrando que o enfermeiro especialista é alguém de quem se espera diferenças na prática, no sentido de maior qualidade e ganhos em saúde.

Verifiquei, através da observação e de conversas informais, em concordância com o que alguns dos elementos de enfermagem da equipa referiram, que as necessidades da pessoa laringectomizada criam nos enfermeiros uma certa apreensão e talvez até insegurança, muito embora esta não seja uma área muito procurada pelos próprios para

formação pessoal. Tal situação está de acordo com as conclusões de um estudo de Barbosa e Francisco (2011, p.79) que referem a intensidade da carga emocional com que a equipa de saúde que lida com pessoas laringectomizadas é afetada. Este impacto negativo poder-se-á, no meu parecer, atribuir ao facto de, comparativamente com outras situações, haver um número de pessoas laringectomizadas inferior, significando contactos e experiências reduzidas, o que segundo Benner (2001, p.32 e 33), condiciona a perícia ou o desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Segundo a autora, através do tempo e da experiência, o enfermeiro aprende a mobilizar, integrar e transferir o conhecimento para a prática, podendo atingir um nível de desenvolvimento ou competência avançado. Por outro lado, tal insegurança verificada poderá estar igualmente relacionada com a especificidade e complexidade das necessidades já aqui referidas e respetivos cuidados de enfermagem.

Ainda no contexto do aprofundamento de conhecimentos, tive oportunidade de reunir com o especialista em Oncologia Médica responsável pelos doentes oncológicos de cabeça e pescoço, que demonstrou interesse no projeto a que me propunha e me esclareceu algumas dúvidas relativamente à terapêutica indicada para o cancro de laringe e quais os protocolos e procedimentos habituais adotados pela instituição.

Avaliando as atividades realizadas, considero ter atingido o objetivo pretendido, o que constituirá certamente um contributo para a minha prática.

- **Objetivo Específico 2 e 3:**

- Identificar as principais necessidades da pessoa laringectomizada/família no contexto de Hospital de Dia Oncológico.
- Identificar intervenções terapêuticas de Enfermagem no acompanhamento à pessoa laringectomizada e família em contexto de Hospital de Dia Oncológico.

Como já foi referido, a grande maioria do período de estágio foi realizada na consulta de enfermagem, uma vez que o número de pessoas laringectomizadas a realizarem tratamentos na sala de quimioterapia foi escasso e os cuidados de enfermagem são essencialmente na ordem da vigilância e administração de terapêutica.

A consulta de enfermagem está direcionada a todas as pessoas que irão iniciar ou que já se encontrem sob tratamento quimioterápico nesta instituição, bem como seus

familiares de referência. Consiste na colheita ou atualização dos dados de enfermagem da pessoa, nos ensinamentos sobre o tratamento – em que consiste, como é realizado e frequência, possíveis efeitos secundários - e por fim, é dado espaço à pessoa para expressar as suas dúvidas e emoções, o que segundo Spiegel (1995, citado por Lopes e Pereira, 2005, p.21) tem um efeito terapêutico positivo poderoso. De facto, e segundo Briga (2010, p. 23), o acolhimento da pessoa ou o primeiro encontro com ela são muito importantes, uma vez que “os primeiros minutos da comunicação (...) dão o tom à relação”. No final de cada consulta, e quando está perante uma pessoa que irá iniciar terapêutica citotóxica, a enfermeira mostra as instalações e apresenta a equipa de enfermagem do HD de Quimioterapia à pessoa/família. Esta apresentação parece-me bastante importante para a relação enfermeiro/doente, bem como para facilitar a adaptação da pessoa a esta nova etapa e garantir que esta sinta segurança, o que é corroborado num estudo de Millar (1996), citado por Hesbeen (1997, p. 55). Porém, nas situações em que os tratamentos de quimioterapia exigem internamento, como é o caso de grande parte dos doentes oncológicos de cabeça e pescoço, a apresentação da pessoa/família à equipa e instalações não é realizada, uma vez que o internamento será feito num espaço físico distinto, verificando-se igualmente que nem todos os doentes são referenciados pelos médicos, o que demonstra uma certa lacuna na articulação da equipa multiprofissional.

Durante a realização deste estágio tive oportunidade de contactar com 7 pessoas laringectomizadas. Da mesma forma que no campo de estágio anterior, após a interação com a pessoa/família, observação da consulta e conversas informais com os profissionais, foi feito o registo na check-list das necessidades da pessoa laringectomizada e respetivas intervenções de enfermagem.

Como forma de analisar e refletir sobre a prática, fui continuamente elaborando notas de campo e fazendo a análise das necessidades verificadas/observadas, tendo elaborado uma reflexão escrita acerca de um evento significativo, segundo o ciclo de Gibbs, que pode ser consultada no Apêndice V. Este evento e a possibilidade de sobre ele refletir, permitiram-me, entre outros aspetos, deparar-me com dificuldades e facilidades de uma situação, concretamente as necessidades da pessoa laringectomizada e sua família numa determinada etapa: o fim de vida. Por outro lado, permitiu-me refletir sobre a importância do adequado acompanhamento de enfermagem, identificando o impacto das frequentes limitações dos recursos físicos e da atuação dos profissionais.

Através da observação pude constatar que neste serviço as pessoas laringectomizadas recorrem essencialmente para realização de tratamentos com quimioterapia, o que pode estar relacionado com o facto de terem outros tipos de apoio na instituição (nomeadamente a consulta de enfermagem de ORL, a consulta de enfermagem de radioterapia, etc...). Porém, verificaram-se situações de pessoas que não se encontram atualmente a fazer este tipo de tratamento que foram referenciadas para a consulta de enfermagem do Hospital de Dia vindas da consulta de Oncologia Médica ou pessoas que recorreram ao serviço por considerarem este ser o serviço de apoio preferencial para dar resposta às suas necessidades.

As pessoas que contactei durante este período foram na sua maioria referenciadas pelos médicos oncologistas, ora por necessidades de procedimentos de enfermagem (nomeadamente colheita de produtos biológicos ou realização de pensos a feridas), ora para iniciarem tratamento com quimioterapia. No entanto, e principalmente nas pessoas recentemente operadas (3 pessoas com cirurgia há menos de 1 ano), foram diagnosticadas necessidades relacionadas com défices de autocuidado semelhantes às observadas no local de estágio anterior, o que posso relacionar com o ainda curto tempo de adaptação à nova condição.

Talvez pelo facto de a consulta ser realizada num espaço pequeno, com pouca privacidade (uma vez que se encontravam pelo menos mais 3 pessoas na sala) o tempo de cada consulta rondava os 10-15 minutos, parecendo-me que o suporte emocional⁵ não foi o mais adequado. Por outro lado, e tendo em conta que um dos principais motivos que conduz ao insucesso na adesão terapêutica está relacionado com o facto de a equipa não conseguir transmitir ao doente a informação de que este necessita, bem como a capacidade de recordação do doente (Lopes e Pereira, 2005, p.17), senti-me impulsionada a procurar literatura na área da educação para a saúde, tendo reforçado o seguinte conhecimento: Para além da simples transmissão de informação é necessária uma interpretação da cultura dos indivíduos, considerando os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos (Amorim, citado por Carvalho e Carvalho, 2006, p. 3). Num momento que se pretende que seja de transmissão de informação, o enfermeiro

⁵ O apoio emocional caracteriza-se por comportamentos como escutar, prover atenção ou fazer companhia, os quais contribuem para que a pessoa se sinta cuidada e/ou estimada (Seidl & Tróccoli, 2006). Segundo Dewald (1981), entende-se que um trabalho de suporte emocional corresponde ao oferecimento de alívio para os sintomas do paciente.

deverá identificar o que a pessoa deseja saber e o que quer aprender, entender a sua motivação e aptidão para aprender, colher os dados do doente, família e comunidade, identificando as necessidades de aprendizagem, incentivar e promover a participação da pessoa no processo de aprendizagem, assim como ajudá-la no estabelecimento de prioridades de aprendizagem (Pacheco & Cunha, 2006). Julgo que a utilização de ferramentas que favorecessem a assimilação de informação poderia constituir uma mais-valia, como por exemplo as fontes de informação escrita. Sendo uma fonte de informação escrita frequente nos vários serviços de saúde que confere autonomia ao doente em função das competências individuais (Cavaco & Várzea, 2010, p.181), os folhetos informativos parecem-me um documento adequado a utilizar neste serviço, pelo que tive oportunidade de conversar com os colegas sobre a existência de algumas ferramentas deste género já implementadas na instituição, nomeadamente no serviço de ORL.

Os procedimentos mais observados na consulta de enfermagem do HDO foram a anamnese, educação para a saúde e a referenciação para outros profissionais, tendo o exame físico sido limitado à avaliação de tensão arterial, peso e triagem venosa (no caso de pessoas propostas para quimioterapia). A observação e participação nesta consulta de enfermagem permitiu-me de certa forma atingir alguns dos objetivos teóricos emanados pela EONS (2005, p. 16) relacionados com a ciência básica e tratamento oncológico, como por exemplo “explicar os princípios e aplicação das modalidades de tratamento utilizadas habitualmente”.

Um aspeto que considerei negativo foi a inexistência de uma avaliação follow-up, que promova a continuidade de cuidados de enfermagem e consequente avaliação das pessoas que anteriormente iniciaram tratamento. De facto, e segundo Martins (2004, p.189) “o doente [oncológico] necessita manter pontos de referência que são indispensáveis para se sentir tratado como um todo”.

Relativamente às intervenções de enfermagem relacionadas com a pessoa laringectomizada, estas incidiram principalmente a nível dos ensinamentos (*Sistema de Apoio-Educação*, proposto por Orem) sobre o tratamento com citostáticos, sobre cuidados com a traqueostomia, hábitos alimentares e hidratação de secreções. Houve situações em que foi necessário utilizar a sala de tratamentos de apoio à consulta de OM para a execução de procedimentos técnicos (*Sistema Totalmente Compensatório*). Em duas situações referenciei a pessoa/família para grupos de suporte, nomeadamente para o apoio voluntário a laringectomizados, o que considero ter sido bastante positivo, tendo em conta

a importância destes grupos de apoio relatada na bibliografia (Assunção In Bilro & Cruz, 2004, p.64-65), e pelo facto de me ter permitido ir ao encontro das competências de enfermeira especialista propostas pela EONS (2005, p.18 e p. 20): “usar estratégias e intervenções de apoio disponíveis para pacientes com necessidades complexas”, “priorizando os problemas de saúde (...) ou referir o paciente a um serviço especializado”.

Tal como no campo de estágio anterior, apercebi-me que há uma certa dificuldade na referenciação de pessoas para equipa de psicologia, uma vez que nesta instituição parece ser uma função preferencialmente atribuída à equipa médica.

Um outro momento que destaco foi a articulação com os recursos da comunidade: Foi feita a referenciação de uma pessoa laringectomizada com défices de autocuidado demonstrados que, por uma questão de distância, tinha dificuldade em recorrer a este hospital ao centro de saúde da área de residência. Esta referenciação foi feita através de um documento escrito associado a um contacto telefónico.

Considero que as atividades efetuadas permitiram-me atingir os objetivos que me propus. Este processo facilitou-me o desenvolvimento de competências a nível do autoconhecimento, interferindo no desenvolvimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (OE, 2009, p.18), uma vez que identifiquei as minhas limitações e frustrações pessoais e profissionais, refleti, revi a literatura existente, geri as minhas capacidades e apliquei as competências anteriormente adquiridas. Com esta aplicação de conhecimentos e competências anteriormente desenvolvidas comprovei que o enfermeiro especialista é alguém de quem se espera diferenças na prática, no sentido de maior qualidade e ganhos em saúde. Ainda com a realização deste estágio, considero ter desenvolvido as seguintes competências práticas explícitas pela EONS (2005): “avaliar as necessidades e mudanças para manter informados os pacientes, família...” (Idem, p.18), “demonstrar julgamento clínico profundo e estratégias de raciocinar na altura de interpretar o estado de saúde de uma pessoa com cancro” (Idem, p. 17), “permitir aos pacientes com cancro e seus cuidadores expressar as suas dúvidas e preocupações...” (Idem, p.19) e, por fim, refletir e avaliar a própria prática (Idem, p.20). As experiências e aprendizagens obtidas com observação e participação na consulta de enfermagem contribuíram para o planeamento do estágio final e melhoria da minha prática, bem como para o desenvolvimento da competência de enfermeira especialista prevista pela EONS (2005, p. 16) de “Educar e ajudar a promover a saúde e bem-estar das pessoas afetadas pelo cancro”.

3.1.3. Campo de Estágio: Serviço de Medicina do Hospital A

Como referido anteriormente, grande parte das pessoas laringectomizadas seguidas na consulta de Oncologia Médica no Hospital de Dia são encaminhadas para o serviço de Medicina, devido aos cuidados e à necessidade de vigilância de enfermagem contínua que determinados tratamentos exigem. Tendo em conta já ter contactado em estágios anteriores com pessoas laringectomizadas em ambulatório numa fase pós-cirúrgica imediata (consulta de ORL) e submetidas a quimioterapia (consulta HDO) fez-me sentido contactar também com o doente laringectomizado há já algum tempo, de forma a desenvolver competências nos cuidados à pessoa laringectomizada em diferentes contextos e fases distintas da sua doença: em ambulatório em fase pós-cirúrgica imediata; em ambulatório, submetidos a QT; em internamento e em fase avançada da doença, o que foi possível neste serviço de Medicina. Posto isto, reuni-me com o enfermeiro chefe deste serviço e propus-me à realização de um estágio, que acabou por ser efetuado entre 28 de novembro e 9 de dezembro de 2011, num total de 3 turnos.

O serviço em questão tem capacidade para 48 doentes, distribuídos por 8 enfermarias, sendo que atualmente todas as vagas pertencem à especialidade de Oncologia Médica. Os doentes são aqui internados através de referência da Consulta Externa, Serviço de Urgência ou de outros serviços da instituição. Este serviço destina-se à prestação de cuidados globais à pessoa em situação de doença oncológica, recebendo-a para diagnóstico e estadiamento da situação clínica ou para terapêutica médica, com relevo para a quimioterapia citostática. Os doentes podem ainda ser internados para palição e para compensar ou reverter uma situação de agudização de sintomatologia.

Como objetivo geral para este estágio defini: “Desenvolver competências no acompanhamento à pessoa laringectomizada sob tratamento com quimioterapia, em regime de internamento, e sua família” e os seguintes objetivos específicos:

- **Objetivo Específico 1:** Aprofundar conhecimentos relativamente ao acompanhamento à pessoa laringectomizada e família.

Durante o Ensino Clínico nesta unidade, fui orientada por dois enfermeiros peritos na área, tendo tido a oportunidade de conversar de uma forma informal e ver respondidas as

questões que tinha a nível dos cuidados de enfermagem a pessoas laringectomizadas a realizar quimioterapia e em fase avançada de doença.

No período que aqui estagiei, o enfermeiro chefe teve o cuidado de atribuir as pessoas laringectomizadas presentes no serviço aos enfermeiros orientadores, o que me possibilitou um contacto prolongado com as mesmas, feito de uma forma bastante natural.

Uma questão que considero ter sido positiva foi o incentivo por parte dos orientadores para consultar a documentação disponível no serviço, sobretudo os protocolos de quimioterapia utilizados em doentes com patologia de cabeça e pescoço. Esta ação permitiu-me associar os fármacos utilizados aos potenciais efeitos secundários e alterações/ necessidades que as pessoas possam sofrer, o que me levou a considerar os possíveis principais cuidados de enfermagem para além daquelas necessidades que têm diretamente a ver com a nova situação de saúde da pessoa que é submetida a laringectomia (que já tinha desenvolvido na minha prática profissional e pude aprofundar ao longo do estágio). O processo que considerei adequado desenvolver para atingir este objetivo, facilitou-me o aperfeiçoamento de competências anteriormente desenvolvidas.

- **Objetivo Específico 2 e 3:**

- Identificar as principais necessidades da pessoa laringectomizada sujeita a quimioterapia e família;
- Identificar intervenções terapêuticas de enfermagem no acompanhamento à pessoa laringectomizada sujeita a quimioterapia e família.

Analogamente aos estágios anteriores, foram registadas na check-list as necessidades dos doentes detetadas durante a observação das práticas e prestação de cuidados, assim como as respetivas intervenções de enfermagem.

Dado que o tempo de contacto foi bastante curto, devido ao atraso burocrático da autorização do estágio, só tive oportunidade de contactar com 2 pessoas laringectomizadas. Porém, tendo em conta a riqueza de cada momento, considero que estes foram suficientes para atingir os objetivos. Uma das pessoas com quem tive contacto encontrava-se internada para realização de tratamento quimioterápico, enquanto a outra pessoa se encontrava internada para palição. As necessidades observadas estavam essencialmente relacionadas com a administração de quimioterapia e os efeitos

secundários. Por outro lado, a questão da aceitação da doença/tratamento esteve aqui bastante evidente, tendo sido demonstrado o medo dos efeitos da quimioterapia e a insegurança relativamente ao futuro.

Ao contrário do que observei nos locais anteriores, a família não é, no internamento, uma constante. A conclusão de um estudo feito por Burille *et al* (2008) revela que a presença da família é muito importante durante o internamento, uma vez que “diminui a solidão e o medo da hospitalização, torna o ambiente mais familiar”. Por outro lado, nos curtos contactos que tive com familiares, apercebi-me que também estes se sentem mais inseguros, por não conseguirem controlar tudo o que vai ocorrendo com o seu ente próximo. De facto, segundo os mesmos autores, o internamento “rompe com a rotina do paciente e de sua família, e isto traz inúmeras dificuldades e limitações para ambos”, gerando angústia e insegurança. Embora considere justificada a imposição de horários de visitas, a presença da família o maior tempo possível seria essencial, uma vez que “facilita a recuperação do paciente”, e constitui um “elo para que o cuidado prestado seja mais individualizado e qualificado, estreitando as relações entre enfermeiro-paciente-família, tornando as ações mais eficazes” (Burille *et al*, 2008).

Um dos casos que acompanhei tinha sido seguido na consulta de enfermagem do HDO, numa altura em que eu estava a realizar estágio. O facto de já ter havido um contacto prévio noutra circunstância levou a que verificasse uma enorme proximidade e se tivesse estabelecido uma relação de confiança enfermeiro-doente-família, o que para mim se revelou bastante enriquecedor, tendo sido impulsionador para a realização de uma reflexão (já referida anteriormente - Apêndice V). Esta reflexão foi impulsionadora da pesquisa bibliográfica para o aprofundamento de conhecimentos na área dos cuidados paliativos e do acompanhamento da família do doente em fim de vida, ao mesmo tempo que me facultou a possibilidade de desenvolver a competência proposta pela EONS (2005, p.20) “Refletir e avaliar criticamente a própria prática”.

As intervenções de enfermagem identificadas com a realização deste estágio estiveram relacionadas com a preparação da pessoa para a quimioterapia (intervenções essencialmente do foro do sistema de enfermagem “apoio-educação”), com a administração de terapêutica e todas as ações de enfermagem aqui implicadas (sistema de enfermagem “totalmente compensatório”) e com as orientações para diminuir os défices de autocuidado (sistema “parcialmente compensatório” e de “apoio-educação”). Tais intervenções que tive oportunidade de desenvolver vão ao encontro de uma das

competências previstas pela EONS (2005, p. 16) para o enfermeiro especialista em oncologia: “Usar uma série de habilidades de enfermagem (...) intervenções ou atividades para proporcionar cuidados ótimos no tratamento do cancro”. Houve ainda uma situação de orientação da pessoa para outro grupo profissional, nomeadamente a dietista, que permitiu desenvolver a competência “priorizar os problemas de saúde e (...) referenciar a pessoa a um serviço especializado” (EONS; 2005, p.18).

O facto de ter sido um período de tempo curto não permitiu uma vasta experiência com pessoas laringectomizadas, que poderia subsidiar ainda mais o meu conhecimento. Contudo, considero ter atingido o objetivo a que me propus, realçando a oportunidade de trabalhar “como um membro da equipa multidisciplinar” (EONS, 2005, p. 20).

3.1.4. Campo de Estágio: Serviço de ORL e Cirurgia Cérvico- Facial do Hospital B (Consulta de Enfermagem de Follow-Up a Doentes Laringectomizados).

As visitas previstas ao serviço de ORL e CCF do Hospital B foram motivadas devido a este ter uma consulta de enfermagem de follow-up implementada especificamente a pessoas laringectomizadas. Esta consulta constitui um espaço de excelência para o eficaz acompanhamento das pessoas laringectomizadas após a alta hospitalar, onde os profissionais fazem uma identificação correta e individualizada das necessidades das pessoas laringectomizadas, para poderem planear e prestar os cuidados, com vista à melhoria da qualidade de vida, readaptação funcional, reinserção social e independência no autocuidado. Tratando-se de um dos meus objetivos planear uma consulta de follow-up à pessoa laringectomizada para o hospital onde trabalho, pareceu-me pertinente poder vir aqui adquirir conhecimentos e competências.

Tendo em conta os objetivos que refiro abaixo, este estágio consistiu em observações participativas da consulta de enfermagem de follow-up a doentes laringectomizados, pelo que combinei previamente com a enfermeira responsável por esta consulta que ela me comunicaria as datas agendadas. Apesar de no projeto ter planeado realizar 5 incursões à consulta, só houve 3 consultas⁶ agendadas no período autorizado

⁶ A totalidade das três visitas foi considerada como equivalente a um turno de estágio.

para estágio (entre 3 de outubro e 11 de Dezembro de 2011), o que me levou a transportar os restantes turnos para outro campo de estágio.

