



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

**Enfermagem Médico- Cirúrgica na
vertente Enfermagem Oncológica**

**Acolhimento ao cliente oncológico proposto para
intervenção cirúrgica na modalidade
"One Day Surgery"**

Sónia Alexandra Simões Costa

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico- Cirúrgica

na vertente Enfermagem Oncológica

**Acolhimento ao cliente oncológico proposto para
intervenção cirúrgica na
modalidade" One Day Surgery"**

Sónia Alexandra Simões Costa

Orientador Professora Patricia Alves

2014



Lista de Siglas /Abreviaturas

ASA - American Society of Anesthesiologists

CA- Cirurgia de Ambulatório

CDE- Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMM- Clínica Multidisciplinar da Mama

CNDCA-Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

EONS- European Oncology Nursing Society

GADIU- Grupo de Avaliação da Documentação de Informação ao Utente

ODS- One Day Surgery

OE- Ordem dos Enfermeiros

PDS- Plataforma de Dados de Saúde

PNPCDO- Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas

UCA- Unidade de Cirurgia de Ambulatório

WHO- World Health Organization

Resumo

Este relatório de estágio surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem na área Médico- Cirúrgica, na vertente Enfermagem Oncológica e tem como objetivo descrever e analisar reflexivamente e com base na evidência científica, o percurso realizado durante o estágio e demonstrar as competências desenvolvidas nesta área de especialização.

Com base nas minhas necessidades de desenvolvimento de competências, nas necessidades dos enfermeiros e dos clientes do Serviço Cirurgia Geral onde trabalho, a temática desenvolvida foi o acolhimento do cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”, ancorando o percurso na teoria das transições de Afaf Meleis.

Utilizou-se a metodologia de projeto, tendo sido efetuado estágio em três Serviços - Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital de Lisboa; Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital de Lisboa; Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital de Lisboa. Ao longo do percurso foi feita pesquisa bibliográfica em bases de dados - EBSCO (Cinahl, Medline, Cochrane, Database, Mediclatina, Nursing e Allied, Health Collection), efetuada reflexão na prática e sobre a prática com a equipa, reflexão escrita utilizando o ciclo reflexivo de Gibbs, elaborados documentos que servem como instrumentos de trabalho para os enfermeiros no acolhimento ao cliente proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”, documentos para os clientes que têm o propósito de os orientar no regresso a casa e facilitar a transição e realizadas sessões de reflexão/ informação no acolhimento ao cliente proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “ One Day Surgery”.

Este percurso teve impacto positivo no serviço onde trabalho pela dinamização impressa na equipa, no sentido de repensarem as práticas a estes clientes, promover estratégias facilitadoras no bem-estar dos clientes e família e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Foi possível assim, desenvolver as competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico- cirúrgica a que me propus, atingindo o estado de perito (Benner,2001).

Palavras-chave: acolhimento; cliente oncológico; cirurgia na modalidade “One Day Surgery”; enfermagem

Abstract

This internship report comes under the Third Masters Course and Specialization in Nursing in Medical Surgical area, in Oncology Nursing shed and aims to describe and analyze reflexively, based on scientific evidence, the route made during the internship, showing skills developed in this area of expertise.

Upon my needs for skills development, the needs of nurses and clients of the General Surgery Service where I work, the theme developed was the host of the oncology client proposed for surgical intervention in the form of "One Day Surgery ", anchoring the course on the theory of transitions by Afaf Meleis.

We have used the project methodology, and made internship in three Services - Ambulatory Surgery Unit of a Hospital of Lisbon; Ambulatory Surgery Unit of a Hospital of Lisbon; General Surgery Service of a Hospital of Lisbon. Along the route we have made bibliographic research on databases - EBSCO (CINAHL, Medline, Cochrane Database, Medclatina, Nursing and Allied, Health Collection); we have made reflection in practice and on the practice with the team, written reflection using Gibbs reflective cycle; we have made documents that serve as working tools for nurses during the reception of the client proposed for surgical intervention in the "One Day surgery" form; documents for clients that have the purpose of guiding them on their way back home and facilitate the transition and we have performed reflection / information sessions about the reception of the client proposed for surgical intervention in the " One Day Surgery" form.

This course had a positive impact on the service where I work because of the dynamics created on the team towards the rethinking of practices to these clients, promoting strategies facilitating the welfare of clients and families and improving the quality of care provided. It was thus possible to develop the skills of specialist nurses in Medical Surgical Nursing I proposed, attaining the condition of expert (Benner, 2001).

Keywords: reception; oncology client; "One Day Surgery" modality surgery; nursing.

Índice	Pág.
Lista de Siglas / Abreviaturas	
Resumo	
Abstract	
INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I	
1.JUSTIFICAÇÃO DA ÁREA PROBLEMÁTICA	12
CAPÍTULO II	
2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
2.1. O Cliente Oncológico Proposto Para Cirurgia	18
2.2. Acolhimento ao Cliente Oncológico na Modalidade “One Day Surgery”	23
2.3. Teoria das Transições de Meleis	30
CAPÍTULO III	
3.PERCURSO DESENVOLVIDO	34
3.1. Estágio na Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital de Lisboa (Hospital A)	35
3.2. Estágio na Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital de Lisboa (Hospital B)	46
3.3. Estágio no Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital de Lisboa (Hospital B)	58
CAPÍTULO IV	
4.IMPLICAÇÕES ÉTICAS	70
CAPÍTULO V	
5.IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PERSPETIVAS FUTURAS	73
CAPÍTULO VI	
6.LIMITAÇÕES DO TRABALHO	75
CAPÍTULO VII	
7.CONCLUSÃO	76
BIBLIOGRAFIA	77
ANEXO	
ANEXO I - Avaliação da sessão de informação/ reflexão	

APÊNDICES

APÊNDICE I – Caracterização da UCA de um Hospital de Lisboa (Hospital A)

APÊNDICE II- Bibliografia consultada ao longo do estágio

APÊNDICE III- Fluxograma do percurso realizado pelo cliente na cirurgia
ambulatoria (Hospital A)

APÊNDICE IV- Guia orientador para os enfermeiros no acolhimento ao cliente
proposto para cirurgia ambulatoria

APÊNDICE V- Follow up na cirurgia ambulatoria (Hospital A)

APÊNDICE VI- Reflexão sobre a prática

APÊNDICE VII- Folheto orientador para clientes submetidos a colocação de
cateter sub cutâneo totalmente implantado

APÊNDICE VIII- Bibliografia consultada ao longo do estágio

APÊNDICE IX- Caracterização da UCA de um Hospital de Lisboa (Hospital B)

APÊNDICE X- Reflexão sobre a prática

APÊNDICE XI- Sistematização das necessidades do cliente oncológico
durante o acolhimento para cirurgia ambulatoria e guia de
avaliação e de intervenção de enfermagem

APÊNDICE XII- Plano de sessão de informação/ reflexão realizada na UCA de
um Hospital de Lisboa (Hospital B)

APÊNDICE XIII- Reflexão sobre a prática de cuidados

APÊNDICE XIV- Bibliografia consultada ao longo do estágio

APÊNDICE XV- Caracterização do Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital de
Lisboa (Hospital B)

APÊNDICE XVI- Bibliografia consultada que coloquei em dossier

APÊNDICE XVII- Listagem de intervenções do enfermeiro no acolhimento ao
cliente oncológico na Consulta Multidisciplinar de
Mama de um Hospital de Lisboa (Hospital B)

APÊNDICE XVIII- Questionário de opinião

APÊNDICE XIX- Divulgação da sessão de informação/ reflexão realizada no
Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital de
Lisboa (Hospital B)

APÊNDICE XX- Plano da sessão de informação/ reflexão realizada no
Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital de
Lisboa (Hospital B)

APÊNDICE XXI- Avaliação da sessão de informação / reflexão
(gráfico e tabelas)

APÊNDICE XXII- Folheto orientador para o cliente submetido
a laparoscopia de estadiamento

APÊNDICE XXIII- Folheto orientador para o cliente submetido
a eletroquimioterapia

APÊNDICE XXIV- Folheto orientador para o cliente submetido a
cirurgia mamária com presença de
dreno- orientações para a alta

APÊNDICE XXV- Guia de acolhimento para o cliente proposto para intervenção
cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”

APÊNDICE XXVI- Guia orientador para o enfermeiro no acolhimento ao cliente
proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day
Surgery”

APÊNDICE XXVII- *Check list* pré- operatória

APÊNDICE XXVIII- Nota de Alta de Enfermagem

INTRODUÇÃO

Este documento constitui o relatório do estágio que realizei, no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Enfermagem Oncológica. Pretendi com este percurso desenvolver competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica. Segundo Ordem dos Enfermeiros ([OE], 2010, p.2)

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

Este relatório tem como objetivos descrever e analisar reflexivamente e com base na evidência científica o percurso realizado e evidenciar as competências desenvolvidas.

Assim, ao longo do texto irei incorporar e valorizar a minha experiência profissional, consagrando acima de tudo a aquisição e desenvolvimento de competências de natureza científica, técnica e relacional, uma vez que permitem prestar cuidados gerais e especializados na área clínica de Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais especificamente em Enfermagem Oncológica.

O exercício da minha profissão foi sempre desenvolvido num Hospital de Lisboa, num Serviço de Cirurgia Geral com vertente oncológica. A cirurgia é uma área pela qual sempre senti um interesse particular e na qual investi, procurando novos saberes e aperfeiçoando os já existentes. Contudo, ao fim de 15 anos como enfermeira, senti necessidade de novos desafios e aprendizagens que me mantivessem motivada e que contribuíssem para elevar o patamar da minha prestação de cuidados, sempre em busca da excelência.

Após efetuar uma análise da prática do meu Serviço e das minhas necessidades de desenvolvimento de competências de forma a promover a melhoria de cuidados aos clientes do meu serviço, fez-me sentido assentar o meu projeto de estágio na área do acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “ One Day Surgery”.

As competências do enfermeiro desenvolvem-se, de acordo com Benner (2001) ao longo da vida profissional, de forma gradual e temporal, sendo o seu desenvolvimento condicionado pela capacidade de interiorização, reflexão e características individuais do sujeito, como também pelos diferentes contextos profissionais sendo que “ as práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados.” (Benner, 2001, p.12). De acordo com o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus adaptado por Benner, há evidência de 5 estádios de aquisição de competências. Encontrava-me no estádio de proficiente (estádio 4), na área do acolhimento do cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “ One Day Surgery”, adquirindo ao longo deste percurso o estádio 5 que corresponde a Enfermeiro perito (pode ser entendido como enfermeiro especialista), que segundo a autora referida (2001, p.58) é aquele que “ tem enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema, (...) age a partir de uma compreensão profunda da situação global.” É possível tornarmo-nos peritos numa determinada área quando a experienciamos, o que é essencial para garantir a excelência do cuidar sendo que de acordo com Benner (2001, p.32) “a perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real.”

De forma a desenvolver as competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na vertente Oncológica, realizei os estágios em três contextos distintos, que foram escolhidos por serem locais onde existe boas práticas no acolhimento ao cliente proposto para cirurgia ambulatoria.

O primeiro estágio decorreu na Unidade de Cirurgia Ambulatório de um Hospital de Lisboa (Hospital A), onde realizei 18 turnos, entre de 1 outubro a 8 novembro de 2012. O segundo decorreu na Unidade de Cirurgia Ambulatória de um Hospital de Lisboa (Hospital B), onde realizei 18 turnos, entre 12 novembro de 2012 a 13 janeiro de 2013. O último decorreu no meu local de trabalho - Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital de Lisboa (Hospital B), onde realizei 20 turnos entre 14 de janeiro a 15 de fevereiro de 2013.

Do ponto de vista estrutural, no presente relatório apresentarei no primeiro capítulo a problemática onde é exposto como surge a necessidade de desenvolver competências na área do acolhimento ao cliente oncológico proposto para cirurgia

na modalidade “ One Day Surgery”. No enquadramento teórico, segundo capítulo, focarei conceitos que se relacionam com a temática em questão, relacionando com a teoria das transições de Afaf Meleis, onde ancorei o meu percurso. No terceiro capítulo é analisado critica e reflexivamente o percurso em cada local de estágio, ancorado na evidência científica onde exponho o modo como foram atingidos os objetivos delineados, as atividades desenvolvidas, as aprendizagens e as competências adquiridas. No quarto capítulo darei especial destaque às implicações éticas, pela sua importância no desenvolvimento da prática profissional. No quinto capítulo, apresentarei as implicações do percurso para a prática e perspectivas futuras. No sexto capítulo, faço referência às limitações do trabalho e no sétimo capítulo farei a conclusão do trabalho.

1. JUSTIFICAÇÃO DA ÁREA PROBLEMÁTICA

O cancro é uma das doenças com maior impacto na sociedade, pela conotação e pelo estigma que representa. Trata-se de uma doença cuja incidência global está a aumentar, tendo atingido proporções verdadeiramente preocupantes e tornando-se um dos principais problemas de saúde do século XX (Patrão & Leal, 2004). Alguns autores classificam-no como a grande epidemia dos últimos anos (Macedo et al., 2008).

Embora os avanços na área da medicina, biologia, genética e tecnologia, tenham possibilitado a descoberta de formas de tratamento mais eficazes, o cancro continua a ser uma das doenças mais temidas do nosso tempo. Deixou de ser uma sentença de morte e passou a ser uma condição crónica com que muitas pessoas têm que lidar. Constitui um verdadeiro desafio não só para os clientes e familiares, mas para todos os profissionais da área da saúde que trabalham diariamente nestes contextos.

É difícil o ser humano estar preparado para receber o diagnóstico de cancro. O impacto do diagnóstico e aquilo que a doença representa individualmente e socialmente constitui um processo complexo, no entanto, a forma como a informação é transmitida, o contexto e o apoio fornecido de imediato, assumem importância fundamental (Matos & Pereira, 2005).

O diagnóstico de cancro e todo o processo da doença são experienciados, não só pelo cliente, mas também pela sua família, como um momento de grande sofrimento, ansiedade, tristeza, angústia, revolta, sentimento de perda do familiar, medo face a um processo irreversível e insegurança quanto ao futuro, com implicações na esperança dessas pessoas (Fonseca, Mira & Gato, 2008). A experiência de cancro é um acontecimento de vida que requer uma adaptação do próprio cliente e família (Pereira & Lopes, 2005), já que “ modifica sempre a psicodinâmica familiar, quer para melhor quer para pior.” (Twycross, 2003, p.49).

Esta experiência provoca um conjunto de mudanças e alterações nas rotinas, regras e rituais familiares, não só na redistribuição de papéis como no acréscimo de novas competências e responsabilidades (Pereira & Lopes, 2005), surgindo novas reflexões acerca da própria existência, da doença, estilo de vida, papel na família e na sociedade.

O tratamento desta doença não é fácil, mas quando é diagnosticada precocemente e permanece localizada pode dar-se início ao seu tratamento, que pode ser curativo e eficaz sobretudo nos estádios mais precoces (Pfeifer, 2000), minimizando o efeito que a mesma provoca nos clientes e família.

Com a evolução da medicina muitas formas de tratamento têm surgido na nossa sociedade, no entanto, a cirurgia é, na maioria dos casos, a principal e a primeira resposta terapêutica na doença oncológica (Pfeifer, 2000). Este método terapêutico tem uma importância fulcral ao longo da trajetória da doença e segundo Otto (2000, p. 529) “cerca de 90% dos doentes com cancro submete-se a algum tipo de intervenção cirúrgica para diagnóstico, tratamento inicial ou manuseamento de complicações.”

Efetivamente a cirurgia implica, na maioria das vezes, o internamento do cliente e consequentemente a permanência no hospital, por um período de tempo que é variável. Poderá ser mais ou menos longo, dependendo do tipo de cirurgia que vai realizar, das comorbilidades associadas, das complicações cirúrgicas ou até relacionado com fatores sócio- familiares. O sucesso da cirurgia depende da integração da equipa multiprofissional, de protocolos rigorosos de seleção e também da sistematização de condutas (Santos et al., 2008).

O hospital tem uma representação social de grande impacto junto do cliente e família, constituindo, em grande parte dos casos, um local estranho para estes. Ao entrar num hospital o cliente depara-se com um ambiente desconhecido, a nível do espaço físico e de toda a organização.

A hospitalização é um acontecimento comum para indivíduos com doenças crónicas, no entanto, poderá causar sentimentos de insegurança, culpa, perda de controlo e de autonomia, bem como alterações a nível sócio económico (Santos, Aquino, Chibante & Santo, 2013). Na opinião de Bennett (2002, p.111) “o internamento hospitalar é geralmente considerado uma experiência stressante, (...)” Também Amaral (2002), citado por Serra (2005, p.70) refere, que

a hospitalização é geralmente encarada como uma ameaça, momento de incerteza sobre o tratamento, dor, desconforto associado ao facto de estar longe de casa, perda de controlo sobre as suas funções do dia a dia, perda de privacidade e dependência.

Novos paradigmas têm surgido na nossa sociedade, no que se refere ao impacto que causa a hospitalização não só ao nível da saúde, mas também, a nível

social e económico. Ao nível das organizações de saúde, a redução dos tempos de internamento tem sido uma resultante dessas novas exigências. A implementação de Serviços de Cirurgia Ambulatória foi incentivada pelas organizações de saúde para dar resposta ao acréscimo dos custos dos serviços de saúde, às elevadas taxas de ocupação nos hospitais, às elevadas listas de espera para realização de tratamento cirúrgico, estimulados pelos avanços técnicos e científicos das diversas áreas implicadas (farmacologia, novas técnicas cirúrgicas e anestésicas). Integra também benefícios para os clientes que usufruem destes serviços, de entre os quais, sócio - familiares, económicos e psicológicos. Também Caseiro et al. (2011) considera que o desenvolvimento da cirurgia ambulatória, nos últimos anos, se ficou a dever, para além do referido, predominantemente a uma melhor perceção e envolvimento dos clientes no seu processo de tratamento.

A modalidade de cirurgia ambulatória, veio constituir uma forma de diminuir o tempo de internamento, mas ao mesmo tempo minimizar o impacto psicológico ao qual os clientes propostos para cirurgia estão sujeitos. Entende-se por cirurgia de ambulatório,

intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais *leges artis*, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas (Dec. Lei, 132/2009).

Inserida no programa de cirurgia ambulatória surge a cirurgia na modalidade “One Day Surgery” em que “ a admissão, o procedimento e alta do cliente ocorrem até 24 horas após a admissão, implicando uma noite de internamento.” (Caseiro et al., 2013, p. 375). Está a expandir-se rapidamente e oferece uma abordagem vantajosa. Tem ganho o reconhecimento de médicos, enfermeiros, clientes e responsáveis de saúde por diversas razões, fundamentalmente: a frequente relutância do cliente em ser internado para realizar um procedimento cirúrgico, a reduzida disponibilidade hospitalar para instalar o cliente no hospital, a melhoria significativa nas técnicas e nos instrumentos cirúrgicos, o controlo quase a 100% da infeção, redução das listas de espera. Os principais objetivos deste tipo de intervenção são, o aumento do conforto do cliente, o envolvimento do cliente e da família nos cuidados e a diminuição do impacto da hospitalização nos clientes e família (Caseiro et al., 2011).

O mais recente desafio realizado no Serviço onde trabalho foi a implementação da modalidade “One Day Surgery”, nomeadamente para clientes oncológicos com patologia mamária, clientes propostos para eletroquimioterapia e laparoscopia de estadiamento, que se revelou de grande impacto na dinâmica do Serviço. Apesar de ser um Serviço de Cirurgia Geral Oncológica, passou a ter clientes submetidos a cirurgia na modalidade “One Day Surgery”, seguindo toda a dinâmica e estratégias direcionadas a este tipo de modalidade.

A implementação desta modalidade cirúrgica veio dar resposta às exigências de uma organização de saúde e de políticas relacionadas com o sistema de saúde, no sentido de reduzir as listas de espera e os gastos associados a um tempo de internamento mais extenso. Gonçalves (2008) refere que o internamento hospitalar, para além de custos económicos tem implicações a nível físico, social e psicológico nos clientes e família, pelo que deverá ocorrer no período de tempo estritamente necessário. O domicílio é o local privilegiado à recuperação dos clientes, junto dos seus familiares, desde que haja as condições necessárias.

O acolhimento do cliente oncológico proposto para cirurgia na modalidade “One Day Surgery”, constitui um momento importante dos cuidados prestados. Entende-se por acolhimento o período que vai da admissão do cliente e família no internamento até ao momento em que regressa a casa, incluindo o follow up (Schneider, Manschei, Ausen, Martins & Albuquerque, 2008). É um todo, prossegue no dia-a-dia, *aquando* da prestação de cuidados, não é um ato pontual. A relação estabelecida com o cliente, que se inicia no momento da admissão no Serviço e prossegue até ao momento da alta, incluindo o follow up (Silva, 2010), é crucial e determinante na facilidade ou dificuldade de adaptação do cliente à sua nova situação.

As curtas estadias no internamento, apesar das suas vantagens, limitam o tempo que os profissionais dispõem para o contato com o cliente, para identificar necessidades e educar/ informar para o autocuidado, daí a importância do acolhimento do cliente e da preparação para a alta ao longo desse acolhimento. É essencial que a equipa multiprofissional esteja envolvida neste cuidado, que sejam criadas condições para assegurar que o cliente e família ficam capacitados e informados acerca dos cuidados, que identifiquem recursos socio familiares necessários para a recuperação da sua saúde. É importante que os profissionais

sejam detentores de estratégias facilitadoras de educação que dêem resposta às necessidades do cliente, viabilizando da melhor forma possível a adaptação à sua situação de saúde/ doença e ao seu bem-estar.

Na análise reflexiva que faço da minha prática diária e relativamente ao exercício das minhas funções, que atualmente desempenho como um dos elementos responsáveis pela coordenação do Serviço, considero que face às novas exigências que se impõem no Serviço é necessária otimização do tempo de permanência do cliente no Serviço para que a recuperação do mesmo em casa, seja realizada com a qualidade que lhe é merecida. Exige que conheça a dinâmica da cirurgia de ambulatório e a sua filosofia, que se estabeleça uma comunicação efetiva, uma verdadeira relação de confiança com o cliente e família, para que estejam capacitados para o desenrolar da experiência cirúrgica, respeitando as condições exigidas no pré-operatório e do mesmo modo, habilitados e informados para o pós-operatório e para o regresso a casa.