A consulta de enfermagem de follow-up a doentes laringectomizados do Hospital B faz parte do serviço de ORL, sendo que o mesmo espaço físico engloba uma área de internamento com 24 camas, exames da especialidade e consulta externa.

O objetivo geral que me propus alcançar foi o seguinte: “Desenvolver competências no acompanhamento à pessoa laringectomizada/ família após a alta”, tendo definido os seguintes objetivos específicos:

- **Objetivo Específico 1:** Aprofundar conhecimentos relativamente ao acompanhamento à pessoa laringectomizada/ família após a alta.

Dentro da equipa de enfermagem do serviço de ORL e CCF do Hospital B há um grupo responsável pela realização, implementação e atualização de projetos relacionados com a pessoa laringectomizada, tendo-me sido possível reunir com um dos elementos desse grupo, que me inteirou de todo o funcionamento da consulta, bem como do projeto de apoio à pessoa laringectomizada. Tive ainda oportunidade de consultar um manual de apoio à consulta de enfermagem, onde constam os cuidados de enfermagem à pessoa laringectomizada desde a fase de diagnóstico até a um período de follow-up. A existência deste manual pareceu-me bastante importante, na medida em que é necessário que toda a equipa tenha conhecimentos consistentes acerca desta temática e que haja uma prática uniformizada.

A pessoa proposta para laringectomia total, ao ser admitida no serviço é acolhida por um enfermeiro que faz a recolha de dados completa e inicia os ensinamentos, preparando a pessoa/família para a cirurgia e para o período pós-cirúrgico. Este enfermeiro será, daí em diante, o enfermeiro de referência daquela pessoa e família. Aquando da alta, é agendada à pessoa laringectomizada uma consulta de enfermagem de follow-up, que será realizada pelo enfermeiro de referência. Salvo exceções, a consulta é realizada 1 semana após a alta, 1 mês, 3-6 meses após a alta e posteriormente 1 vez por ano.

A existência e possibilidade de consultar documentos específicos neste contexto, nomeadamente o manual, a norma e o impresso da consulta foi essencial para compreender e integrar a atuação de enfermagem à pessoa laringectomizada, a um nível de follow-up, ajudando-me depois na projeção da consulta no hospital onde trabalho.

Outro projeto em curso nesta área é da responsabilidade de um grupo de laringectomizados que voluntariamente vem ao serviço de internamento um dia por semana, com o objetivo de integrar a pessoa recentemente laringectomizada. Casualmente, num dos dias em que efetuei visita a este serviço, um dos membros voluntários estava presente e tive a oportunidade de reunir com ele, facto que me permitiu alargar conhecimentos e reconhecer que o feedback das pessoas recentemente operadas à visita de laringectomizados totalmente adaptados é bastante positivo, uma vez que este grupo de voluntários fornece, entre outros aspetos, apoio emocional e promove encontros com pessoas laringectomizadas totalmente adaptadas, o que acaba por tranquilizar a pessoa. De facto, e segundo Lopes e Pereira (2005, p. 20), “os doentes oncológicos precisam de partilhar experiências emocionais e sentimentos com outros doentes”.

Para além da observação das consultas, foi possível aprofundar conhecimentos relativamente ao acompanhamento à pessoa laringectomizada através das conversas estabelecidas com os enfermeiros peritos na área que me acompanharam.

- **Objetivo Específico 2 e 3:**

- Identificar as principais necessidades da pessoa laringectomizada e família após a alta;
- Identificar intervenções terapêuticas de enfermagem no acompanhamento à pessoa laringectomizada e família após alta.

Para a primeira visita realizada à consulta, planeei utilizar unicamente o método de observação para me familiarizar com o funcionamento da consulta de enfermagem. No entanto, o enfermeiro responsável foi de tal forma acolhedor que conduziu a consulta integrando-me desde o início e dando-me espaço para intervir. Através da participação na realização de consultas de follow-up, da observação, conversas com doentes/família e enfermeiro e registo das necessidades e intervenções na check-list anteriormente elaborada, consegui, nas três visitas efetuadas atingir o objetivo proposto. Das experiências vivenciadas destaco o impacto que o tempo de pós-operatório causou nas necessidades das pessoas. Enquanto na pessoa operada há menos de um mês as necessidades eram mais evidentes e estavam mais relacionadas com o défice de autocuidado nas funções vitais tais como a manutenção adequada de ar, alimento e prevenção de riscos, nas pessoas com um pós-operatório superior a um ano, as

necessidades verificaram-se num número muito reduzido e estavam mais relacionadas com prevenção de complicações. Na literatura consultada encontraram-se poucas referências à avaliação do défice de autocuidado e/ou da adaptação da pessoa laringectomizada num período de pós-operatório tardio. Porém, Murphy *et al.* (2007) afirmam a necessidade de um período de um ano para que a experiência de convivência com o adoecimento seja incorporada como parte da rotina de uma pessoa, o que poderá justificar aquele número mais reduzido de necessidades observadas em pessoas com um pós-operatório superior a um ano.

De igual forma, o familiar da pessoa recentemente operada demonstrou uma mais evidente alteração na aceitação da doença e no significado que atribui à mesma, encontrando-se bastante apreensivo na receção de informação e na aprendizagem dos cuidados. De salientar que a pessoa submetida a laringectomia há mais de 2 anos recorreu à consulta sozinha e, quando questionada acerca do seu familiar de referência, referiu ser desnecessário o acompanhamento, uma vez que ela própria e toda a família chegada se encontram perfeitamente adaptados.

Pude observar que a prática de enfermagem nesta consulta contempla, numa primeira fase, a identificação de necessidades da pessoa/família, seguindo-se o planeamento de cuidados e respetivas intervenções de enfermagem. Tais intervenções relacionaram-se sobretudo com a validação do conhecimento da pessoa laringectomizada/família, reforço de ensinamentos, instrução e treino sobre cuidados à traqueostomia, hábitos alimentares, técnicas e alternativas de comunicação eficaz. Cuidados de ordem mais técnica, como por exemplo a realização de pensos, surgiram também como intervenções de enfermagem frequentes. Para além destes aspetos, constatei que o tempo é um fator ao qual o enfermeiro dá muita importância, escutando ativamente a pessoa/família, respeitando o seu silêncio, fazendo um esforço para o(s) compreender e deixá-lo(s) expressar os seus sentimentos e emoções.

Uma questão referida pelos enfermeiros que orientaram as consultas, e que eu tive a oportunidade de constatar *in loco*, foi a articulação com outros técnicos de saúde, dependendo da especificidade das necessidades da pessoa/família.

Tal como nos restantes campos de estágio, foram realizadas notas de campo e uma reflexão escrita acerca de um episódio mais significativo nesta etapa vivenciada (que pode ser consultado em Apêndice VI). Esta prática reflexiva permitiu-me analisar de forma organizada e distinta o funcionamento de uma consulta de follow-up à pessoa

laringectomizada e família e refletir sobre a sua importância, possibilitando-me retirar conclusões úteis à minha prática profissional e acadêmica, e constituindo um relevante contributo para a elaboração do plano da consulta de enfermagem que tinha planeado.

Um aspeto igualmente enriquecedor na realização deste estágio foi a possibilidade de ter tido contacto com o impresso utilizado para a consulta de enfermagem de follow-up a doentes laringectomizados. Conforme a instituição onde trabalho, o sistema de classificação de enfermagem adotado por este hospital é a CIPE, o que me permitiu familiarizar-me com os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem à pessoa laringectomizada elaborados nesta terminologia. Para além disto, o facto de ser sempre utilizada uma terminologia universal “suficientemente simples para ser vista pelo enfermeiro (...) como uma descrição da prática com significado e como um meio útil de estruturar a prática” (CNE, 2011, p.13) facilita, a meu ver, o desenvolvimento da consulta e melhora a continuidade de cuidados.

Fazendo uma análise do que acabei de descrever, penso ter alcançado os objetivos específicos propostos. As estratégias e atividades realizadas no âmbito do primeiro objetivo permitiram-me, uma vez mais, desenvolver competências na área das “intervenções de enfermagem na gestão do cancro” (EONS, 2005, p.20).

Considero também que este estágio contribuiu para melhorar competências adquiridas anteriormente e desenvolver competências relativamente à atuação como “conselheiro da pessoa”, permitir à pessoa/família expressar as suas dúvidas e preocupações e “usar estratégias e intervenções de apoio disponíveis para pacientes com necessidades complexas” (EONS, 2005, p.18-20).

3.1.5. Campo de estágio: Hospital de Dia Oncológico do Hospital C

Com o conhecimento adquirido e competências desenvolvidas nos estágios e visitas anteriores atuei, num momento de estágio final, implementando o projeto no Hospital C, nomeadamente no serviço de HDO (onde exerço funções), em articulação com o serviço de ORL, onde trabalhei anteriormente.

Para este último estágio, defini como objetivo geral: “Promover a melhoria de cuidados no acompanhamento à pessoa laringectomizada e família em ambulatório.”

As intervenções de enfermagem no HDO são inúmeras e vão desde o acolhimento da pessoa ao serviço pela 1ª vez, à administração de terapêutica e vigilância contínua, passando pela realização de consultas não programadas essencialmente para controlo de sintomatologia, pelo estabelecimento de uma relação de ajuda enfermeiro-doente-família e pela articulação permanente com outros técnicos da equipa multiprofissional. Para além destes aspetos, a equipa de enfermagem do HDO disponibiliza uma linha telefónica de apoio aos doentes no domicílio, que funciona entre as 8h e as 16h, com o objetivo de esclarecimento de dúvidas, controlo de sintomatologia, articulação com a equipa multiprofissional e resolução de outras eventuais questões ao alcance da equipa.

A realização deste estágio decorreu no período entre 12 de dezembro de 2011 e 13 de fevereiro de 2012, num total de 28 turnos. A Enfermeira Chefe do serviço, enfermeira especialista, com uma significativa formação e uma vasta experiência na área da enfermagem em oncologia, foi a orientadora deste percurso final.

De seguida descreverei as atividades realizadas e respetivos resultados obtidos:

- **Objetivo Específico 1:** Envolver a equipa de enfermagem na aplicação de estratégias de boa prática no acompanhamento à pessoa laringectomizada e família em contexto de HDO.

Numa fase pré-projeto, e quando questionei informalmente os elementos da equipa de enfermagem do HDO acerca dos cuidados à pessoa laringectomizada, os mesmos referiram sentir insegurança no cuidar, justificando tal lacuna com a pouca formação que tinham nesta área. Tendo em consideração tais necessidades de formação, e após explorar, igualmente através de conversas informais, quais os assuntos mais desconhecidos, planeei e realizei uma sessão de informação com o tema “A pessoa laringectomizada: Cuidados de Enfermagem”. Para o planeamento da referida sessão elaborei previamente um plano de sessão que pode ser consultado na parte final do trabalho (Apêndice VII). A sessão teve a duração de aproximadamente uma hora, e, embora tenha planeado utilizar uma metodologia essencialmente expositiva, com espaço para esclarecimento de dúvidas, esta acabou por ser uma formação bastante interativa, com bastantes momentos de discussão de ideias, colocação de dúvidas e verbalização da importância de certos assuntos abordados para a prática de enfermagem. Os diapositivos utilizados na sessão podem ser consultados no Apêndice VIII.

De salientar que todos os elementos da equipa de enfermagem (4 enfermeiros) estiveram presentes na sessão, pelo que posso concluir que a temática era efetivamente do interesse de todos. No final da formação entreguei aos formandos um questionário de avaliação da mesma (Apêndice IX). Da análise deste questionário, destaco que 75% dos formandos encarou a pertinência dos conteúdos abordados com a máxima pontuação (5, numa escala de 0 a 5), enquanto 100% consideraram a estrutura do seu conteúdo com a pontuação máxima (5), tendo a avaliação geral da formação sido distribuída nas duas melhores pontuações existentes (4 e 5). Um aspeto que também foi do meu agrado foi o facto de 100% dos enfermeiros terem classificado com pontuação máxima (“5 - Pleno”) o item “Domínio do tema pelo formador”. Este momento de reflexão e partilha de conhecimentos e experiências permitiu-me desenvolver competências a nível do “desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, nomeadamente responsabilizando-me por ser “facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (OE, 2009, p.19)

Através do questionamento e discussão com os colegas acerca da temática e do seu feedback, conclui-se que houve interesse por parte dos mesmos, tendo apreendido teoricamente os conteúdos e as técnicas demonstradas. No entanto, não foi possível avaliar os efeitos da formação na prática dos cuidados, já que durante o tempo de estágio não houve pessoas laringectomizadas em tratamento, conforme será relatado adiante.

Ainda no decorrer da sessão e com a finalidade de sensibilizar a equipa de enfermagem para esta temática, após sugestão e respetiva aprovação da mesma, foi elaborado um *dossier* contendo informação relevante na área da pessoa laringectomizada (particularmente artigos científicos e normas/ procedimentos frequentes). Este *dossier* foi apresentado aos enfermeiros e colocado à disposição para consulta no serviço, contribuindo desta forma “para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada” (OE, 2009, p.19). Considero, com as estratégias utilizadas, ter atingido o objetivo que me propus nesta fase.

- **Objetivo Específico 2:** Aplicar estratégias aprendidas anteriormente no acompanhamento à pessoa laringectomizada e família em contexto de HDO.

Por uma questão de reestruturação funcional do centro hospitalar, a Oncologia Médica do Hospital de Dia Oncológico desta instituição não está de momento a receber doentes de primeira vez, o que se refletiu no número diminuto de pessoas

laringectomizadas durante o período de estágio. Das três pessoas seguidas atualmente no HDO, duas delas encontravam-se internadas e uma terminou quimioterapia durante este período. No entanto, e devido ao meu interesse em acompanhar estas pessoas, considero ter estabelecido relações privilegiadas com os familiares de referência de duas destas três pessoas, que me contactaram e procuraram várias vezes no serviço, quer para articulação com outros profissionais de saúde (nestes casos, o médico assistente, a equipa de enfermagem dos cuidados paliativos e a assistente social), quer para controlo sintomático da dor e esclarecimento de dúvidas. Dada esta aproximação, senti-me impulsionada a realizar algumas visitas às duas pessoas que se encontravam internadas, tendo recebido um feedback bastante positivo por parte das mesmas, o que me conduziu a realizar uma reflexão orientada pelo Ciclo Reflexivo de Gibbs (Apêndice X).

- **Objetivo Específico 3:** Elaborar projeto de implementação de “Consulta de Enfermagem de Follow-Up à Pessoa Laringectomizada” a implementar no serviço de Otorrinolaringologia do Hospital C;

Numa fase inicial, tinha sido pensada a elaboração de um plano de implementação de uma consulta de enfermagem à pessoa laringectomizada no Hospital de Dia Oncológico, tendo em conta que grande parte das pessoas laringectomizadas passa a ser seguida pela Oncologia Médica desta instituição. Contudo, e como já referido anteriormente, ao longo destes meses verificaram-se mudanças a nível organizacional que deixaram antever (e constatar) uma diminuição do seguimento dos doentes desta especialidade na instituição em causa. Perante esta realidade, considerando que seria importante que as pessoas laringectomizadas tivessem um acompanhamento especializado e uniformizado e tendo eu um conhecimento prévio do funcionamento do serviço de ORL e relações próximas com a chefia e equipa multiprofissional, por ter sido o serviço onde trabalhei anteriormente, após concordância da enfermeira chefe do HDO, reuni-me com a enfermeira chefe do serviço de ORL e expus-lhe o meu interesse em desenvolver o projeto em parceria com este serviço, propondo a implementação da consulta de enfermagem de follow-up neste serviço.

Esta consulta surge pelas necessidades já referidas no capítulo da identificação da problemática de partida, com o objetivo de assegurar um acompanhamento adequado à

pessoa laringectomizada e sua família no seu processo de readaptação funcional, após a alta hospitalar, e assim promover o autocuidado, satisfazendo as suas necessidades.

Após o parecer favorável da equipa de ORL (atestado pela Sr.^a Enfermeira Chefe e por um dos médicos responsáveis pela cirurgia de cabeça e pescoço), foram várias as reuniões realizadas com as chefias de ambos os serviços (cujos objetivos e conclusões podem ser consultados em Apêndice XI), com vista à elaboração do plano da Consulta de Enfermagem. Este plano (Apêndice XII) foi realizado de acordo com as necessidades das pessoas laringectomizadas e família após a alta, identificadas na realização dos vários estágios anteriores e de acordo com a bibliografia, associadas às necessidades expressas através de conversas informais pela equipa de enfermagem do serviço de otorrinolaringologia. O “plano da consulta de enfermagem de follow-up à pessoa laringectomizada” encontra-se dividido nos seguintes capítulos: 1) fundamentação teórica relevante para a temática, 2) plano da consulta propriamente dito, onde constam, entre outros aspetos, o propósito, objetivos, destinatários, responsáveis, frequência e descrição de atividades; 3) recursos necessários para a implementação da consulta.

Para o registo da consulta, foi elaborado um instrumento segundo a terminologia CIPE versão 2.0, baseando-me igualmente no impresso consultado no local de estágio do Hospital B. Este impresso contempla a avaliação inicial, o diagnóstico de enfermagem e a intervenção de enfermagem. A avaliação final está prevista mediante o encerramento dos diagnósticos levantados e/ou realização de registos em notas de enfermagem.

A elaboração deste plano de consulta foi deveras complexa, quer na definição dos objetivos e atividades de enfermagem previstas para cada consulta, quer na escolha e na elaboração dos diagnósticos e intervenções de enfermagem com a terminologia CIPE, a introduzir no impresso de registo da mesma. Porém, com a ajuda da orientadora e da Enfermeira Chefe do serviço de ORL considero ter atingido o objetivo que me propus. Relativamente à sua importância, considero que, tal como referi anteriormente, a utilização de um instrumento de registo único, com uma terminologia universal e simplificada é facilitadora da prática de enfermagem, padronizando-se a linguagem para diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, favorecendo-se simultaneamente a análise crítica, a avaliação de atividades desenvolvidas, o planeamento de atividades e assegurando-se a continuidade dos serviços de Enfermagem (Cordeiro & Rodrigues, 2007, p.16).

Esta atividade foi talvez a que mais me permitiu desenvolver-me enquanto enfermeira especialista, considerando que de certa forma a sua realização abrangeu todas as competências que me propus desenvolver, principalmente no domínio da responsabilidade profissional, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens (OE, 2009, p.14-18).

- **Objetivo Específico 4:** Promover a continuidade de cuidados à pessoa laringectomizada após a alta;

Tendo em conta o que foi referido na problemática acerca da pouca articulação entre os serviços de ORL e HDO do Hospital C e porque o êxito do processo de reabilitação do doente passa pela clareza, fluência e sistematização da informação entre os profissionais de saúde, possibilitando uma visão holística das necessidades daquele (Lopes e Pereira, 2005, p.17), surgiu a necessidade da elaboração de um documento que orientasse a prática de enfermagem com vista a uma efetiva comunicação entre estes dois serviços.

Segundo o Programa de Pós Graduação em Enfermagem Oncológica (EONS, 2005), os enfermeiros especialistas em Oncologia devem ser responsáveis pela sua prática, proporcionando uma assistência que se centre no paciente, tendo consciência da importância do seu papel no centro da equipa multiprofissional e trabalhando constantemente em parceria com a mesma. Desta forma, é fulcral que a continuidade de cuidados seja uma realidade, havendo comunicação permanente entre todos os profissionais de saúde que rodeiam a pessoa e família.

Com o objetivo de promover a continuidade de cuidados à pessoa laringectomizada/família e garantir a comunicação interprofissional, foi então elaborado um protocolo de articulação para a prática de enfermagem entre o serviço de ORL e o HDO, conforme pode ser consultado no Apêndice XIII. Este documento foi elaborado com a colaboração das chefias de enfermagem de ambos os serviços e consiste numa lista com as atividades de enfermagem previstas para ambos os serviços, de acordo com aspetos considerados relevantes para a adequada comunicação entre os profissionais dos mesmos, tendo em vista a prestação de cuidados de qualidade. Devo revelar que a construção deste documento não foi uma tarefa simples, uma vez que não encontrei qualquer documento deste género publicado que me pudesse orientar. No entanto, a notável cooperação das Sr.ªs Enfermeiras Chefe traduziu-se numa mais-valia. Este

documento foi apresentado aos elementos da equipa de enfermagem de ambos os serviços, tendo sido reformulado de acordo com os pareceres de todos.

Outro aspeto que me pareceu pertinente evocar, foi a existência do “Boletim do Laringectomizado”, documento que já tinha sido elaborado numa fase anterior a este projeto por um grupo de trabalho no qual eu me incluí, que tem por objetivo permitir a articulação e comunicação entre os vários profissionais de saúde que prestam cuidados à pessoa laringectomizada. Este boletim encontra-se atualmente na direção de enfermagem deste hospital, aguardando-se autorização para a sua efetiva aplicação. Com a aprovação da chefia de ORL, e indo ao encontro do que anteriormente se preconizou com a elaboração do Boletim do Laringectomizado, a utilização e preenchimento do mesmo faz parte de um dos critérios do protocolo de articulação, sendo importante para a transmissão de informação entre todos os profissionais de saúde que cuidam a pessoa laringectomizada. Assim, e nesta situação específica, sempre que um enfermeiro ou outro profissional (quer de ORL, quer de HDO) execute alguma intervenção relevante ou considere importante a transmissão de informação, deverá preencher o boletim, que, preferencialmente, acompanhará sempre a pessoa laringectomizada.

Numa fase de pré-projeto tinha-me proposto a fazer as solicitações de autorização institucional para a implementação da consulta e protocolo de articulação entre os dois serviços nesta etapa. Todavia, a receção do projeto pela parte do serviço de ORL foi francamente positiva, tendo sido manifestado interesse, por parte da enfermeira chefe do mesmo, na inclusão deste trabalho num projeto que a equipa posteriormente se propôs desenvolver (e que pretende abordar o acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada desde a fase pré-operatória até ao acompanhamento pós alta), pelo que nos fez mais sentido aguardar pela conclusão do referido projeto.

Foi ainda abordada em reunião a possibilidade da criação de um espaço de atendimento à pessoa laringectomizada no Hospital de Dia Oncológico, tendo ficado já definido o grupo de trabalho para a concretização desse objetivo.

Porque a enfermagem carece da cooperação entre os profissionais (Lopes, 2006, 79), é essencial envolvê-los nos projetos que visam a melhoria da qualidade dos cuidados. Tanto através de reuniões programadas, como através de momentos mais informais, considero ter conseguido envolver e sensibilizar os enfermeiros do HDO para a importância da nossa atuação no acompanhamento da pessoa laringectomizada/família.

Com a realização deste estágio e através das atividades anteriormente descritas, penso ter atingido o objetivo proposto, desenvolvendo e aplicando as competências de enfermeira especialista previstas pela OE (2009, p.15-18): “Reconhece quando negociar ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde” e “Utiliza recursos de forma eficiente para promover a qualidade”. Considero ter aplicado igualmente a competência proposta pela EONS (2005, p.18) “Priorizar os problemas de saúde e (...) referir o paciente a um serviço especializado”, demonstrando competências na utilização de estratégias e intervenções de apoio a pessoas com necessidades complexas (EONS, 2005, p.20).

3.2. Limitações

Fazendo uma retrospectiva nesta fase do projeto, surgem naturalmente as limitações e dificuldades encontradas durante todo o percurso decorrido. O primeiro obstáculo com que me deparei foi quando, ainda a exercer funções no serviço de ORL, e já depois de ter emergido a problemática e ter iniciado a elaboração deste projeto, surgiu a oportunidade de ser transferida para o HDO da mesma instituição. Considerando a superação das minhas expectativas pessoais com a realização do percurso académico até então e após ter refletido no que pretendia para o meu futuro profissional, aceitei o desafio de ir trabalhar para um serviço onde ainda tanto há para desenvolver e onde é exigida uma disponibilidade, um sentido de humanidade e um empenho profissional imensos. Obviamente, esta decisão teve um enorme impacto a vários níveis no arranque do projeto, o que, com a inestimável ajuda da Professora Orientadora e das Enfermeiras Chefe dos serviços em questão, se ultrapassou, dando lugar a um projeto ainda mais ambicioso. Por outro lado, a minha experiência profissional de 7 anos a cuidar pessoas a vivenciar situações de laringectomia total acabou por constituir-se como uma mais-valia neste serviço de HDO onde a experiência dos enfermeiros nestas situações é inferior, permitindo-me partilhar a minha experiência e saberes anteriores e adquiridos com este processo académico, de forma a promover a melhoria de qualidade de cuidados a estas pessoas e suas famílias.

Um outro aspeto que considerei ter sido uma desvantagem foi o facto de não ter sido possível a orientação por um enfermeiro com a especialidade em Enfermagem de Médico-Cirúrgica em todos os campos de estágio, uma vez que senti algum comprometimento na compreensão do meu papel nos serviços e talvez até um certo desconhecimento acerca das minhas necessidades de aprendizagem.

Ponderando os objetivos e a abrangência deste projeto, e tendo em conta que a mudança na prática de cuidados é algo de muito complexo, considerei uma dificuldade o tempo previsto para a consecução do mesmo, na medida em que foi escasso.

Por fim, ao considerar o deficiente conhecimento prévio que possuía acerca dos serviços onde estagiei, confirmo que este constituiu também um contratempo, que fez com que tivesse de diminuir um período de estágio, pedindo alteração para um novo local.

4. QUESTÕES ÉTICAS

No decorrer deste processo, foi inevitável recordar que os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos, de acordo com os princípios da ética, devendo assegurar que os doentes recebam informação adequada (ICN, 2006, p.2). Admitindo isto, optei por iniciar todos os contactos com as pessoas apresentando-me adequadamente, referindo ser estudante, expondo os meus objetivos e pedindo o consentimento informado para lhes prestar cuidados, respeitando desta forma o *dever de informação* previsto no artigo 84º do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009).

Para o desenvolvimento do projeto foi solicitada a aprovação da Direção e Chefias de Enfermagem e dado a conhecer aos enfermeiros de cada local de estágio quais os objetivos e as estratégias para esse local. Durante grande parte deste percurso fui observadora e prestadora de cuidados, fazendo ao longo dos estágios anotações das necessidades das pessoas e das intervenções de enfermagem. De forma a facilitar o registo sistemático das necessidades dos doentes e das intervenções de enfermagem, construí e utilizei uma *check-list* de observação, fazendo por respeitar a confidencialidade das informações e dos cuidados prestados, de acordo com o Cód. Deont. Enf. (OE, 2009).

Fazendo parte dos meus intuitos agir pelo interesse da pessoa durante os cuidados, maximizando o benefício e minimizando o prejuízo, considerei sempre que possível o princípio da beneficência e da não maleficência, ou seja, agi garantindo que fossem atendidos os interesses importantes e legítimos dos indivíduos e, simultaneamente, evitados danos (Beauchamp & Childress, 2001). Pelo teor dos meus objetivos, mantive o respeito pelo princípio da fidelidade⁷, estabelecendo confiança com as pessoas laringectomizadas e seus familiares, enquanto valorizava as suas opiniões e escolhas. No decorrer das consultas, assumi o dever da humanização dos cuidados, dando “atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”, trabalhando em articulação com os restantes profissionais (OE, 2009).

Em suma, considero que procurei orientar a minha prática pelos princípios da ética, cumprindo as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, considerando ininterruptamente o respeito pela liberdade e dignidade da pessoa (OE, 2009).

⁷ Beauchamp & Childress (2001, p.312) sugerem o princípio da fidelidade como um princípio da Bioética, que envolve manter uma promessa de confiança entre o profissional e o doente.

5. IMPLICAÇÕES DO PROJETO DESENVOLVIDO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

O projeto até aqui desenvolvido foi facilitador de mudanças a vários níveis, pelo que destaco em primeiro lugar as mudanças a nível pessoal, nomeadamente a aquisição de conhecimento, o desenvolvimento e aplicação de competências, com conseqüente benefício para a prática, demonstrando o papel do enfermeiro especialista. O facto de ter conseguido uma multiplicidade de experiências, ao ter acompanhado a pessoa laringectomizada em todos os contextos possíveis a nível hospitalar (em contexto de ambulatório no pós-operatório imediato e no pós-operatório tardio e sob tratamento com quimioterapia, em contexto de internamento e em regime de ambulatório), foi facilitador de um conhecimento abrangente a nível das necessidades da pessoa laringectomizada e sua família, permitindo-me prever e planear os cuidados de enfermagem em vários contextos distintos, com vista a um nível máximo de autocuidado da pessoa.

Por parte dos profissionais de saúde com quem contactei, foi notável a receptividade de todo o projeto, passando a falar-se sobre a pessoa laringectomizada com mais conhecimento, o que transmite maior confiança e pode garantir maior qualidade e ganhos em saúde. A implementação de uma prática fundamentada e estruturada de acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada e família foi igualmente objeto de grande receptividade por parte da equipa de enfermeiros do hospital onde trabalho: tal como foi referido anteriormente, a apresentação dos objetivos e elaboração deste projeto fomentou, na equipa de enfermagem do ORL da instituição em causa, a ambição para o desenvolvimento de um projeto mais abrangente, que visa o acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada desde o período pré-operatório, e onde se prevê que este projeto seja incluído. Neste momento, existe já uma equipa de enfermeiros a desenvolver o referido projeto, com a qual me dispus a colaborar.

Relativamente às pessoas laringectomizadas e suas famílias, considero ter prestado e ter contribuído para a prestação de cuidados de qualidade, ao ter melhorado os meus conhecimentos, desenvolvido competências, ter sido facilitadora de aprendizagem e envolvido a equipa de enfermagem e promovendo a continuidade de cuidados, o que terá conseqüências positivas na minha prática de enfermagem. Com a elaboração deste projeto e respetivos objetivos atingidos, espera-se a garantia de uma boa prática de

cuidados de enfermagem relativamente ao acompanhamento da pessoa laringectomizada e sua família, com vista à promoção do seu autocuidado e à adequada readaptação à sua nova condição. Prevê-se igualmente ir ao encontro do que a OE (2002) divulga: uma efetiva continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem, com o máximo de aproveitamento dos recursos da comunidade e o ensino, instrução e treino da pessoa sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional. Embora já grandes progressos tenham sido alcançados, considero porém que ainda há uma longa caminhada a percorrer.

Por fim, tendo em conta a escassa literatura encontrada sobre a temática da pessoa laringectomizada, faz sentido afirmar que se torna emergente o desenvolvimento de investigação na área de enfermagem oncológica, centrada na melhoria da qualidade de vida, e assim melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta perspetiva é também uma orientação da *European Oncology Nursing Society* (2005), que propõe no seu plano estratégico de intervenção o apoio e desenvolvimento de iniciativas no sentido de promover a investigação e educação dos enfermeiros, no sentido de fomentar uma prática de excelência.

Considero que muitos desafios emergem ainda nesta área bem como a oportunidade de desenvolvermos as competências clínicas e interpessoais que nos distinguem, sempre tendo como objetivo a pessoa com doença oncológica.

6. CONCLUSÃO

Elaborar este relatório permitiu-me fazer a análise e reflexão sobre o percurso até aqui desenvolvido, sobre as mudanças ocorridas e as competências desenvolvidas.

A realização deste projeto constituiu o culminar de um ano e meio repleto de grandes aprendizagens teóricas e práticas. Constituiu, acima de tudo, a possibilidade de ver traduzidos na prática todos os conhecimentos obtidos, bem como a sua mobilização num verdadeiro contexto de enfermagem em oncologia. Considero a experiência vivida como única, de uma riqueza ímpar, que me fortaleceu e desenvolveu não só como profissional, mas também ao nível pessoal.

Como referi anteriormente, iniciei este estágio com vários receios e um sentimento de responsabilidade acrescida pelo facto de me encontrar num percurso de especialidade em enfermagem oncológica. No entanto, a relação de proximidade com as pessoas, as relações estabelecidas com todos os profissionais de saúde com que me cruzei e a sensação de apoio constante, contribuíram para que rapidamente todas as minhas perturbações e apreensões se desvanecessem.

Procurei, em todos os momentos, adquirir conhecimentos, o *saber-saber*, capacidades práticas, o *saber-fazer*, e adequar as atitudes e comportamentos, o *saber-ser*, pelo que considero ter conseguido transmitir uma representação positiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, perspetivando-me agora como enfermeira especialista.

Encontro-me agora perante um caminho novo, inesperado e longo, impulsionada pela vontade de continuar alguns aspetos deste projeto, que se constituirá doravante como profissional, e melhorar a minha prática. Conforme preconizado pela EONS (2005), perspetivo continuar a desenvolver e enriquecer o conhecimento, as habilidades e destrezas para a prática de enfermagem oncológica e utilizar estratégias e intervenções de apoio adequadas a pessoas com necessidades complexas, com vista à prestação de cuidados de enfermagem de suporte e holísticos.

Termino esta análise com a convicção de que atingi os objetivos propostos, contribuindo para interiorização da importância do papel do enfermeiro especialista no acompanhamento à pessoa laringectomizada e sua família.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agrawal, N. & Goldenberg, D. (2008). Primary and salvage total laryngectomy. *Otolaryngol. Clinics of North America*, 41, 771–780.

Alarcão, I. (2001, maio). Formação reflexiva. *Revista Referência*, 6, 55-59. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

Arcuri, A. *et al.* (2007, jun). Riscos ocupacionais para o câncer de laringe: um estudo caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (6). Rio de Janeiro. ISSN 0102-311X. Acedido em março 21, 2012, em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2007000600022&script=sci_arttext

Assunção, A. (2004). Cuidados de enfermagem ao doente submetido a cirurgia. In M. E. Bilro & A.G. Cruz (coord.), *Enfermagem Oncológica*, 64-65. Coimbra: Formasau.

Bale, S. *et al.* (2005). Improving patient care and quality of life after laryngectomy/glossectomy. In *British Journal of Nursing*, 14 (12), 634-640. ISSN: 0966-0461.

Barbeira, C. *et al.* (2002). O comportamento dos laringectomizados frente à imagem corporal. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (3), 333-339.

Barbosa, L. *et al.* (2004, jun.). Repercussões psicossociais em pacientes submetidos a laringectomia total por câncer de laringe: um estudo clínico-qualitativo. *Revista SBPH*, 7 (1). Rio de Janeiro. ISSN: 1516-0858.

Barbosa, L. N. F. & Francisco, A. L. (2011, abril). Paciente laringectomizado total: perspectivas para a ação clínica do psicólogo. *Paidéiajan*, 21 (48), 73-81. Acedido em abril 17, 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n48/a09v21n48.pdf>

Beauchamp T. L. & Childress J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5ª ed.). New York: Oxford University Press.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na Prática de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8435-97.

Boer, M. F.; Brink, J.; Hop, W. C. F.; Moorman, P. W.; Pruyn, J. F. A. & Verwoerd, C. D. A. (2006, dezembro). Quality of life during the first 3 months following discharge after surgery

for head and neck cancer: Prospective evaluation. *The Journal of Otolaryngology*, 35(6), 395-403.

Bressler, C. (1997). Post-operative care of the laryngectomy patient. *Perspectives*, 7, 2 (1), 5-7.

Briga, S. (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspetivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Brito, M. A. & Campos, M. J. (2009). "O que fica diferente" para a família com a integração de uma pessoa dependente no autocuidado. *Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família*, Escola Superior de Enfermagem do Porto, p.100. ISBN: 978-989-96103-2-3.

Bulman, C; Burns, S. & Palmer, A. (1995). *Reflective practice in nursing: The growth of the professional practitioner*. (2ª ed.). Oxford: Blackwell Science.

Burille, A. *et al.* (2008). A importância da família junto ao paciente com câncer hospitalizado. *VII Congresso de Iniciação Científica*. Universidade Federal de Pelotas. Acedido em abril 20, 2012, em:

http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS_01379.pdf

Buzaid, A.; Lima, C. & Maluf, F. (2010). *Mini-Moc, Pocket Book do Manual de Oncologia Clínica do Brasil*, 175-178. Déndrix.

Cabral, I. E. & Freitas, A. A. (2008). O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 12 (1), 84 - 89.

Caldas, A. S. *et al.* (2011). Alterações e avaliação das funções do olfato e do paladar em laringectomizados totais: revisão sistemática. *Jornal Soc. Brasil. Fonoaudiologia.*, 23 (1), 82-88.

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2005). *Eixos de valores em promoção da saúde e educação para a saúde*. Braga: Universidade do Minho. Acedido em abril 18, 2012, em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4647>

Cavaco, A. & Várzea, D. (2010). Contribuição para o estudo de folhetos informativos nas farmácias portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), p.179-186. Acedido em junho 29, 2012, em: <http://www.ensp.unl.pt/>

- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho de Enfermagem (CE) (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Nacional de Enfermeiras (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE/ICNP: versão 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Cordeiro, C. & Rodrigues, M. (2007). CIPE – Um contributo para a enfermagem... ou uma nova maneira de registar? *Sinais Vitais*, 74, p.16.
- DECRETO-LEI nº 161/96, de 4 de setembro. *Diário da República I Série - A*. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. p. 2959 a 2962.
- DECRETO-LEI nº 111/09, de 16 de setembro. *Diário da República*. Aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.
- Dewald, P. (1981). *Psicoterapia: uma abordagem dinâmica*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- European Oncology Nursing Society (2005). *Post Basic Curriculum in Cancer Nursing* (3ª ed). Bruxelas: EONS.
- Ferlay, J.; Parkin, D.M. & Steliarova- Foucher, E. (2010). Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *European Journal of Cancer*, 46, 765-781. ISSN: 0959-8049.
- Ferreira, A. C.; Morais, I. & Seíça, A. (2009). Pessoa ostomizada. *Enfermagem e o Cidadão*, 7 (20), 3. Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros.
- Hashimoto, S. Y. *et al.* (2007). Assistência de enfermagem ao paciente de câncer de cabeça e pescoço. *Prática Hospitalar*, 54, 33-36.
- Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- International Council of Nurses (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva. p. 2. ISBN: 92-95040-41-4. Acedido em fevereiro 2, 2012, em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

Instituto Nacional de Câncer (INCA) / Ministério da Saúde (2001). Carcinoma epidermoide da cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47 (4), 370-375. Acedido em fevereiro 22, 2012, em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v04/pdf/normas.pdf

Kotzé, W. (1998). An anthropological nursing science: nursing accompaniment theory. *Health SA Gesondheid*, 3 (3), 3-14. ISSN 1025-9848. Acedido em fevereiro 22, 2012, em <http://www.hsag.co.za/index.php/HSAG/article/view/296>

Lango, M. N. (2009). Multimodal treatment for head and neck cancer. *Surgical Clinical Nursing*, 89, 43-52. ISSN:10. 0039-6109/08.

Liu, E.H. (2008). Changes of satisfaction with appearance and working status for head and neck tumorous patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1930-1938. ISSN: 1365-2702.

Lopes, C. & Pereira, M. G. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (2ª ed.) Manuais Universitários. Climepsi Editores. ISBN: 972-796-195-9.

Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-6-X.

Machado, J.P. (coord.) (1991). Grande Dicionário da Língua Portuguesa, vol.1. Lisboa: Publicações Alfa. ISBN: 972-42-0318-2.

Martins, L. (2004). Aspectos éticos em oncologia: Cuidados em oncologia - Uma reflexão. In M. E. Bilro & A.G. Cruz (coord.), *Enfermagem Oncológica*, 181-191. Coimbra: Formasau.

Martins, M. C. (2010). *Aliviando o sofrimento: O processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Portugal.

Mathew, E.; Sebastian, P. & Varghese, B. (2009). Treatment outcome in patients undergoing surgery for carcinoma larynx and hypopharynx - a follow-up study. *Acta Oto-Laryngologica*, 129, 1480-1485. ISSN: 00016489.

Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D. & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

Murphy BA, Ridner S., Wells N., Dietrich M. (2007). Quality of life research in head and neck cancer: a review of the current state of the science. *Critical Reviews Oncol./Hematol*, 62(3), 251-67.

National Comprehensive Cancer Network (2006). NCCN practice guidelines in oncology. *Head and neck cancers*, vol. 1. Acedido em julho 21, 2011 em: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/head-and-neck.pdf.

Olias, J. & colaboradores (2004). *Cirurgia da Laringe: Atlas de técnicas cirúrgicas. Guia de dissecação*. Massamá: Circulo Médico. ISBN: 972907197-7.

Oliveira, V. (2009). *Transições de vida em adultos submetidos a laringectomia total: implicações na educação para a saúde*. Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em Educação – Especialização em educação para a saúde. Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Caderno Temático – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) - Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista*, p. 2-18. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 2012. Acedido em março 16, 2012, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

Orem, D. (1993). *Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson Salvat Enfermería. ISBN: 84-458-0092-2.

Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. (5ªed.). St. Louis: Mosby, ISSN 0-8151-6552-8.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). Missouri: Mosby. ISBN 0-323-00864-X.

Organização Mundial de Saúde (2012). *Cancer: Key Facts*. Fact Sheet nº297. Acedido em fevereiro, 23, 2012, em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/>

Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em Oncologia*, (3ª ed.), 587-619. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-12-6.

Pacheco, S. & Cunha, S. (2006). A educação para a saúde nos cuidados de saúde primários: o papel do enfermeiro. *Revista Nursing – Edição Portuguesa*, 21(junho), 19-22. ISSN 0871-6196.

Pedrolo, F. & Zago, M. (2000). A imagem corporal alterada do laringectomizado: resignação com a condição. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 46 (4). Brasil: INCA-Ministério da Saúde p. 407-415. ISSN 0034-7116.

Pinto, M., Silva, L. & Zago, M. (2002). Assistência de enfermagem ao laringectomizado no período pós operatório. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (2), 213-221. Brasil: INCA-Ministério da Saúde. ISSN 0034-7116.

Registo Oncológico Regional Sul - *Incidência Populacional, Registo Oncológico Regional do Sul*. Acedido em julho,15, 2011, em: <http://www.ror-sul.org.pt/indicadores>.

Santoro, A. & Tavares, S. (1999). Consulta de enfermagem geriátrica e gerontológica-uma necessidade. *Acta Paulista de Enfermagem*, 12. ISSN: 0103-2100. Acedido em Julho 15, 2011, em: http://www.unifesp.br/denf/acta/1999/12_1/pdf/art9.pdf.

Santos, E. M. (2009). *A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico. Estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Departamento de didática e tecnologia educativa - Universidade de Aveiro, Portugal.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. [S.l.]: Basic Books. ISBN: 0-465-06878-2

Schön, D. A. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Trad. Roberto Cataldo Costa – Porto Alegre: Artes Medicas Sul.