Através da observação da prática de cuidados e em conversas com os colegas da equipa, constatei que existia necessidade de desenvolvimento de novas aprendizagens e competências, bem como a implementação de estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Os colegas tinham dúvidas na dinâmica desta modalidade, dificuldades em dar resposta adequada às necessidades dos clientes e não existia uma forma sistematizada de acolher estes clientes, com vista a facilitar esta transição. Também não existia informação para facultar aos clientes e família, quanto a esta modalidade cirúrgica e relativa aos cuidados pós cirurgia, o que constitui uma condição inibidora da transição.

Efetivamente é da responsabilidade dos profissionais que desempenham funções nas unidades de saúde dar respostas adequadas às necessidades dos clientes, encontrar estratégias que minimizem as alterações que surgem e o impacto destas modalidades na prática de cuidados, dando resposta às exigências da organização, dos próprios profissionais e principalmente que permitam prestar cuidados de qualidade que primam pelo respeito e dignidade da pessoa.

Considero que de nada adianta pretender fazer mudanças organizacionais ou culturais, sem antes sensibilizar e preparar os próprios profissionais para que estas mudanças aconteçam. A equipa ao ser confrontada com um novo desafio na sua prática necessita de consolidar esses conhecimentos, no entanto, esta deve estar

comprometida com a nova proposta e com a vontade de mudar, discutindo continuamente este processo para o seu desenvolvimento. É imperioso que a equipa desenvolva um trabalho dinâmico, de articulação, o que pressupõe ou implica que os elementos da equipa dialoguem, questionem a sua prática e tenham a flexibilidade necessária para se adaptarem às modificações constantes que vão surgindo, inerentes às situações diversas com que se deparam.

Ao enfermeiro especialista, concerne mobilizar um conjunto de atitudes, capacidades, conhecimentos e habilidades no contexto da prática clínica, que lhe permitam ponderar as necessidades de saúde e atuar nos diferentes contextos de prevenção (OE, 2010), dinamizar a equipa, ajudando-a na adaptação a novas práticas e promover a melhoria contínua da qualidade de cuidados. Face ao exposto fez-me sentido trabalhar o acolhimento ao cliente oncológico proposto para cirurgia na modalidade “One Day Surgery”.

Efetivamente, a formação contínua dos profissionais de saúde e nomeadamente o curso de especialização em enfermagem dá contributos para as mudanças das práticas, no sentido da melhoria da qualidade de cuidados.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, será feita uma revisão bibliográfica que sustenta este trabalho, contextualizando aspetos que se relacionam com o cliente oncológico proposto para cirurgia, o acolhimento ao cliente oncológico na modalidade “ One Day Surgery” e será abordada a teoria onde se ancora este trabalho – Teoria das Transições de Meleis.

2.1. O Cliente Oncológico Proposto Para Cirurgia

O cancro apresenta-se como uma importante causa de morbilidade e mortalidade, a nível mundial. Em 2008, cerca de 7,6 milhões de mortes foram por cancro (cerca de 13% de todas as mortes), mas prevê-se o aumento do número em todo o mundo, 13,1 milhões em 2030 (WHO, 2013). Anualmente diagnosticam-se entre 40 a 45 mil novos casos de cancro a nível mundial (Globocan, 2008). Em Portugal, o Instituto Nacional de Estatística (2009) revela que 23% das mortes registadas em 2008 foram por cancro, constituindo a segunda principal causa de morte.

A doença oncológica tem um profundo impacto psicológico nos clientes, nos familiares e na sociedade (Pfeifer, 2000). É provavelmente a doença mais temida pela população em geral (Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, 2007). Vivenciar a doença oncológica pode significar isolamento social, incertezas quanto ao futuro, o afastamento do trabalho, sofrimento e interrupção do curso normal da vida. Este quadro de vulnerabilidade social que se acentua com a doença, limita ainda mais o acesso a serviços para satisfação das necessidades (Carvalho, 2008).

O envelhecimento da população, os novos avanços na área da medicina e das novas tecnologias, têm contribuído para o surgimento de progressos significativos no conhecimento da génese de várias doenças e têm proporcionado avanços na área da prevenção, diagnóstico e tratamento. Estas conquistas, no entanto, têm colocado à sociedade de hoje mudanças que se relacionam com o significado e a forma de enfrentar a doença, bem como com o aumento do número de sobreviventes e o tempo de sobrevivência dos clientes (Salci & Marcon, 2010)

constituindo novos desafios para os profissionais de saúde e familiares dos clientes com cancro, pela complexidade das situações com que se deparam. Tem sido reconhecida pela sociedade a necessidade de novas abordagens ao cliente oncológico, daí a importância de formação especializada na área de enfermagem oncológica.

Efetivamente, a doença oncológica pela sua cronicidade implica, ao longo da sua trajetória, períodos de tratamentos que podem ser mais ou menos longos, vigilância, follow-up e todo um conjunto de cuidados de saúde especializados em diversas áreas. Em oncologia a ação dos profissionais de saúde vai desde a vigilância epidemiológica, ao tratamento atempado e de qualidade ao longo de todas as fases da doença, passando pela prevenção primária e secundária (PNPCDO, 2007). Com a implementação efetiva de medidas de prevenção primária e secundária, muitas destas mortes por cancro poderiam ser evitadas. Apesar do que tem sido feito, nos últimos anos, prevê-se um longo caminho até à concretização de todas as medidas necessárias.

Os principais objetivos de um diagnóstico de cancro e do plano de tratamento é a cura da doença ou prolongar consideravelmente a vida dos clientes, garantindo a melhor qualidade de vida possível para os sobreviventes. Após o diagnóstico médico da doença e de acordo com o estadiamento clínico e histológico, deve ser planeado o tratamento mais adequado para cada cliente, o que requer uma cuidadosa seleção, de uma ou mais, das principais modalidades de tratamento - cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia (Pfeifer, 2000).

No que se refere à cirurgia, esta desempenha uma função importante como modalidade de tratamento relativamente ao cancro. Pode ser utilizada com várias funções e de acordo com Pfeifer (2000) como: prevenção, estadiamento, diagnóstico, reconstrutiva e tratamento que pode ser curativo, em combinação com outros tratamentos, ou paliativo em estadios mais avançados da doença. Segundo Costa & Leite (2009) mais de 60% dos clientes oncológicos são tratados cirurgicamente e em mais de 90% de todos os casos é usada para diagnóstico ou tratamento.

Diversos fatores têm contribuído para a segurança dos procedimentos cirúrgicos na atualidade, entre eles, a consagração de técnicas menos invasivas e mais conservadoras, o aprimoramento da anestesia e a utilização de profilaxia com

antibióticos, no entanto, a cirurgia para o cancro pode ser acompanhada de complicações, com impacto na qualidade do tratamento, no bem-estar da pessoa e em última análise nos custos associados (Barbosa, Reis, Carrara & Andrade, 2004).

No que se refere à cirurgia de ambulatório, revela atualmente, uma atenção e visibilidade crescentes, encontrando-se em franca expansão. A Comissão Nacional de Desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória (2008) revela que as maiores vantagens da cirurgia de ambulatório prendem-se com aspetos de natureza organizativa, com impacto ao nível da eficiência dos serviços e da gestão hospitalar. Relativamente aos aspetos clínicos, as vantagens desta modalidade são designadamente: redução da taxa de complicação pós operatória; rapidez de recuperação; redução do stress nos clientes; rapidez no regresso à atividade profissional e vida normal.

O sucesso desta modalidade cirúrgica é baseado na seleção cuidadosa dos clientes e de acordo com Yilmaz, Sezer, Gurler & Bekar (2011) os critérios de inclusão passam pelo seu consentimento, pela preparação no autocuidado e apoio de um familiar adulto responsável pelos cuidados no pós-operatório e na sua recuperação em casa. Santos et al. (2008) referem que além da avaliação física e psicológica, uma avaliação do suporte familiar e social do cliente é essencial, bem como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para avaliação de eventuais complicações, o que limita a indicação para cirurgia de ambulatório.

Qualquer que seja o processo cirúrgico, compreende os períodos pré, intra e pós-operatório (Tenani & Pinto, 2007), no entanto, este trabalho apenas se refere ao período pré e pós-operatório, por serem os que fazem parte da minha prática diária e dos objetivos delineados para a concretização deste percurso.

O período pré-operatório corresponde ao período de tempo, que decorre desde que o cliente tem indicação e toma a decisão que o tratamento a realizar é a cirurgia (eletiva ou de urgência), até ao momento que precede o ato cirúrgico, quando o cliente é acompanhado ao bloco operatório (Christóforo & Carvalho, 2009).

Os clientes reagem à ideia de cirurgia com apreensão e podem tornar-se irritados, ressentidos, ansiosos ou mesmo em pânico relativamente à cirurgia (Pfeifer, 2000). Também Demir, Donmez, Ozsaker & Dirmali (2008) referem, a este respeito, que podem surgir alterações na auto-imagem, de autonomia, sentimentos de perda de controlo da situação, diminuição de produtividade. Muitos clientes

quando se deparam com a realização da cirurgia experienciam medos, que de acordo com Galvão, Sawade & Rossi (2002) são o de morrer, de não acordar da cirurgia após a anestesia, do desconhecido, do cancro, da própria experiência da cirurgia, do futuro e além disso apresentam preocupações em relação a problemas financeiros, responsabilidades familiares e compromissos no local de trabalho. A cirurgia é uma transição que requer adaptação do cliente em que o enfermeiro deve ser o elemento facilitador dessa transição.

O período pré-operatório é uma etapa indispensável no cuidado ao cliente cirúrgico pela relevância que tem e envolve na opinião de Barreto, Suzuki, Lima & Moreira (2008), o esclarecimento dos clientes sobre as técnicas invasivas às quais serão submetidos, bem como a sua importância e desconfortos que podem causar, visando prevenir a ansiedade e o medo, promover a participação e a colaboração do cliente nos procedimentos que venham a ser realizados, facilitando a transição.

No que se refere às estratégias do cliente oncológico para enfrentar a doença e a cirurgia, Costa & Leite (2009) dão ênfase às intervenções do enfermeiro que devem ser implementadas para ajudar o cliente, que passam por: orientar antecipadamente o cliente para as mudanças que possam surgir, que sejam previsíveis de acordo com a cirurgia proposta, conhecer as expectativas do cliente sobre as alterações, ajudando-o a compreender, a adaptar-se e enfrentar estas mudanças na sua vida, facilitando a transição saudável.

Para se *obter* uma transição saudável o cliente e sua família necessitam de preparação para a realização da cirurgia, desde o pré-operatório. A preparação antecipada facilita a experiência de transição, enquanto a falta de preparação é um inibidor. Inerentemente relacionada com a preparação está o conhecimento sobre o que esperar durante a transição e que estratégias podem ser úteis para a conseguir (Meleis, 2010).

Os enfermeiros desempenham ações que envolvem prestação de cuidados aos clientes, orientações e educação em saúde desde o período pré-operatório, passando pelo pós-operatório, até ao momento que regressa a casa, incluindo o follow up. A preparação para a alta do cliente, tem como principal objetivo a capacitação individual, ajudando-o a desenvolver atividades para o autocuidado e assim estar preparado para regressar a casa com o máximo de autonomia. Para Meleis (2010) é no período pós-alta que o cliente dispõe de evidência positiva ou

resultados adversos do processo de transição quanto às suas percepções relativamente à sua capacidade de lidar com as necessidades de cuidado em casa, de apoio, assistência da família e serviços de saúde. Através da aquisição de capacidades para o autocuidado, os clientes serão capazes de participar ativamente na manutenção da sua saúde (Williams, 2008), estar envolvidos nesse cuidado e alcançar uma transição saudável.

A transição dos cuidados do ambiente hospitalar para casa é uma etapa fulcral no cuidado ao cliente cirúrgico. A CNDCA (2008, p. 99) refere, a este respeito, que “recuperar em ambiente familiar é a maior vantagem da cirurgia de ambulatório”, no entanto, os clientes consideram que ao recuperar em casa não beneficiam do acompanhamento direto e sistemático de um profissional de saúde. É neste sentido que o enfermeiro tem uma função extremamente importante na forma como consegue transmitir confiança e segurança ao cliente/ família, para que regressem a casa sentindo que os profissionais de saúde os vão continuar a apoiar nesse cuidar (CNDCA, 2008). É importante garantir a facilidade e rapidez do acesso das pessoas intervencionadas aos profissionais de saúde, o que é corroborado por (Gilmartin, 2007), por exemplo, através da disponibilização de um contato telefónico direto de forma a responder eficazmente às suas necessidades de apoio e esclarecimento (CNDCA, 2008).

É indispensável a criação de novos modelos de cuidados que minimizem a estadia do cliente e família na Instituição hospitalar, não descorando a efetividade e eficiência desse cuidado, o que passa por um acolhimento adequado ao cliente e família. Na modalidade “ One Day Surgery”, tendo em conta o curto tempo de internamento e conseqüentemente o tempo curto de acolhimento (período desde a admissão até à alta) de que o enfermeiro dispõe, este profissional tem de planear o acolhimento e os seus cuidados de forma a facilitar a transição do cliente submetido a cirurgia e a sua família. Este assunto será abordado no capítulo seguinte.

2.2. Acolhimento ao Cliente Oncológico na Modalidade “One Day Surgery”

A hospitalização de um cliente tem como objetivo, ajudá-lo a recuperar de um problema de saúde, com o intuito de melhorar e de o reintegrar na sociedade o mais rapidamente possível (Ferreira, Mendes, Fernandes & Ferreira, 2011), facilitando a transição saudável. Ocorre quando o cliente necessita de terapêutica e de cuidados mais complexos, o que o torna vulnerável tanto ao nível físico como emocional (Prochnow, Santos, Pradebon & Schimith, 2009). De acordo com Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher (2000) a vulnerabilidade está relacionada com as experiências de transição, interações e condições ambientais que expõem as pessoas a potenciais danos.

O cliente ao ser internado depara-se com um ambiente estranho, com tecnologias, atividades e cuidados que desconhece, aos quais poderá ter maior ou menor facilidade em se adaptar (Cabete, 2005), acrescentando essas preocupações ao facto de ter que realizar uma cirurgia oncológica. O ambiente a que a pessoa está sujeita, no hospital, poderá ser facilitador ou inibidor de uma transição saudável. Akyuz & Erdemir (2013) verificam, no seu estudo, que para 95,7% dos enfermeiros o ambiente físico no hospital deve ser organizado de forma que se respeite a privacidade dos clientes, facilitando a transição saudável.

Considerando-se que as reações emocionais associadas ao internamento hospitalar variam de indivíduo para indivíduo, torna-se evidente a necessidade de atenção no acolhimento e valorização da pessoa em todo este processo (Glanzner, Zini & Lautert, 2006).

Entende-se por acolhimento o período que vai da admissão do cliente e família ao internamento, até ao momento em que regressa a casa, incluindo o follow up (Schneider, Manschei, Ausen, Martins & Albuquerque, 2008). É um todo, prossegue no dia-a-dia aquando da prestação de cuidados, não é um ato pontual, mas o início de uma relação que se pretende de ajuda (Silva, 2010). Também Cabete (2005) considera que a relação estabelecida entre o cliente e o profissional é determinante no processo de adaptação ao internamento hospitalar.

O acolhimento não se restringe à entrada do cliente no Serviço, mas a toda a continuidade de cuidados até ao follow up. O cuidado global do cliente é o principal objetivo durante o acolhimento (Glanzner, Zini & Lautert, 2006), permitindo garantir a

segurança do cliente. Efetivamente o acolhimento é um processo de grande importância, quer para os cuidadores, quer para o cliente sendo que “a forma como se processa o acolhimento, deverá adequar-se às características e necessidades da pessoa a acolher, tendo em conta o respeito pela sua individualidade.” (Silva, 2010, p. 17). A intervenção do enfermeiro no acolhimento ao cliente na modalidade “One Day Surgery” pretende facilitar esta transição, ajudando-o a incorporar um novo comportamento e conhecimentos que ajudem à mudança da definição do self, no novo contexto social.

A chegada do cliente ao Serviço de saúde e a forma como é recebido, constitui um momento fulcral de todo o acolhimento e no seu bem-estar. Phaneuf (2005) refere que o primeiro encontro entre o enfermeiro e o cliente são determinantes para o desenvolvimento de todo o acolhimento. Gilmartin (2007) descreve, no seu estudo, a importância da orientação do cliente cirúrgico, dando ênfase à apresentação pessoal e da função que os profissionais desempenham nos cuidados prestados, durante o acolhimento. O primeiro contato é um momento crucial para que o cliente conheça a dinâmica e funcionamento do Serviço e ao enfermeiro cabe identificar as suas necessidades, planejar, executar e avaliar esses cuidados o que ” (...) permite conhecer as expectativas da pessoa em relação ao contexto de cuidados, precisar o seu pedido de ajuda, e compreender a dificuldade que ela vive e a forma como esta dificuldade a afeta.” (Phaneuf, 2005, p.264). Ao abordar o cliente/ família nesta perspetiva, o enfermeiro tem implícito o respeito pela pessoa doente, o qual passa por:

acreditar profundamente que ele é único e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é satisfatória. Respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, demonstrando-lhe consideração por aquilo que ele é, com os seus sentimentos e potencial (Lazure, 1994, p. 120).

Compete ao enfermeiro que acolhe o cliente avaliar o seu estado físico e emocional, perceber o significado que esta experiência tem para ele, agir com responsabilidade e compromisso para responder aos seus desejos. Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher (2000) referem que para compreender as experiências dos clientes durante as transições, é necessário identificar as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam a realização de uma transição saudável. Por

outro lado é importante que o enfermeiro identifique o envolvimento do cliente nesta transição. O nível de envolvimento do cliente que está consciente das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais será diferente do envolvimento de uma pessoa que está desatenta a tais mudanças (Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher, 2000).

A identificação das necessidades prioritárias do cliente permite ao enfermeiro estabelecer determinadas intervenções, que visam o seu restabelecimento mais rápido e seguro (Tenani & Pinto, 2007). Conhecer o cliente e família dá a possibilidade de criar espaço/ambiente facilitador, dentro do qual os membros da família são apoiados, permite promover a relação, explorar e compreender o significado da doença nas suas vidas e descobrir maneiras que os ajudem a viver e a compreender essas novas alterações (McLeod, Tapp, Moules, & Campbell, 2010).

A comunicação é extremamente importante em todo o processo de acolhimento (Glanzner, Zini & Lautert, 2006), como estratégia facilitadora de uma transição saudável. Para Phaneuf (2005, p.23) a comunicação “ é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas.” Em contexto profissional a comunicação terapêutica efetiva, permite identificar e atender as necessidades manifestadas pelo cliente, informar sobre procedimentos ou situações, promover o relacionamento e a educação em saúde, permitir troca de experiências e mudanças de atitudes, contribui para o intercâmbio com os outros membros da equipe de saúde e estimula o cliente a participar ativamente no seu tratamento (Pontes, Leitão & Ramos, 2008), permite a tomada de decisão, contribuindo para o bem-estar e qualidade de vida.

A informação constitui a base do processo comunicativo subsidiando o planeamento, a execução e a avaliação das ações a serem desenvolvidas (Glanzner, Zini & Lautert, 2006), favorecendo a globalidade do cuidado e o bem-estar do cliente. Toda a informação e preparação antecipatória facilitam a preparação da experiência de transição, enquanto a falta desta é um inibidor (Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher, 2000). De forma a diminuir os níveis de ansiedade durante o período pré-operatório e facilitar a transição, é indicado no estudo de Demir, Donmez, Ozsaker & Dirmali (2008) que a informação transmitida aos clientes seja de acordo com as suas necessidades, de forma verbal e escrita, utilizando linguagem que seja perceptível para a pessoa. Também Glanzner, Zini &

Lautert (2006) são da opinião que os clientes devem ser orientados de forma individualizada de acordo com o diagnóstico, plano terapêutico, cirurgia e cuidados necessários após a alta hospitalar.

É recomendado um ambiente tranquilo que transmita confiança, permitindo aos clientes partilhar os seus medos, preocupações, questões e ajudá-los nesta transição. Os clientes que não recebem informação sobre a cirurgia têm níveis mais elevados de ansiedade (Kiyohara et al., 2004).

Ao profissional de saúde é exigido que utilize uma linguagem aberta, que apoie e clarifique o que o cliente deseja saber. É essencial explorar as opiniões e os conhecimentos que capacitem o cliente para conseguir adquirir novamente o seu bem-estar (Gilmartin, 2007). De acordo com Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher (2000) a consciência do cliente, de que está a ocorrer uma transição, está relacionada com a sua perceção e o seu conhecimento sobre a situação. Magalhães (2005, p.225) refere, a este respeito, que “ a transmissão de informação está profundamente relacionada com o respeito pela autonomia e, se não for adequadamente efetuada, muitos doentes terão uma base insuficiente para uma tomada de decisão.” No entanto, nem todos os clientes têm as mesmas necessidades de informação, como refere Kruse et al. (2009, p.499) no seu estudo “é importante conhecer o que o paciente deseja saber para fornecer informações de acordo com as suas expetativas, não aumentando a ansiedade em relação à cirurgia.” Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher (2000) refere que os conselhos não solicitados ou negativos são inibidores de uma transição saudável. No estudo de Williams (2008) apenas 23% dos clientes foram questionados sobre qual a informação que já tinham e qual a informação que poderiam precisar para cuidarem de si, quando regressassem a casa. Demir, Donmez, Ozsaker & Diramali (2008) revelam, relativamente às necessidades de informação, que a maioria dos clientes não receberam informação adequada e perceptível no pós-operatório e preparação para a alta, e que as orientações foram dadas antes de a pessoa ter recuperado totalmente da anestesia ou o seu nível de ansiedade era tão alto, que não conseguiram entender o que lhes foi transmitido.

É então determinante que as necessidades educativas sejam satisfeitas pois a realização saudável de uma transição é determinada pela medida em que os clientes demonstram o domínio (mestria) das competências e comportamentos

necessários, para gerir nas novas situações (Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher, 2000). Cabe ao enfermeiro ser o elemento que facilita, ajuda o cliente e família no desenvolvimento dessas competências e utiliza as terapêuticas de enfermagem (educação para a alta e coordenação de cuidados), adequadas a cada pessoa (Meleis, 2010).