Seidl, E. & Tróccoli, B. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Teoria e Pesquisa*, 22 (3)

Sigler, B. A. (1989). Nursing care of patients with laryngeal carcinoma. *Semin Oncology Nursing*, 5(3), 160-165. PMID: 2669073. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2669073>

Starmer, H.; Tippett, D. & Webster, K. (2008). Effects of Laryngeal Cancer on Voice and Swallowing. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 41, 793-818.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Bibliografia consultada para aprofundamento dos conhecimentos relativos ao acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada e família.

Bibliografia consultada para aprofundamento dos conhecimentos relativos ao acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada e família.

- Agrawal, N. & Goldenberg, D. (2008). Primary and salvage total laryngectomy. *Otolaryngol Clinics of North América*, 41, 771–780.
- Alto Comissariado da Saúde (2009). *Requisitos para a Prestação de Cuidados em Oncologia*. Acedido em 2010, dezembro, 14, em:
http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/02/requisitos_prestacao_cuidados_do.pdf
- American Cancer Society. (2010). *Oral cavity and oropharyngeal cancer*. American Cancer Society.
- American Cancer Society. (2011). *Laryngeal and hypopharyngeal cancer*. American Cancer Society.
- Amin, M. R. & Belafsky, P. C. (2010). Cough and Swallowing Dysfunction. *Otolaryngol. Clinics of North America*, 43, 35–42.
- Asvadi, I.; Golchin, M. & Parsaie, F. (2000). A comparison of nurse and patient perceptions of chemotherapy treatment stressors. *Cancer Nursing*, 23 (5), 371-374.
- Bale, S.; Brown, M.; Dobbins, M.; Gunson, J.; Ingrams, D. & Neary, M. (2005). Improving patient care and quality of life after laryngectomy/glossectomy. *British Journal of Nursing*, 14 (12), 634-640.
- Barbeira, C. B.; Hannickel, S.; Sawada, N. O. & Zago, M. M. (2002). O comportamento dos laringectomizados frente à imagem corporal. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(3), 333-339.
- Barbosa, L. *et al.* (2004). Repercussões psicossociais em pacientes submetidos a laringectomia total por câncer de laringe: um estudo clínico-qualitativo. *Revista SBPH*, 7 (1), Rio de Janeiro. ISSN: 1516-0858.
- Bardón, J. M.; Beuzón, A. J.; Gago, A. L. & Mayor, G. P. (2009). Communication of needs in laryngectomized patients: Pictorrino ©. *Acta Otorrinolaringol Esp.*, 60 (5), 352-356.

- Becker, G.; Kirste, S.; Meßmer, M. B.; Momm, F. & Thomsen, A. (2011). Xerostomia after radiotherapy in the head & neck area: Long-term observations. *Radiotherapy and Oncology*, 98, 48–50.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.
- Bernhardson, B.; Rutqvist, L. & Tishelman, C. (2009). Taste and smell changes in patients receiving cancer chemotherapy distress: impact on daily life, and self-care strategies. *Cancer Nursing*, 32 (1), 45-54.
- Bjordal, K.; Bower, W. F.; Cheun, S.; Chung, T.; Van Hasselt, C. & Vlantis, A. (2009). Quality of life in head and neck cancer patients after surgical resection: translation into Cantonese and validation of the EORTC QLQ-H&N35. *Acta Oto-Laryngologica*, 129, 779-785.
- Bochi, K.; Garcia, S.; Lima, T. & Oliveira, B. (2008). A importância da orientação de alta hospitalar pelo enfermeiro aos pacientes submetidos às cirurgias de cabeça e pescoço através da utilização do recurso visual: relato de experiência. *Prática Hospitalar*, 10 (55), 109-113.
- Bourhis, J.; Maillard, E.; Maître, A. & Pignon, J. P. (2009). Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): An update on 93 randomised trials and 17,346 patients. *Radiotherapy and Oncology*, 92, 4-14.
- Braud, A. *et al.* (2003). Nurses' Repeat Measurement of Chemotherapy Symptoms. *Cancer Nursing*, 26 (6), 468-475.
- Bressler, C. (1997). Post-operative care of the laryngectomy patient. *Perspectives*, 7, 2 (1), 5-7.
- Briga, S. (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Brink, J. *et al.* (2006). Quality of Life during the First 3 Months Following Discharge after Surgery for Head and Neck cancer: Prospective Evaluation. *The journal of Otolaryngology*, 35 (6), 395-403. ISSN: 0381-6605

- Cabral, I. E. & Freitas, A. A. (2008). O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 12 (1), 84 - 89.
- Cady, J. (2002). Laryngectomy: beyond loss of voice: caring for the patient as a whole. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6 (6), 347-351.
- Caldas, A. S. *et al.* (2011). Alterações e avaliação das funções do olfato e do paladar em laringectomizados totais: revisão sistemática. *Jornal Soc. Brasil. Fonoaudiologia.*, 23 (1), 82-88.
- Calistro, E. R. (2006). *Assistência de enfermagem ao paciente submetido a laringectomia total: uma revisão da literatura*. Monografia apresentada ao Centro Universitário Claretiano de Batatais.
- Carvalho, G. B.; Kowalski, L. P. & Mannarini, L. (2011). Neoplasia localmente avançada de laringe na era da preservação de órgão: qual a melhor estratégia terapêutica? *Onco&*. Acedido em 2012, outubro, 20, em: http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2011/04/p28-35-cabeça-pescoco_Onco.pdf.
- Chiang, C.-C.; Chien, L.; Kao, W.-Y.; Lee, H.-L.; Liou, Y. M.; Wang, D.-Y. (2011). Daily-life physical activity and related factors among patients with cancer receiving chemotherapy in Taiwan. *Cancer Nursing*, 34 (6). 443-452.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conduas do INCA (2001). Carcinoma epidermóide da cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47 (4), 361-76.
- Cordeiro, S. *et al.* (2005). *O cancro e a qualidade de vida: A quimioterápica e outros fármacos no combate ao cancro*. Novartis. ISBN: 972-9119-94-5.
- Cook, I. (2009). Oropharyngeal Dysphagia. *Gastroenterol. Clinics of North America*, 38, 411–431.
- Crozier, E. & Sumer, B. D. (2010). Head and neck cancer. *Medical Clinics of North America*, 94, 1031–1046.
- Davies, N. (2009). Cancer survivorship: living with or beyond cancer. *Cancer Nursing Practice*, 8(7), 29-35. Acedido em 2010, dezembro, 08, em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010412632&site=ehost-live>

- Elackattu, A.; Grillone, G.; Langmore, S. E.; Walsh, M. (2009). Disorders of Swallowing: Palliative Care. *Otolaryngol. Clinics of North America*, 42, pp 87–105.
- Feber, T. (2006). Tracheostomy care for community nurses: basic principles. *British Journal of Community Nursing*, 11 (5), 186-193.
- Ferlay, J.; Parkin, D. M. & Steliarova-Foucher. (2010). Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *European Journal of Cancer*, 46, 7 6 5 –7 8 1.
- Ferrel, B. *et al.* (2003). The Role of Oncology Nursing to Ensure Quality Care for Cancer Survivors: A Report Commissioned by the National Cancer Policy Board and Institute of Medicine. *Oncology Nursing Forum*, 30 (1), E1-E11. Acedido em 2011, dezembro, 13, em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=9423096&site=ehost-live>
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Dissertação de Doutorado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Figueiredo, N.; Guedes, M. T.; Junior, R. & Nascimento, M. (2004). Transpondo a barreira do silêncio e da solidão do cliente laringectomizado através das ações de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 8 (3), 464-469.
- Fontana, G.; Lavorini, F.; Mutolo, D.; Pantaleo, T.; Pistolesi, M & Polli, G. (1999). Coughing in Laryngectomized Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 160, pp 1578–1584.
- Fridriksdottir, N.; Gunnarsdottir, S. & Saevarsdottir, T. (2010). Quality of Life and Symptoms of Anxiety and Depression of Patients Receiving Cancer Chemotherapy. *Cancer Nursing*, 33 (1), 1-10.
- Haddad, R.; Lorch, J. H.; Posner, M. & Wirth, L.J. (2008). Induction chemotherapy in locally advanced head and neck cancer: A new standard of care? *Hematol. Oncol. Clin. North America*, 22, 1155–1163.

- Hashimoto, S. Y.; Magrin, J.; Okane, E. S. & Saconato, R. A. (2007). Assistência de enfermagem ao paciente de câncer de cabeça e pescoço. *Prática Hospitalar*, IX (54), 33-36.
- Hegarty, J. & Noonan, B. (2010). The impact of total laryngectomy: the patient's perspective. *Oncology Nursing Fórum*, 37 (3), 293-301.
- Iseh, K. (2011). Total laryngectomy for laryngeal cancer in a nigerian tertiary health center: prognosis and outcome. *Journal Surgical Technique & Case Report*, 3 (1), 23–30. Acedido em 2011, novembro, 16, em: <http://www.jstcr.org/article.asp?issn=20068808;year=2011;volume=3;issue=1;spage=23;epage=30;aulast=Iseh>
- Kaplan, M. (2006). Cancer Survivorship: Meeting Psychosocial Needs. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(6), 989-992. doi:10.1188/08.CJON.989-992.
- Lango, M. (2009). Multimodal treatment for head and neck cancer. *Surg. Clin. North America*, 89, 43–52.
- Lopes, C. (2011). *Cuidados centrados no doente em oncologia*. Dissertação de mestrado em Enfermagem Oncológica. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Lopes, C.; Pereira, M. G. (2002). *O Doente Oncológico e a sua Família*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-064-2.
- Liu, H-E. (2008). Changes of satisfaction with appearance and working status for head and neck tumour patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1930–1938.
- Martino, R. & Ringash, J. (2008). Evaluation of quality of life and organ function in head and neck squamous cell carcinoma. *Hematol Oncol Clinics of North America*, 22, 1239–1256.
- Mathew, E.; Sebastian, P. & Varghese, B. (2009). Treatment outcome in patients undergoing surgery for carcinoma larynx and hypopharynx - a follow-up study. *Acta Oto-Laryngologica*, 129, 1480-1485. ISSN: 00016489.
- Mayer, D. (2007). Living with cancer: the journey from victim to survivor. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11 (4), 481-482. Acedido em 2011, dezembro, 7, em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009646481&site=e-host-live>

- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing – Development and progress* (4ª ed). Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 0-7817-3673-0. Acedido em maio 14, 2012 em: <http://www.croh-online.com/article/S1040-8428%2806%2900143-0/abstract>.
- National Comprehensive Cancer Network. (2011). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: head and neck cancers*, version 2.2011.
- National Comprehensive Cancer Network (2006). *NCCN practice guidelines in oncology. Head and neck cancers. Vol. 1*. Acedido em 2011, outubro, 21, em: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/head-and-neck.pdf.
- Netter, F. H. (2000). *Atlas de Anatomia Humana*. (2ªed.) Porto Alegre: Artmed.
- Neves, M. M. (2002). *A Representação Social do Cancro: Conhecer para (re)pensar a intervenção educativa*. Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto, 2002. Acedido em 2011, janeiro, 27, em: repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9556/3/4077_TM_01_P.pdf
- Niedzielska, G.; Niedzielski, A. & Toman, D. (2010). Voice after radiotherapy of the larynx carcinoma. *Radiotherapy and Oncology*, 97, 276–280.
- Nurses' Role in Cancer Survivors' Quality of Life. (2008). *Nurse Practitioner*, 31 (7), p. 12. Acedido em 2011, novembro, 16, em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=35608395&site=ehost-live>
- Olias, J. & colaboradores (2004). *Cirurgia da Laringe: Atlas de técnicas cirúrgicas. Guia de dissecação*. Massamá: Circulo Médico. ISBN: 972907197-7.
- Oliveira, F. S. & Zago, M. M. (2003). A experiência do laringectomizado e do familiar em lidar com as consequências da radioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49 (1), 17-25.
- Oliveira, V. (2009). *Transições de vida em adultos submetidos a laringectomia total: implicações na educação para a saúde*. Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em Educação – Especialização em educação para a saúde. Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia.
- Ordem dos Enfermeiros, OE. (2006). Final de vida: VI Seminário do Conselho Jurisdicional. *Ordem dos Enfermeiros*, 20. ISSN 1646-2629

- Pedrolo, F. & Zago, M. (2000). A imagem corporal alterada do laringectomizado: resignação com a condição. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 46 (4). Brasil: INCA-Ministério da Saúde p. 407-415. ISSN 0034-7116.
- Perrenoud, P. (1999). Formar professores em contextos sociais em mudança: Prática reflexiva e participação crítica. *Revista brasileira de Educação*, Set/Out/Nov/Dez (nº 12), 5-21. Acedido em Abril 16, 2012: <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbedu/n12/n12a02.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.
- Pinto, C., Ribeiro, J. L. (2006). A Qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24 (11), 37-56.
- Pinto, M. H. ; Silva, L.S. & Zago, M. M. (2002). Assistência de enfermagem ao laringectomizado no período pós-operatório. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (2), 213-221.
- Porter, S. & Reid, J. (2011). Utility, caller, and patient profile of a novel chemotherapy telephone helpline service within a regional cancer centre in northern Ireland. *Cancer Nursing*, 34 (3), 27-32.
- Rasmussen, D., & Elverdam, B. (2007). Cancer survivors' experience of time: time disruption and time appropriation. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 614-622. Acedido em 2011, dezembro, 12, em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009863437&site=ehost-live>
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Santana, M. E.; Sawada, N. O.; Sonobe, H. M. & Zago, M. M. (2003). A complicação fístula faringocutânea após laringectomia total: uma análise preliminar. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49 (4), 239-244.
- Sawada, N. O. & Zago M. M. *Assistência multiprofissional na reabilitação da comunicação da pessoa laringectomizada*. Ribeirão Preto.
- Sheridan- Leos, N. (2007). A model of chemotherapy education for novice oncology nurses that supports a culture of safety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11 (4), 545-551

- Simões, C. & Simões, J. (2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista Referência*, IIª série (4), 9-23.
- Sociedade Francesa de Acompanhamento e Cuidados Paliativos. (1999). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Loures: Lusociência, p. 77-100. ISBN-156403/00.
- Starmer, H.; Tippett, D. & Webster, K. (2008). Effects of Laryngeal Cancer on Voice and Swallowing. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 41, 793-818.
- Steyn, B. H. (2009). *The laryngectomy patient's need for support groups in a hospital setting: a social work perspective*. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Social Work, University of Stellenbosch.

APÊNDICE II

***Check-List* de registo das necessidades da pessoa laringectomizada/ família e intervenções de enfermagem**

Principais Necessidades da pessoa laringectomizada após a alta e respetivas Intervenções de Enfermagem

Serviço: _____ Fez QT? Data Cirurgia _____

RUAC's	Défice de autocuidado		Sistemas de enfermagem	
		Observações	AE P C TC	Observações
Ar	Tossir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inaloterapia			
	Cuidados c/traqueost.			
	Expectoração			
	Outros			
Alimento	Deglutição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Estado nutricional			
	Alimentação sonda			
	Outros			
Água	Desidratação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sialorreia			
	Edema			
Equilíbrio entre solidão e interação social	Alteração comunicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adaptação comunicação			
	Outros			
Promoção de normalidade	Aceitação doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Auto-imagem			
	Signif. doença p/ família			
	Outros			
Equilíbrio actividade/repouso	Movimento pescoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Deambular			
Prevenção riscos, funcionamento e bem-estar	Risco maceração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Risco úlcera pressão			
	Risco Infecção			
	Gestão reg.terapêutico			

Observações:

Legenda: RUAC's - Requisitos Universais de Auto-Cuidado
 A-E: Apoio-Educação P-C: Parcialmente Compensatório T-C: Totalmente Compensatório (Orem, 1993)

APÊNDICE III

Análise das *Check-List* de registo das necessidades da pessoa laringectomizada/ família e intervenções de enfermagem

Necessidades

Déficite Autocuidado

		ORL H.A	HDO H.A	ORL H. B	M H.A	Total
Ar	Tossir	3	1	0	0	4
	Inaloterapia	0	1	0	0	1
	Cuidados à traqueostomia	9	2	1	0	12
	Expectorar	3	4	0	1	8
	Outros (substituição/manutenção equipa	2	2	1	0	5

Alimento	Deglutição	11	2	1	1	15
	Estado nutricional	0	1	1	1	3
	Alimentação por sonda	4	0	1	1	6
	Outros (Cuidados com orostoma/faringost	3	1	0	0	4

Água	Desidratação	2	1	0	0	3
	Sialorreia	3	1	0	1	5
	Edema	1	0	0	0	1

Equilíbrio Solidão/ interac. social	Alteração comunicação	4	1	2	0	7
	Adaptação comunicação	2	2	1	1	6
	Outros (prótese fonatória)	5	2	0	0	7

Promoção normalidade	Aceitação da doença	0	0	1	1	2
	Auto-imagem	1	0	1	1	3
	Significado da doença p/família	0	0	2	0	2
	Outros	2	2	2	0	6

Equilíbrio Actividade/ Repouso	Movimento muscular do pescoço	0	0	2	0	2
	Movimentar-se	1	1	0	0	2

Prevenção Riscos Funcionamento Bem-estar	Risco maceração	2	1	0	0	3
	Risco Infecção	10	1	1	1	13
	Risco Úlcera Pressão	0	1	0	0	1
	Gestão regime medicamentoso	1	1	2	0	4

	ORL	HDO	ORL H.B	M H.A
Cirurgia <1 ano	9	3	1	1
Cirurgia há >1 e <2 anos	1	2	1	1
Cirurgia >2 anos	6	2	1	0
Total de doentes cuidados	16	7	3	2

Legenda:

ORL H. A - Serviço de internamento e Consulta Externa de Otorrinolaringologia do Hospital A

HDO H. A - Hospital de Dia Oncológico do Hospital A

ORL H. B - Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital B

M H.A - Serviço de Medicina com vertente oncológica do Hospital A

Intervenções Enf.

		ORL H.A	HDO H.A	ORL H.B	M H.A	Total
Ar	Tossir					
	Ensinar sobre técnica de tosse	2	1		1	4
	Instruir sobre técnica de tosse	2	1		1	4
	Treinar sobre técnica de tosse	2	1		1	4
	Incentivar repouso					0
	Inaloterapia					
	Ensinar sobre inaloterapia		1			1
	Instruir sobre inaloterapia		1			1
	Treinar sobre inaloterapia		1			1
	Ensinar prestador de cuidados sobre inaloterapia		1			1
	Cuidados à traqueostomia					
	Executar limpeza cânula traqueal	3	1			4
	Assistir a pessoa no AC à CT	5				5
	Ensinar sobre cuidados com traqueostomia	4	2	1		7
	Instruir sobre cuidados com traqueostomia	4	1			5
	Treinar sobre cuidados com traqueostomia	6	1			7
	Ensinar prestador de cuidados a cuidar da traqueostomia	3	1	1		5
	Expectorar					
	Ensinar sobre hidratação de secreções	3	3			6

Alimento	Deglutição					
	Orientar pessoa para dietista			1		1
	Ensinar pessoa sobre técnica de deglutição	7	2	1		10
	Introduzir dispositivo de alimentação	5				5
	Orientar pessoa para dieta zero	3				3
	Estado nutricional					
	Orientar pessoa para dietista			1	1	2
	Ensinar a pessoa sobre hábitos alimentares	1		1	1	3
	Ensinar prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	2	1			3
	Alimentação por sonda					
	Ensinar técnica de alimentação por sonda	4			2	6
	Instruir técnica de alimentação por sonda	4			1	5
	Treinar técnica de alimentação por sonda	4			1	5
	Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de alimentação por sonda	3			1	4

		ORL H.A	HDO H.A	ORL H. B	M H.A	Total
Água	Desidratação					
	Ensinar sobre prevenção de desidratação	2	1		1	3
	Incentivar ingestão de líquidos	3	1			4
	Ensinar prestador de cuidados sobre prevenção de desidratação	1	1			2
	Edema					
	Ensinar a pessoa sobre técnica de posicionamento		1			1
	Sialorreia					
	Instruir a deglutir a sialorreia	1				1
	Instruir a expelir a sialorreia	2			1	3
Orientar para consulta de ORL	3				3	

Equilíbrio Solidão/ Interação Social	Alteração comunicação					
	Ensinar técnica de comunicação eficaz	2	2	1		5
	Encorajar comunicação de emoções	2	1		1	4
	Escutar a pessoa	4	1	1	1	7
	Adaptação comunicação					
	Promover alternativas de comunicação	2	1	1	1	5
	Incentivar comunicação	1	1	2		4
	Providenciar equipamento adequado	1				1
	Treinar técnica de comunicação eficaz	3	1	1		5

Promoção da normalidade	Aceitação da doença					
	Apoiar a pessoa	2	2	1	1	6
	Facilitar comunicação de emoções	1	2		1	4
	Incentivar o envolvimento da família	1	2		1	4
	Orientar a pessoa para grupos de suporte		2	1		3
	Informar sobre serviços de saúde	3	1			4
	Auto-imagem					
	Apoiar a pessoa	1		2		3
	Elogiar a pessoa	1		1		2
	Incentivar comunicação de emoções	1		2		3
	Orientar a pessoa para grupos de suporte		1			1
	Significado da doença p/ família					
	Instruir família sobre a doença	1	1	1		3
	Facilitar expressão de dificuldades		1	1		2
	Elogiar prestador de cuidados	2	1	1		4
Encorajar expressão de emoções		1	1		2	

Equilíbrio Actividade/ Repouso	Movimento muscular do pescoço					
	Ensinar sobre prevenção de alteração do movimento muscular	1		1		2
	Treinar movimento muscular do pescoço			1		1

		ORL H.A	HDO H.A	ORL H. B	M H.A	Total
Prevenção de Riscos, Funcionamento e Bem-Estar	Risco de maceração					
	Prevenir maceração	1	1			2
	Ensinar sobre prevenção de maceração	2		1		2
	Instruir sobre prevenção da maceração	1				2
	Ensinar uso de equipamento para prevenção da maceração	2				1
	Risco de infeção					
	Executar tratamento de ferida	8	1		1	8
	Ensinar prestador de cuidados sobre tratamento à ferida	4				4
	Treinar prestador de cuidados sobre tratamento à ferida	2				2
	Instruir prestador de cuidados sobre prevenção de infeção	2				2
	Risco Úlcera de Pressão					
	Ensinar sobre prevenção de úlcera de pressão		1			1
	Gestão do Regime terapêutico					
	Ensinar sobre regime medicamentoso			1	1	2
Ensinar o prestador de cuidados sobre regime terapêutico	1	1			2	
Outros	Ensinos sobre QT	2			1	
	Controlo sintomatologia				1	
	Higiene prótese fonatória	3	1			
	Articulação com C. S. Primários	3			1	
	Retirar sonda gástrica	1				

Legenda:

ORL H. A - Serviço de internamento e Consulta Externa de Otorrinolaringologia do Hospital A

HDO H. A - Hospital de Dia Oncológico do Hospital A

ORL H. B - Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital B

M.H.A - Serviço de Medicina com vertente oncológica do Hospital A

APÊNDICE IV

Reflexão sobre a prática na consulta de enfermagem do serviço de ORL do Hospital A

Reflexão sobre a prática, utilizando o Ciclo de Gibbs

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

O Sr. J.F., sexo masculino, raça caucasiana e 54 anos de idade, é solteiro e vive sozinho. Como familiar de referência refere a sua mãe, que reside na mesma localidade. Era pedreiro de profissão e atualmente encontra-se reformado por invalidez, devido à sua história de doença prolongada.

Como antecedentes pessoais, tem hipertensão arterial (medicado com anti-hipertensores), e tem história de hábitos alcoólicos e tabágicos acentuados.

Por Carcinoma Pavimentocelular da base da língua e parede lateral esquerda, com metastização ganglionar cervical diagnosticado em 2003 fez Quimio e Radioterapia neoadjuvante nesse mesmo ano. Em 2004 foi submetido a Esvaziamento Ganglionar Cervical radical à esquerda nesta instituição, tendo-se mantido estável até 2008, altura em que foi diagnosticada recidiva local do pavilhão bucal e teve que reiniciar quimioterapia. Em 2010 apresentou recidiva infra-hióideia abrangendo a laringe e a pele em redor. Recentemente, em julho de 2011 foi submetido a laringectomia total com hemitiroidectomia esquerda e retalho do grande peitoral. O internamento no pós-operatório desta cirurgia foi algo prolongado, devido à não cicatrização completa da sutura cirúrgica, que deu lugar à formação de uma fístula mentoniana.

A situação por mim vivenciada consistiu na 2ª visita do Sr. J. à consulta de enfermagem de ORL após a alta. O doente chegou ao serviço acompanhado pela sua mãe, tendo-me sido apresentado pela enfermeira orientadora, que simultaneamente contextualizou a minha presença na consulta.

A enfermeira deu início à consulta, começando por perguntar ao doente quais as suas necessidades, preocupações e dúvidas. O Sr. J. encolheu os ombros, parecendo querer transmitir, através de gestos rápidos e pouco coordenados, estar a habituar-se à nova condição um dia de cada vez. Por sua vez, a mãe interveio imediatamente, dizendo que a vida de ambos tinha dado uma grande volta desde esta cirurgia, referindo ter-se mudado provisoriamente para a casa do filho devido aos cuidados que este necessitava.

A enfermeira, tranquilamente, explicou que era natural que houvesse grandes alterações nesta fase, quer a nível pessoal, quer a nível familiar, referindo que, gradualmente, ambos se adaptariam e passariam a ter uma “vida normal”. Perante este

discurso calmo e suficientemente esclarecedor, a familiar adotou uma postura mais tranquila e o Sr. J. sorriu, como se confirmasse o que a enfermeira havia comunicado.

De seguida, foi pedido ao doente que demonstrasse a sua capacidade de se autocuidar no que diz respeito à higiene traqueal, o que o fez novamente esboçar um sorriso e começar os cuidados sem aparente dificuldade. Ao observar a independência do doente, participei, valorizando a capacidade de autocuidado que o Sr. J. já possuía.

Quando se destapou o penso da região mentoniana, a fístula pareceu-nos encerrada, pelo que contactámos o médico assistente, que chegou passados uns minutos. Após ter sido feito o teste ao encerramento da fístula através da deglutição de pequenos goles de água, ficou claro que a cicatrização estava completa e foi explicado ao doente que se iria retirar a sonda nasogástrica e poderia reiniciar alimentação por via oral. A satisfação do doente e mãe foi evidente.

A consulta continuou com normalidade, ficando agendada um novo momento de consulta para reavaliação da situação.

2. REFLEXÃO SEGUNDO O CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

A questão que me fez refletir imediatamente neste contacto foi o impacto que uma cirurgia mutilante como a laringectomia total causa em toda a estrutura familiar. De facto, e segundo Abreu *et al* (2002, 17) esta situação “implica mudanças profundas, no plano físico, psicológico e social”, o que inevitavelmente acaba por afetar a família. Oliveira (2009) refere-nos igualmente, que, “tal como o doente, também a família vivencia uma situação de crise onde tem que existir um reajustamento”, uma “redistribuição de papéis, com alterações de responsabilidades e competências”, havendo necessidade de “uma mudança nas rotinas, regras e rituais” a nível familiar. Tendo em conta que “A família e os amigos desempenham um papel primordial na manutenção de um equilíbrio físico e psicológico e assumem por excelência um ponto de apoio.” (Lopes e Pereira, 2005, p.39), é imperativo que a atenção do enfermeiro se vire igualmente para esta estrutura de apoio.

Assim sendo, e analisando a situação vivenciada, a atuação da enfermeira da consulta pareceu-me realmente importante, uma vez que começou por tranquilizar a familiar, ajudando-a a enfrentar o problema para poder lidar com ele. É de facto

importante ajudar os membros da família da pessoa doente a arranjar estratégias de *coping* para lidarem com o problema de modo a voltarem ao seu estado de normalidade.

Por outro lado, o Sr. J. pareceu mais tranquilo, aparentando encontrar-se já adaptado à sua nova condição. Senti, inclusivamente, estar perante uma pessoa em fase de aceitação da situação, o que pude associar a toda a história anterior de doença, que o obrigou a vários internamentos e tratamentos prolongados, podendo ter influenciado positivamente a representação que o mesmo possui sobre a doença. Segundo o modelo de Leventhal (cit. por Ogden, 2004), a representação que a pessoa possui acerca da sua doença influencia o seu ajustamento à mesma, levando-a a, perante um problema, ficar motivada para o resolver e deste modo restabelecer o seu estado normal.

Lopes e Pereira (2005, p.43) referem que “quanto mais adaptado à sua doença estiver o doente, maior facilidade terá em aceitar as recomendações terapêuticas, em desenvolver estilos de vida saudáveis e estratégias para lidar com a situação”. Considerando esta conceção, penso que a forma como a consulta é conduzida é bastante adequada, uma vez que se preconiza o envolvimento da pessoa no autocuidado (Orem, 2001), com o objetivo de esta se tornar o mais autónoma possível e, conseqüentemente se sentir perfeitamente adaptada à atual situação.

Um outro aspeto que emergiu para reflexão foi a importância do reforço positivo. Perante a capacidade de autocuidado demonstrada pelo Sr. J., considerei importante valorizar as suas capacidades, felicitando-o pelas conquistas obtidas. O sentimento que vivenciei foi de satisfação: em primeiro lugar porque o feedback que obtive foi positivo, na medida em que o doente pareceu ainda mais empenhado nos cuidados e a mãe demonstrou tranquilidade e segurança ao verificar a proficiência do filho atestada por profissionais. Em segundo lugar, por ter considerado a minha prestação adequada, indo ao encontro do que a bibliografia nos comunica sobre esta temática: segundo Smeltzer e Bare (2005), ações de enfermagem como “fornecer o reforço positivo dos comportamentos de autocuidado realizados em vez de focalizar os comportamentos que foram negligenciados”, são valiosas na promoção de habilidades de controlo do autocuidado.

Um outro aspeto que destaquei deste contacto foi a verificação de um evento de sucesso: o encerramento da fístula. Poder estar presente neste momento e observar a satisfação do doente, familiar e profissionais de saúde foi muito positivo. O facto de poder iniciar alimentação oral é na verdade uma etapa muito importante na recuperação de uma pessoa laringectomizada. De acordo com Soares & Colaboradores (2005), referenciados

por Oliveira (2009), a nutrição oral promove a readaptação social do laringectomizado, o que efetivamente se pôde constatar através da satisfação demonstrada pela mãe do doente ao receber a notícia.

Por fim, ter tido a oportunidade de, posteriormente, falar com a enfermeira sobre o sucedido foi muito positivo, uma vez que nos permitiu refletir sobre toda esta problemática da envolvência da família nos problemas da pessoa laringectomizada e sobre a importância de cuidar todos os membros daquela unidade, ajudando-os a ultrapassar e resolver os referidos problemas.

Concluindo, considero que esta experiência foi enriquecedora na medida em que me proporcionou refletir sobre a minha prática e a da enfermeira orientadora, com base na literatura pesquisada. Para além disso, permitiu-me igualmente refletir sobre a minha atuação perante uma situação semelhante que possa vir a suceder na minha realidade, que será certamente baseada nos mesmos princípios.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A.; Pinto, I.; Castro, M. & Cardoso, A. (2002). O Cuidar num indivíduo laringectomizado. *Nursing – Formação Contínua em Enfermagem*, 171, p.17-22. Lisboa
- Lopes, C. & Pereira, M. G. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (2ª ed.) Manuais Universitários. Climepsi Editores. ISBN: 972-796-195-9.
- Ogden, Jane (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, V. (2009). *Transições de vida em adultos submetidos a laringectomia total: implicações na educação para a saúde*. Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em Educação – Especialização em educação para a saúde. Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). Missouri: Mosby. ISBN 0-323-00864-X.
- Smeltzer, S. C. & BARE, B. G. (2005). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica: doença crónica* (10ª ed.). Tradução de Brunner, L. S.; Suddarth, D. S. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, p. 154-163.

APÊNDICE V

**Reflexão sobre a prática no serviço HDO do
Hospital A**

Reflexão sobre a prática, utilizando o Ciclo de Gibbs

No decorrer do Ensino Clínico efetuado na Consulta de Enfermagem de Hematologia e Oncologia Médica do Hospital de Dia de Oncologia do Hospital A vivenciei uma experiência que me suscitou uma reflexão aprofundada. Conforme previamente definido nos objetivos do projeto de estágio, a atual reflexão será orientada pelo *Ciclo Reflexivo de Gibbs*.

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

O Sr. Y. recorreu à consulta de Oncologia Médica, acompanhado pela mulher, com queixas de cansaço e anorexia. Trata-se de um homem de 44 anos, casado e com 6 filhos (3 do primeiro casamento, com 22, 23 e 26 anos e 3 do casamento atual - 7, 3 e 1 ano de idade). Tem antecedentes pessoais de hábitos tabágicos e alcoólicos acentuados.

Em agosto de 2008, após queixas de odinofagia, disfagia e tumefação cervical com evolução de 1 ano, é-lhe diagnosticado carcinoma pavimento-celular da hipofaringe (T4, N2, M0) e é submetido, nesta instituição, a Laringectomia Total, com esvaziamento cervical bilateral + exereses de tumor da úvula. Fez Químio-Radioterapia adjuvante entre novembro de 2008 e janeiro de 2009 e, por aparente controlo da doença, parou tratamento, tendo regressado à sua vida normal e retomado o trabalho como construtor civil.

Em dezembro de 2010 é-lhe diagnosticada metastização pulmonar, tendo iniciado quimioterapia paliativa com Carboplatina, FluoroUracilo e Cetuximab, num total de 7 ciclos. Por progressão da doença é encaminhado para a consulta de cuidados paliativos e vigilância na Oncologia Médica em junho de 2011, para controlo sintomático. Entretanto, por ter recorrido à Consulta de Enfermagem e de Oncologia Médica por episódios de dor descontrolada, foi referenciado para a consulta de dor, encontrando-se atualmente em programa de Metadona + Morfina SOS para controlo de algias.

2. REFLEXÃO SEGUNDO O CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

No dia em que o doente recorreu à Consulta de Oncologia Médica acompanhado pela sua mulher, a médica encaminhou-os para a consulta de enfermagem, enquanto não havia vaga no internamento. O Sr. Y apresentava-se bastante emagrecido, com uma grande quantidade de secreções brônquicas e com dor descontrolada. Dado o seu estado geral, e tendo em conta que a Consulta não possui uma estrutura física que permita a permanência confortável do doente e seus familiares, a enfermeira da consulta e eu tentámos providenciar uma cama na Sala de Tratamentos de Hematologia e Oncologia Médica e no serviço de Urgência, sem sucesso. Posto isto, conseguimos uma maca *emprestada* e deitámos o doente no corredor da entrada para a Consulta. E foi ali, no meio do corredor com doentes, visitas, profissionais, mestres-de-obras, etc..., que prestámos cuidados ao doente: puncionámos veia periférica para administração de soroterapia e analgesia, prestámos os cuidados traqueais, realizámos a higiene brônquica, a administração de alimentação por sonda e prestámos cuidados de conforto.

A enfermeira orientadora continuou as consultas de enfermagem no gabinete, enquanto eu permaneci quase toda a tarde no corredor com o doente e família. Comecei por contextualizar a minha presença na instituição, falei na minha experiência prévia com pessoas laringectomizadas e consegui rapidamente sentir um feedback positivo daquela relação que se estabelecera em tão inadequadas condições. O Sr. Y pouco comunicou, mas ao verificar que aliviámos a sua dor, acabando por adormecer tranquilamente, senti-me bastante mais calma. Surgiu então a oportunidade de falar com a mulher que aparentava estar exausta. Quando começámos a conversar, a pessoa bem-disposta e dinâmica que tinha à minha frente antes de o marido adormecer, mudou completamente. Chorou, falou na situação devastadora em que se encontrava, ver o marido num sofrimento que aumentava de dia para dia e ter que manter a boa disposição para não o deixar desistir de lutar. Por outro lado, falou nos filhos pequenos, dizendo ter que fazer um esforço desumano para gerir a informação que lhes transmite acerca do estado de saúde do pai e continuar a dar-lhes atenção no aspeto educacional.

Constatando que havia claramente uma vontade de desabafar todas as suas angústias e medos, demonstrei, tal como determina Lazure (1994), ter tempo para a escutar, deixei-a falar e chorar. De acordo com Lazure (1994, p.16), a escuta permite manifestar à pessoa a importância que tem para o enfermeiro, identificar as suas

emoções, ajudá-la a identificar as suas necessidades e problemas, de modo a elaborar um plano de ação eficaz. Quando senti que a familiar estava mais calma, mencionei a restante família (adulta) e ciclo próximo de amigos como estratégia de apoio nesta fase.

Leininger (1981, 1989) e Watson (1985, 1988), referenciadas por (Figueiredo, 2007, p.56) defendem que a qualidade dos cuidados pode ser melhorada se os enfermeiros se abrirem a dimensões como a espiritualidade e a cultura, integrando os conhecimentos ligados a estas dimensões na prestação de cuidados. Tendo isto em conta, após me certificar das crenças religiosas da senhora, sugeri-lhe que recorresse à espiritualidade como forma de melhorar a capacidade de encarar toda a situação e eventualmente minimizar a angústia.

Quando nos apercebemos, eram 19 horas, a consulta de enfermagem ia fechar e a enfermeira veio informar-nos que o doente iria ser transferido para a urgência até haver vaga na enfermaria (embora fisicamente se mantivesse numa maca no corredor do hospital). O Sr. Y acordou e a sua mulher, a brincar, disse-lhe que iram ter uma noite inédita, pois ela iria ficar com ele a dormir no corredor. Tentando minimizar este impacto, expliquei-lhes que embora o espaço não fosse o mais indicado, todos os cuidados seriam prestados com qualidade, por profissionais muito experientes e competentes, que estariam sempre ali ao lado. Disse-lhes também que assim que possível o doente subiria para a enfermaria, o que não deveria tardar muito a acontecer, e despedi-me.

Poucos dias depois, num turno realizado no serviço de Oncologia Médica da mesma instituição, igualmente contemplado no Ensino Clínico, cruzei-me com a mulher do Sr. Y, que estava de saída do serviço. Assim que me viu, dirigiu-se a mim com um ar triste mas aparentemente confortável por me ver. Comunicou-me que sentia que o fim do seu marido estava próximo, dizendo: "*sinto que a cabeça do meu marido está a dizer ao seu corpo para desistir*". Sem estar à espera de tal testemunho, toquei-lhe no ombro e perguntei-lhe se também era isso que ela sentia e se aceitava a situação, ao que a senhora me respondeu afirmativamente. Aconselhei-a a continuar com a prestação que tinha tido até aqui, mantendo-se próxima do marido, com a boa disposição habitual e, quando saísse do hospital, desabafasse com os seus familiares mais próximos. Agradeceu-me por tudo e foi embora, explicando ter que ir buscar os filhos à escola.

Dirigi-me logo ao quarto do Sr. Y, encontrando-o na cama, prostrado e emagrecido. Quando me viu, esboçou um sorriso. Questionei-o acerca da dor, ao que me respondeu estar controlada, embora mantendo um ar triste e permanecendo muito pouco comunicativo. Após ter partilhado toda esta situação com a enfermeira que me estava a

orientar o ensino clínico, tive a oportunidade de prestar cuidados ao Sr. Y. durante todo o turno.

Ao vivenciar esta situação, foram vários os sentimentos que me abalroaram. O que mais me marcou no primeiro momento de contacto com este doente foi, sem dúvida, o sentimento de impotência por querer agir e não ter meios para tal – estar perante um doente em fim de vida, necessitado de cuidados de conforto junto da sua família e num ambiente tranquilo e não lhe poder facultar o que tão legitimamente merecia, é deveras frustrante.

Considerando que um dos objetivos dos cuidados de enfermagem é preservar a dignidade humana (OE, 2009) constatei que os recursos de apoio foram algo inadequados – a inexistência de um quarto/ enfermaria para poder instalar o doente enquanto aguardava transferência e a impossibilidade da presença permanente de um enfermeiro próximo do doente impediu, de certo modo, uma vigilância apropriada e a prestação de cuidados de qualidade. Porém, tendo em conta que quase tudo foi feito e, na impossibilidade de contornar estes fatores extrínsecos à enfermagem, julgo ter sido um desafio a prestação de cuidados nestas condições e considero que a minha presença foi de certo modo um benefício para o doente/família, pela disponibilidade temporal e emocional que eu possuía.

Por outro lado, foi recompensador ter conseguido aliviar os sintomas, ter a certeza que tratei a pessoa pelo ser humano que ela é e não pela sua doença e ter tido tempo para permanecer com aquela família, desenvolvendo a escuta ativa.

Porque cuidar de uma pessoa implica também cuidar da sua família, considero ter dada a merecida atenção à familiar mais próxima, estabelecendo uma relação de ajuda, empática e dando-lhe espaço para todas as suas manifestações.

“Saber ouvir, estar presente, compreender a dor nas suas mais variadas manifestações e também saber ficar em silêncio são virtudes essenciais para a prática de cuidados humanizados.” (Pacheco, 2006)

O facto de poder partilhar os meus sentimentos, a minha experiência e trocar ideias relativamente ao planeamento de cuidados com a equipa (neste caso as enfermeiras orientadoras) também foi positivo para o nosso percurso.

Em relação ao que poderia ter feito melhor, se fosse no meu contexto de trabalho, tudo iria fazer para assegurar que aquela familiar tivesse apoio da psicologia ou que tivesse a oportunidade de recorrer ao apoio de enfermagem (mesmo que telefonicamente) sempre que sentisse necessidade.

Outro aspeto que posteriormente me fez refletir, foi a minha dificuldade em passar muito tempo com o doente. Contrariamente à atitude que tomei perante a sua mulher, tendo sido capaz de a encarar, conversar com ela, escutá-la e apoiá-la, com o Sr. Y. senti uma certa incapacidade em fazê-lo. Certamente pelo contacto próximo com o seu sofrimento, agravado pelo facto de o doente não comunicar verbalmente e se encontrar demasiado debilitado para utilizar outros métodos de comunicação, associando ainda a minha própria dificuldade interna em lidar com o problema, reconheço não ter sido capaz de ultrapassar a dificuldade de controlar as minhas próprias emoções, tendo permanecido apenas o tempo necessário junto a ele.

Esta situação reporta-me para Lopes & Pereira (2005), ao relatar que “... *para não ser tão afetado, o profissional de saúde tenta manter uma certa distância, diminuir as visitas, responder com frases feitas, conselhos fáceis e autoritários no sentido de tornar a relação o mais profissional possível para que a emoção não se sobreponha ao racional*”.

Sendo a minha prática com doentes paliativos ainda algo deficiente, irei fazer um investimento para conseguir ultrapassar mais facilmente situações como esta, utilizando estratégias de *coping* tais como aprender a lidar com as minhas emoções pessoais, partilhar sentimentos com a equipa e enfrentar a morte como um processo natural, o que considero ser um enorme desafio que exigirá uma reflexão profunda sobre os meus sentimentos em relação a esta etapa da vida da pessoa.