Com internamentos hospitalares cada vez mais curtos, como é o caso da modalidade “ One Day Surgery”, a preparação para a alta deverá começar no momento em que o cliente é admitido para a cirurgia, portanto, durante o acolhimento os clientes precisam compreender os cuidados e como podem ser ativos nos mesmos, e na opinião de Renholm, Suominen, Turtiainem & Leino-Kilpl (2009) têm necessidades únicas distintas dos clientes internados para cirurgia clássica, que se preconiza uma maior permanência no internamento.

Efetivamente educar no pré-operatório é essencial para internamentos de curta duração, de forma a consciencializar os clientes sobre o procedimento cirúrgico a que vão ser submetidos, preparando-os para a recuperação do pós-operatório (Tse & So, 2008). Considera-se educar “ a ação de ensinar- transmitir conhecimento sobre alguém ou alguma coisa.” (CIPE, 2006, p. 136). A educação em saúde tem como finalidade ajudar as pessoas a adquirir competências que lhes permitam tomar a responsabilidade do seu próprio bem-estar, tornando-se autónomo na continuação do tratamento (Phaneuf, 2005).

As enfermeiras têm uma importante função como educadoras no acolhimento dos clientes, devem fornecer informações e capacitar o cliente para a preparação pré-operatória, para todo o ambiente que envolve um Serviço de Cirurgia, para os cuidados pós-operatórios, todo o tipo de informação que lhes permita regressar a casa e recuperar com o máximo de autonomia e segurança (Renholm, Suominen, Turtiainem & Leino-Kilpl, 2009) e assim, facilitar a transição. É igualmente necessário que a efetividade da educação seja avaliada (Demir, Donmez, Ozsaker & Diramali, 2008), sendo este um momento importante em que a enfermeira se questiona sobre o que deve ser corrigido e o que deve acrescentar ao que foi feito, podendo interrogar a pessoa ou pedir-lhe para fazer o gesto ensinado (Phaneuf, 2005).

Uma orientação esclarecedora e eficiente requer conhecimento, experiência, fazendo deste momento de cuidado um encontro de interação e diálogo (Kruse et

al., 2009). O estudo de Tse & So (2008) revela que a maioria das enfermeiras preferem utilizar na sua prática clínica, como método educativo, a informação verbal mas, de facto, outros métodos educativos demonstraram-se bastante eficazes e de interesse na prática diária, tais como: informação escrita com apresentação de desenhos, folhetos informativos, vídeo. Kruse et al. (2009) refere que a orientação verbal pode não ser efetiva, sendo prejudicada por diversos aspetos como: a linguagem utilizada pelos profissionais não ser reconhecida pelos clientes, falta de concentração dos clientes e muitas vezes as fantasias por parte dos clientes de uma realidade que não é a sua. Por outro lado, vários estudos recomendam a combinação da informação escrita e verbal sobre os cuidados a ter, referindo que proporcionam conhecimentos e satisfação ao cliente (Williams, 2008; Gilmartin, 2007; Pinar, Kurt & Gungor, 2011).

Os clientes devem estar despertos para a eventualidade da ocorrência de sintomas ou problemas no pós- operatório e cabe aos enfermeiros a transmissão dessa informação antecipadamente, para que os conheçam, facilitando o envolvimento dos clientes nesta transição. É necessário prevenir a sua ocorrência, pois caso contrário, pode constituir um inibidor da transição saudável. De acordo com Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher (2000) os inibidores de uma transição saudável são o apoio inadequado, os conselhos não solicitados ou negativos, as informações contraditórias ou insuficientes.

A intervenção do enfermeiro inserido numa equipa multiprofissional é fundamental na ajuda desta pessoa. A enfermeira ajuda a criar um ambiente de suporte e apoio, articulando com outros serviços, quando indicado, constituindo uma referência no serviço (Glanzner, Zini & Lautert, 2006), o que constitui uma estratégia facilitadora do estabelecer da relação de confiança não só com o cliente, mas com a sua família e por conseguinte uma transição saudável.

Considero que cliente e família são uma unidade de cuidado e segundo a CIPE (2006, p.171) família é um “grupo com as características específicas: grupo de seres humanos, vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional, ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente.”

Pela importância que a família desempenha no cuidado prestado ao cliente submetido a cirurgia na modalidade “ One Day Surgery”, cabe aos enfermeiros

identificar os familiares disponíveis desde a admissão ao Serviço ou se possível, mais cedo e educá-los sobre as necessidades de cuidados (Mick et al., 2011). Ao assumirem os cuidados de saúde no domicílio, os familiares tornam-se o complemento da equipa terapêutica, no entanto, se existir falta de informação e competências que lhes permitam desempenhar essas funções com qualidade e o facto de não estarem preparados emocionalmente para o fazer, acabam por colocar em causa o seu bem-estar e o do cliente (Pereira & Lopes, 2005) e constituírem um elemento inibidor na transição. Simonneti & Ferreira (2008, p.19) referem que " estimular o envolvimento da família, educar e fornecer orientações básicas, que possam minimizar as dificuldades do processo de cuidar, poderão contribuir para o bem-estar dos cuidadores."

Durante o acolhimento é crucial que o cliente e família estejam ambos presentes para escutarem as orientações e receberem informações sobre os cuidados no domicílio relativos ao pós-operatório, possíveis complicações cirúrgicas e cuidados a ter. É crucial que tenham, conhecimentos, estratégias, capacidades adquiridas para lidar com os sintomas que possam surgir em casa (Gilmartin, 2007), garantindo a segurança, confiança do que possa vir a ocorrer no futuro e adquirir bem-estar. As competências necessárias para conseguir a mestria numa situação de cuidador incluem o acompanhamento, interpretação de sintomas, a tomada de decisão, o agir, a prestação de cuidados, aceder a recursos, trabalhar colaborativamente com o cliente (Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher, 2000) sendo desta forma facilitadores do processo de transição.

Os clientes submetidos a cirurgia pretendem de acordo com o estudo de Akyuz & Erdemir (2013) ter um familiar para os apoiar e estarem presentes após a cirurgia, até que recuperem. Consideram que a presença de um familiar que conhecem e confiam, pode manter o seu autocontrolo e proteger a sua privacidade. Permitir a presença de um familiar na área dos cuidados, também reduz o stress, a ansiedade e aumenta a satisfação do cliente (Rhodes, Miles & Pearson, 2006).

Para que o acolhimento ao cliente proposto para cirurgia na modalidade "One Day Surgery" seja uma transição saudável, é fulcral o papel de todos os profissionais de saúde como facilitadores, ressaltando sobretudo o desempenho dos enfermeiros enquanto educadores no acolhimento, bem como pelo acompanhamento disponível após o regresso a casa. Pela importância que têm as experiências, as respostas e

as consequências das transições no bem-estar do cliente, faço destaque no ponto que se segue à Teoria da Transição de Meleis, onde ancorei todo o percurso desenvolvido.

2.3. Teoria das Transições de Meleis

O aumento do envelhecimento da população no mundo conduziu a um conjunto de diferentes mudanças nos cuidados de saúde, que requerem redefinição dos padrões de cuidados prestados pelos enfermeiros. É esperado que os enfermeiros ajudem os clientes e as famílias a viver e a lidar com a multiplicidade de alterações (psicológicas, físicas, geográficas, emocionais e mentais). Viver com doença crónica, experienciar hospitalização, cirurgia e manter o bem-estar implica uma série de transições que requerem a intervenção dos enfermeiros nas diferentes etapas e pontos críticos (Meleis, 2010).

O presente trabalho opta por a designação de cliente, relativamente à pessoa que é sujeita à cirurgia, sendo este um ser ativo, que tem perceções e significados relativamente a situações de saúde/ doença e sofre transições que denotam uma incorporação de novos conhecimentos, alteração de comportamentos e mudança no self (Meleis, 2010).

A experiência de cancro, a hospitalização e a realização de cirurgia são acontecimentos de vida que requerem uma mudança do próprio cliente e família, e podem ser vistos como acontecimentos marcantes da vida de todos os intervenientes, representando uma mudança desencadeante de processos de transição, sendo esta «*a passage from one fairly stable state to another fairly stable state, and it is a process triggered by a change*» (Meleis, 2010, p.11). Tem início quando o cliente se consciencializa da mudança (podendo ocorrer no período pré-operatório, no internamento ou só no regresso a casa). Face a um internamento tão curto como o que ocorre na intervenção cirúrgica na modalidade “ One Day Surgery”, a maioria das vezes a consciencialização da situação de saúde /doença só ocorre no domicílio, daí a importância do acolhimento dos clientes, não só na forma como são admitidos no Serviço, como de toda a preparação que é necessária para que regressem a casa e recuperem o seu bem- estar.

As transições são o resultado de uma mudança e resultam numa mudança. Para compreender completamente o processo de mudança é necessário descobrir e descrever os efeitos e os significados das mudanças envolvidas. As dimensões da mudança que deveriam ser exploradas incluem a natureza, a temporalidade, a sua importância e severidade, bem como as normas e expectativas a nível pessoal, familiar e social. As mudanças podem estar relacionadas com eventos críticos ou desequilíbrios, interrupções de relações ou rotinas, ou com ideias, percepções e identidades. As transições são definidas como o complexo das interações pessoa-ambiente inseridas no contexto e na situação, que consiste no acolhimento para ser submetido a cirurgia e nas respostas das pessoas a essa mudança (Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher, 2000).

Efetivamente a doença, a hospitalização e a cirurgia constituem situações de transição sendo afetadas várias dimensões do cliente (física, psíquica, social, cultural e espiritual) daí que as intervenções de enfermagem, em contexto hospitalar, desempenhem um papel fundamental neste processo de transição (Meleis, 2010).

Existem três conceitos major no modelo das transições: propriedades universais, condições da transição e indicadores de transição saudável. As propriedades universais incluem as características do processo ou movimento de um estado para o outro, tal como mudanças (na identidade, papéis, relações, capacidades e padrões de comportamento) consciencialização, envolvimento e pontos ou eventos críticos. As condições de transição são fatores pessoais e ambientais que influenciam a transição, tal como bem-estar físico, emocional, interações pessoa-ambiente, significados, preparação e conhecimentos, e podem ser facilitadoras ou inibidoras no processo de uma transição saudável. É necessário conhecer as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o processo para alcançar uma transição saudável. Compreender as experiências incorporadas nas transições, implica descobrir as experiências do indivíduo dentro do contexto daqueles que lhe são significativos, familiares, amigos ou colegas de trabalho. Também inclui descobrir os significados ligados às experiências de transição dentro da sociedade em particular, bem como as forças facilitadoras e restritivas que ajudam ou dificultam os indivíduos a alcançar transições saudáveis. A adoção de um leque de estratégias para fazer face a este processo de transição podem ser condições inibidoras ou facilitadoras no decorrer da transição, sendo o enfermeiro e

a sociedade elementos facilitadores ou inibidores da transição, tal como refere Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher (2000) as condições pessoais, da comunidade ou sociais e até mesmo os profissionais de saúde, podem facilitar ou dificultar o processo de transição saudável, bem como os resultados da transição. Conceber um evento de transição como estigmatizante e com significados estereotipados tendem a interferir neste mesmo processo. Os indicadores de transição saudável são fatores que indicam a qualidade do resultado de transição, tal como a satisfação com os cuidados e a qualidade de vida percebida, o bem-estar subjetivo, domínio (mestria) no desempenho de um papel e o bem-estar nas relações. Tendo em conta o interesse da enfermagem na saúde, podem identificar-se indicadores adicionais, tais como: qualidade de vida; adaptação; capacidade funcional; auto-atualização e transformação pessoal (Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher, 2000).

Lidar com a transição é um processo dinâmico que inclui diferentes procedimentos, alguns dos quais são construídos de forma criativa e dinâmica, enquanto aprende e adquire perícia, como por exemplo um membro da família que adquire e desenvolve perícia nos cuidados prestados (Meleis, 2010). Igualmente importante são as estratégias que os enfermeiros utilizam para cuidar e apoiar as pessoas que realizam processos de transições saudáveis, bem como para alcançar os resultados.

A transição é despoletada por eventos críticos ou mudanças no indivíduo ou ambiente e pretende-se que o cliente alcance um estado de bem-estar, ou seja de saúde (Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher, 2000). O objetivo principal da missão de enfermagem é ajudar as pessoas a realizar processos de transições saudáveis para alcançar resultados saudáveis. A enfermagem é a arte e a ciência de facilitar a transição da população e o bem-estar. Preocupa-se com os processos e as experiências dos seres humanos que passam por uma transição onde a saúde é o resultado (Meleis, 2010).

O desafio para os enfermeiros e outros envolvidos no apoio daqueles que estão a atravessar uma transição é a compreensão dos processos de transição e o desenvolvimento de intervenções efetivas na ajuda a recuperar a estabilidade e a sensação de bem-estar (Meleis, 2010). Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição, conduz ao desenvolvimento de

terapêuticas de enfermagem que sejam coerentes com as experiências únicas dos clientes e dos seus familiares, promovendo respostas saudáveis à transição (Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher, 2000).

Cabe ao enfermeiro ter em atenção as mudanças e as exigências que as transições trazem para a vida do cliente e família. Os enfermeiros tendem a ser os cuidadores que preparam os clientes para as transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de novas capacidades relacionadas com as experiências de saúde e doença dos clientes. O completar de uma transição saudável é determinada pela magnitude na qual cada indivíduo demonstra o domínio das habilidades/destreza/técnica e comportamentos que lhe permitam lidar com as novas situações ou ambientes (Meleis, 2010), ou seja, na forma como demonstra bem-estar, relativamente à situação que está a vivenciar.

Devido ao aumento da tecnologia, curtos internamentos e a um aumento dos custos da hospitalização, os clientes têm tendência a deixar mais cedo o hospital e continuar a sua recuperação e reabilitação no domicílio. A transição pode ocorrer apenas se a pessoa está consciente das alterações que estão a acontecer, o que muitas vezes se verifica quando o cliente regressa a casa. Segundo Meleis (2010) a alta hospitalar é um processo de transição que ocorre em três fases sequenciais: fase de hospitalização durante a qual ocorre a preparação para a alta; a alta, quando os resultados a curto prazo do processo preparatório podem ser medidos; e o período pós alta, quando as perceções dos clientes relativamente à sua capacidade de lidar com as necessidades de cuidados em casa e as suas necessidades de apoio surgem. A transição para a recuperação é um pouco mais prolongada e os clientes necessitam de cuidados especializados e competentes, até que eles completem a recuperação da sua transição. Quando os clientes e seus familiares não são cuidados durante estas transições que experimentam, podem ocorrer complicações e possíveis readmissões (Meleis, 2010).

A transição envolve um processo de reorganização interior, a pessoa aprende a adaptar-se e a incorporar as novas circunstâncias da vida, segue um caminho cujo objetivo é voltar a ganhar integridade equilíbrio e bem-estar. Esta transição não é simplesmente uma mudança mas um processo de renovação, de reconstrução e incorporação, quer seja, num contexto das suas relações, nas suas funções, proporcionando uma nova forma de olhar o mundo e o seu projeto de vida.

3. PERCURSO DESENVOLVIDO

Para desenvolver competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica vertente Enfermagem Oncológica na área do acolhimento ao cliente proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery” realizei estágio em três Serviços distintos: Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital de Lisboa (Hospital A), no período de 1 outubro a 8 novembro de 2012 na totalidade de 18 turnos. Na Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital de Lisboa (Hospital B), no período de 12 novembro de 2012 a 13 janeiro de 2013 na totalidade de 18 turnos, tendo terminado no meu serviço (Serviço de Cirurgia Geral do Hospital B), no período de 14 de janeiro a 15 de fevereiro de 2013 na totalidade 20 turnos.

Ao longo do percurso de estágio e na elaboração deste relatório foi utilizada a metodologia de projeto. Foi efetuada pesquisa bibliográfica em bases de dados (EBSCO- Cinahl, Medline, Cochrane, Database, Mediclatina, Nursing e Allied, Health Collection) tendo utilizado as palavras-chave: ambulatory surgery, admission, reception, discharged, nurse`s, patient preoperative, postoperative, information, communication, needs, oncology nursing. Efetuei: observação da prática de cuidados e a prestação de cuidados; sistematização escrita do modo de proceder dos enfermeiros dos Serviços onde estagiei quanto ao acolhimento do cliente e as intervenções do enfermeiro; elaboração de documentos para os clientes que têm o propósito de os orientar no regresso a casa e facilitar a transição; elaboração de documento de orientação para os enfermeiros no acolhimento ao cliente oncológico na modalidade “One Day Surgery”; sessões de reflexão/ informação sobre a prática no acolhimento ao cliente proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “ One Day Surgery”; discussão com os pares e questionário para avaliar a sessão de informação/ reflexão; a reflexão com os pares na e sobre a prática e também reflexões escritas sobre situações que foram formativas, utilizando o ciclo reflexivo de Gibbs.

Considero que a reflexão na e sobre a prática é um método extremamente válido na aprendizagem e no desenvolvimento de competências, permitindo a melhoria dos cuidados prestados. As reflexões realizadas ajudaram-me a clarificar e compreender as minhas atitudes perante as situações vivenciadas, descobrindo o

seu significado. Refletir na e sobre a prática leva-nos a tomar consciência do que somos, das nossas capacidades, limitações, ações desenvolvidas e como podemos ultrapassar as barreiras com que nos deparamos diariamente.

Neste capítulo irei apresentar o percurso que desenvolvi em cada local de estágio, nomeadamente os objetivos a que me propus, as estratégias que efetuei, os resultados que obtive e as competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica que desenvolvi.

3.1 Estágio na Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital de Lisboa (Hospital A)

Iniciei o meu percurso na Unidade de Cirurgia de Ambulatório num Hospital de Lisboa. A escolha por este Serviço, deveu-se ao facto de existir boas práticas no acolhimento ao cliente e família e que me permitia perceber todo o circuito do cliente em cirurgia ambulatória, assim como a intervenção do enfermeiro (apêndice I) constituindo uma mais-valia para o trabalho que estava a desenvolver e permitindo-me refletir sobre a dinâmica que pretendo imprimir no meu Serviço na modalidade “One Day Surgery”.

Para este estágio delineei como objetivo geral - Desenvolver competências para prestação de cuidados especializados no acolhimento ao cliente em contexto de cirurgia de ambulatório. Os pontos a *bolt* que se seguem correspondem aos objetivos específicos delineados, onde faço uma análise crítica e reflexiva sobre as atividades realizadas, os resultados obtidos e as competências desenvolvidas.

- **Aprofundar conhecimentos no acolhimento ao cliente, proposto para intervenção cirúrgica no contexto da cirurgia de ambulatório**

Para atingir este objetivo, realizei como atividades: consulta de documentos existentes na unidade (folhetos e guia, protocolos); conversas informais com o Srº Enfermeiro chefe e enfermeiros do Serviço; pesquisa bibliográfica no âmbito da cirurgia de ambulatório; observação da prática de cuidados e reflexão na e sobre a prática que foram importantes ao longo de todo o percurso. Estas estratégias facilitaram a construção dos documentos nesta Unidade e os que planeie construir no meu Serviço.

Durante a pesquisa bibliográfica deparei-me com algumas dificuldades, essencialmente, porque a temática é vasta e as palavras-chave a utilizar poderiam ser inúmeras. Foi necessário selecionar na literatura autores e estudos que especificassem concretamente os cuidados de enfermagem em cirurgia de ambulatório, pré e pós-operatório, necessidades dos clientes, relação de ajuda, comunicação e informação em cirurgia de ambulatório. Consultei bibliografia (apêndice II) que foi relevante ao longo de todo o percurso. Reflete-se no enquadramento teórico deste relatório, assim como na análise e reflexão que efetuei ao longo do mesmo e nos instrumentos que elaborei.

A pesquisa bibliográfica permitiu-me: compreender as inúmeras vantagens da cirurgia de ambulatório relativamente à cirurgia convencional; compreender as necessidades dos clientes; a importância da comunicação e da relação de ajuda, como forma de minimizar a ansiedade do cliente e família perante a entrada no hospital, para ser submetido a cirurgia e permitir uma melhor adaptação a esta transição.

A observação da prática de cuidados de enfermagem no acolhimento ao cliente/família e as conversas informais com o Srº Enfermeiro Chefe e enfermeiros do Serviço sobre estratégias utilizadas no acolhimento, permitiram refletir sobre esta temática e os cuidados prestados fazendo um paralelismo com o Serviço onde trabalho. Esta partilha de experiências permitiu-me identificar estratégias facilitadoras no acolhimento, identificar aspetos que não me eram totalmente explícitos como a organização da cirurgia de ambulatório neste hospital.

Pela minha observação neste estágio verifiquei que um cliente para ser submetido a cirurgia neste regime, deve obedecer a uma criteriosa seleção com vista a reduzir ao mínimo o risco de complicações e principalmente que garantam toda a segurança e eficácia, o que está de acordo com os autores Caseiro et al. (2013, p. 377) nomeadamente nos âmbitos cirúrgico, anestésicos e sociais.

Constatei que o trabalho de equipa é imprescindível para o sucesso na prática do acolhimento. O enfermeiro é o elemento de ligação na equipa multiprofissional sendo que o envolvimento de todos os profissionais permite dar resposta às diferentes necessidades dos clientes que passam diariamente pela UCA deste Hospital, com a qualidade desejada.

Tive a possibilidade de transpor essas aprendizagens para o estágio realizado posteriormente, que apesar de ser numa área de especialidade oncológica, os critérios de inclusão ou exclusão dos clientes em cirurgia de ambulatório são idênticos. Não posso deixar de referir que as necessidades dos clientes, o impacto da doença, as vivências e experiências dos clientes oncológicos são específicos e necessitam de uma abordagem singular.

Este objetivo permitiu-me o conhecimento da especificidade desta unidade que acolhe o cliente para realizar procedimentos cirúrgicos em ambulatório, compreender a dinâmica da cirurgia de ambulatório e a forma como está organizada neste hospital, facilitando as reflexões realizadas ao longo de todo o percurso.