Refletindo sobre esta situação à luz do modelo teórico proposto por Dorothea Orem, posso concluir que os cuidados de enfermagem se inseriram no *sistema totalmente compensatório*, na medida em que envolveram a relação enfermeiro-pessoa incapaz por fazer por si própria (por exemplo, no caso da administração da alimentação), e no *sistema parcialmente compensatório*, nas situações em que houve um envolvimento quer do enfermeiro quer do doente num conjunto de medidas com vista a alcançar os requisitos do autocuidado (como foi, por exemplo, o caso da eliminação).

De uma forma geral, embora agora num contexto paliativo, confirmei mais uma vez que é fundamental que o acompanhamento da pessoa laringectomizada seja feito por um enfermeiro com competência e conhecimentos, que lhe transmita segurança e confiança e lhe preste cuidados de qualidade.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Figueiredo, R. M. (2007). *A pessoa em fim de vida no hospital: Modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem*. Dissertação de candidatura a grau de mestre em Ciências da Enfermagem. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-5-2.
- Lopes, C. & Pereira, M. G. (2005). *O Doente Oncológico e a sua Família*. Lisboa: Climepsi Editores. p. 146. ISBN 972-796-195-9.
- Ordem dos Enfermeiros de Portugal, Código Deontológico do Enfermeiro. (2009). Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, Lisboa, p. 6547 -49.
- Pacheco, S. (2006). A morte no ciclo vital: perspetiva da enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros- VI Seminário de Ética*. Número 20. ISSN 1646-2629. p.31.

APÊNDICE VI

**Reflexão sobre a prática no serviço ORL do
Hospital B**

Reflexão sobre a prática, utilizando o Ciclo de Gibbs

Lista de Siglas

ORL – Otorrinolaringologia

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

O Sr. M.S., sexo masculino, raça caucasiana e 56 anos de idade, é casado e tem um filho e uma filha, de 26 e 28 anos respectivamente, que residem com os pais. Como profissão, é empregado da construção civil e encontra-se atualmente de baixa médica.

Como antecedentes pessoais, tem hipercolesterolemia (atualmente sem cumprir a medicação), história de hábitos alcoólicos e tabágicos acentuados.

Por Neoplasia da Laringe, foi internado neste serviço a 21 de setembro de 2011, tendo sido submetido a Laringectomia Total no dia seguinte. Devido à deiscência e necrose de algumas regiões da sutura cervical, a evolução durante o internamento não foi muito favorável, pelo que, contrariamente ao que é habitual, o Sr. M. teve alta apenas no dia 15 de outubro de 2011.

2. REFLEXÃO SEGUNDO O CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

O doente chegou ao serviço pelo seu pé, acompanhado pela filha. Fui-lhe apresentada pelo enfermeiro de referência, que contextualizou a minha presença na consulta.

Após ter sido apresentado ao doente e familiar o gabinete onde seria realizada a presente consulta, bem como as subseqüentes, sentámo-nos numa mesa redonda e o enfermeiro iniciou a consulta, reforçando o motivo/importância desta consulta de enfermagem e seguindo posteriormente o guião orientador implementado na instituição.

O Sr. M.S. comunica utilizando a fala murmurada, gestualmente ou através da escrita servindo-se de um caderno de notas que traz sempre consigo. Abordado sobre este assunto, transmite estar a adaptar-se bem no processo comunicacional. Ao fazê-lo muito rapidamente, tivemos alguma dificuldade em perceber o que dizia e a filha

imediatamente interveio dizendo “*ele tem muita pressa em falar e quando não se consegue fazer entender fica logo nervoso*” Percebendo esta dificuldade, o enfermeiro reforçou que aquele momento era para ser de descontração e que teríamos todo o tempo para o ouvir. Eu iniciei a minha intervenção dizendo ao doente que devido à prematuridade da sua situação é natural que as pessoas à sua volta ainda não consigam compreender imediatamente o que quer expressar, sugerindo algumas técnicas para aperfeiçoar a comunicação.

Quando questionado acerca da sua maior preocupação neste momento, o Sr. M. referiu sem hesitar a dor não controlada, que classificou como 9-10 na escala numérica da dor, a nível da hemiface esquerda e mais intensa ao acordar. À observação, o doente efetivamente apresenta edema, tumefação e rubor daquela região. Questionado acerca da analgesia, referiu fazer duas tomas diárias de 1 grama de Paracetamol.

Foi registada esta alteração na folha de registos da consulta, enquanto foi explicada a etiologia do edema e sugeridas alternativas com vista à diminuição do edema e conseqüentemente da dor, tais como dormir com a cabeceira elevada. Foi também abordada uma melhor gestão do regime terapêutico, aconselhando a pessoa a alterar o horário de administração e aumentar a frequência das tomas do referido analgésico. Estando manifestamente comprovado que a analgesia não era eficaz, falou-se na possibilidade de melhorar o controlo sintomático da dor, através da articulação com o médico para reformulação da prescrição analgésica.

Em relação à alimentação, o doente tem uma sonda de PEG (gastrostomia percutânea endoscópica) desde a data da cirurgia, por onde tem sido alimentado 4 vezes por dia pela filha. O peso do Sr. M. foi avaliado e mantém-se igual ao da data de alta. Porém, quando abordada a questão da alimentação, tanto o doente como a filha adotaram uma postura de preocupação e insatisfação. Na altura da alta tinha sido feito o treino de deglutição e, como não se observaram alterações, o médico disse ao doente que poderia ingerir líquidos oralmente. Contudo, o Sr. M. refere ter-se engasgado com líquidos, o que lhe provocou uma dor intensa e conseqüentemente o levou à desmotivação nesta questão. O doente encolhe os ombros e comunica sentir-se sem esperanças em voltar a alimentar-se por via oral.

Foi-lhe explicado que nesta fase de laringectomia recente, é normal que o reflexo de deglutição não seja completamente eficaz e que só com o treino periódico a pessoa retomará as suas capacidades de deglutição com eficácia. Contudo, para facilitar este processo, o enfermeiro tranquilizou o doente, comprometendo-se a falar com o médico e

sugerir a introdução de um espessante alimentar para que se o doente não se voltasse a engasgar e desta forma tornar mais fácil a deglutição.

Neste momento, a filha referiu que o pai não poderia continuar sem ganhar peso, uma vez que já teria perdido 15Kg desde a altura do diagnóstico. Foi questionada a adaptação à alimentação por sonda gástrica, ao que a filha do doente respondeu só ela ser capaz de realizar este procedimento: *“o meu pai não tem força nas mãos para manusear a seringa, o meu irmão só chega a casa à noite, a minha mãe ainda não se conseguiu aproximar de tudo isto e embora eu consiga sair do trabalho à hora do almoço não consigo estar em casa vezes suficientes para lhe dar todas as refeições que ele precisa”*. Sabendo de antemão que o hospital dispõe de serviço de nutrição, com o qual o serviço de ORL articula frequentemente, sugeri o encaminhamento da pessoa para a nutricionista, explicando a vantagem em seguirem um esquema nutricional adequado.

Questionado acerca dos cuidados à cânula traqueal, o Sr. M., com aparente satisfação, comunicou ser totalmente independente nos mesmos. Por outro lado, a sua filha demonstrou algum desconforto, dizendo: *“só ele é que trata daquilo, mas fá-lo muito bem”*. À observação, a cânula parecia efetivamente bem higienizada, embora tenha havido uma situação que me chamou à atenção: o doente encontrava-se sem qualquer proteção anterior à cânula. Perguntei-lhe se se tinha esquecido de colocar o lenço ou compressa, tendo-me respondido que não gostava de usar qualquer proteção. Mais uma vez, foram efetuados ensinamentos, tendo sido reforçada a importância da utilização de um filtro, não só para a prevenção de complicações como para melhoria da autoimagem.

A consulta foi decorrendo naturalmente, sempre num clima empático e de troca de experiências e sugestões. Ao longo da consulta foram abordados todos os aspetos presentes no impresso da consulta, avaliando-se e validando-se permanentemente a informação fornecida durante o internamento.

No final da consulta, o enfermeiro de referência pediu à pessoa e seu familiar que aguardassem no gabinete enquanto nós iríamos tentar resolver as situações pendentes. Reunimos com o médico, que concordou com as alternativas que tínhamos sugerido em relação à dor e alimentação: aumentou a analgesia e deu indicação para o doente iniciar dieta pastosa por via oral. Posteriormente contactou-se a farmácia, que enviou o espessante alimentar. Foi também agendada uma consulta de nutrição.

Quando nos voltámos a encontrar com o Sr. M. e sua filha e lhes demos conhecimento das diligências efetuadas, ambos mostraram uma postura de alívio. O facto

de poder tentar ingerir alimentos sólidos deixou o doente francamente satisfeito, tendo escrito: “*afinal sempre vou poder comer o chouriço que tenho lá guardado para o Natal.*”

Ao longo destes anos de experiência em ORL, tenho vindo a refletir sobre a utilidade que uma consulta de enfermagem de Follow-Up teria para a pessoa laringectomizada.

Ter tido a oportunidade de assistir a uma consulta de enfermagem tão bem organizada como a do serviço de ORL foi uma mais-valia. A relação de confiança entre a equipa de enfermagem e o doente/família foi francamente demonstrada.

Durante todo o desenrolar da consulta, tentei criar uma relação empática com a pessoa e família, mostrando-me motivada para escutar e ajudar, dentro do que estava ao meu alcance. Talvez devido ao facto de eu ter demonstrado algum *know-how*, resultado da minha experiência profissional e do estágio anteriormente realizado, senti da parte do enfermeiro um apoio bastante satisfatório, integrando-me na consulta e permitindo-me participar ativamente na mesma, o que provocou em mim um sentimento de pertença. Ter contribuído para dar respostas à pessoa foi igualmente bastante enriquecedor, quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

Nesta situação vivenciada, considero que foram elementos favoráveis:

- O conhecimento prévio, pela minha parte, do funcionamento da consulta de enfermagem e a relação prévia com o enfermeiro que conduziria a mesma;
- A relação previamente estabelecida entre o enfermeiro de referência e a pessoa/familiar;
- A organização da consulta de enfermagem;
- O tempo e espaço disponível, que permitiu que a consulta se desenrolasse num ambiente acolhedor e de confidencialidade, dando espaço para uma efetiva relação empática, expressão de sentimentos e escuta ativa;
- A articulação facilitada entre enfermeiro, médico, nutricionista, farmácia;
- A localização do gabinete de consulta – o facto de esta se realizar no mesmo serviço onde o doente esteve internado, onde faz periodicamente os pensos e onde os médicos dão consultas é facilitador não só para o doente (que se sente num ambiente familiar) mas também para os profissionais, que podem articular-se sem necessidade de processos morosos.
- A minha experiência profissional prévia com estas pessoas, ao permitir que me sentisse confortável a colaborar na consulta.

Por outro lado, o facto de não ter tido a oportunidade de assistir às consultas de enfermagem subsequentes, o que não me permite fazer a avaliação das ações executadas, é considerado por mim um elemento negativo nesta situação.

Perante esta situação, não pude deixar de constatar mais uma vez que, embora tudo se faça no serviço de internamento para que a pessoa recentemente laringectomizada volte rapidamente para o seu meio com o maior grau de independência possível, são muitas ainda as necessidades que esta tem após a alta. Para além das alterações que o próprio doente sofre, a família e pessoas envolvidas encontram-se a passar igualmente por um período de grande dificuldade, ao ser-lhes exigida uma grande capacidade de mudança no estilo de vida e adaptação à nova condição do seu familiar.

A possibilidade de existir um momento em que o doente e família possam partilhar as suas dúvidas, dificuldades e receios com um profissional de saúde, pareceu-me de uma exímia importância. Um esclarecimento, uma informação correta por parte de um profissional, que o doente sabe à partida que tem conhecimentos suficientes para o poder ajudar, é muitas vezes suficiente para tranquilizar a pessoa e desmistificar medos e angústias. (Orem, 1995)

O guião implementado no serviço encontra-se formulado seguindo os pressupostos do sistema de apoio à prática de enfermagem utilizado na instituição e os cuidados foram organizados numa lógica do processo de Enfermagem, indo ao encontro dos desígnios do processo de enfermagem propostos por Orem (1995): Num primeiro momento foi feita uma avaliação da pessoa, em que foram levantados os diagnósticos, essencialmente através da observação e comunicação. Posteriormente, foram planeadas as intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades diagnosticadas. Finalmente, foi prestada a assistência planeada, avaliadas e ajustadas atividades. Para as consultas posteriores, prevê-se que todo este processo se repita, havendo uma continuação de cuidados, avaliando-se o potencial da pessoa para o autocuidado, com o objetivo final de se preparar a pessoa e/ou família para a sua independência.

Considero que a minha participação nesta consulta foi benéfica em termos pessoais e para a pessoa/família. Naturalmente, o facto de me tratar de uma profissional ainda estranha para o doente e familiar em questão, pode ter sido causa de alguma apreensão inicial da parte dos mesmos. Considero que se tivesse a oportunidade de assistir às consultas seguintes, a minha intervenção iria ser certamente mais produtiva.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. (5ªed.). St. Louis: Mosby, ISSN 0-8151-6552-8.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson Salvat Enfermería. ISBN: 84-458-0

APÊNDICE VII

**Plano da sessão de formação realizada no serviço
de HDO do Hospital C**

Tema da sessão: A pessoa laringectomizada: Cuidados de Enfermagem

Duração: 60 minutos

Destinatários: Enfermeiros do Hospital de Dia Oncológico

Objetivo Geral da sessão: No final da sessão, os formandos deverão ser capazes de descrever estratégias de boa prática no acompanhamento à pessoa laringectomizada.

Objetivos específicos:

- ◆ Conhecer a anatomia e fisiologia da laringe, bem como as suas funções;
- ◆ Identificar os principais tratamentos da neoplasia maligna da laringe;
- ◆ Identificar as principais complicações e necessidades da pessoa laringectomizada;
- ◆ Identificar os cuidados de enfermagem à pessoa laringectomizada após a alta hospitalar.

Conteúdos Programáticos:

- ◆ Anatomofisiologia da laringe;
- ◆ Neoplasia maligna da laringe;
- ◆ Tratamento da neoplasia maligna da laringe;
- ◆ Laringectomia Total;
- ◆ Principais alterações na pessoa submetida a laringectomia total;
- ◆ Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a laringectomia total.

Metodologia:

- ◆ Método expositivo, método ativo-participativo e método demonstrativo.

Avaliação:

- ◆ Formativa, ao longo da sessão, através de intervenções dos formandos, quando inquiridos ou por sua livre vontade;
- ◆ No final da sessão, aplicação de questionário de avaliação da formação e formador.

Meios e Recursos:

- ◆ Computador;
- ◆ Slides;
- ◆ Material de consumo clínico relacionado com cuidados com traqueostoma;
- ◆ Fotocópias do questionário de avaliação da formação.

F e s e	Conteúdos programáticos	Metodologia	Meios e Recursos	Avaliação	Tempo previsto
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Apresentação do tema ◆ Comunicação dos objetivos 	<p>Expositivo Ativo-participativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Enquadramento geral dos assuntos; ◆ Comunicação dos objetivos da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Computador (apresentação em <i>PowerPoint</i>.) Slide n.º 1,2,3 	<p>Diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Questões aos participantes; ◆ Observação dos formandos. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 5 Min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Anatomofisiologia da laringe; ◆ Neoplasia maligna da laringe; ◆ Tratamento da neoplasia maligna da laringe; ◆ Laringectomia Total; ◆ Alterações na pessoa submetida a laringectomia total; ◆ Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a laringectomia total. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Expositivo ◆ Ativo ◆ Demonstrativo 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Computador; ◆ Slide 4 a 31; ◆ Demonstração de algum material de cuidados a traqueostomia. 	<p>Formativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Observação dos formandos; ◆ Questões aos participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 40 ‘
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Período para questões e dúvidas ◆ Avaliação da sessão ◆ Síntese da sessão 	<p>Expositivo Ativo-participativo</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Período para questões e dúvidas ◆ Avaliação dos formandos envolvidos através da aplicação de um teste ◆ Síntese e conclusão da sessão pelo formador ◆ Avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Computador; ◆ Fotocópias do questionário de resposta fechada. 	<p>Formativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Observação; ◆ Questões aos participantes; ◆ Discussão com participantes; ◆ Questionário de avaliação da formação 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 10‘

APÊNDICE VIII

**Apresentação da sessão de formação realizada no
serviço HDO do Hospital C**

A pessoa laringectomizada

Cuidados de Enfermagem



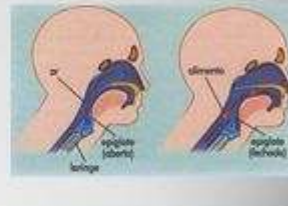
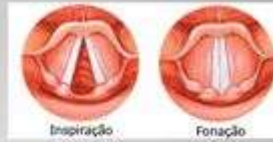
Líliá Coutinho
Fevereiro de 2012

Sumário

- Anatomo-fisiologia da laringe;
- Neoplasia maligna da laringe;
- Tratamento da neoplasia maligna da laringe;
- Laringectomia Total (L.T.)
- Alterações na pessoa submetida a L.T.
- Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a L.T.

Funções da Laringe

- Passagem para o ar durante a respiração (abertura da glote)
- Órgão da fonação – o ar que sai dos pulmões faz vibrar as cordas vocais (canal laríngeo)
- Impede a passagem do bolo alimentar/corpos estranhos para as vias aéreas inferiores (epiglote)



Fonte: NETTER, Frank H. Atlas de Anatomia Humana. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Neoplasia maligna da Laringe



<http://pt.dreamstime.com/illustration/cancro-da-laringe.html>

Um dos tipos de cancro mais comuns na região da cabeça e pescoço;

Constitui um problema actual a nível de saúde pública mundial - incidência de 11 em cada 100.000 homens. (Mathew, 2009: 1480)

Etiologia

- Factores hereditários
- Factores genéticos
- Factores ambientais
 - Fumo (90%)
 - Hábitos etanólicos
 - Inalação persistente de ar contaminado com pó ou vapores irritantes

Supraglótica
Glótica
Subglótica

Tipos mais frequentes

Adenocarcinomas
Tumores neuroendócrinos
Sarcomas
C. Epidermóide/ Espinocelular – 85-95%

Neoplasia da Laringe - Estadiamento

T - Tamanho do tumor
N - Gânglios Linfáticos
M - metástases à distância

Estadio 0	Tis N0 M0
Estadio I	T1 N0 M0
Estadio II	T2 N0 M0
Estadio III	T3 N0 M0 T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N1 M0
Estadio IV	Any T4 >N2



AJCC (2010)

<http://pt.dreamstime.com/illustration/cancer-laringe.html>

Tratamento

O estadiamento das lesões conduzirá às diferentes opções terapêuticas:

Estadio I e II	Cirurgia / Radioterapia intensidade modulada e hiperfracionada <small>nota: avaliação odontológica importante!! (prevenção de radionecrose / infecções cavidade oral)</small>
Estadio III e IV (Preservação do órgão)	QT neoadjuvante com Cisplatina + 5-FU + Docetaxel → RQT com Cisplatina
Margens >N1 ou T3/T4	RQT com Cisplatina adjuvante
Estadio III e IV (não preservação de órgão)	Cirurgia + Cetuximab
Estadio IV M1	Cisplatina (ou Carbo) + 5-FU+ Cetuximab

BUZAID, [et al], 2010



A intervenção cirúrgica poderá incluir uma **laringectomia** parcial ou total, ou uma dissecação radical do pescoço.

Laringectomia Total

- Remoção total da laringe, da base da língua à traqueia, incluindo o osso

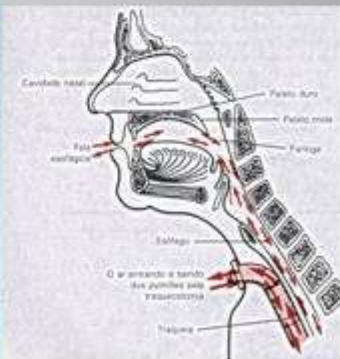
hióide e o espaço pré-epiglótico, podendo ser alargada a parte da base da língua, faringe, traqueia, glândula tiroideia e tecidos moles pré-laríngeos incluindo a pele.

(O lias, 2004)



Alterações na pessoa submetida a Laringectomia Total

- Deixa de haver comunicação entre a traqueia e a boca;
- Instala-se uma traqueostomia permanente;
- A presença de um estoma traqueal afecta o sentido do olfacto;
- O utente fica sem voz, devido à extração da laringe.



Principais complicações da Laringectomia Total

- Hemorragia;
- Hematoma;
- Fístula linfática;
- Problemas na cicatrização;
- Fístula faringocutânea;
- Obstrução Respiratória;
- Edema;
- Distúrbio da deglutição;
- Estenose da traqueostomia ...

Nicotina
Radioterapia
...