- **Analisar a forma como é realizado o acolhimento ao cliente proposto para intervenção cirúrgica em contexto de cirurgia de ambulatório**

Para atingir este objetivo realizei as seguintes atividades: conversa informal com o Srº Enfermeiro chefe e restantes enfermeiros da equipa; observação da prestação de cuidados de enfermagem no acolhimento; pesquisa bibliográfica sobre as necessidades dos clientes na cirurgia ambulatória, intervenções de enfermagem; construção de documentos (fluxograma do percurso realizado pelo cliente proposto para cirurgia ambulatória, guia de orientação para os enfermeiros no acolhimento ao cliente sujeito a cirurgia de ambulatório); reflexão na e sobre a prática.

As atividades desenvolvidas permitiram o conhecimento da especificidade desta unidade e refletir na forma como realizam o acolhimento ao cliente em cirurgia de ambulatório, identificando estratégias facilitadoras nas diferentes atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, de modo a direcionar as minhas atividades para as áreas de maior interesse para o desenvolvimento de competências.

Para conhecer a especificidade desta unidade no acolhimento ao cliente, de forma a sistematizar o percurso do cliente proposto para cirurgia de ambulatório e as atividades desenvolvidas pelos diferentes setores, elaborei um fluxograma desse mesmo percurso (apêndice III), que foi construído de comum acordo com o Srº Enfermeiro Chefe e pretende orientar a minha intervenção e a dos colegas dando o meu contributo para melhorar a qualidade neste serviço, o que foi bem aceite por toda a equipa. O documento foi validado pelo Srº Enfermeiro Chefe e restante equipa ao qual fizeram sugestões, que foram introduzidas. Efetivamente a

implementação de ferramentas, programas e métodos aplicados aos princípios da melhoria contínua transformam não somente as atividades operacionais das organizações, mas promovem a filosofia da qualidade (Silva & Flores, 2011), pretendendo este fluxograma ser uma ferramenta de qualidade.

A observação da prestação de cuidados de enfermagem permitiu-me identificar a importância do primeiro contato do cliente no acolhimento, que nesta unidade é via telefone, apenas no dia da cirurgia os clientes/família conhecem o espaço físico da UCA. A revisão sistemática da literatura apresentada por Gilmartin & Wright (2007) permite identificar duas intervenções eficazes em relação aos cuidados de pré-admissão do cliente ao serviço, em que Basu et al. (2001) refere a importância da triagem pré-operatória ou questionário via telefone (tal como acontece neste serviço) e Clark et al. (2000) refere-se à consulta pré-operatória presencial realizada dias antes à admissão. Ambas as intervenções foram utilizadas eficazmente de forma a preparar os clientes para a cirurgia de ambulatório facilitando a adaptação do cliente à situação, promovendo a segurança e contribuindo para o estabelecer de uma relação de ajuda.

Pela minha observação e conversa com os colegas percebi que no primeiro contato com o cliente que é feito via telefónica, são colocadas várias questões ao mesmo que não estão sistematizadas e escritas, não sendo facilitador do trabalho dos enfermeiros e pode levar à perda de informação por não colocação de algumas questões. Assim, fez-me sentido construir um documento onde estão sistematizadas as questões a colocar ao cliente de forma a detetar algumas necessidades, orientações a dar ao cliente no pré, pós-operatório e no momento da alta (apêndice IV). O documento elaborado é um guia que permite orientar os colegas da UCA e a mim relativamente ao acolhimento do cliente, promover a segurança e por conseguinte a melhoria da qualidade dos cuidados. Foi facilitador do trabalho dos colegas, segundo o feedback dos mesmos, pois reconheceram a importância de elaboração de documentos de apoio para a prestação de cuidados a utilizar neste Serviço. Para mim foi útil não só neste local de estágio mas no que se realizou posteriormente, conforme irei explicar no próximo subcapítulo. Foi elaborado com base na pesquisa bibliográfica efetuada, na minha prática num serviço de cirurgia e adequada à prática e dinâmica da UCA. Em fase posterior ao término do meu estágio foi colocado em sistema informático o conteúdo deste guia, o que revela a

importância do documento elaborado. Ao cliente, para além das orientações dadas telefonicamente, é entregue na admissão à Unidade informação escrita sobre o funcionamento e dinâmica da cirurgia de ambulatório, o que pela minha observação na prática de cuidados, diminui a ansiedade do cliente à chegada à Instituição e facilita a sua adaptação ao ambiente hospitalar, o que reforça a utilidade do meu projeto.

O cliente é admitido na unidade no dia da cirurgia, proveniente do exterior e recebido pelo enfermeiro sendo-lhe atribuída uma unidade, fornecida roupa hospitalar, pedindo para retirar valores que eventualmente tenha trazido. Este é um momento importante no acolhimento ao cliente, constatei pela minha observação e experiência em cirurgia que pode ser considerado por muitos clientes o privar dos seus objetos pessoais, perda de identidade pessoal, pois encontra-se num ambiente que para muitos lhe é desconhecido. Christóforo & Carvalho (2009) identificam no seu estudo que de todos os cuidados prestados ao cliente cirúrgico, retirar a roupa íntima, colocar roupa hospitalar e retirar a prótese dentária, foram os cuidados que causaram maior constrangimento e os que tiveram os índices mais elevados de desconforto. Referem que “ (...), esses sentimentos poderiam ser amenizados, se explicasse porque são necessários.” (Christóforo & Carvalho, 2009, p. 20). De um modo geral esta equipa tem a preocupação em explicar a necessidade e a intenção de realizar alguma intervenção, o que sempre considerei fulcral na minha prática diária, constatando também nesta unidade, o quanto este aspeto minimiza a ansiedade dos clientes e facilita a adaptação à situação.

Durante o acolhimento nesta unidade, e especificamente no momento da admissão, os enfermeiros do Serviço esclarecem o cliente e família de todo o percurso que irá realizar desde que é admitido até ao momento da alta. Efetuam a apresentação da estrutura física do serviço o que, pela minha observação e experiência em cirurgia, facilita a adaptação do cliente ao ambiente hospitalar e minimiza a sua ansiedade, também corroborado por Cordero- Ponce, Sanchez-Romao & Lopés-Bare (2008). O estudo apresentado por Silva (2010) refere que apenas 24% dos inquiridos considera pouco importante a apresentação do serviço. De facto no contexto da cirurgia de ambulatório é fundamental que o cliente sinta absoluta segurança no serviço que lhe é prestado e tomar contato com o ambiente

que o envolve constitui um meio de estabelecer confiança, num atendimento que se deseja personalizado.

A pesquisa bibliográfica relativa às necessidades dos clientes e às intervenções dos enfermeiros permitiu antecipar as necessidades dos clientes em cirurgia ambulatoria, o que é crucial na eficácia dos cuidados, porque ao identificar as necessidades/ problemas reais ou potenciais do cliente e família e os recursos que a pessoa tem ou adota perante a doença, é possível estabelecer prioridades relativamente aos cuidados prestados e maximizar o seu potencial de saúde, o que foi possível realizar neste estágio

Outra das atividades realizadas pelos enfermeiros na Unidade é o follow up telefónico que, segundo o que me foi transmitido, futuramente nesta instituição vai estender-se a todos os clientes que regressam a casa após um período de internamento, o que revela a sua utilidade como intervenção na prática de cuidados. Este contato telefónico permite ao enfermeiro assegurar a continuidade dos cuidados e avaliar a recuperação do cliente, possibilitando-lhe esclarecer dúvidas ainda existentes ou que tenham entretanto surgido. Tal como refere Cunha et al. (2010 p.15) “ o questionário de follow up funciona como um instrumento de controlo de intercorrências, eficácia e qualidade do serviço.”

Embora já houvesse um documento onde estavam elencados alguns aspetos a ter em conta no follow up telefónico, percebi a partir da minha observação da prática, da prestação de cuidados e das conversas com os colegas que este documento estava pouco sistematizado, era de difícil preenchimento, havendo possibilidade de perda de informação. Assim, sugeri ao Srº Enfermeiro Chefe (que também era meu orientador de estágio) a revisão do documento de follow up telefónico envolvendo a equipa na sua elaboração (apêndice V), o que foi bem aceite. A revisão do documento pretendia torná-lo mais sistematizado, facilitando o trabalho dos enfermeiros, evitando a perda de informação e promovendo a melhoria do follow up telefónico. Esta revisão teve por base a pesquisa bibliográfica, assim como as sugestões dos colegas.

Estes momentos de partilha com os colegas permitiram-me refletir sobre a minha prática profissional e como posso dinamizar e envolver os meus colegas de trabalho, fez – me estar mais atenta a esta intervenção (follow up telefónico) e à importância que tem como apoio do cliente na sua recuperação. Permitiu-me pensar num futuro

projeto para o meu Serviço, ou seja, a aplicação de follow up telefónico a todos os clientes do Serviço que são submetidos a cirurgia, promovendo a continuidade a confiança e segurança nos cuidados.

- **Aplicar os conhecimentos adquiridos na prestação de cuidados especializados de enfermagem no acolhimento ao cliente proposto para intervenção cirúrgica em contexto de cirurgia ambulatória**

Para atingir este objetivo realizei como atividades: pesquisa bibliográfica; conversas informais com os enfermeiros do serviço; observação da prestação de cuidados de enfermagem no acolhimento ao cliente; colaboração na prestação de cuidados aos clientes propostos para cirurgia de ambulatório; elaboração de documentos facilitadores da transição para os clientes no regresso a casa; reflexões na e sobre a prática.

O facto de ser enfermeira há cerca de 15 anos, num Serviço de cirurgia, e a observação da prática de cuidados de enfermagem nesta Unidade possibilitaram a minha integração progressiva na especificidade do Serviço. No início deste estágio e após auto-avaliação verifiquei algumas dificuldades na adaptação às cirurgias a que os clientes eram submetidos, face às suas especificidades e a um leque vastíssimo de especialidades cirúrgicas, com as quais não estava familiarizada, constituindo um desafio com o qual me deparei. Tive a necessidade de aprofundar conhecimentos nas diferentes áreas através da observação da prática, pesquisa bibliográfica sobre as cirurgias, cuidados inerentes às mesmas e em conversa informal com os enfermeiros sobre o seu agir na prática de cuidados, com a finalidade de compreender as necessidades do cliente, a intervenção de enfermagem e os resultados obtidos. Com o decorrer do estágio consegui o desenvolvimento de novos saberes.

Colaborei na prestação de cuidados especializados, baseando a prática na evidência e utilizei a minha experiência profissional para refletir com os colegas. Para a consecução deste objetivo ao longo do estágio colaborei nas diferentes atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no acolhimento ao cliente. Nesta instituição o acolhimento ao cliente inicia-se no primeiro contato telefónico, um momento fulcral na identificação de necessidades/ problemas e primordial no estabelecer da relação de ajuda. A observação da prática e a colaboração dos

colegas neste primeiro contato foram facilitadores da minha integração nesta intervenção e um contributo importante não só neste estágio, como no realizado posteriormente. Williams (2008) reforça a importância do contato telefónico considerando que como a estadia no hospital é de curta duração, a preparação para a alta deve começar antes do cliente ser admitido no hospital para realizar cirurgia. O planeamento antecipado facilita a preparação da experiência de transição, enquanto a falta desta é um inibidor. A preparação é o conhecimento acerca do que esperar durante uma fase de transição e sobre quais as estratégias que podem ser úteis na gestão da mesma (Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher, 2000).

Na Unidade iniciei o contato com o cliente e família com a minha apresentação (nome e função desempenhada), tal como fazem os enfermeiros desta Unidade, o que é fulcral na forma como decorre todo o processo de acolhimento do cliente. Phaneuf (2005) menciona que o primeiro encontro entre o enfermeiro e o cliente e a sua chegada ao serviço é determinante no acolhimento da pessoa, existindo a necessidade de prestar uma atenção particular aos primeiros minutos; a mesma autora refere que “os primeiros minutos da comunicação são importantes: dão o tom à relação.” (2005, p.29).

Foi sempre minha preocupação questionar o cliente sobre qual nome que gostaria de ser chamado, pela importância que tem no acolhimento e na relação estabelecida com o cliente e família, o que também é corroborado por Rhodes, Miles & Pearson (2006) quando referem que os clientes identificam o desejo de serem cuidados com dignidade e respeito e reconhecidos como indivíduos, chamados pelo seu nome preferido, bem como a cortesia dos profissionais quando se apresentam. Apresentava os clientes aos elementos da equipa e integrava o cliente no espaço físico, explicando o funcionamento e material destinado ao seu uso pessoal o que é referido como muito importante por 57% dos clientes (Silva, 2010). Acompanhava os clientes ao longo do percurso, transmitindo informações sobre os procedimentos e intervenções a realizar. Stumm, Zimmermann, Girardon-Perlini & Kirchner (2009) revelam, no seu estudo, que os enfermeiros reconhecem as especificidades da unidade cirúrgica e com base nisso procuram familiarizar os clientes no ambiente cirúrgico, explicando todos os procedimentos a que será submetido.

A implementação de medidas de segurança é uma preocupação desta instituição, indicador de qualidade do serviço e uma mais-valia nas minhas

aprendizagens. O cliente não transita para o bloco operatório sem que tenham sido aplicadas regras de segurança. É colocada pulseira de identificação a todos os clientes, realizado registo de check list cirúrgico, verificação de dados pessoais após o seu consentimento, permitindo a identificação de potenciais riscos e a prevenção da sua ocorrência. A minha observação e experiência profissional permitiram-me reconhecer como estes instrumentos de segurança são relevantes na prática de cuidados, dando-me ideias para construir, no meu Serviço, um documento de check list pré-operatório. O enfermeiro é responsável por priorizar ações para o desenvolvimento de boas práticas, de forma a eliminar danos desnecessários decorrentes da prestação de cuidados de saúde. A este respeito Nunes (2006, p. 2007) refere que “ os cuidados prestados às pessoas requerem segurança – e isto inclui a informação sobre os riscos e a redução dos riscos.”

Da minha observação e do que me foi transmitido pelos clientes durante a prestação de cuidados não só neste estágio mas na minha prática diária, dos momentos da hospitalização, os instantes que antecedem a chamada para o bloco são os que o cliente experiencia com um nível mais elevado de ansiedade e como refere Liddle (2012, p.12) “ *pre- operative preparation is vital to patient safety and a key nursing role.*” Transmitem o máximo de tranquilidade, compreensão pela situação que a pessoa estava a vivenciar, contribuindo para reduzir os níveis de ansiedade, ajudando os clientes a adquirir bem-estar. O apoio dos clientes que estão a atravessar uma transição passa pela compreensão dos processos de transição e o desenvolvimento de intervenções efetivas ajudando-os a recuperar a estabilidade e a sensação de bem-estar (Meleis, 2010). Esta forma de estar com o cliente que necessita dos nossos cuidados demonstra a compreensão, o respeito pela pessoa e as boas práticas.

A comunicação é essencial em todo o processo de acolhimento, “*the evidence suggests improving communication skills and taking time to establish an interpersonal relationship between the patient and health professional as key factors in improving patient perception and satisfaction of care*” (Rhodes, Miles & Pearson, 2006, p. 182). A comunicação e a relação estabelecida com o cliente proposto para cirurgia ambulatoria, foram competências que tive oportunidade de desenvolver. Um indicador do desenvolvimento destas competências é a reflexão que elaborei no âmbito da comunicação e relação estabelecida com um cliente durante o

acolhimento e que constituiu um momento de aprendizagem e de desenvolvimento de competências na área da comunicação com a pessoa cuidada (apêndice VI).

Na UCA é fornecida ao cliente documentação escrita necessária para a sua recuperação, continuidade de cuidados em casa e apoio da comunidade. É uma estratégia fundamental como apoio da informação verbal, facto que foi identificado não só na pesquisa bibliográfica que efetuei mas no feedback que os clientes foram dando durante a prestação de cuidados, o que reforça a necessidade de construção de documentos escritos no meu Serviço.

Durante a prestação de cuidados apercebi-me da necessidade de realizar um folheto orientador para os clientes submetidos a colocação de cateter subcutâneo totalmente implantado (apêndice VII). Esta necessidade surge porque me apercebi que os clientes e família tinham dúvidas, colocavam questões e não existia no Serviço um documento escrito relativo a este tema e porque considero que o enfermeiro tem a responsabilidade de facultar informações, de forma a maximizar a recuperação do cliente. A necessidade de informação escrita e verbal é descrita por Gonçalves (2008) como essencial, referindo que os guias orientadores de ensino e folhetos informativos poderão facilitar a compreensão dos aspetos mais significativos a ter em atenção por parte do cliente/família, transmitindo confiança e segurança no regresso a casa. Revela também que a informação escrita é um complemento da verbal e têm efeitos comprovados sobre a adesão do cliente ao tratamento.

É importante que os clientes reconheçam uma complicação cirúrgica e que estejam capacitados para as controlar. Williams (2008) revela a importância dos folhetos informativos incluírem sinais e sintomas específicos para a cirurgia realizada, bem como o número de telefone do serviço que se encontra disponível 24 horas e fornecer informações sobre outros Serviços de apoio. Estas informações foram tidas em consideração durante a elaboração dos folhetos informativos, não só nesta Unidade como são um contributo para o que pretendo realizar no meu Serviço.

A entrega dos documentos é uma estratégia de acolhimento que ajuda a colmatar dúvidas do cliente e facilita a sua adaptação a este processo de transição. Assim, propus ao Srº Enfermeiro Chefe a realização de um folheto orientador para os clientes com sinais de alerta pós- operatórios que implicam que os clientes se tenham que dirigir ao Hospital. Após realização de um primeiro *draft* do folheto tive o cuidado que todos os elementos da equipa tivessem oportunidade de o lerem para

fazerem sugestões já que conhecem melhor a dinâmica do serviço, os clientes que são acolhidos na Unidade e as necessidades dos mesmos. Além disso, a estratégia de mobilizar os elementos da equipa, pode facilitar a sua adesão à entrega do documento aos clientes. Este momento permitiu o meu envolvimento com a equipa, promovendo a realização de reflexões sobre a prática de cuidados durante a passagem de turno e nos momentos em que surgiram dúvidas em relação a alguma intervenção do enfermeiro e qualidade dos mesmos, o que foi enriquecedor. Levantaram-se questões quanto às orientações e informação transmitida ao cliente no qual tive uma função importante - a de promover a discussão e a procura de respostas com base na evidência científica atual. Da discussão gerada conclui-se a necessidade de uniformização e normalização das práticas de cuidados e das orientações a transmitir na prestação de cuidados, tendo sempre em atenção a individualidade da pessoa. Alguns elementos da equipa ficaram motivados para a realização de outros projetos, o que ficou evidenciado pela forma como solicitaram a minha colaboração, para os orientar na pesquisa em bases de dados científicas.

Durante a prestação de cuidados de enfermagem aos clientes em cirurgia de ambulatório, para além das informações transmitidas, validei a aquisição de novas habilidades para o autocuidado, identificando com o cliente quais as dificuldades e facilidades na aprendizagem, dando tempo ao cliente e família para aprenderem os cuidados necessários. Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher (2000) referem que a realização saudável de uma transição é determinada pela medida em que os indivíduos demonstram domínio das competências e comportamentos necessários para gerir as novas situações. Consideram importantes as habilidades que a pessoa já tinha anteriormente e as desenvolvidas durante o processo de transição, sendo que as habilidades desenvolvem-se com a experiência e ao longo do tempo.

Tive oportunidade de realizar o follow up telefónico ao cliente após ter saído do hospital crucial no apoio prestado aos clientes e um contributo para as minhas aprendizagens e reflexões com a equipa no meu Serviço. O resultado desejado e que foi possível identificar durante a realização dos telefonemas de follow up foi a satisfação do cliente com a informação, o apoio e o cuidado prestado. Os resultados do estudo de Flanagan (2009) sugerem que o contínuo contato dos enfermeiros no período de recuperação ajuda os clientes no decorrer da experiência cirúrgica. A concretização desta atividade e os conhecimentos adquiridos foram profícuos no

estágio realizado posteriormente pois senti mais segurança na sua realização, facilitando as reflexões com os meus colegas do Serviço.

Este local de estágio foi facilitador no desenvolvimento de competências e permitiu-me intervir na área do meu projeto, atingindo os objetivos a que me propus. Deu-me a possibilidade de desenvolver competências de enfermeiro especialista de acordo com OE (2010) e EONS (2005): Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas para a melhoria da qualidade; Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; Assegura que os protocolos de qualidade dos cuidados se cumprem; Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/ família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

3.2 Estágio na Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital de Lisboa (Hospital B)

Realizei o segundo momento de estágio na UCA do Hospital onde trabalho em Lisboa. A escolha deste Serviço deveu-se ao facto de ser uma Unidade que realiza cirurgia de ambulatório especificamente ao cliente oncológico, com boas práticas no acolhimento ao cliente e família. Delineei como objetivo geral - Desenvolver competências para prestação de cuidados especializados no acolhimento ao cliente oncológico, proposto para intervenção cirúrgica mamária e eletroquimioterapia, em contexto de cirurgia ambulatório.

Os pontos a *bolt* que se seguem correspondem aos objetivos específicos delineados, onde faço uma análise crítica e reflexiva sobre as atividades realizadas, os resultados obtidos e as competências desenvolvidas.

- **Aprofundar conhecimentos no acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica mamária e eletroquimioterapia em contexto da cirurgia de ambulatório**

Para concretizar este objetivo realizei atividades como: pesquisa bibliográfica; apresentação do meu projeto à equipa; conversas informais com a Sr^a Enfermeira Chefe e enfermeiros da Unidade que foram facilitadores na minha integração no Serviço e permitiram o conhecimento da especificidade desta Unidade, facilitando a construção dos documentos que pretendo realizar no meu Serviço.

Fiz pesquisa bibliográfica (apêndice VIII) sobre as cirurgias mamárias realizadas neste Serviço e cuidados de enfermagem às mesmas, tal como a cirurgia de eletroquimioterapia, pois também são realizadas no Serviço onde trabalho na modalidade “ One Day Surgery”. A pesquisa bibliográfica permitiu-me aprofundar conhecimentos para cuidar com maior qualidade e estar atenta às necessidades destes clientes antecipando algumas situações. Foi facilitadora ao longo do percurso, bem como na elaboração dos folhetos informativos que propus construir, no Serviço onde desempenho funções, relativos às cirurgias realizadas.

Da pesquisa bibliográfica realizada, foi possível compreender as vantagens que a cirurgia oncoplástica da mama veio trazer aos clientes, o que foi facilitador durante a prestação de cuidados, pois esta é a especialidade cirúrgica de maior prevalência nesta Unidade. Na pesquisa efetuada surgiram vários estudos que se referem à realização da técnica cirúrgica de EQT, benefícios da utilização de determinado fármaco durante o procedimento cirúrgico, mas não tive acesso a estudos que focassem especificamente cuidados e intervenções de enfermagem à pessoa submetida a eletroquimioterapia e o impacto desses cuidados na prática, pelo que me parece ser uma importante área de estudo pelas implicações que tem na adaptação à doença e bem-estar do cliente e família, no entanto, a minha experiência profissional foi facilitadora durante a prestação de cuidados e na elaboração do folheto que propus realizar no meu Serviço.

A pesquisa bibliográfica e a evidência científica encontrada vieram desmistificar algumas das minhas perceções relativamente à saída dos clientes do Serviço com drenos, tal como se verifica não só nesta Unidade como no meu Serviço. Marla, Millan & Stallard (2013) revelam que o envio de clientes para casa com um dreno no local operatório pode ser uma opção que deve ser considerada. Esta pesquisa

bibliográfica e a observação da prática de cuidados nesta Unidade, permitiram-me refletir sobre a necessidade de outro tipo de documentação escrita, essencial para orientar os clientes que são submetidos a cirurgia e levam o dreno para casa. Este assunto será descrito no próximo subcapítulo quando referir as atividades desenvolvidas no meu Serviço.

Apresentei o meu projeto à equipa, o que permitiu refletir sobre a temática, partilhar, discutir e informar os colegas sobre o meu trabalho, o que foi facilitador na minha integração e no meu percurso de estágio. Validei a sua pertinência e partilhei com a enfermeira orientadora as atividades a desenvolver ao longo estágio e os contributos, não só para as minhas aprendizagens como para o Serviço.

As conversas informais com a Sr^a Enfermeira Chefe e os enfermeiros sobre acolhimento foram essenciais, na identificação das estratégias utilizadas e atividades desenvolvidas no acolhimento dos clientes nesta Unidade, facilitando as reflexões realizadas ao longo do percurso.

A observação da prática de cuidados permitiu-me constatar que a maioria dos clientes encontram-se numa fase de tratamento reconstrutivo da mama, com vantagens não só a nível físico, como psicológico. No Serviço onde desempenho funções os clientes encontram-se numa fase do tratamento distinta, ou seja, numa fase inicial de diagnóstico e tratamento da doença oncológica, no entanto, têm vindo a aumentar o número de cirurgias conjuntas (entre a cirurgia geral e plástica). Permitiu-me conhecer outras perspetivas do tratamento oncológico e outras fases da trajetória da doença, alargando o leque de conhecimentos o que irá facilitar a construção do guia orientador para os enfermeiros no acolhimento no meu Serviço. Estes permitem-me prestar cuidados nesta unidade, mas também no meu Serviço, pois cada vez mais se utilizam técnicas cirúrgicas associadas e mais complexas e cabe-nos, como enfermeiros, estar atualizados para prestar cuidados de qualidade.

Este objetivo permitiu o conhecimento da especificidade do Serviço de modo a direcionar as minhas atividades para as áreas de maior interesse.

- **Analisar a forma como é realizado o acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica mamária e eletroquimioterapia, em contexto da cirurgia de ambulatório**

Para atingir este objetivo realizei atividades como: pesquisa bibliográfica sobre Serviços de cirurgia de ambulatório, necessidades dos clientes oncológicos em cirurgia de ambulatório; consulta de documentos existentes no Serviço (folhetos, guia, protocolos e normas); conversas informais com os enfermeiros do Serviço; observação da prática de cuidados; reflexão na e sobre a prática.

As atividades desenvolvidas contribuíram para a minha integração e para dirigir o meu olhar para as particularidades desta unidade, conhecer a forma como realizam o acolhimento ao cliente oncológico submetido a cirurgia mamária e eletroquimioterapia e, assim, alargar o meu raciocínio, desenvolvendo competências no acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”.

As conversas informais com a Sr^a Enfermeira chefe e enfermeiros no Serviço tiveram como objetivo aproveitar a sua experiência em cirurgia de ambulatório a clientes oncológicos e conhecer o espaço e a dinâmica específica desta Unidade, identificar as intervenções de enfermagem especializadas a estes clientes nas diferentes atividades desenvolvidas, o percurso do cliente oncológico em cirurgia de ambulatório e identificar as potencialidades de recursos afetos a esta Unidade, de modo a apreender as estratégias utilizadas e as atividades desenvolvidas no acolhimento aos clientes oncológicos na cirurgia de ambulatório e deu-me ideias para o que quero concretizar.

O conhecimento da estrutura física e das especificidades do Serviço, bem como a consulta de documentos existentes (protocolos e manuais do Serviço), permitiu a minha rápida integração no Serviço e apropriar-me do percurso que o cliente percorre desde que é proposto para cirurgia de ambulatório fazendo-me refletir sobre o que quero concretizar no Serviço onde trabalho e qual a melhor forma de o fazer. Efetivamente as características de funcionamento deste Serviço e o modo de atuação dos enfermeiros despoletaram a minha reflexão sobre o percurso do cliente que vai ser submetido a cirurgia de ambulatório desde a admissão até à alta, a forma como é realizado o acolhimento identificando as intervenções que são um

contributo para o meu Serviço, como o follow up que é realizado pelas enfermeiras desta Unidade (apêndice IX).

O facto de ser estudante de enfermagem de especialidade, ter formação teórica na área da cirurgia e ser enfermeira há 15 anos num serviço de cirurgia Oncológica, foi propício e vantajoso para a concretização deste objetivo, permitindo uma visão mais abrangente de cada situação observada. A equipa multiprofissional demonstrou disponibilidade para as minhas questões, para a partilha de experiências e informação relativa aos clientes que acompanhava, como em relação à sua realidade de trabalho, o que foi facilitador para a minha aprendizagem.

A observação da prestação de cuidados de enfermagem e a pesquisa bibliográfica realizada não só neste estágio como no anterior, foram primordiais para a concretização deste objetivo. Permitiram-me identificar que a adequada seleção dos clientes oncológicos para realizar cirurgia em ambulatório, a experiência da equipa de saúde envolvida e a colaboração entre cada elemento, no respeito pelas funções, são critérios fundamentais para garantir a segurança, confiança e a qualidade dos cuidados prestados.

O trabalho de equipa segundo Caseiro et al. (2013, p. 377) “constitui um “gold standard” do ambulatório e pressupõe uma estreita colaboração e entendimento com todos os envolvidos no programa, desde o cirurgião ao enfermeiro e do secretariado ao próprio doente”, nunca esquecendo que a família faz parte integrante e constitui um elemento fundamental, para a eficácia e segurança do cliente no regresso a casa. Assim, fui-me questionando ao longo deste percurso de estágio como posso envolver os outros profissionais na melhoria da qualidade dos cuidados prestados no meu Serviço e como posso dinamizar a equipa onde desempenho funções.

Um dos aspetos sobre o qual refleti foram os registos efetuados neste Serviço. Todos os profissionais de saúde da UCA envolvidos têm acesso à informação informática, desde que o cliente é admitido até ao follow up. No entanto, para a continuidade dos cuidados e articulação com outros Serviços, o registo de informação tem que ser realizado em papel, para que seja acessível a todos os profissionais que prestam cuidados ao cliente. O facto do sistema de informação informático poder vir a ser uniforme em toda a Instituição, seria um contributo importante para que a duplicação de informação não se verificasse.

A continuidade de cuidados e a articulação entre todos os profissionais de saúde depende da informação recolhida e do seu registo no processo clínico do cliente. Este aspeto é essencial nos cuidados prestados ao cliente e espelha-se na qualidade dos mesmos. É importante refletir com os meus colegas no Serviço a relevância que a recolha de informação tem durante o acolhimento aos clientes e como pode contribuir para melhorar os ensinamentos e orientações realizadas, bem como no follow up que é realizado pelas enfermeiras da UCA.

A partir do momento em que a equipa multiprofissional confirma a possibilidade de alta o enfermeiro solicita a presença do familiar e promove, em conjunto, o plano de cuidados para o regresso a casa. A presença de um familiar, pela minha experiência, ajuda nos momentos de maior ansiedade e em que são transmitidas informações importantes para a continuidade dos cuidados. É extremamente importante assegurar que os clientes/família sejam apoiados em termos práticos e emocionais, ajudando os familiares a reconhecer o contributo importante que eles próprios podem dar, para assegurar uma transição de sucesso para todos os envolvidos (Meleis, 2010).

A educação do cliente na forma de ensino para alta e coordenação dos cuidados, através do planeamento de atividades são as principais estratégias dos enfermeiros hospitalares na preparação dos clientes para alta (Meleis, 2010), maximizando a confiança e segurança do cliente. É importante ter em consideração que nem todos os clientes/ família têm as mesmas necessidades de informação (Castoro, Drace & Baccaglioni, 2006). Os enfermeiros e os clientes podem ter diferentes prioridades no que se refere à transmissão de informação para a alta, mas em geral, tal como refere Meleis (2010), inclui atividades de vida diárias, dor, feridas, tratamentos e medicação, reconhecimento de complicações e acesso a serviços de follow-up. Nesta Unidade é entregue documentação escrita aos clientes e familiares no momento da admissão e alta, aspeto que considero essencial e que tive a oportunidade de constatar pela minha observação da prática, experiência de estágio anterior e bibliografia consultada. O acesso a estes documentos, a pesquisa bibliográfica, a observação das práticas e reflexão com os colegas permitiram-me identificar estratégias facilitadoras no acolhimento ao cliente sujeito a cirurgia na modalidade “One Day Surgery” e a estar mais atenta a aspetos que posso adaptar para o meu Serviço.

- **Aplicar os conhecimentos adquiridos na prestação de cuidados especializados de enfermagem no acolhimento ao cliente proposto para intervenção cirúrgica mamária e submetido a eletroquimioterapia em contexto de cirurgia ambulatoria**

Para atingir este objetivo realizei como atividades: observação da prática de cuidados; colaboração na prestação de cuidados ao cliente proposto para cirurgia mamária e eletroquimioterapia em contexto de cirurgia de ambulatório; realização de reflexões na e sobre a prática; construção de documento de sistematização das necessidades do cliente oncológico durante o acolhimento para cirurgia de ambulatório e um guia de apreciação e de intervenções de enfermagem; sessão de informação/ reflexão sobre o acolhimento ao cliente oncológico em cirurgia de ambulatório, que contribuíram para o concretizar deste objetivo e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

Integrada nesta equipa desenvolvi diferentes atividades inerentes ao cuidado de clientes propostos para cirurgia de ambulatório em vários momentos do seu percurso: realização de consulta de enfermagem pré operatória à cirurgia de ambulatório; contato telefónico inicial para cirurgia; realização de cuidados globais ao cliente desde a sua admissão para cirurgia até ao momento da alta, incluindo o follow up telefónico realizado 24 horas após a alta hospitalar, em que o cliente se encontra numa fase de recuperação da cirurgia e de adaptação à situação de doença e tratamento. Irei adiante aprofundar as atividades desenvolvidas nestas áreas.

A minha preocupação durante a prática de cuidados foi ajudar os clientes a lidar com as transições decorrentes do processo de acolhimento ao hospital e à Unidade, bem como no seu regresso a casa. É possível facilitar esta transição antecipando respostas, providenciando orientações, melhorando sintomas, promovendo o desenvolvimento de ações de autocuidado e bem-estar (Meleis, 2010).

Na prestação de cuidados tive a preocupação de: trabalhar em parceria com os clientes; estar consciente das pressões que os clientes estão a experienciar e tentar minimizar os seus efeitos, quando possível; assegurar que os clientes sejam informados; capacitar o cliente a manter o controlo dos acontecimentos e a tomada de decisão; assegurar apoio em termos práticos e emocionais; articular com outros profissionais da instituição ou comunidade se, necessário, tendo em conta os

recursos existentes. Todas estas experiências foram facilitadoras e enriquecedoras para a minha aprendizagem, contributos importantes para a minha prática de cuidados, bem como nas reflexões com os meus colegas.

Colaborei em várias consultas de enfermagem pré- operatório para cirurgia de ambulatório realizadas dias antes de o cliente ser admitido na Unidade sendo que inicialmente a observação foi facilitadora para a minha integração na dinâmica desenvolvida na consulta. Depois comecei a realizar todo o processo de acolhimento do cliente/ família na instituição. Procedi à colheita de dados da história pessoal do cliente, aspetos clínicos e sociais, bem como identificação de necessidades, fornecimento atempado de informação, realizando o respetivo registo de Enfermagem, utilizando os documentos instituídos. A colheita de dados é registada num documento que já conhecia pois também é utilizado no Serviço onde trabalho, o que foi facilitador, no entanto, na UCA também o fazem informaticamente. O conhecimento sobre o sistema de informação informático foi facilitador não só na prestação de cuidados na UCA, mas contribuiu para aumentar os meus conhecimentos relativamente a outros sistemas de registo que poderão vir a fazer parte da minha prática de cuidados.

Nesta consulta, o cliente tem o primeiro contato com os profissionais de saúde. Barreto, Araújo, Suzuki & Freitas (2010) referem que “ (...) o contato prévio com o cliente cirúrgico representa um momento importante, uma vez que a explicação sobre os procedimentos a que será submetido diminui o medo e a insegurança.” Considero que a relação estabelecida no primeiro momento é fulcral para o desenrolar de todo o processo de acolhimento. Nesta consulta contribuí para o estabelecimento de um ambiente calmo e tranquilizador, o que é favorecedor de suporte emocional do cliente e família e promotor do bem-estar dos mesmos. Também Silva (2010, p.90) refere que “ em qualquer momento do acolhimento os enfermeiros devem ser simpáticos, gentis e agradáveis, estabelecendo desde o início uma relação promotora de bem-estar e confiança necessários para ultrapassar os problemas inerentes à hospitalização.”

Este primeiro contato realizado presencialmente, permite: identificar as dúvidas do cliente/ família face à cirurgia programada; informar e esclarecer o cliente/família de acordo com os seus desejos; identificar e dar suporte às suas necessidades e expectativas e utilizar estratégias adequadas à sua situação de

saúde/doença; esclarecer sobre cuidados de preparação pré-operatória (física e psicológica adequada a cada cliente); desmistificar o ato cirúrgico, valorizar as representações, as opiniões e as experiências pessoais; articular os cuidados com a equipa multidisciplinar se necessário, promovendo bem-estar e qualidade de vida. A minha preocupação foi informar cada cliente individualmente, tendo em conta o que procura saber e não debitar informação que considero importante. Os clientes são informados que podem ter que permanecer internados vinte e quatro horas, na Unidade, dando-lhes oportunidade de programarem a sua vida antecipadamente. Esta informação é facilitadora de uma transição saudável, pois, de acordo com Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher (2000) a preparação antecipada facilita a preparação da experiência de transição, enquanto a falta desta é inibidor.

Fornei aos clientes informação verbal e escrita sobre a unidade, tal como fazem as enfermeiras, explicando verbalmente as informações que contém o documento, o que facilita a compreensão por parte do cliente, demonstrado pelo feedback que me foram transmitindo. O folheto informativo desta Unidade deu-me ideias para a construção do documento de acolhimento para o cliente no meu Serviço e a sua utilização foi facilitadora, contributo que pretendo adaptar na minha prática de cuidados.

A observação da prática da enfermeira orientadora foi primordial durante as interações realizadas. Tive a oportunidade de refletir com os colegas desta Unidade e do meu Serviço, o que evidenciarei na reflexão realizada mais adiante. O desenvolvimento e o aprimorar de competências de comunicação e relação interpessoal com o cliente e família, foi um dos contributos para mim relativamente à minha aprendizagem. Elaborei uma reflexão escrita (apêndice X), seguindo a metodologia do ciclo de Gibbs, que decorreu de uma situação de aprendizagem para mim na prática de cuidados na consulta pré operatória da UCA. Nesta situação a relação estabelecida com a cliente permitiu desenvolver competências no âmbito da comunicação, nomeadamente no estabelecimento de uma comunicação eficaz, o que promove o estabelecimento de uma relação de confiança, favorecendo a recuperação da sua situação de saúde/ doença e facilitando a transição.

É crucial a permanência junto do cliente, escutando e transmitindo sentimentos de segurança e confiança, dando ao cliente a possibilidade de revelar expectativas, desejos e medos mais íntimos. Pretendi ser o elemento facilitador que

assegura a transição saudável, estabelecer uma relação de ajuda e confiança que permita capacitar o cliente para o autocuidado, ajudá-lo a sentir-se seguro para pedir apoio ao profissional de saúde, sempre que o necessitar. A interação que se estabelece deve ser genuína, devemos ser nós próprios guiados pelas nossas emoções, com sentido ético, responsabilidade, facilitando a relação com a pessoa que é cuidada, que vivencia um momento de fragilidade e vulnerabilidade. Estes aspetos são contributos importantes, que posso transpor para a prática de cuidados no Serviço onde trabalho e refletir com os meus colegas envolvendo- os nas boas práticas.

Percebi a partir da observação da prática, da literatura a que acedi e da colaboração na prestação na prestação de cuidados ao longo dos estágios que estes clientes têm necessidades de informação, de apoio social e familiares, de apoio emocional e físico e capacitação /aquisição de competências para o autocuidado. Fui, então fazendo a sistematização escrita das necessidades do cliente oncológico durante o acolhimento para cirurgia de ambulatório e um guia de apreciação e de intervenções de enfermagem (apêndice XI). Este documento foi facilitador durante o estágio e na minha prática de cuidados no acolhimento ao cliente proposto para cirurgia na modalidade “One Day Surgery”, pela importância de antecipar eventuais problemas e intervir de forma a evitá-los, minimizando as complicações que possam ocorrer no período pós- operatório e no regresso a casa. Considero que conhecer antecipadamente as necessidades dos clientes, mais rapidamente se pode proceder à sua resolução.

Nesta Unidade tive a oportunidade de observar o contato telefónico para convocar o cliente para cirurgia, realizado pelas enfermeiras, o que ficou facilitado pela realização do estágio anterior.

Durante o momento de admissão do cliente e família na UCA tive o cuidado de me apresentar, identificando com o cliente qual o nome que gostaria de ser tratado; procedendo a uma visita à unidade, apresentando os profissionais e a estrutura física, reforçando as orientações sobre a dinâmica e procedimentos da Unidade. Fui encaminhando os clientes para um local específico, que permite a privacidade, procedendo à colheita de dados pessoais do cliente e preparação para a entrada para o bloco operatório. Durante a prestação de cuidados ao cliente, procedi à avaliação física e emocional do cliente, tive a preocupação de transmitir

informações e orientações adequadas a cada pessoa, constituindo um meio para capacitar o cliente no autocuidado. Carneiro & Berti (2009, p.88) referem a esse respeito que “ o direito à clara informação sobre quem o assiste e o que lhe poderá acontecer é fundamental para a garantia da sua autonomia.”

Através da observação da prática, colaboração na realização da Consulta de Enfermagem e nos cuidados na UCA, percebi que são fornecidas aos clientes informações sobre a sua cirurgia e os cuidados a ter em casa, mas é reduzido o acesso dos clientes a esta informação escrita o que pode funcionar em casa como um instrumento segurizante para o cliente. Avaliando pelas necessidades identificadas neste Serviço e pela partilha com os colegas, a realização de documentação escrita terá grandes benefícios não só para o Serviço onde desempenho funções, como para toda a instituição, o que reforça a necessidade e a utilidade deste projeto.

De forma a dar continuidade aos cuidados e apoio no regresso a casa, os enfermeiros desta Unidade contactam os clientes 24 horas ou 48 horas após a alta. Esta é uma estratégia fundamental para que os clientes sintam segurança e conforto necessário para adquirir o seu bem-estar. Fazia-me sentido no meu Serviço, os enfermeiros também fazerem este contacto telefónico à pessoa, já que o acolhimento e a cirurgia foram feitos lá, no entanto, este contacto é feito pelos enfermeiros da UCA, aspeto que tive oportunidade de observar. Reforçou a minha certeza no projeto elaborado, pois quanto melhores forem as estratégias realizadas no acolhimento e os registos no meu Serviço, melhor será feita a continuidade dos cuidados prestados na UCA.

Os momentos de reflexão realizados nesta equipa permitiram o envolvimento e partilha de experiências, onde foram contempladas facilidades no modo de agir e da continuidade de cuidados, bem como os constrangimentos que surgiram com o início da realização da modalidade “One Day Surgery” no Serviço de Cirurgia Geral, para ambas as equipas de profissionais.

Planeei uma sessão de informação/ reflexão (apêndice XII) sobre uma situação da prática de cuidados relacionados com o acolhimento de uma cliente proposta para cirurgia reconstrutiva mamária. A escolha da situação a apresentar à equipa esteve relacionada com o facto de evidenciar aspetos éticos da prática profissional e despoletou a discussão e reflexão sobre direito à informação,

autonomia e tomada de decisão da cliente proposta para cirurgia reconstrutiva da mama, obtendo resultados positivos na intervenção com a cliente em questão, o que está espelhado na reflexão no (apêndice XIII) e que constituiu um momento importante de aprendizagem e de reflexão sobre aspetos éticos da prática de cuidados. Na sessão de informação/ reflexão foram discutidas estratégias que deveriam estar presentes em todas as situações de cuidados, refletindo sobre a função de cada profissional e a importância do envolvimento de todos os elementos da equipa multiprofissional no cuidado ao cliente e como este facto pode contribuir para a qualidade dos cuidados prestados. O balanço foi muito positivo pela participação dos colegas da UCA nesta sessão tendo participado 6 enfermeiros de um universo de 8. Ao longo da sessão demonstraram interesse, participaram na discussão da situação, refletindo sobre formas de agir em situações de cuidados com as mesmas características, identificando situações, que pela sua complexidade tornam a pessoa cuidada vulnerável, bem como quem presta cuidados.