OLIAS [et al.] (2004:135)

SANTANA [et al.] (2003:239)

Complicações da RT e QT

- Alterações das membranas mucosas orais
 - Mucosites
 - Cáries
 - Xerostomia
- Dor aguda/crónica
- Défice nutricional/ anorexia
- Distúrbios intestinais
- Toxicidade hematológica
- Dermatite / Radiodermite
- Osteorradionecrose (infecção do osso)
- Trismo (fibrose dos músculos da mastigação, 3-6 meses após RT)

Principais necessidades da pessoa laringectomizada após a alta

Respiração e Circulação	Autocuidado: Comer e Beber	Actividade Física	Higiene/ Proteção de Tegumentos	Comunicação Sensação e Interação Social	Interação de papéis/ Bem-Estar
Cuidados à traqueostomia (14)	Deglutição alterada	Movimento muscular do pescoço alterado	Maceração/ Risco de maceração	Comunicação alterada	Aceitação da doença não demonstrada
Expectorar (1)	Estado nutricional alterado		Fenda cirúrgica	Adaptação à comunicação comprometida	Auto-imagem alterada
Tossir (4)	Dependência para se alimentar		Fístula traqueo-esofágica	Dor	Capacidade da família aceitar o estado de saúde comprometida
Inaloterapia (1)			Risco de infecção		
Manutenção do equipamento (2)					

Principais necessidades da pessoa laringectomizada após a alta

Respiração e Circulação	Autocuidado: Comer e Beber	Actividade Física	Higiene/ Proteção de Tegumentos	Comunicação Sensação e Interação Social	Interação de papéis/ Bem-Estar
Cuidados à traqueostomia	Deglutição alterada (14)	Movimento muscular do pescoço alterado	Maceração/ Risco de maceração	Comunicação alterada	Aceitação da doença não demonstrada
Expectorar	Estado nutricional alterado (3)		Fenda cirúrgica	Adaptação à comunicação comprometida	Auto-imagem alterada
Tossir	Dependência para se alimentar (5)		Fístula traqueo-esofágica	Dor	Capacidade da família aceitar o estado de saúde comprometida
Inaloterapia	Défice conhecimentos cuidados orostoma/ faringostoma (4)		Risco de infecção		
Manutenção do equipamento					

Principais necessidades da pessoa laringectomizada após a alta

Respiração e Circulação	Autocuidado: Comer e Beber	Atividade Física	Higiene/ Proteção de Tegumentos	Comunicação Sensação e Interação Social	Interação de papéis/ Bem-Estar
Cuidados à traqueostomia	Deglutição alterada	Movimento muscular do pescoço alterado (2)	Maceração/ Risco de maceração	Comunicação alterada	Aceitação da doença não demonstrada
Expectorar	Estado nutricional alterado		Ferida cirúrgica	Adaptação à comunicação comprometida	Auto-imagem alterada
Tossir	Dependência para se alimentar		Fístula traqueo-esofágica	Dor	Capacidade da família aceitar o estado de saúde comprometida
Inaloterapia			Risco de infecção		
Manutenção do equipamento					

Principais necessidades da pessoa laringectomizada após a alta

Respiração e Circulação	Autocuidado: Comer e Beber	Atividade Física	Higiene/ Proteção de Tegumentos	Comunicação Sensação e Interação Social	Interação de papéis/ Bem-Estar
Cuidados à traqueostomia	Deglutição alterada	Movimento muscular do pescoço alterado	Maceração/ Risco de maceração (2)	Comunicação alterada	Aceitação da doença não demonstrada
Expectorar	Estado nutricional alterado		Ferida cirúrgica (8)	Adaptação à comunicação comprometida	Auto-imagem alterada
Tossir	Dependência para se alimentar		Fístula traqueo-esofágica (6)	Dor	Capacidade da família aceitar o estado de saúde comprometida
Inaloterapia			Risco de infecção (8)		
Manutenção do equipamento					

Principais necessidades da pessoa laringectomizada após a alta

Respiração e Circulação	Autocuidado: Comer e Beber	Actividade Física	Higiene/ Proteção de Tegumentos	Comunicação Sensação e Interação Social	Interação de papéis/ Bem-Estar
Cuidados à traqueostomia	Deglutição alterada	Movimento muscular do pescoço alterado	Maceração/ Risco de maceração	Comunicação alterada (7)	Aceitação da doença não demonstrada
Expectorar	Estado nutricional alterado		Ferida cirúrgica	Adequação à comunicação comprometida (5)	Auto-imagem alterada
Tossir	Dependência para se alimentar		Fístula traqueo-esofágica	Dor não controlada (4)	Capacidade da família aceitar o estado de saúde comprometida
Inaloterapia			Risco de infecção		
Manutenção do equipamento					

Principais necessidades da pessoa laringectomizada após a alta

Respiração e Circulação	Autocuidado: Comer e Beber	Actividade Física	Higiene/ Proteção de Tegumentos	Comunicação Sensação e Interação Social	Interação de papéis/ Bem-Estar
Cuidados à traqueostomia	Deglutição alterada	Movimento muscular do pescoço alterado	Maceração/ Risco de maceração	Comunicação alterada	Aceitação da doença não demonstrada (1)
Expectorar	Estado nutricional alterado		Ferida cirúrgica	Adequação à comunicação comprometida	Auto-imagem alterada (3)
Tossir	Dependência para se alimentar		Fístula traqueo-esofágica	Dor	Capacidade da família aceitar o estado de saúde comprometida (2)
Inaloterapia			Risco de infecção		
Manutenção do equipamento					

Cuidados de Enfermagem

Os cuidados de enfermagem a pessoas laringectomizadas devem começar no período pré-operatório, continuando após a alta com cuidados de Follow-Up.

Bressler, 1997



Vigilância do estado de saúde

- Vigilância da Função Respiratória (SatpO2, coloração mucosas, cuidados de higiene à traqueostomia, pele circundante, permeabilidade da via aérea)

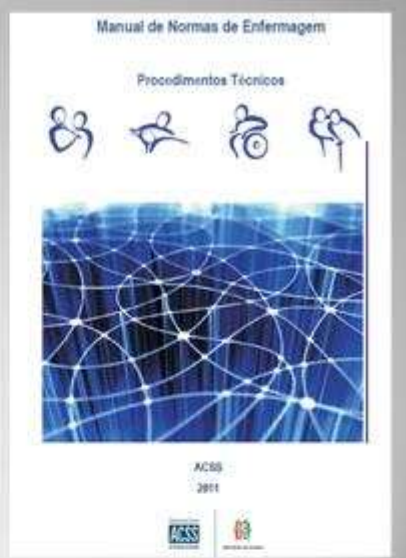


- Vigilância das secreções/ tosse eficaz
- Vigilância da cavidade oral (mucosites/ infecções orais/xerostomia)

E
d
u
c
a
ç
ã
o

Manutenção de Traqueostomia

Aspiração de Secreções através de Traqueostomia



ACSS, 2011

Cuidados de Enfermagem: Pós-operatório tardio

Prevenção de complicações

Manter integridade da pele

- Prevenir maceração - despistar ulceração da mucosa traqueal;
- Prevenir infecção - despistar lesões / fistula cutânea/ recidivas;
- Prevenir hemorragia - despistar perda sanguínea;
- Assegurar hidratação da pele;
- Assegurar humidificação do ar (filtro);



Promoção do Autocuidado

Ensinar }
Instruir } doente / família
Treinar }

Envolver
família
nos cuidados



Desenvolver processos de adaptação à situação de saúde

Comunicação

- Falar em tom normal;
- Usar frases curtas;
- Falar sempre de frente para o utente
- Fornecer um bloco e caneta;
- Nunca desistir de o tentar compreender
– Escuta Activa
- Orientar a família para participar activamente no processo de comunicação.



O seu maior desejo é comunicar eficazmente

Métodos de comunicação pós Laringectomia Total

Voz esofágica - Fala produzida pela expulsão do ar deglutido (arroto) através dos tecidos estreitos do segmento hipofaríngeo, que actyam como superfície vibratória. É o primeiro método a ser utilizado após uma laringectomia total. Inicia-se logo que a linha de sutura do esófago tenha cicatrizado. Os sons da voz são naturais, mas roucos

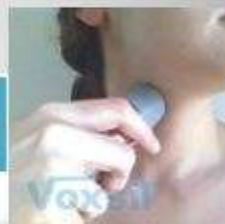


Prótese traqueo-esofágica

Formação de uma fistula traqueo-esofágica com inserção de uma prótese de silicone que produz um som no esófago

Auxiliares exteriores da fala

Dispositivos mecânicos usados exteriormente (laringe electrónica artificial)



Desenvolver processos de adaptação à situação de saúde

Imagem Corporal/ Auto-estima

A laringectomia desfigura o utente e altera o seu padrão de comunicação, causando alteração da sua imagem corporal/auto-estima

É papel do enfermeiro:

- Estimular a expressão de sentimentos;
- Apoiar a pessoa
- Promover o autocuidado;
- Esclarecer dúvidas;
- Orientar a pessoa para grupos de suporte (psicologia)
- Incentivar o envolvimento da família;
- Assegurar uma assistência humanizada e individualizada;
- Bom ouvinte!

Desenvolver processos de adaptação à situação de saúde

Alimentação



- Personalizada, de modo a assegurar um suporte nutricional adequado a cada utente (Articulação com a Dietista);
- Incentivar reforço hídrico;
- Vigiar cuidados à sonda gástrica (posição, permeabilidade, higiene);
- Incentivar a pessoa/família, ensinar e validar conhecimentos relativos à auto-administração de alimentação e cuidados à sonda gástrica;

Garantir a continuidade de cuidados

Articulação com serviço ORL

ORL

HDO

• Quando da alta de ORL, o Enf^o informa utente da existência do HDO e suas funcionalidades;
• Doente proposto para QT – Enf^o de ORL contacta equipa de enfermagem do HDO e transmite informação relevante e agenda 1^a consulta em HDO;
• Carta de alta entregue em mão pelo utente;
• Comunicação frequente ORL-HDO sempre que um doente seja internado.

• Necessidade de internamento de doente em ORL – contacto telefónico + transmissão de informação relevante + elaboração carta de transferência + acompanhamento do doente ao serviço;
• Diagnóstico de necessidades do foro de ORL – contacto telefónico + agendamento consulta Enfermagem Follow-Up;

Boletim do Laringectomizado



**LIGA PORTUGUESA
CONTRA O CANCRO**



MovApLar

Movimento de Apoio a Laringectomizados

Liga Portuguesa Contra o Cancro - Núcleo Regional do Sul

O MovApLar visa levar a cabo a estreita solidariedade entre todos os Laringectomizados, dando assistência material, psicológica e acompanhamento no pré e pós-operatório ao doente e seus familiares, através de:

<http://www.ligacontracancro.pt/>



**Obrigada pela vossa
atenção!!!**

nurse

Referências Bibliográficas

ACSS, ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP - **Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos**. Lisboa: 2ª edição, Ministério da Saúde, 2011. pp.122-132.

BUZAID, A.; LIMA, C. e MALUF, F. - **Mini-Moc, Pocket Book do Manual de Oncologia Clínica do Brasil**. Dendrix, 2010.

BRESSLER, Cheryl - **Post-Operative Care of the Laryngectomy Patient**. In *Perspectives*. 1997, Vol.2, No.1. pp. 5-7

OLIAS, João & colaboradores - **Cirurgia da Laringe: Atlas de técnicas cirúrgicas. Guia de dissecação**. Massamá: Circulo Médico, 2004. ISBN: 972907197-7.

MATHEW, E.; SEBASTIAN, P.; VARGHESE, B. - **Treatment outcome in patients undergoing surgery for carcinoma larynx and hypopharynx - a follow-up study**. In *Acta Oto-Laryngologica*. 2009, 129. p. 1480-1485. ISSN: 00016489.

NETTER, Frank H.. **Atlas de Anatomia Humana**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

APÊNDICE IX

**Avaliação da sessão de formação realizada no
serviço HDO do Hospital C**

QUESTIONÁRIO AO FORMANDO PARA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

A sua opinião é muito importante para melhorarmos a formação em serviço. Pedimos por isso que classifique de 1 a 5 os seguintes parâmetros de avaliação, fazendo-o com a máxima sinceridade. Obrigado.

Ação de formação: _____

Data: ___/___/_____

Avaliação Geral da Formação¹

		1	2	3	4	5	
Pertinência dos conteúdos da formação	Reduzida				1	3	Elevada
Estrutura do conteúdo da formação	Incorreta					4	Correta
Tempo dedicado a esta formação	Insuficiente				2	2	Adequado
Documentação de apoio à formação	Inadequada				2	2	Adequada
Condições da sala	Deficientes			2	2		Adequadas
Utilização de meios audiovisuais	Escassos			1	1	2	Adequados
Domínio do tema pelos formadores	Insuficiente					4	Pleno
Nível de Empenhamento dos formadores	Fraco				1	3	Elevado
Relação pedagógica dos formadores	Fechada				1	3	Aberta

Classificação Geral					
Formação	Não satisfaz	Satisfaz pouco	Satisfaz	Satisfaz bem	Satisfaz muito
				2	2

Sugestões/ Críticas/ Comentários

___/___/_____

Assinatura (facultativa): _____

¹ Os números registados a laranja consistem nos resultados totais dos questionários.

APÊNDICE X

**Reflexão sobre prática no Hospital de Dia
Oncológico do Hospital C**

Reflexão sobre a prática, utilizando o Ciclo de Gibbs

1. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

Durante a realização do estágio final no serviço onde exerço funções, HDO do Hospital C, testemunhei dois casos de pessoas laringectomizadas seguidas no Hospital de Dia Oncológico que se encontravam internadas no serviço de ORL.

Dado o meu maior empenho e atual envolvência com a questão da pessoa laringectomizada, relacionado com o projeto no qual estava envolvida, procurei estabelecer relações privilegiadas com os familiares de referência destas pessoas, que me contactaram e procuraram várias vezes no serviço, quer para articulação com outros profissionais de saúde (nestes casos, o médico assistente, a equipa de enfermagem dos cuidados paliativos e a assistente social), quer para controlo sintomático da dor e esclarecimento de dúvidas. Aconteceu também ter sido visitada algumas vezes no HDO pela mulher de um doente unicamente com a finalidade de conversar.

Considerando esta aproximação, senti-me impulsionada a realizar algumas visitas às duas pessoas que se encontravam internadas, visitas estas com o objetivo de conversar com os doentes e família, e inteirar-me do seu estado de saúde, através de conversas informais com enfermeiros e médico assistente.

2. REFLEXÃO SEGUNDO O CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

O sentimento que vivenciei ao ter realizado estas ações foi de bem-estar: senti-me bem comigo própria, pela forma como decorreram as visitas, reconhecendo estar cada vez mais desenvolvida como enfermeira especialista em oncologia.

Nesta experiência considerei vários aspetos positivos:

- O *feedback* dado pelos doentes aquando das visitas, expressado através da comunicação escrita e através dos sorrisos esboçados; o sentimento por mim experimentado de um *saber-fazer alcançado*;
- O *feedback* obtido por parte da equipa do serviço de internamento, sentido através do interesse demonstrado pelos enfermeiros em quererem partilhar informação e discutir cuidados;

- Por fim, o facto de ter conseguido auxiliar os familiares a vivenciar uma situação tão complexa como é o internamento de um membro da família, consistindo de certa forma um elemento de referência e um elo de ligação entre os vários serviços.

Como constatação negativa destaco o facto de, como é frequente na maioria das realidades, não haver a possibilidade de os enfermeiros se desviarem muito da normalidade e do padrão de funções habitualmente instituídas para, por exemplo, se ausentarem do seu local de trabalho e realizarem visitas a doentes noutros serviços, ainda que se encontrem numa perspetiva de prestação de cuidados.

Considero que a relação de proximidade estabelecida com as pessoas laringectomizadas/família e a realização destas visitas ao serviço de internamento contribuiu de certa forma para a personalização e humanização dos cuidados, bem como para uma melhor articulação da prática de enfermagem entre os dois serviços da instituição.

A realização das visitas não programadas que, a meu ver, tiveram um impacto positivo na manutenção da qualidade de vida daquelas pessoas, vai ao encontro do que nos diz Alcântara, Beque & Malveira (2004, p.263): o enfermeiro especialista em oncologia cuida dos seus doentes “sem que seja exigida a formalização dessa atividade”.

Após estas experiências, abordei, através de uma conversa informal, a Enfermeira Chefe do serviço de HDO, expondo-lhe as vantagens que no meu entender advêm de mantermos o contacto com os doentes em outros contextos que não o Hospital de Dia. A Enfermeira Chefe concordou comigo, tendo ficado acordado (ainda que de uma forma informal) que sempre que seja possível visitaremos os doentes internados.

Esta experiência contribuiu também para que, num outro momento, tivéssemos dialogado e refletido, através de conversas informais, sobre a importância da existência de um enfermeiro de referência para cada doente.

Termino esta análise com a convicção de ter prestado cuidados de qualidade, o que creio ser o resultado de uma contínua aquisição de conhecimentos e do desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área da Oncologia.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcântara, L.; Beque, G. & Malveira, E. (2004). Enfermeiras cuidando em oncologia ambulatorial: a consulta de enfermagem e o sentido do cuidar. *Revista Enfermagem UERJ*, 12.p.259-264.

APÊNDICE XI

**Reuniões realizadas no âmbito da implementação
do projeto no Hospital C**

Reuniões realizadas no âmbito da implementação do projeto no Hospital C

Reunião 1 Data: 12/09/2011	
Elementos presentes	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira responsável pelo projeto; • Enfermeira Chefe do serviço de HDO; • Enfermeiros da equipa de HDO.
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Conversa informal.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar projeto a implementar no serviço HDO;
Assuntos tratados	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de enfermagem de follow-up à pessoa laringectomizada e família; • Necessidades formativas dos enfermeiros; • Articulação da prática de cuidados entre o internamento e o HDO.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • Concluiu-se que a implementação da consulta de enfermagem de follow-up à pessoa laringectomizada faria mais sentido no serviço de ORL, dada a existência de uma equipa de enfermagem com uma larga experiência na área, bem como a proximidade de médicos assistentes da especialidade de ORL. • Por outro lado, concluiu-se a necessidade de formação da equipa de enfermagem do HDO na temática dos cuidados de enfermagem à pessoa laringectomizada; • Concluiu-se a pertinência da elaboração de um protocolo de articulação de cuidados de enfermagem entre o serviço de ORL e o serviço de HDO.

Reunião 2 Data: 24/01/2012	
Elementos presentes	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira responsável pelo projeto; • Enfermeira Chefe do serviço de ORL.
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião em gabinete.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar projeto de acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada à chefia do serviço de ORL.

Assuntos tratados	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do projeto; • Discussão sobre a pertinência da implementação de uma consulta de enfermagem à pessoa laringectomizada e família no serviço de ORL; • Discussão sobre a importância da articulação de cuidados entre o serviço de ORL e o serviço de HDO desta instituição.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • Revelou-se pertinente a elaboração de um plano de consulta de enfermagem de follow-up à pessoa laringectomizada/ família, a implementar no serviço de ORL, bem como da elaboração de um protocolo de articulação entre o serviço de ORL e HDO desta instituição.

Reunião 3 Data: 23/02/2012	
Elementos presentes	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira responsável pelo projeto; • Enfermeira Chefe do serviço de ORL.
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião em gabinete.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do “plano de consulta de enfermagem de follow-up à pessoa laringectomizada/família” à Enfermeira Chefe do serviço de ORL.
Assuntos tratados	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão da finalidade, objetivos, responsáveis, destinatários e outros aspetos da organização da consulta de enfermagem; • Discussão dos principais diagnósticos e intervenções de enfermagem a serem contempladas no impresso de registo da consulta; • Aperfeiçoamento da organização do plano da consulta e de alguns conceitos do impresso de registo da consulta segundo a terminologia CIPE.
Conclusões	<ul style="list-style-type: none"> • Concluiu-se a necessidade de reformular alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem.

De referir que além das reuniões presenciais, foram realizados inúmeros contactos informais ou através de correio eletrónico e/ou telefone.

Já na fase final da elaboração do relatório foi transmitido o feedback da equipa de enfermagem de ORL, tendo sido realizadas as reformulações consideradas necessárias.

APÊNDICE XII

Plano da Consulta de Enfermagem de Follow-Up à Pessoa Laringectomizada

Plano da Consulta de Enfermagem de Follow-Up à Pessoa Laringectomizada

Serviço de Otorrinolaringologia

Elaborado por: Lília Coutinho

Lisboa, Fevereiro de 2012

ÍNDICE

1. <u>FUNDAMENTAÇÃO</u>	3
2. <u>PLANO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE FOLLOW-UP À PESSOA LARINGECTOMIZADA</u>	5
2.1. <u>Propósito</u>	5
2.2. <u>Objetivo Geral</u>	5
2.3. <u>Objetivos Específicos</u>	5
2.4. <u>Destinatários</u>	5
2.5. <u>Responsáveis</u>	6
2.6. <u>Hora e Local</u>	6
2.7. <u>Frequência</u>	6
2.8. <u>Descrição de atividades</u>	7
2.8.1. <u>Papel do enfermeiro</u>	7
2.8.2. <u>Atividades Específicas - Primeira Consulta</u>	8
2.8.3. <u>Atividades Específicas – Consultas Subsequentes</u>	8
2.9. <u>Recursos</u>	9
3. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	10
<u>APÊNDICES</u>	11

1. FUNDAMENTAÇÃO

Segundo o Conselho de Enfermagem (2009), “ a enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como às transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida.”

O cancro é uma das doenças crónicas com maior impacto biopsicossocial e familiar, sendo que a sua dimensão devastadora “transpõe a barreira física do corpo em que ocorre, atingindo a pessoa na sua globalidade, bem como as pessoas que coabitam a sua esfera relacional e afetiva.” (Silva, 2009, citado por Carvalho, 2010)

Tendo em conta a sua vulnerabilidade, as pessoas laringectomizadas necessitam de cuidados de uma equipa experiente (Bale, [et al] 2005), desempenhando os enfermeiros um papel importante no fornecimento de informação adequada e na melhoria da qualidade de vida destes doentes.