A minha intervenção neste contexto de estágio passou por elaborar, sugerir e envolver a equipa na dinâmica de reflexão, partilha de experiências e análise das práticas, perante a situação vivenciada por mim. Relativamente à minha intervenção junto dos colegas, considero que esta reflexão permitiu a tomada de consciência das necessidades do cliente oncológico proposto para cirurgia de ambulatório dada a especificidade de cuidados que envolve, a sua complexidade e vulnerabilidade, exigindo uma estratégia de articulação e coordenação de cuidados por parte de toda a equipa de saúde. Esta reflexão contribuiu para analisarmos a importância que tem a comunicação, a relação estabelecida com os clientes no acolhimento para cirurgia, bem como os princípios éticos que norteiam a nossa profissão.

Sinto que este ensino clínico contribuiu largamente para o meu enriquecimento pessoal, resultado de um conjunto de experiências por mim vivenciadas. A concretização deste estágio permitiu-me desenvolver competências para acolher o cliente proposto para cirurgia na modalidade “One Day Surgery”. Desenvolvi competências que passo a referir: Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade; Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as

responsabilidades profissionais; Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. De acordo com OE (2009, p.42) gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”. Desenvolvi competências específicas de enfermeiro especialista descritos pela OE (2011, p.2): Cuida da pessoa com doença crónica, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença crónica, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas.

3.3. Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital de Lisboa (Hospital B)

Para o Serviço de Cirurgia Geral Oncológica, onde desempenho funções, delineei como objetivo geral: promover a melhoria da qualidade de cuidados no acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”. Os itens a *bold*, que se seguem, correspondem aos objetivos específicos onde faço uma análise crítica das atividades efetuadas, das aprendizagens e competências desenvolvidas.

- **Aprofundar conhecimentos no acolhimento do cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”**

Para atingir este objetivo realizei como atividades: pesquisa bibliográfica sobre qualidade dos cuidados de saúde, cuidados inerentes às cirurgias realizadas na modalidade “One Day Surgery” (apêndice XIV); criação de dossier com material de apoio aos enfermeiros para o acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”; observação da prática de cuidados de enfermagem na Consulta Multidisciplinar da Mama relativamente ao acolhimento do cliente oncológico proposto para cirurgia mamária; elaboração de listagem de intervenções do enfermeiro no acolhimento desses clientes; reflexão sobre a prática de cuidados no acolhimento ao cliente proposto para cirurgia na modalidade “One Day Surgery” no Serviço de Cirurgia Geral (apêndice XV).

Para que todos os colegas do Serviço tivessem acesso a informação atualizada sobre a cirurgia de ambulatório, o seu funcionamento e dinâmica, criei um dossier onde coloquei artigos que considerei de interesse, cuja bibliografia coloco em apêndice (apêndice XVI) e documentos que dão apoio na prestação de cuidados ao cliente oncológico proposto para cirurgia na modalidade “One Day Surgery”, que foram essenciais. Pelo feedback que me foram dando, foi facilitador durante a prestação de cuidados aos clientes, pelo facto de terem a possibilidade de consulta sempre que necessário e durante a construção dos folhetos realizados que falarei adiante.

A observação da prática na Consulta Multidisciplinar da Mama foi uma das atividades que realizei. Esta consulta e os profissionais que lá desempenham funções fazem parte integrante do Serviço de Cirurgia Geral, recebem os clientes no pré- operatório, encaminham-nos para o Serviço de Cirurgia Geral, visitam os clientes no pré- operatório e pós- operatório (sempre que possível) e recebem o cliente na consulta de follow up. Por considerar um local com boas práticas no acolhimento do cliente oncológico, com colegas peritos na área da cirurgia ao cliente a vivenciar uma situação oncológica da mama, reconheci a necessidade de observar a prática do acolhimento aos clientes, usufruir da experiência destas colegas e partilhar as minhas experiências, encontrando estratégias facilitadoras, para melhorar os cuidados aos clientes propostos para cirurgia na modalidade “One Day Surgery” em situações de doença oncológica da mama. A observação neste local decorreu durante 3 dias, tal como estava previsto. Da observação e partilha não só neste local mas no estágio anterior, identifiquei a necessidade de elaboração do folheto informativo para as clientes submetidas a cirurgia da mama com presença de drenos- orientações para a alta. Pelo feedback que as clientes foram dando, sentiam que seria importante ter apoio de um documento escrito relativamente à manipulação do dreno, quando já se encontram em casa. Foi possível observar nesta consulta que as clientes tinham disponível informação escrita para as cirurgias mamárias (as colegas da consulta entregam às clientes informação adequada à sua situação clínica) e sempre que necessário poderia ser requisitado pelo meu Serviço esses folhetos para clientes aí intervencionados.

A partir da pesquisa bibliográfica realizada, da minha experiência profissional e da observação da prática de cuidados na Consulta Multidisciplinar da Mama,

elaborei uma listagem (apêndice XVII), onde sistematizei as intervenções do enfermeiro no acolhimento ao cliente oncológico. Este instrumento facilitou a construção do guia orientador para os enfermeiros no acolhimento aos clientes oncológicos que abordarei adiante, e poderá servir de base para a construção de outros trabalhos, no futuro.

À prestação de cuidados de enfermagem está inerente o conceito de qualidade. Para ser alcançada “a qualidade exige reflexão sobre a prática –para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir– o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados.” (OE, 2002, p.6). Para atingir este objetivo, foi crucial a reflexão realizada inicialmente com a equipa de enfermagem do serviço onde trabalho sobre a nossa prática no acolhimento destes clientes, identificando as dificuldades sentidas e a necessidade de encontrar estratégias facilitadoras para melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente e família.

Outra atividade importante para concretizar este objetivo foi a reflexão realizada sobre mim própria, perante os outros e a profissão, e sobre a minha prática de cuidados, as minhas capacidades pessoais, conhecimentos, competências já adquiridas e dificuldades, mantendo em aberto a possibilidade de mudança na minha forma de agir.

Todas as reflexões realizadas foram essenciais, não só na concretização deste objetivo mas na forma como consegui envolver os colegas da equipa de enfermagem no acolhimento do cliente oncológico proposto para cirurgia na modalidade “One Day Surgery”, que destaco no objetivo que se segue.

- **Envolver a equipa de enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral para uma prática de qualidade no acolhimento dos clientes oncológicos propostos para intervenção cirúrgica na modalidade “ One Day Surgery”**

Para atingir este objetivo, desenvolvi como atividades: conversa informal com enfermeira chefe e enfermeiros; dar a conhecer o meu projeto à equipa de enfermagem; elaboração e solicitação de preenchimento de questionário de opinião sobre a necessidade de elaboração e os conteúdos a constar em documento orientador para os enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral e de documentos orientadores para o cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na

modalidade “One Day Surgery” no referido Serviço; realização de um pré-teste ao questionário; realização de reunião com enfermeira chefe e restante equipa de enfermagem para dar a conhecer os resultados do questionário, discussão sobre a importância dos conteúdos a incluir nos documentos e solicitar a colaboração dos colegas para elaboração dos folhetos informativos, guia de acolhimento do cliente ao Serviço e guia orientador para os enfermeiros no acolhimento; sessão de informação/ reflexão sobre acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “ One Day Surgery”.

Inicialmente dei a conhecer o meu projeto à equipa durante as reuniões de passagem de turno e em momentos informais. Sempre que surgiram dúvidas os colegas procuraram o meu apoio para esclarecimento relativamente à dinâmica da modalidade “ One Day Surgery” no Serviço, por exemplo nos registos, fornecimento de medicamentos, follow up realizado pelas colegas da UCA, sendo eu um elemento facilitador da sua formação. Pelo feedback que os colegas foram dando, as reflexões foram um contributo importante para a aquisição de conhecimentos relativamente a esta dinâmica, despertando-os para as pequenas mudanças que se podem alterar na prática, e que contribuem para elevar a qualidade dos cuidados prestados.

A conversa informal com a Sr^a Enfermeira Chefe do Serviço e restantes elementos da equipa de enfermagem, sobre o tema do meu projeto, foi importante para a concretização não só deste objetivo mas de todo este percurso. Fui falando pontualmente com a equipa multiprofissional garantindo o seu envolvimento ao longo deste percurso, o que se veio a revelar extremamente importante nas reflexões realizadas, bem como na elaboração de toda a documentação, como faço referência no objetivo que se segue.

As conversas informais e as reflexões realizadas com os colegas sobre as estratégias a implementar, de forma a melhorar o acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery” foram extremamente importantes para o desenvolvimento de todo o projeto pois é desta partilha de situações da prática que podem surgir ações, que promovem a qualidade de cuidados prestados às pessoas de quem cuidamos.

A pesquisa bibliográfica e reflexões efetuadas ao longo de todo o percurso, a realização dos estágios anteriores e competências já desenvolvidas, deram-me

bases para concretizar este objetivo, facilitando também a dinamização de toda a equipa de enfermagem.

Para garantir o envolvimento da equipa de enfermagem no meu projeto, elaborei um questionário de opinião e apliquei esse questionário à equipa com o objetivo de: identificar a necessidade de elaboração de um guia orientador para os enfermeiros no acolhimento do cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”; a informação a conter no guia de acolhimento para o cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “ One Day Surgery” no Serviço de Cirurgia Geral e folhetos orientadores ao cliente submetido às cirurgias realizadas no âmbito da modalidade “One Day Surgery”. Elaborei o respetivo documento (apêndice XVIII) o qual foi validado pela professora orientadora e pela enfermeira orientadora do estágio.

Realizei um pré-teste ao questionário, pedindo a colaboração de dois elementos que ficaram excluídos dos resultados. A fase de validação do questionário é indispensável, pois permite verificar se as questões são bem compreendidas pelos participantes e possibilita, se necessário, a sua modificação. Solicitei a colaboração de preenchimento de questionário, ao qual responderam 32 elementos dos 42 que fazem parte do Serviço de Cirurgia Geral. Todos os elementos responderam ser importante a realização de um guia orientador para os enfermeiros relativamente ao acolhimento do cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”, o que corresponde a 100%. Os aspetos que os enfermeiros identificaram como relevantes para serem incluídos no guia de acolhimento e nos folhetos informativos para o referido cliente e que foram tidos em consideração na construção destes documentos foram: o percurso que o cliente realiza no Serviço; dinâmica do Serviço quanto às visitas, segurança; os cuidados a ter em casa com alimentação, medicação, atividade física, dor, pensos, sinais e sintomas que o cliente deve estar atento para se dirigir ao hospital; aspetos a ter em atenção no momento da alta.

Realizei uma reunião com a Sr^a Enfermeira Chefe e os elementos da equipa (6 elementos estiveram presentes) de forma a dar a conhecer aos resultados do questionário aos elementos da equipa, surgindo a discussão sobre a importância dos conteúdos a incluir nos documentos. Solicitei a colaboração dos colegas para elaboração dos folhetos informativos e guia de acolhimento para o cliente oncológico

proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”, tendo-se disponibilizado 3 colegas para formarem um grupo comigo para elaborar a informação escrita a fornecer aos clientes/família, por considerarem ser vantajoso para os mesmos, e pertinentes para a melhoria dos cuidados prestados no acolhimento do cliente ao Serviço. Esta estratégia de envolvimento dos colegas foi propositada pois considero que da discussão em grupo poderá advir um trabalho mais rico e estando também os colegas a realizar este trabalho, será facilitador na adesão à entrega dos documentos aos clientes. Participaram em todas as atividades propostas por mim no projeto, das quais falarei adiante, o que foi bastante motivador para continuar este percurso.

Como forma de promover a discussão e de sensibilizar os enfermeiros para a temática, realizei no Serviço de Cirurgia Geral uma sessão de informação/ reflexão, no dia 18 de Fevereiro 2013, que teve como tema “ Acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”. Divulguei a sessão (apêndice XIX) de forma a obter o máximo de participantes e elaborei o plano da mesma (apêndice XX). Esta sessão foi realizada posteriormente ao término do estágio para poder ter o maior número de enfermeiros possível pois estavam a ocorrer várias formações institucionais em simultâneo. Nesta sessão de informação/reflexão participaram 12 enfermeiros. Apesar do número reduzido de enfermeiros na sessão, ficou evidente a necessidade que a equipa tem em refletir sobre a temática e aspetos da prática clínica, estendendo-se o tempo que tinha previsto inicialmente para a sessão. A importância da sessão foi também manifestada pela pertinência das questões que colocaram, tendo em conta a preocupação com a segurança dos clientes, a importância da comunicação verbal e escrita no acolhimento dos clientes, a importância do follow up, a criação de um ambiente calmo e tranquilo e a presença dos familiares nos cuidados ao cliente. Denotou-se a preocupação da equipa com a segurança dos clientes, pelo que tentei responder às suas inquietações. Esclareci os colegas do que está a ser feito na instituição relativamente à segurança dos clientes (quanto ao uso de pulseira de identificação para os mesmos), pois já tinha indagado junto do responsável do risco hospitalar do meu Serviço.

A minha função durante a sessão passou por proporcionar resposta aos problemas identificados e orientar a reflexão, incluindo resultados de estudos válidos

e relevantes para a melhoria da qualidade dos cuidados. Considero que a minha ação foi de dinamizadora, gestora numa sessão de informação/reflexão que permitiu aos colegas refletirem, com base em conhecimentos atuais, de forma a incorporarem novos conhecimentos no seu contexto prático, promovendo a melhoria dos cuidados aos clientes. O documento usado para avaliar a sessão de informação é o estabelecido na Instituição e foi utilizado por considerar que responde aos objetivos delineados por mim (anexo I). Analisando os resultados da sessão de informação/reflexão, verifico que assistiram à formação 12 enfermeiros. Relativamente à utilidade dos temas abordados, 91,7% (11) dos enfermeiros refere como muito bom e 8,3% (1) refere bom. No que se refere ao conteúdo da sessão – adequabilidade na prática, 75% (9) responderam muito bom e os restantes 25% (3) avaliaram como bom. Relativamente à aplicabilidade da sessão na prática profissional, 58,3 % (7) dos 12 enfermeiros presentes destacam a importância da reflexão na prática de cuidados; 16,6% (2) referem que o momento formativo permite a partilha de experiências com os colegas; 25% (3) referem ser um trabalho com tema pertinente e atual (apêndice XXI). As respostas evidenciadas na avaliação da sessão de informação/ reflexão demonstram a pertinência desta formação para os enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral e a importância que estes atribuem aos momentos de reflexão, partilha de situações e experiências vivenciadas durante a prática de cuidados no acolhimento aos clientes oncológicos propostos para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”.

O questionamento das situações de trabalho e de novas formas de agir são o grande desafio da prática de cuidados, permitindo a transformação dos contextos onde se inserem. Foi extremamente importante a utilização de exemplos práticos, tendo em conta a minha experiência profissional e dos estágios realizados anteriormente. Na sessão de informação, nas reuniões de passagem de turno e sempre que identifiquei essa necessidade, transmiti aos colegas boas práticas realizadas noutros locais e na bibliografia encontrada, o que permitiu analisar a sua utilidade no nosso contexto da prática. Por exemplo, a importância da presença da família nos cuidados prestados e na educação dos clientes como um factor que contribuí para a confiança e segurança do cliente e família; no apoio que podem dar aos familiares na aquisição de saberes, ajudando-os também a adaptar-se a este processo de transição, pois se os familiares não se sentirem capazes de ajudar o

cliente, outros problemas e necessidades se levantam no regresso a casa deste cliente.

Outros aspetos que fizeram parte da nossa reflexão foram a importância dos registos para a continuidade de cuidados realizado pelas colegas da UCA a realização do follow up telefónico e presencial realizado pelas colegas da Consulta de Cirurgia. O momento da alta e o regresso a casa, constituem situações importantes do acolhimento do cliente oncológico na modalidade “One Day Surgery”. O enfermeiro tem o dever de transmitir, ao cliente e família, elevada confiança no regresso a casa, facilitando o processo de transição. O fornecimento de medicamentos no momento da alta mereceu destaque na reflexão com os colegas, constituindo, na perspetiva da equipa, outro dos benefícios da modalidade de ambulatório que os clientes têm acesso na nossa instituição pois evita que o cliente tenha que se deslocar a um estabelecimento para a aquisição da mesma.

Destaco da reflexão com a equipa a importância que a comunicação eficaz tem na prestação de cuidados de qualidade sendo uma competência essencial no acolhimento dos clientes para cirurgia, principalmente na modalidade “One Day Surgery”, pelo pouco tempo de permanência do cliente no Serviço. Para se desenvolver uma comunicação eficaz, é necessário uma identificação sobre as suas dificuldades nesta área, o que é possível através da reflexão sobre a prática.

A reflexão sobre a prática permitiu aos colegas identificarem as suas próprias dificuldades e só depois de as considerarem como uma necessidade pessoal, é que se podem sentir motivados e responsabilizarem-se pela própria aprendizagem. Durante as reflexões sobre o acolhimento dos clientes foi possível identificar que é crucial rentabilizar o tempo de permanência do cliente no Serviço, dar prioridade às suas necessidades, facilitando a adaptação à nova situação. Assim, a função do enfermeiro é ser o elemento facilitador da adaptação do cliente e família à nova realidade e ajudar os clientes no processo de transição, promovendo o bem-estar dos mesmos. A dinâmica da modalidade “One Day Surgery” tem as suas especificidades, e é no conhecimento destas diferenças que o bem-estar dos clientes pode ser alcançado.

O envolvimento da equipa no meu projeto foi fundamental e a recetividade dos pares foi extremamente importante na implementação de estratégias de melhoria de cuidados. Os colegas participaram de forma ativa nas atividades

propostas e como resultado surgiram sugestões de temas para posteriores formações e reflexões, como por exemplo, estratégias de comunicação, segurança dos clientes, que espero concretizar em breve. Sugeriram a elaboração de informação escrita para os clientes oncológicos submetidos a cirurgias, como por exemplo herniorrafias, que apesar de não fazer parte da modalidade “ One Day Surgery”, são também cirurgias de curto internamento.

- **Elaborar documentos que promovam a melhoria dos cuidados prestados no acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”**

Para atingir este objetivo realizei como atividades: pesquisa bibliográfica sobre normas, folhetos, guias de acolhimento; conversa informal com a Srª Enfermeira Chefe e colegas sobre a importância da elaboração de guia orientador para os enfermeiros no acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “ One Day Surgery”; elaboração de documentos (folhetos informativos para o cliente no regresso a casa, guia de acolhimento para o cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade One Day Surgery”, guia orientador para os enfermeiros no acolhimento do cliente oncológico proposto para cirurgia na modalidade “ One Day Surgery”, check list pré-operatório, nota de alta de enfermagem). As conversas com a Srª Enfermeira Chefe e colegas sobre a importância da elaboração dos guias e folhetos foram um contributo importante durante a realização dos mesmos, facilitando o envolvimento da equipa na sua elaboração e futuramente na sua entrega aos clientes e família.

A educação para a saúde do cliente constitui uma área de intervenção de enfermagem, que promove a autonomia do cliente. Tem como finalidade ajudar as pessoas a adquirir competências, que lhe permitam tomar a responsabilidade do seu próprio bem-estar, tornando-se autónomo na continuação do tratamento (Phaneuf, 2005). Além do que é dito ao cliente e família, o facto de ser dado um suporte escrito (como guias orientadores, folhetos) promove a prevenção de situações de risco, a segurança da pessoa. Para Gonçalves (2008) a informação escrita fornecida aos clientes facilita a compreensão do que foi transmitido verbalmente, tem associados ganhos de eficiência nos cuidados prestados. Considero que nos clientes submetidos a cirurgia na modalidade “One Day Surgery”, é essencial a existência de

folhetos orientadores para os clientes e família, uma estratégia fundamental na adaptação ao regresso a casa e na promoção do seu bem-estar.

Assim, realizei com 3 colegas do Serviço, folhetos informativos para clientes e família de acordo com as cirurgias habituais no meu Serviço na modalidade “One Day Surgery”: laparoscopia de estadiamento (apêndice XXII), eletroquimioterapia (apêndice XXIII). No que se refere à cirurgia mamária, já se encontram disponíveis na instituição documentos informativos ao cliente oncológico que vivencia doença oncológica na área da mama, pelo que após discussão com a equipa da UCA, a equipa onde me encontro inserida, com enfermeiros da Consulta Multidisciplinar Mama e as opiniões das clientes com quem conversei durante o meu estágio na Consulta Multidisciplinar Mama foi identificada a necessidade de elaboração de um folheto informativo para clientes submetidos a cirurgia mamária com presença de dreno- orientações para a alta, o que foi efetuado (apêndice XXIV). Pela experiência dos diferentes elementos esta é uma realidade cada vez mais comum no regresso a casa após cirurgia, em que os clientes mantêm drenagens no local operatório e têm necessidades de informação que não estão acessíveis em papel.

A colaboração da equipa multiprofissional na construção dos folhetos foi primordial. Várias sugestões foram dadas pelos enfermeiros e médicos para elaboração de folhetos informativos, propondo uma variedade imensa de temas, a realizar posteriormente. A diversidade das cirurgias é cada vez maior e a complexidade das cirurgias realizadas nesta modalidade está a aumentar, o que representa a pertinência e a relevância que tem este tema na realidade da prática clínica atual. Elaborei, em conjunto com 3 colegas, um guia de acolhimento ao Serviço para clientes oncológicos propostos para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”, que será entregue aos clientes no momento da entrevista inicial (apêndice XXV) tendo o propósito de apoiar o cliente e família no percurso realizado no Serviço, bem como no regresso a casa. Nele constam aspetos que permitem a integração do cliente, incluindo informação sobre a organização e funcionamento do Serviço, minimizando a ansiedade provocada pela entrada num ambiente que lhe é estranho, proporcionando um acolhimento adequado. Todos os itens escolhidos e incluídos no guia e folhetos pretendem respeitar a segurança e a prevenção dos riscos. A equipa considera que os guias e os folhetos revestem-se de

grande utilidade e importância na prática de cuidados, o que promoverá a entrega dos documentos por parte dos enfermeiros.

Os folhetos e guia foram validados pela Enfermeira chefe e restantes elementos da equipa de enfermagem e médica. Foi solicitada aprovação dos documentos pelo GADIU, autorização para implementação do guia de acolhimento para o cliente ao Serviço, dos folhetos informativos das cirurgias realizadas na modalidade “One Day Surgery”, seguindo os critérios de aprovação de documentos pela instituição.

De forma a sistematizar e a normalizar o acolhimento ao cliente oncológico proposto para cirurgia na modalidade “One Day Surgery”, elaborei com os mesmos 3 colegas um guia orientador para os enfermeiros no acolhimento destes clientes (apêndice XXVI), onde constam linhas orientadoras de atuação dos enfermeiros e articulação entre o Serviço de Cirurgia Geral, a Consulta de Enfermagem de Cirurgia Geral e Unidade de Cirurgia de Ambulatório. Atendendo às condições dos serviços e à dispersão geográfica das estruturas torna-se indispensável o estabelecimento de circuitos inequívocos de comunicação entre os profissionais de enfermagem, logo que seja selecionado um cliente para cirurgia no programa de “One Day Surgery”. De igual forma, é importante que o Serviço de Cirurgia, a Consulta de Enfermagem e Unidade de Cirurgia de Ambulatório se articulem entre si. Assim, espera-se que este documento venha responder a essa necessidade, pretendendo-se com ele abranger todos os profissionais de enfermagem envolvidos no processo de acolhimento aos clientes oncológicos propostos para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery” de forma a orientar, uniformizar e melhorar a prática para a prestação de cuidados de qualidade. Os guias orientadores de boa prática de cuidados, quando rigorosamente elaborados e utilizados podem ser a base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia do resultado (OE, 2007, p.10).

De forma a normalizar os procedimentos e a promover a segurança e qualidade dos cuidados, elaborei uma *check list* pré-operatória para ser preenchida pelos enfermeiros antes do cliente ir para o bloco. O enfermeiro verifica se todas as condições estão reunidas, para manter a segurança do cliente no bloco operatório (apêndice XXVII). A *check list* é uma ferramenta complementar da qualidade, importante para a verificação de procedimentos repetitivos ou padronizados, uma lista ou relação previamente definida de atividades ou itens que devem ser

verificados em cada processo. Não há modelos definidos, são construídos e adaptados às necessidades da organização (Silva & Flores, 2011). Esta check list foi validada pelos pares, considerada uma ferramenta que ajuda a evitar erros e facilita a comunicação entre os elementos da equipa multiprofissional, fundamental para a promoção da segurança dos clientes e dos profissionais e consequentemente da melhoria da qualidade nos cuidados prestados.

De forma a garantir a continuidade dos cuidados, a qualidade e quantidade de informação disponíveis, quer para o cliente como para outros profissionais de saúde, foi construído um documento, que não estava previsto inicialmente no projeto mas que constitui uma ferramenta fundamental na prestação de cuidados de saúde - Nota de Alta de Enfermagem (apêndice XXVIII). Este documento foi entregue na direção de enfermagem para futura aplicação em sistema informático. Através do despacho n.º 2784/2013 do Ministério da Saúde as notas de alta médica, de enfermagem, bem como as notas de transferência para unidades de cuidados intensivos, devem estar disponíveis em formato digital através da PDS (Diário da República, 2013).

Neste estágio desenvolvi competências comuns de enfermeiro especialista preconizado pela OE (2010) e as competências referidas pela EONS (2005): Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas para a melhoria da qualidade; Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; Assegura que os protocolos de qualidade dos cuidados se cumprem; Desenvolvi competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, descritos pela OE (2011, p.2): Cuida da pessoa com doença crónica, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença crónica, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas

4. IMPLICAÇÕES ÉTICAS

O acolhimento de um cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”, num Serviço de internamento, é um aspeto da prática profissional do enfermeiro que deve assumir uma importância primordial. O cliente tem o direito a ser acolhido da melhor forma e ao enfermeiro cabe utilizar todos as estratégias que estão ao seu alcance, para através da sua ação, proporcionar a máxima segurança e confiança do cliente/família durante o internamento, bem como no regresso a casa e facilitar a transição. A relação estabelecida durante o acolhimento do cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery” é fulcral no processo de transição e na forma como conseguem adquirir bem-estar. A OE (2005) menciona que a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados rege-se por princípios e valores – a dignidade humana é o pilar do qual decorrem os outros princípios e tem de estar presentes em todas as decisões e intervenções.

Torna-se evidente a importância da presença dos princípios que regem a condição humana, da dignidade e de respeito pela pessoa que procura cuidados, pelas crenças, costumes, religião e todos os demais valores previstos no Código Deontológico dos Enfermeiros, que definem as boas práticas de Enfermagem. Este deve ser o primeiro quadro de referência para a excelência do exercício da enfermagem. Tendo presente que o Código Deontológico dos Enfermeiros é um pilar essencial para a prática dos enfermeiros portugueses, norteio o meu desempenho pelo respeito dos artigos nele consagrados, tendo realizado, no decorrer dos estágios, uma leitura atenta dos referidos artigos de forma a interiorizar o seu conteúdo, tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados ao cliente /família.

Como enfermeira inserida numa equipa multidisciplinar, que trabalha diariamente para prestar cuidados a clientes em situações muitas vezes complexas, a minha conduta rege-se pelo respeito do meu campo de ação e pelo das outras profissões. Agindo em complementaridade com os outros profissionais procuro o melhor interesse dos clientes, recorrendo sempre que necessário, a outros profissionais para resolver os problemas detetados.

É necessário que as intervenções dos profissionais de saúde sejam desenvolvidas de acordo com as especificidades de cada pessoa, consagrando-lhes

o controlo sobre a sua própria vida e articuladas numa equipa multiprofissional, essenciais ao cliente em tratamento oncológico. A dinâmica do cuidar requer competência técnica, relacional e organizacional para aproximar valores profissionais e institucionais às necessidades apresentadas pelo cliente na situação de doença.

A vulnerabilidade que surge de situações complexas vivenciadas pelos clientes devem ser geridos de forma a manter a qualidade dos cuidados prestados, respeitando a individualidade de cada pessoa e só desta forma é possível a excelência do cuidar. O enfermeiro deve assegurar “ o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” alínea 1 do artigo 78º (Código Deontológico dos Enfermeiros, 2005).

Durante a realização dos estágios, apresentei-me aos clientes pelo meu nome e como estudante da especialidade. Usei o cartão para me identificarem e pedi sempre o seu consentimento informado para os cuidar, pois é um direito da pessoa cuidada, conforme espelhado no Código Deontológico dos Enfermeiros (2005, p.111) “ a pessoa deve ser informada e compreender a informação dada para fazer a sua escolha.” Tive o cuidado de informar o cliente e a família no que diz respeito à esfera de intervenção da enfermagem, acerca do seu propósito e sobre sua situação de saúde, tendo em atenção os desejos da pessoa. Respeitei todos os pedidos de informação ou explicação feita pelo cliente, certificando-me que entenderam o que foi transmitido.

A transmissão de informação é um dever do profissional que ao ser realizada, facilita a adaptação do cliente à sua situação de saúde /doença e por conseguinte a uma transição saudável. O direito do cliente à informação é fundamental para a garantia da sua autonomia. Para além da informação verbal transmitida ao cliente, foi importante a documentação escrita que elaborei e a que forneci ao longo dos estágios. Reconheço esse direito como fundamental, nos cuidados prestados, assumindo as escolhas do outro e as opções que considera melhor para a sua saúde e bem-estar, dando-lhe a conhecer os benefícios e riscos dessas escolhas. A ausência ou a transmissão de informação de forma insuficiente é o anular da tomada de decisão e da autonomia do cliente enquanto pessoa e um inibidor de uma transição saudável. Associado ao dever de informar adotei também, o dever de sigilo. Durante os estágios e na realização deste relatório, tive o cuidado de manter o

sigilo sobre os dados colhidos, não expondo a identidade das pessoas cuidadas e dos locais onde realizei os estágios.

No decorrer do estágio realizado no meu local de trabalho, elaborei um questionário de opinião para entregar aos colegas. Solicitei a autorização da aplicação de questionário de opinião, no Serviço, à minha superior hierárquica. Antes de dar o questionário a todos os enfermeiros do Serviço para o preencherem, expliquei a razão da sua aplicação, a pertinência para o meu projeto e a importância para a melhoria da qualidade de cuidados aos clientes em causa. Garanti a confidencialidade dos dados durante a sua colheita e análise, bem como durante a realização deste relatório e o anonimato dos participantes, não expondo quaisquer dados passíveis de serem identificados.

A presença da família e o desejo do cliente foram tidos em consideração, ao longo dos estágios, bem como na minha prática profissional.

Um dos deveres de qualquer enfermeiro no exercício das suas funções, não só no acolhimento do cliente mas no cuidado à pessoa, é garantir o respeito pela intimidade e privacidade da pessoa. As pequenas coisas, os pequenos gestos fazem toda a diferença no cuidado à pessoa a quem prestamos cuidados. Exemplo disso é o manter a privacidade como o tapar o cliente enquanto se desloca para o bloco ou enquanto caminha pelo serviço, fechar a porta do quarto ou cortina, enquanto se prestam cuidados. A grandiosidade do agir profissional passa pela solidariedade e atenção para com a pessoa na sua globalidade.

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PERSPETIVAS FUTURAS

A aquisição de competências específicas na área de especialização em enfermagem Médico- Cirúrgica, o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dessas competências, contribuiu para uma prestação de cuidados de qualidade no acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”. Permitiu intervir no meu contexto de trabalho, sensibilizar e dinamizar a equipa de enfermagem na qual me insiro, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

A complexidade desta temática e a abrangência das ações envolvidas implicou diversas abordagens ao nível da equipa multiprofissional. É da autonomia do enfermeiro e das ações interdependentes numa equipa de cuidados, que pode resultar um trabalho de excelência, cujo objetivo primordial é o bem- estar do cliente.

Estando desperta para a importância de uma prática fundamentada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos, baseei o meu agir, ao longo deste percurso, na evidência científica. A pesquisa bibliográfica, análise e resolução de problemas reais do contexto, são facilitadores de uma prática mais segura, autónoma e com qualidade.

Reconheço que as reflexões realizadas ao longo de todo o percurso, quer de forma individual quer com a equipa, foi um processo extremamente importante para a minha prática e para mim, enquanto pessoa e profissional de enfermagem. Permitiu-me pensar sobre as experiências, avaliar, repensando as teorias implícitas nas práticas. Ao enfermeiro especialista, cabe analisar as suas práticas, refletir sobre elas e indicar os melhores caminhos no seio de uma equipa multiprofissional, assegurando o seu papel nos cuidados globais de saúde, influenciando na sua organização de saúde.

Escrever as reflexões foi mais um passo significativo no meu processo de aquisição/desenvolvimento de competências especializadas, no acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”. Considero que enquanto profissionais, no exercício prático da sua profissão, devemos desencadear momentos de análise e reflexão crítica de situações. Pretendo contribuir propondo no Serviço sessões de discussão/ reflexão

com os colegas promovendo a utilização da evidência científica na nossa prática de cuidados, para melhorar e fazer evoluir a prática de enfermagem.

Cada vez mais como enfermeira, devo investir a nível da formação e da investigação, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mas esta só faz sentido, com o envolvimento de todos os profissionais que nas organizações de saúde trabalham diariamente.

Atualmente pelas funções que desempenho no Serviço de Cirurgia Geral (elemento da coordenação do serviço), considero que a realização de todo este percurso teve repercussões na prestação de cuidados aos clientes oncológicos, na formação dos enfermeiros do Serviço, mas também na gestão de cuidados, que visam simultaneamente a melhoria contínua da qualidade de cuidados. O facto de ter realizado um projeto que considero pertinente, viável, e que ainda hoje continua a ser aplicado, é muito motivador para quem pensa, planeia, e executa esse projeto.

Relativamente aos documentos elaborados, ainda se encontram para aprovação pela direção. Aguardo a sua resolução, para que passe para a próxima etapa, que será a implementação no Serviço e na Instituição de toda a documentação realizada. A divulgação do meu projeto na instituição é minha intenção.

Este trabalho académico foi o despoletar de um processo de transição, não só pessoal, mas no ambiente profissional onde me encontro inserida. Este é o início de um caminho que pretendo desenvolver, no Serviço onde desempenho funções, relativamente ao acolhimento do cliente oncológico.

6. LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Como limitações deste trabalho, realço o tempo que é necessário neste percurso para refletir, para escrever, aliada à minha vida profissional e pessoal.

As reflexões elaboradas ao longo do percurso, revelaram-se de extrema importância para a concretização dos objetivos delineados, no entanto, necessitei de tempo para consolidar os conhecimentos e aprendizagens, para me consciencializar do seu significado, não só enquanto estudante de especialização em processo formativo, mas como profissional a exercer funções num Serviço de Cirurgia Oncológica. As reflexões realizadas revelaram-se um percurso inacabado, que a cada momento pode mudar o seu rumo, exigindo tempo e entrega total de quem o realiza.

Outra das limitações deste trabalho foi o facto dos estudos encontrados, fazerem parte de contextos com características diferentes da minha realidade, bem como o idioma em que são escritos, exigindo tempo para a sua leitura e análise do texto. Constituem um desafio, para quem se propõem realizar um trabalho com estas características.

Apesar destes constrangimentos, considero que consegui cumprir os objetivos a que me propus, tendo feito um crescimento pessoal e profissional ao longo do percurso.

7. CONCLUSÃO

Terminado o relatório de estágio, é chegado o momento de fazer uma reflexão final deste documento, que ambicionou descrever a aquisição e desenvolvimento de competências na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente enfermagem Oncológica.

Este relatório reporta-se a três estágios realizados e revelou-se fundamental para relatar o caminho percorrido, as reflexões realizadas e decisões tomadas. Nestas experiências, encontrei estratégias facilitadoras para o desenvolvimento das competências específicas a que me propus. Aproveitar ao máximo as experiências que se proporcionaram, adquirir conhecimento e desenvolver estratégias para o aplicar no meu contexto profissional foram desejos, ambições e metas que defini e que considero ter atingido. Pretendi apresentar as atividades desenvolvidas, nos estágios, bem como a análise e reflexão crítica às mesmas, tendo como referencial as aprendizagens realizadas, transportando-as para a prática clínica de modo a adquirir as competências preconizadas para o enfermeiro especialista na área de enfermagem oncológica. Presentemente situo-me no estadio 5 que segundo Benner (2001) corresponde a Enfermeiro perito.

A preparação e realização de todo este percurso foi um desafio que me mobilizou sentimentos e a satisfação de explanar as minhas experiências na dimensão pessoal e profissional. Permitiu-me aceder ao meu conhecimento, analisar, refletir e observar-me como um elemento num quadro de uma ação em que sou uma das intervenientes, julgar-me perante tal ação e agir com sentido.

Por tudo o que foi referido, penso ter conseguido atingir os objetivos propostos inicialmente. Encontro-me num processo dinâmico e contínuo de formação, não considerando o concluir deste relatório como o fim de algo, mas o iniciar de mais uma etapa na minha vida pessoal e profissional.

BIBLIOGRAFIA

- Akyuz, E. & Erdemir, F. (2013). Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nursing Ethics*. 20(6), p. 660– 671.
- Barbosa, H.F., Reis, F.J.C., Carrara, H. H. A. & Andrade, A.J. M. (2004). Fatores de risco para infecções de sítio cirúrgico em pacientes operadas por câncer de mama. *REGO*. 26 (3), p. 227-232.
- Barreto, R.A.S.S., Suzuki, K., Lima, M.A., & Moreira, A.A. (2008). As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência em enfermagem. *Revista Electrónica de Enfermagem*. 10(1), p. 110-123.
- Barreto, R.A.S.S., Araújo, A. C. O., Suzuki, K. & Freitas, V. C. (2010). Necessidades de informação do cliente em pré-operatório de colecistectomia. *Rev. Min. Enferm.* 14 (3), p.369-375.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Manuais universitários 23, Lisboa. Climepsi Editores.2
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures. Lusociência.
- Carneiro, M. T. R. & Berti, H. W. (2009). A Autonomia de Pessoas Hospitalizadas em Situação Pré- Cirúrgica. *Reme- Rev. Min. Enferm.* 13(1), 84-92
- Carvalho, C.S.U. (2008). A necessária atenção à família do paciente Oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*.54 (1), p.87-964
- Caseiro, J. [et al.] (2011). *Procedimentos e Protocolos utilizados em Anestesia Clínica e Analgesia do pós - operatório*. Instituto Português de Oncologia Lisboa, EPE. Lisboa. Serviço de Anestesiologia
- Caseiro, J. [et al.] (2013). *Procedimentos e Protocolos utilizados em Anestesia Clínica e Analgesia do pós - operatório*. Instituto Português de Oncologia Lisboa, EPE. Lisboa. Serviço de Anestesiologia.
- Castoro, C., Drace, C.A. & Baccaglini, U. (2006). Patient information, assessment and preparation of day cases. Guidelines and a practical application toolkit. In Lemos, P. & Philip, B. Day Surgery: Development and Practice. *International Association of Ambulatory Surgery*. London, 157-184
- Christóforo, B. E.B., Carvalho, D. S. (2009). Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré operatório. *Rev.Esc Enferm USP*. 43(1), p.14-22
- Cordero- Ponce, M., Sanchez-Romao, I. M. & Lopés-Barea, J. (2008). Abordaje del paciente en unidad de cirugia major ambulatoria. *Enferm Clin*.18(3), p. 156-160.
- Costa, P.& Leite, R. C.B.O. (2009). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Revista Brasileira de Carcerologia*.55(49) ,p.355-364.
- Cunha, N.D., [et al.] (2010). A Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital Santo António dos Capuchos- Intervenção do Enfermeiro. *Enformação*. p.10-15.
- Despacho nº2783/2013, Diário da República, 2º série, Nº 36. Ministério da Saúde
- Decreto-lei, portaria n.132/2009. Diário da República, 21.Art. 3º.c, Jan

- Ministério da Saúde.
- Demir, F. Donmez, Y.C., Ozsaker, E. & Diramali, A. (2008). Patients' lived experiences of excisional breast biopsy: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*. 17, p.744–751.
- European Oncology Nursing Society. (2005). *EONS post-basic curriculum in cancer nursing*. Brussels.
- Ferreira, P.L., Mendes, A.P., Fernandes, I.R. & Ferreira, R.R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento de alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem Referência*. Dez. III (5), p.121-133.
- Flanagan, J. (2009). Post- operative telephone calls: timing is everything. *AORN*. 90(1), p. 41-51.
- Fonseca, A., Mira, H. & Gato, L. (2008). Dar vida aos dias...uma conquista da família. *Onco.news*. junho.
- Galvão, C. M., Sawade, N.O. & Rossi (2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para a sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*. 10(5), p.690- 695.
- Gilmartin, J. (2007). Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. *Journal of Clinical Nursing*, 16, p.1109– 1117
- Gilmartin, J. & Wright, K. (2007). The nurse's role in day surgery-a literature review. *International Nursing Review*. 54, p. 183–190
- Glanzner, C. H., Zini, L.W. & Lautert, L. (2006). Programa de atendimento de enfermagem na admissão e alta hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS). 27(1), p. 92-97
- Globocan (2008). Cancer incidence and mortality worldwide. In: World Health Organization. Disponível em: [http:// globocan.iarc.fr/reference.htm](http://globocan.iarc.fr/reference.htm).
- Gonçalves, D.M.S.A. (2008). *A Preparação do regresso a casa da Pessoa idosa Hospitalizada*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa. Universidade Aberta
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Revista de estudos demográficos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Kiyohara, L.Y. [et al.] (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*. 59(2), p. 51-56
- Kruse, M.H.L. [et al.] (2009). Orientação pré- operatória da enfermaria: lembranças de pacientes. *Rev. Eletr. Enf*. 11 (3), p.494-500.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa. Lusodidacta
- Liddle, C. (2012). Preparing patients to undergo surgery. *Nursing Times*. 108 (48).
- Macedo, A., [et al.] (2008). Perfil da Doença oncológica em portugal: racional, objectivos e metodologia - estudo perfil. *Actamédica portuguesa*. Lisboa. 21, p.329- 334.
- Magalhães, J. C. S. (2005). Comunicação em Cuidados Paliativos, Transmissão de más notícias. Lisboa. *Servir*. 53 (5), p. 219-225.
- Marla, S. McMillan, D. C. & Stallard, S. (2013). Factors influencing postoperative

- length of hospital stay after breast cancer surgery .*The Breast*. 22, 289-294.
- Matos, P. & Pereira, M. G. (2005). Áreas de intervenção na doença oncológica, In: Pereira, M. G. & Lopes, C.-*O doente oncológico e a sua família*. 2ª. Lisboa: Manuais Universitários, Climepsi, 146.
- McLeod, D.L., Tapp, D.M., Moules, N.J. & Campbell, M.E. (2010). Knowing the family: Interpretations of family nursing in oncology and palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*. 14, p.93 – 100.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messia, D.K.H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*. 23(1), p.12–28.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mick,[et al.] (2011). Factors Affecting the Evolution of Oncology Nursing Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 12 (2).
- Ministério da Saúde. (2007). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 - Orientações Programáticas*. Lisboa. Dezembro. P. 34 Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2009/09/pnpcco>
- Ministério da Saúde. (2008). Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. Relatório Preliminar: Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente. Lisboa.Ministério da Saúde
- Nunes, L. (2006). Tomada de posição sobre segurança do cliente. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Setembro. Lisboa.
- Ordem dos enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos. Lisboa. 456p.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Lisboa
- Otto, S.E. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. Lusociência.3, 966
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doença*. 5 (1), p. 53-73.