Bressler (1997) refere que os cuidados de enfermagem a pessoas laringectomizadas devem começar no período pré operatório, continuando após a alta com cuidados de Follow-Up.

Em relação à readaptação funcional da pessoa, a Ordem dos Enfermeiros (2002) reconhece que é responsabilidade do profissional desenvolver processos de adaptação aos problemas de saúde, garantindo, entre outros aspetos, a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem, o máximo de aproveitamento dos recursos da comunidade e o ensino, instrução e treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

Associando a informação da sociedade (publicações científicas) à efetiva constatação das necessidades das pessoas laringectomizadas (feita através do contacto com utentes em regime de ambulatório e da observação de consultas de follow-up em outros hospitais) e ainda tendo em consideração a própria realidade no serviço de ORL do Hospital C, surge a proposta da criação de uma consulta de enfermagem de follow-up a pessoas laringectomizadas e família¹, como forma de assegurar um acompanhamento adequado

¹ «o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Família é o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum» OMS 1994

após a alta hospitalar e assim diminuir as necessidades e promover o autocuidado da pessoa laringectomizada total.

A consulta de enfermagem, segundo Adami, citado por Santoro & Tavares (1999), “é uma atividade sistematizada que envolve uma relação interativa enfermeiro/cliente, voltada para a identificação, resolução e/ou atenuação de problemas com base nas necessidades de saúde e nas condições/situação vivenciadas pelo cliente”

Hashimoto *et al* (2007) referem que a assistência de enfermagem ao utente com cancro de cabeça e pescoço tem como objetivo proporcionar qualidade de vida, focando a sua reabilitação e possibilitando a sua independência o mais rapidamente possível. O tratamento de doentes portadores de cancro de cabeça e pescoço é bastante complexo, requerendo orientações específicas sobre o autocuidado para o doente e cuidadores principais.

Para a implementação da consulta de enfermagem foi elaborado um instrumento de registo da consulta, com a finalidade de permitir uma adequada continuidade de cuidados, bem como comunicar aos outros elementos da equipa de saúde a evolução do utente (Apêndice I). Visto que a existência de uma terminologia comum é fundamental para a comunicação apropriada entre os profissionais, foi utilizada a linguagem CIPE (versão 2.0), que se prevê que seja adotada em vários serviços do Hospital C.

O impresso de registo da Consulta de Enfermagem de Follow-Up à Pessoa Laringectomizada contempla a avaliação inicial, o diagnóstico de Enfermagem e a intervenção de enfermagem. A avaliação final será mediante o encerramento dos diagnósticos levantados e/ou realização de registos em notas de enfermagem.

2. PLANO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE FOLLOW-UP À PESSOA LARINGECTOMIZADA

2.1. Propósito

Garantir a continuidade de cuidados de enfermagem à pessoa laringectomizada e sua família após a alta hospitalar do serviço Otorrinolaringologia do Hospital C.

2.2. Objetivo Geral

Assegurar o acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada e sua família no seu processo de readaptação funcional, após a alta do serviço de ORL do Hospital C.

2.3. Objetivos Específicos

- Estabelecer uma relação de ajuda com o utente/família neste processo de adaptação à condição de laringectomizado;
- Reforçar competências no utente e família com vista à readaptação funcional e psicossocial e à otimização da capacidade da pessoa laringectomizada para o autocuidado;
- Fazer uma vigilância da pessoa laringectomizada após a alta hospitalar de forma a prevenir complicações e riscos;
- Manter o envolvimento da família no processo de cuidados;

2.4. Destinatários

Todas as pessoas laringectomizadas que tiveram alta do serviço de ORL do Hospital C, bem como os seus familiares de referência.

2.5. Responsáveis

Serão envolvidos no funcionamento da consulta todos os membros da equipa de enfermagem do serviço de ORL do Hospital C.²

Será designado um enfermeiro responsável para cada pessoa laringectomizada. Esse enfermeiro corresponderá a um elemento da equipa de enfermagem designado de acordo com uma escala estabelecida, de forma a promover o envolvimento de todos. Ao enfermeiro responsável competirá gerir todo o processo da consulta de Follow-Up daquela pessoa, com consecução de todas as consultas planeadas para o mesmo.

2.6. Hora e Local

A consulta de Enfermagem realizar-se-á na *Sala de Recuperação* do serviço de Otorrinolaringologia do Hospital C, durante o turno da manhã, de segunda a sexta-feira, mediante agendamento prévio.

Em caso de necessidade de cuidados de enfermagem, a pessoa laringectomizada ou seus familiares poderão recorrer à equipa de enfermagem de uma forma não programada, através de um contacto telefónico prévio para o serviço de ORL. Mediante a triagem e identificação da situação, o enfermeiro poderá fazer o acompanhamento da pessoa pelo telefone ou encaminhá-la para uma consulta de enfermagem programada no momento mais oportuno.

2.7. Frequência

As consultas de Follow-Up terão uma periodicidade de:

1ª Consulta – Na primeira semana após a alta hospitalar;

2ª Consulta – Um mês após a alta;

² Prevê-se que todos os enfermeiros do serviço de ORL estejam aptos para desempenharem funções de enfermeiro de referência e desta forma sejam responsáveis pela realização da consulta. Casos excepcionais, como por exemplo enfermeiros recém-licenciados ou com pouca experiência em cuidados a pessoas laringectomizadas, serão avaliados e deliberados pela senhora Enfermeira Chefe do serviço.

3ª Consulta – Seis meses após a alta;

Será feita uma reavaliação para consultas subsequentes previsivelmente até um ano após a alta hospitalar.

A periodicidade da consulta de enfermagem poderá ser alterada, mediante avaliação da sua necessidade pelo enfermeiro responsável.

2.8. Descrição de atividades

2.8.1. Papel do enfermeiro

Compete ao enfermeiro ajudar a pessoa laringectomizada e sua família no processo de adaptação à sua atual situação de saúde, readaptação funcional e reinserção social, ajudando-os a atingir o seu nível máximo de autocuidado.

Para realizar a consulta, o enfermeiro deverá estar preparado para atender as necessidades da pessoa, respeitando os seus valores, crenças e hábitos.

O enfermeiro deverá fazer uma correta avaliação da pessoa laringectomizada, a nível físico, psicológico e social, para posteriormente redefinir as estratégias de ensino-aprendizagem e atuação adequadas.

Em todas as consultas de enfermagem de Follow-Up, o enfermeiro de referência da pessoa laringectomizada deverá:

- Estabelecer uma relação empática com a pessoa/família;
- Aplicar o impresso de registo da consulta de enfermagem (Apêndice I);
- Avaliar e registar peso e parâmetros vitais;
- Desenvolver a entrevista à pessoa laringectomizada/familiar de referência, identificando capacidades e necessidades, formulando diagnósticos de enfermagem e planeando intervenções;
- Estabelecer prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com a pessoa laringectomizada e/ou família;
- Intervir de forma a assegurar a satisfação das necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa;

- Avaliar os resultados das intervenções de enfermagem;
- Assegurar a articulação e/ou referenciação a outros profissionais de saúde, em caso de necessidade, utilizando para o efeito o “Boletim do Laringectomizado”;

2.8.2. Atividades Específicas - Primeira Consulta

- Consultar o processo do utente e a informação fornecida durante o internamento e planear a consulta;
- Reforçar o objetivo da Consulta de Enfermagem de Follow-Up à pessoa laringectomizada/família;
- Atualizar os dados de enfermagem da pessoa laringectomizada;
- Avaliar dados antropométricos (peso, altura e índice de massa corporal);
- Identificar as capacidades e necessidades da pessoa/família
- Avaliar e reforçar ensinamentos efetuados durante o internamento
- Validar, realizar e/ou reforçar ensinamentos acerca de cuidados com a traqueostomia e cânula traqueal, cuidados de higiene, alimentação;
- Validar integração adequada/ integrar o familiar de referência no processo de cuidados;
- Esclarecimento de dúvidas do âmbito dos cuidados de enfermagem;
- Relembrar importância de vigilância de complicações;
- Reforçar a importância da assiduidade às consultas de enfermagem e de outras especialidades;
- Agendar próxima consulta, registar em agenda própria para o efeito.

2.8.3. Atividades Específicas – Consultas Subsequentes

- Atualizar os diagnósticos e intervenções de enfermagem identificados na consulta anterior;
- Identificar as capacidades e necessidades da pessoa laringectomizada/família, formular diagnósticos de enfermagem e planear as intervenções, executar e avaliar resultados;
- Reforçar e validar instruções, ensinamentos e treinamentos;
- Validar integração adequada/ integrar a família no processo de cuidados;

- Definir com a pessoa/família os objetivos para a próxima consulta;
- Agendar próxima consulta e registrar em agenda própria para o efeito e encaminhar para administrativa;
- Validar a readaptação social/familiar/profissional da pessoa laringectomizada.

2.9. Recursos

Para que a realização desta consulta seja possível, prevê-se que não sejam requeridos, à partida, recursos extraordinários. Assim, os recursos humanos serão os alocados ao serviço de ORL, será necessário 1 Gabinete de Consulta (Sala de tratamentos/ Sala de Recuperação) do serviço do ORL disponível para o efeito, o Impresso de registo da Consulta de Enfermagem de Follow-Up à Pessoa Laringectomizada (previamente elaborado e aprovado na instituição) e material de consumo clínico para cuidados à pessoa laringectomizada;

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bale, S.; *et al.* (2005). Improving patient care and quality of life after laryngectomy/glossectomy. *British Journal of Nursing*, 14(12), 634-640. ISSN: 0966-0461.
- Bressler, C. (1997). Post-operative care of the laryngectomy patient. *Perspectives*, 2(1), 5-7.
- Carvalho, J. M. (2010). *O Homem portador de carcinoma da próstata: Uma transição no masculino*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho de Enfermagem (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial ao Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, p. 13. Acedido em 2011, outubro, 10, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/>
- Hashimoto, S. Y.; *et al.* (2007). Assistência de Enfermagem ao Paciente de Câncer de Cabeça e Pescoço. *Prática Hospitalar*, nº 54, p. 33-36.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramentos conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Portugal. Ministério da Saúde (2007). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (2007-2010), Orientações programáticas*. Lisboa. Acedido 2011, julho, 15, em: <http://www.portaldasaude.pt>
- Santoro, A. C. & Tavares, S. (1999). Consulta de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica- uma Necessidade. *Ata Paulista de Enfermagem*, 12. ISSN: 0103-2100. Acedido em 2011, julho, 15, em: http://www.unifesp.br/denf/ata/1999/12_1/pdf/art9.pdf.

APÊNDICES

**Consulta de Enfermagem de Follow-Up à
Pessoa Laringectomizada**

Identificação do utente

Admissão em ORL: _____ Data de alta: _____ Enfº Referência: _____
 Cirurgia: _____ Médico Assistente: _____

Avaliação Inicial

Nome pelo qual gosta de ser tratado: _____ Idade: _____
 Grau de Escolaridade: _____ Profissão: _____ Situação atual: _____
 Familiar(es) de Referência: _____ Parentesco: _____ Contacto: _____

Antecedentes Pessoais

Doenças: _____
 Alergias: _____
 Internamentos anteriores: _____
 Hábitos de Risco: _____
 Terapêutica Habitual: _____

Radioterapia Início: _____ Até: _____
 Local: _____
 Quimioterapia Início: _____ Até: _____
 Local: _____

F.E.	Avaliação Inicial	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem		
			Início		Termo
Respiração e circulação	Cânula Traqueal nº _____ Colocada a _____ Freq. Resp.: _____/min	<input type="checkbox"/> Conhecimento sobre inaloterapia não demonstrado Início: _____ Termo: _____		Ensinar sobre inaloterapia Quem? _____	
	Dispneia Funcional <input type="checkbox"/>			Instruir sobre inaloterapia Quem? _____	
	Tossir Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Tossir comprometido Início: _____ Termo: _____		Treinar sobre inaloterapia Quem? _____
	Secreções			Incentivar repouso	
	Consistência			Ensinar sobre técnica de tosse	
	Espessas <input type="checkbox"/> Fluidas <input type="checkbox"/> Espumosas <input type="checkbox"/>			Instruir sobre técnica de tosse	
	Conteúdo	<input type="checkbox"/> Conhecimento sobre cuidados à traqueostomia não demonstrado Início: _____ Termo: _____		Treinar sobre técnica de tosse	
	Hemáticas <input type="checkbox"/> Mucosas <input type="checkbox"/> Muco-Purulentas <input type="checkbox"/> Purulentas <input type="checkbox"/>			Executar limpeza da cânula traqueal	
	Quantidade			Assistir a pessoa no autocuidado à cânula traqueal	
	Escassa <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/>			Ensinar sobre cuidados com traqueost. Quem? _____	
	Outros: _____		Instruir sobre cuidados com traqueost. Quem? _____		
			Treinar sobre cuidados com traqueost. Quem? _____		

F.E.	Avaliação Inicial	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem		
			Início	Termo	
Respiração e circulação	Edemas <input type="checkbox"/> Localização Anatômica _____	<input type="checkbox"/> Expetorar comprometido Início: _____ Termo: _____		Ensinar sobre técnica de tosse	
	Perda sanguínea <input type="checkbox"/> Risco de perda sanguínea <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Edema Localização: _____		Ensinar sobre hidratação de secreções	
		<input type="checkbox"/> Perda sanguínea Início: _____ Termo: _____		Ensinar a pessoa sobre técnica de posicionamento	
				Orientar a pessoa para consulta de ORL/ Serviço Urgência	
Autocuidado: Beber e Comer	Apetite Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Deglutição alterada Início: _____ Termo: _____ Obs. _____		Ensinar pessoa sobre técnica de deglutição	
	Dieta habitual Tipo de dieta: _____ Nº refeições ____/dia	<input type="checkbox"/> Estado nutricional alterado Início: _____ Termo: _____ Obs. _____		Introduzir dispositivo de alimentação Especificar _____	
	Sonda gástrica <input type="checkbox"/> Tipo: _____ Nº _____ Colocação: _____			Orientar pessoa para dieta 0	
	Dependente <input type="checkbox"/> Obs. _____	<input type="checkbox"/> Dependência para alimentar-se Início: _____ Termo: _____ Obs. _____		Orientar pessoa para dietista	
				Ensinar pessoa sobre hábitos alimentares	
				Ensinar prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	
				Ensinar técnica de alimentação	
				Instruir sobre técnica de alimentação	
Autocuidado: Atividade Física	Dependência Dependente <input type="checkbox"/> Não dependente <input type="checkbox"/> Obs. _____	<input type="checkbox"/> Movimento muscular do pescoço alterado Início: _____ Termo: _____ Outros: _____		Ensinar sobre prevenção de alteração do movimento muscular	
				Treinar movimento muscular do pescoço	
Autocuidado: Higiene/ Proteger os tegumentos	Maceração <input type="checkbox"/> Localização _____	<input type="checkbox"/> Risco de maceração Início: _____ Termo: _____ Obs. _____		Prevenir a maceração	
	Pele seca <input type="checkbox"/> Pele íntegra <input type="checkbox"/>			Ensinar sobre prevenção de maceração	
	Ferida <input type="checkbox"/> Localização _____ Topologia _____ Obs. _____	<input type="checkbox"/> Risco de infecção Início: _____ Termo: _____ Outros: _____		Ensinar uso de equipamento para prevenção de maceração	
				Instruir sobre prevenção de maceração	
				Executar tratamento de ferida	
				Ensinar prestador de cuidados sobre tratamento à ferida	
			Instruir prestador de cuidados sobre prevenção de infecção		

F.E.	Avaliação Inicial	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem		
			Início	Termo	
Comunicação, sensação e interação social	Comunicação Gestual <input type="checkbox"/> Escrita <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Equipamentos Laringe eletrônica <input type="checkbox"/> Prótese Fonatória <input type="checkbox"/> Obs. _____ Dor <input type="checkbox"/> Localização _____ _____ Caracterização _____ _____	<input type="checkbox"/> Comunicação alterada Início: _____ Termo: _____ <input type="checkbox"/> Adaptação à comunicação comprometida Início: _____ Termo: _____ <input type="checkbox"/> Dor Localização _____ Início: _____ Termo: _____ Outros: _____		Ensinar técnica de comunicação eficaz	
				Encorajar comunicação de emoções	
				Escutar a pessoa	
				Promover alternativas de comunicação	
				Incentivar a comunicação	
				Providenciar equipamento adequado	
				Treinar técnica de comunicação eficaz	
				Monitorizar a dor	
				Ensinar sobre gestão da dor	
Interação de papéis/ Bem-Estar	Aceitação da doença Demonstrada <input type="checkbox"/> Não demonstrada <input type="checkbox"/> Obs. _____ _____ Papel do prestador de cuidados Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Obs. _____ _____	<input type="checkbox"/> Aceitação da doença não demonstrada Início: _____ Termo: _____ <input type="checkbox"/> Auto-imagem alterada Obs. _____ _____ <input type="checkbox"/> Capacidade da família aceitar o estado de saúde não demonstrada Obs. _____ _____ Outros: _____		Apoiar a pessoa	
				Facilitar a comunicação de emoções	
				Incentivar o envolvimento da família	
				Orientar a pessoa para grupos de suporte Especificar: _____	
				Informar sobre serviços de saúde	
				Apoiar a pessoa	
				Elogiar a pessoa	
				Incentivar comunicação de emoções	
				Orientar a pessoa para grupos de suporte. Especificar: _____	
				Instruir família sobre a doença	
	Facilitar expressão de dificuldades				
	Elogiar prestador de cuidados				
	Encorajar expressão de emoções				

APÊNDICE XIII

Protocolo de articulação da prática de Enfermagem entre o serviço de ORL e o serviço de HDO

Protocolo de Articulação da prática de enfermagem entre o serviço de Otorrinolaringologia e o Hospital de Dia Oncológico de um Hospital de Lisboa

1. Descrição

O presente documento visa a uniformização da prática de enfermagem relativamente à articulação entre o serviço de Otorrinolaringologia e o Hospital de Dia de Oncológico de um hospital de Lisboa.

Tendo em conta a especificidade da pessoa laringectomizada e para se assegurar que as suas necessidades após a alta, bem como a coordenação efetiva dos cuidados são satisfeitas, torna-se fundamental um planeamento cuidadoso por parte de ambos os serviços.

Com o objetivo de promover a continuidade de cuidados à pessoa laringectomizada/família e garantir a efetiva comunicação interprofissional, foi elaborado um protocolo de articulação para a prática de enfermagem entre o serviço de Otorrinolaringologia e o Hospital de Dia Oncológico.

O presente documento consiste numa lista com atividades de enfermagem previstas para ambos os serviços, de acordo com aspetos considerados relevantes para a adequada comunicação entre os seus profissionais, tendo em vista a prestação de cuidados de qualidade.

2. Responsáveis

Equipa de enfermagem do serviço de Otorrinolaringologia e do Hospital de Dia de Oncológico de um hospital de Lisboa.

3. Atividades atribuídas à equipa de enfermagem do serviço de ORL

- Aquando da preparação para a alta, o enfermeiro deverá informar o doente/família sobre a existência do Hospital de Dia Oncológico e quais as suas valências;
- Nas situações em que o doente seja proposto para tratamentos com quimioterapia, o enfermeiro deverá contactar telefonicamente a Enfermeira Chefe ou o 2º elemento do serviço de HDO, transmitindo as informações relevantes, incluindo contacto telefónico do familiar de referência.
- Na altura da alta deverá ser encaminhada a pessoa para o Hospital de Dia Oncológico para a consulta de enfermagem de acolhimento, enviando-se uma cópia da carta de alta de enfermagem em mão pelo doente ou família;
- Na altura da alta, o enfermeiro deverá informar pessoalmente o familiar de referência que este será contactado telefonicamente pelo enfermeiro do HDO para agendamento da consulta de enfermagem.
- Sempre que a equipa de enfermagem do serviço de ORL considere necessário, poderá contactar os enfermeiros do HDO e juntos deverão cooperar em prol do doente/família.

4. Atividades atribuídas à equipa de enfermagem no Hospital de Dia Oncológico

- Após a referenciação de um doente por parte da equipa de enfermagem do ORL, o enfermeiro do HDO deverá contactar o familiar do doente para agendamento da consulta de enfermagem de acolhimento ao HDO;
- Sempre que um doente recorra ao HDO e se verifique a necessidade de o internar no serviço de ORL, o enfermeiro responsável pelo mesmo deverá contactar telefonicamente a equipa de enfermagem do serviço de ORL a dar conhecimento do internamento. Deverá ser efetuada carta de transferência de enfermagem e o enfermeiro do Hospital de Dia acompanhará o doente e sua família ao serviço de Otorrinolaringologia, transmitindo pessoalmente as informações relevantes ao enfermeiro do serviço que o recebe;
- Nas situações em que se detetem necessidades de cuidados de enfermagem específicas da pessoaa laringectomizada, o enfermeiro do HDO deverá contactar telefonicamente a equipa de enfermagem do ORL e encaminhar a pessoa/família para a consulta de enfermagem de Follow-Up à pessoa laringectomizada, desde que as necessidades se enquadrem nos objetivos dessa consulta.

Como forma de garantir a permanente continuidade de cuidados entre os serviços e a conseqüente melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem prestados ao doente, é imperativo que se elaborem registos de enfermagem completos e rigorosos.