- Pereira, M. G. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Manuais Universitários, Climepsi, 146
- Pfeifer, K.A. (2000). Cirurgia. In Otto, S.E. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. Lusociência.3, 966
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*, Loures. Lusociência.
- Pinar, G., Kurt, A. & Gungor (2011). The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: a case control study. *World Journal of Surgical Oncology*. 9 (38), p.1-8
- Pontes, A.C.; Leitão, I.M. & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Brasília .*Rev Bras Enferm*. 61(3), p. 312-18
- Prochnow, A.G., Santos, J.L.G., Pradebon, V.M. & Schimith, M.D. (2009). Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS). 30(1), p.11-18.
- Renholm, M., Suominen, T., Turtiainen, A.M. & Leino-Kilp, H. (2009). Continuity of Care in Ambulatory Surgery Critical Pathways: The Patients' Perceptions. *MEDSURG Nursing*. May/June. 18 (3), p.169-173.
- Rhodes, L., Miles, G. & Pearson A. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*.12,p. 178 – 192.
- Rogan, F.C. & Timmins, F. (2004). Improving communication in day surgery settings. *Nursing Standard*. 19 (7), p. 37-42.
- Salci, M.A. & Marcon, S.S. (2010). A convivência com o fantasma do câncer. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS) 2010, mar. 31(1), p. 18-25.
- Santos, J.S. [et al.] (2008). *Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados*. Medicina. Ribeirão Preto.41 (3), p.274-286.
- Santos, T. D. Aquino, A.C.O., Chibante, C.L.P. & Espírito Santo, F. H. (2013). The nursing team and the family member accompanying adult patients in the hospital context. An exploratory study. *Inv Educ Enferm*. 31 (2), p.218-225.
- Schneider D.G., Manschein, A.M.M., Ausen, M.A.B., Martins, J.J. & Albuquerque G.L. (2008). Acolhimento ao paciente e família na unidade coronária. *Texto & Contexto Enfermagem*. Jan-Mar. 17(001), 81-89.
- Serra, M.N. (2005). *Aprender a Ser Doente. – Processos de Aprendizagem de Doentes em Internamento Hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Silva, L. S. & Flores, D. (2011). Gestão da Qualidade em Arquivos: Ferramentas, Programas e Métodos. III Simpósio Baiano de Arquivologia outubro. Salvador – Bahia. Brasil
- Silva, M.A.D. (2010). *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico: Acolhimento de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto
- Simonneti, J.P. & Ferreira, J.C. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Esc Enferm USP*. 42 (1), p.

19-25.

- Stumm, E.M.F., Zimmermann, M.B., Girardon-Perlini, N.M.O. & Kirchner, R. M. (2009). Ações do enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico. *REME-Revista Mineira de Enfermagem.Brasil*.13, p.1-6.
- Tenani, A.C. & Pinto, M.H. (2007). A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. *Arq Ciênc Saúde*. 14 (2), p. 81-87.
- Tse, K.,-K & So, W.K.-W. (2008). Nurses`s perceptions of preoperative teaching for ambulatory surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*. 63(6), p. 619-625. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04744.x
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ªed. Lisboa: Climepsi Editores.
- William, B. (2008). Supporting self-care of patients following general abdominal surgery. *Journal of clinical Nursing*. 17, p. 584-592. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01857.x
- World Health Organization (2013). Cancer control: knowledge in to action. Disponível em [http:// www.int/cancer](http://www.int/cancer)
- Yilmaz, M., Sezer,H., Gunler,H. & Bekar, M. (2011). Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*. 21,p.956-964. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03799.x

ANEXO I

Avaliação da sessão de informação / reflexão

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE INFORMAÇÃO / REFLEXÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DA SESSÃO

Designação da Sessão: Acolhimento ao Cliente Oncológico na Unidade de Cirurgia de Ambulatório – Análise e Reflexão sobre a Prática

Data da sessão: 11 de Janeiro 2013

Duração: 60 minutos

2. APRECIÇÃO DA SESSÃO

	Insatisfaz (1)	Satisfaz (2)	Bom (3)	Muito Bom (4)
Objectivos da Sessão Clareza				
Conteúdo da Sessão Adequabilidade				
Utilidade dos temas abordados Aplicabilidade				
Grau de satisfação Satisfação				

3. FUNCIONAMENTO DA SESSÃO

	Insatisfaz (1)	Satisfaz (2)	Bom (3)	Muito Bom (4)
Motivação e Participação				
Trabalhos / Exercícios / Actividades				
Relacionamento entre os Participantes				
Qualidade das instalações				
Equipamentos e Meios audiovisuais utilizados pelo Formador				
Documentos fornecidos pelo formador				

4. ACTUAÇÃO DO (S) FORMADOR (ES)

	Insatisfaz (1)	Satisfaz (2)	Bom (3)	Muito Bom (4)
Domínio do assunto				
Métodos relativamente aos objectivos				
Linguagem utilizada				
Empenhamento				
Relação com os participantes				

5. COMENTÁRIOS / SUGESTÕES

Temas considerados mais importantes	
Aspectos positivos da sessão	
Aspectos a melhorar na sessão	
Aplicabilidade na sua prática profissional	
Sugestões	

Nome (facultativo):

Data:

APÊNDICE I
Caraterização da UCA de um
Hospital de Lisboa (Hospital A)

Caraterização da Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital de Lisboa (Hospital A)

É uma unidade integrada na Unidade peri operatória do hospital e promove as condições necessárias para a realização de intervenções cirúrgicas, em regime de ambulatório.

No que se refere a recursos humanos (enfermeiros, assistentes técnicos e operacionais) não são exclusivos à UCA, podem ser destacados para o bloco operatório com um circuito totalmente independente, rentabilizando os recursos humanos e materiais da instituição.

A UCA dispõe de um espaço físico próprio e inclui: uma sala de espera, um gabinete de consulta de anestesia, um secretariado, uma casa de banho, uma sala de refeição, uma sala de arrumos e uma sala de trabalho dos profissionais. Beneficia de um espaço amplo, com capacidade para dez clientes adultos. De cada unidade individual do cliente fazem parte uma cama, um cacifo e uma cadeira separadas por cortinas. É uma sala espaçosa, com boa luminosidade e um ambiente tranquilo apesar do número de clientes, que são acolhidos diariamente nesta unidade.

O horário de funcionamento é das 8 às 20 horas, mas extensível até que o último cliente tenha condições clínicas, anestésicas e sociais para a alta, contribuindo para a segurança do cliente e família.

O percurso dos clientes inicia-se no momento em que são admitidos no hospital, encaminhados de uma consulta médica realizada em consultórios particulares externos ou na instituição, em que é proposto para cirurgia de ambulatório. O processo de cada cliente é avaliado pelo Back Office (é constituído por profissionais da área administrativa) e referenciado à Unidade de Agendamento Cirúrgico. Esta última faz parte integrante da UCA, os profissionais que nela desempenham funções (pessoal administrativo e enfermeiros) têm um papel extremamente importante relativamente à admissão do cliente na unidade, tal como: avaliação do processo do cliente; articulação com o bloco para gestão de recursos materiais; agendamento da proposta cirúrgica em plano operatório; agendamento da consulta de anestesia se necessário; contato telefónico ao cliente para marcação da data e hora da cirurgia; transmissão de informações e orientações pré operatórias via telefone.

No dia da cirurgia o cliente dirige-se ao secretariado da Unidade de Cirurgia de Ambulatório para realizar a sua admissão, fazendo-se acompanhar da documentação necessária (documentação de identificação pessoal e exames de diagnóstico).

Os clientes são admitidos na UCA após consulta prévia de avaliação cirúrgica e anestésica. Um cliente para ser submetido a cirurgia neste regime deve obedecer a uma criteriosa seleção com vista a reduzir ao mínimo o risco de complicações e principalmente que garantam toda a segurança e eficácia, o que está de acordo com os autores Caseiro et al. (2013, p. 377) nomeadamente no âmbito cirúrgico (perdas sanguíneas mínimas; intervenção cirúrgica de duração moderada; sem necessidade de cuidados pós anestésico especializados; com possibilidade de controlo eficaz da dor no domicílio, por via oral ou métodos alternativos), anestésicos (clientes clinicamente estáveis, idealmente classificados com ASA I, II, III estáveis; com patologia associada controlada; consentimento da anestesiologia) e sociais (aceitação do cliente em ser operado neste regime; existência de companhia de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas; transporte assegurado em veículo automóvel; distância da área de residência ou local de pernoita a menos de 60 minutos do hospital; condições de adequada habitabilidade desse mesmo local; fácil acesso a um telefone).

A ação dos enfermeiros na UCA consiste no acolhimento dos clientes propostos para intervenção cirúrgica, incluindo o acompanhamento pré e pós-operatório, até que reúna critérios para a alta. O cliente regressa a casa no mesmo dia da cirurgia desde que sejam mantidas as condições de segurança, necessárias para retomar a sua atividade de vida o mais normal possível. Segue-se o follow up telefónico realizado pelas enfermeiras, 24 horas após a cirurgia.

Após o período de admissão na Unidade e realizada a preparação pré operatória é efetuado o encaminhamento do cliente para o bloco operatório. O bloco operatório situa-se no mesmo piso da UCA, mas com um espaço e circuito próprio. No final da cirurgia o cliente é encaminhado para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), que se encontra num espaço contíguo ao Bloco Operatório e destina-se há vigilância e monitorização dos clientes submetidos a cirurgia. Todos os clientes operados têm uma permanência, nesta Unidade, por um período que oscila entre a 1:30h e as 2:00h. Durante este período, dá-se continuidade ao tratamento da dor no pós-operatório e são identificadas e tratadas eventuais complicações

anestésicas/cirúrgicas. O cliente permanecerá nesta Unidade até que se encontre estável hemodinamicamente e tenha condições para ser transferido para a UCA.

Os enfermeiros aconselham os familiares a permanecer na área de espera (que se situa junto ao bloco operatório), para que obtenham informações logo após o término da cirurgia relativamente ao estado do cliente, os resultados da cirurgia e complicações que possam ter surgido. Os enfermeiros são um recurso valioso para a família nesta fase, pois podem desmistificar alguma dúvida que tenha surgido, minimizando a ansiedade da família.

O período que o cliente permanece na UCA após a cirurgia depende de critérios clínicos e sociais. O cliente pode ter alta desde que estejam reunidas condições de segurança. A alta hospitalar ocorre quando o cliente apresentar sinais vitais estáveis pelo menos cerca de 1h antes; não evidenciar sinais de depressão respiratória; estar orientado no espaço e no tempo, apto a ingerir líquidos a urinar a vestir-se e andar sem ajuda; hemorragia controlada; sem náuseas e apresentar dor controlada. Estes parâmetros são avaliados de acordo com a escala de Aldrete modificada, que permite avaliar o grau de recuperação pós anestésica e é utilizada como guideline para a avaliação das condições em que o cliente chega à unidade e quando tem alta ou é transferido desta.

O cliente deve ser acompanhado de prescrição terapêutica e as respectivas indicações para o pós- operatório imediato, as quais devem ser devidamente validadas. É entregue ao cliente uma descrição sumária do ato anestésico /cirúrgico, bem como, informação com cuidados específicos a adotar pelo cliente/família, tendo em conta a especificidade da cirúrgica

É disponibilizado também o contato telefónico direto ao cliente, para utilizar em caso de necessidade. Para que a alta se concretize é necessária a presença de um familiar adulto responsável, que acompanhe o cliente pelo menos nas primeiras 24 horas após a alta. Nas 24 horas seguintes o enfermeiro da UCA, realiza um contato telefónico (follow up telefónico) para monitorização da situação clínica do cliente.

APÊNDICE II
Bibliografia Consultada
ao longo do estágio

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA AO LONGO DO ESTÁGIO

- Akyuz, E. & Erdemir, F. (2013). Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nursing Ethics*. 20(6), p.660– 671. Doi: 10.1177/0969733012468931
- Barreto, R.A.S.S., Araújo, A. C. O., Suzuki, K. & Freitas, V. C. (2010). Necessidades de informação do cliente em pré-operatório de colecistectomia. *Rev. Min. Enferm.* 14 (3), p.369-375.
- Caseiro, J., [et al.] (2013). Procedimentos e Protocolos utilizados em Anestesia Clínica e Analgesia do pós - operatório. Instituto Português de Oncologia Lisboa, EPE. Lisboa. Serviço de Anestesiologia.
- Castoro, C., Drace, C. A. & Baccaglini, U. (2006). Patient information, assessment and preparation of day cases. Guidelines and a practical application toolkit. In Lemos, P., Philip, B. Day Surgery: Development and Practice. *International Association of Ambulatory Surgery*. London, 157-184.
- Carneiro, M. T. R. & Berti, H. W. (2009). A Autonomia de Pessoas Hospitalizadas em Situação Pré- Cirúrgica. *Reme- Rev. Min. Enferm.* 13(1), 84-92.
- Christóforo, B. E.B., Carvalho, D. S. (2009). Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré operatório. *Rev. Esc Enferm USP*. 43(1), 14-22.
- Costa, M.J. (2001). The lived peri-operative experience of ambulatory surgery patients. *AORN Journal*. 76, p.874 – 881.
- Cunha, N.D., [et al.] (2010). A Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital Santo António dos Capuchos- Intervenção do Enfermeiro. *Enformação*. p.10-15.
- Flanagan, J. (2009). Post- operative telephone calls: timing is everything. *AORN*. 90(1), p. 41-51.
- Gilmartin, J. (2007). Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. *Journal of Clinical Nursing*. 16, p.1109 – 1117.
- Gilmartin, J. & Wright, K. (2007). The nurse's role in day surgery-a literature review. *International Nursing Review*. 54, p.183 – 190.
- Gilmartin, J. & Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*. 17, p. 2418–2425.
- Grieve, R. J. (2002). Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. *British Journal of Nursing*. 11(10).
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa. Lusodidacta
- Leal, M. T. (2006). Cirurgia Ambulatória: Estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem? UI&DE Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem. *Revista Pensar Enfermagem*. Lisboa. 10(1), p.67-73.
- Liddle, C. (2012). Preparing patients to undergo surgery. *Nursing Times*. 108 (48).
- Marcos, A. (2011). Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho três anos de evolução. *Rev. Port. Cirurgia de Ambulatória*. 12, p.7-11.

- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messia, D.K.H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*. 23(1), p.12–28.
- Mendonça, T., Leitão, T., Pereira, S., Reis, P. & Lopes, T. (2010). A unidade de cirurgia de ambulatória de Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte-experiência preliminar. *Acta Urologia*. Setembro.3, p. 27-32.
- Ministério da Saúde. (2008). Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. Relatório Preliminar: Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente. Lisboa. Ministério da Saúde
- Mottram, A. (2009). Patient Experiences: Therapeutic relationships in day surgery: a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 2830 – 2837.
- Mottram, A. (2011). 'They are marvellous with you whilst you are in but the aftercare is rubbish': a grounded theory study of patients' and their carers' experiences after discharge following day surgery. *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd. 20, p.3143 – 3151.
- Nunes, L. (2006). Tomada de posição sobre segurança do cliente. Ordem dos enfermeiros Lisboa.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*, Loures. Lusociência.
- Pinkert, C., Holtgrawe, M. & Remmers, H. (2013). Needs of relatives of breast cancer patients- The perspectives of families and nurses. *European Journal of Oncology Nursing*. 17, p. 81-87.
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. G. (2006). Comunicação. In: Barbosa, A., Neto, I. G. - *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa. 23, p.357 - 378.
- Renholm, M., Suominen, T., Turtiainen, A.M. & Leino-Kilp, H. (2009). Continuity of Care in Ambulatory Surgery Critical Pathways: The Patients' Perceptions. *MEDSURG Nursing*. May/June. 18 (3), p.169-173.
- Rhodes, L., Miles, G. & Pearson, A. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*. 12, p. 178 – 192.
- Rogan, F.C. & Timmins, F. (2004). Improving communication in day surgery settings. *Nursing Standard*. 19 (7), p. 37-42.
- Santos, E. M. M. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Universidade de Aveiro.
- Santos, J.S. [et al.] (2008). *Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados*. Medicina. Ribeirão Preto. 41 (3), p.274-286.
- Santos, J., Henckmeier, L. & Benedet, S.A. (2011). O impacto da orientação pré operatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enfermagem em Foco*. 2(3), p.184-187.
- Santos, T. D. Aquino, A.C.O., Chibante, C.L.P. & Espírito Santo, F. H. (2013). The nursing team and the family member accompanying adult patients in the hospital context. An exploratory study. *Inv Educ Enferm*. 31 (2), p.218-225.
- Silva, M.A.D. (2010). *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico: Acolhimento*

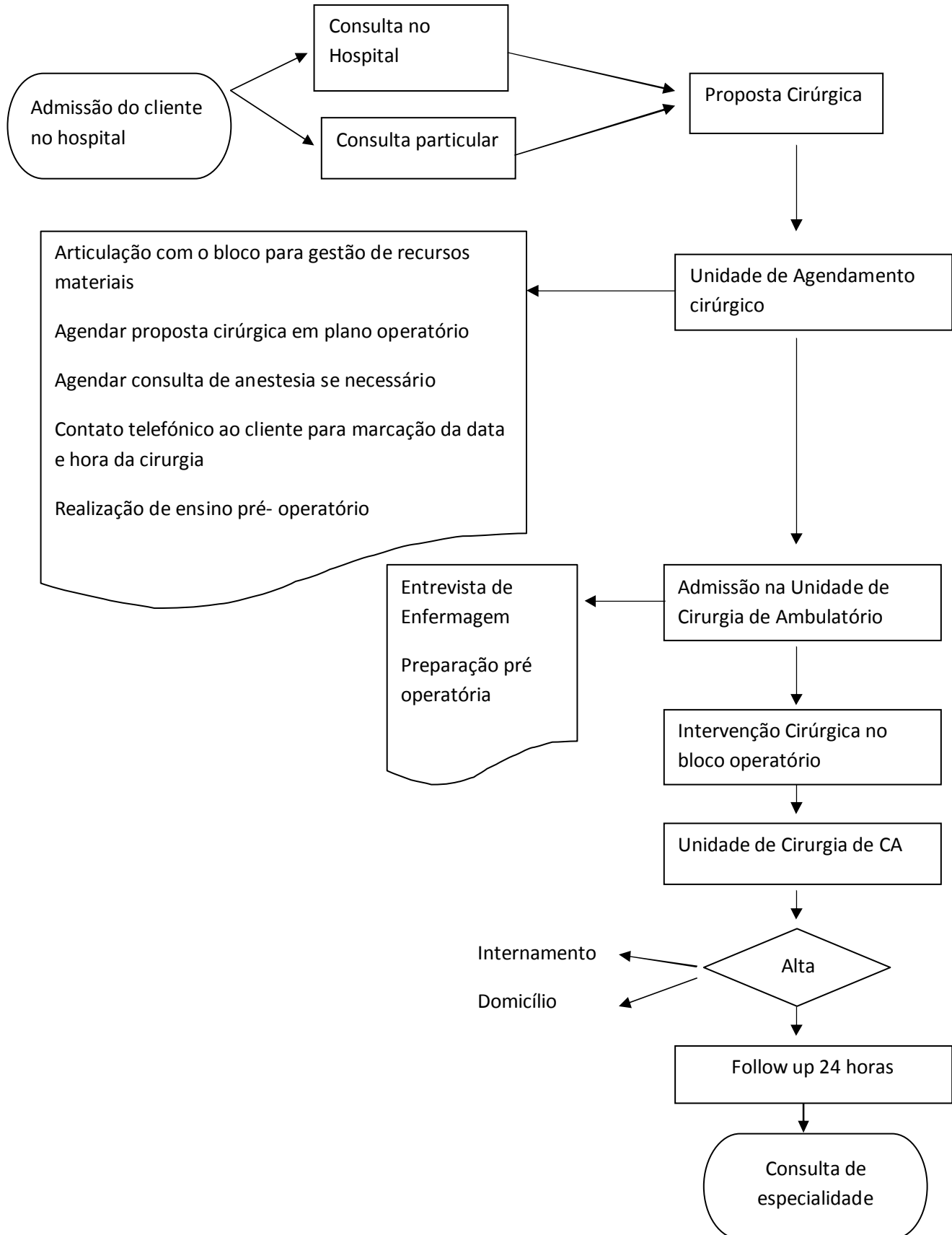
de Enfermagem. Dissertação de Mestrado em Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

Stumm, E.M.F., Zimmermann, M.B., Girardon-Perlini, N.M.O. & Kirchner, R. M. (2009). Ações do enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico. *REME-Revista Mineira de Enfermagem.Brasil*.13, p.1-6.

APÊNDICE III

Fluxograma do percurso realizado
pelo cliente na cirurgia ambulatoria (Hospital A)

Fluxograma do Percurso do Cliente proposto para Cirurgia de Ambulatório



APÊNDICE IV

Guia de orientação para os enfermeiros
no acolhimento ao cliente proposto
para cirurgia ambulatoria

Questões a colocar ao cliente no primeiro contato telefónico

QUESTÕES A COLOCAR NO PRIMEIRO CONTATO TELEFÓNICO	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
• Tem quem o acompanhe ao hospital e que cuide de si pelo menos nas primeiras 24 horas após a cirurgia?			
• Dispõe de transporte próprio?			
• Reside ou vai pernoitar a menos de 1 hora de distância do hospital?			
• Tem fácil acesso ao telefone?			
• Realizou exames de diagnóstico? Quais?			
• Faz algum tipo de medicação anticoagulante?			
• Tem algum tipo de alergia (medicamentosa ou alimentar)?			
• Que medicamento toma habitualmente?			

• Tem ou teve alguma doença (respiratória, cardíaca, neurológica, urológica)			
• É portador de pace maker?			
• Já realizou alguma cirurgia anterior a esta?			
• Que tipo de anestesia realizou?			
• Teve alguma complicação anestésica ou cirúrgica?			
• Tem diabetes?			
• Tem hipertensão?			
• É fumador? Quantos cigarros dia?			
• Está ou esteve com gripe?			
• Está grávida?			
• Realizou consulta de anestesia há menos de 6 meses, houve alguma alteração significativa no seu estado de saúde?			

 **As orientações abaixo indicadas são dadas ao cliente via telefone para o dia da cirurgia, sendo entregue um suporte escrito à entrada no Serviço**

• Deve ficar em jejum (nem sólidos, nem líquidos) a partir das 24 horas do dia da cirurgia, no entanto, podem haver exceções e cabe à enfermeira informar individualmente cada cliente. Cirurgia da manhã até 24h. Se anestesia geral 6 horas jejum; Se anestesia local pelo menos 4 hora
• Realizar cuidados de higiene antes da cirurgia
• Não colocar cremes, maquiagem ou verniz nas unhas
• Vestir roupa e sapatos confortáveis
• Tomar os seus medicamentos apenas com um gole de água
• Deixar objetos de valor em casa se possível
• Deve trazer para o hospital exames realizados recentemente
• Deve vir acompanhada (o) de um adulto com disponibilidade de acompanhar após a alta pelo menos nas primeiras 24 horas
• Recomendar antes da cirurgia: não fumar, não consumir bebidas alcoólicas pelo menos 24 horas antes ou após a cirurgia
• Se em qualquer momento antes data da cirurgia ficar com febre, tosse, dor de garganta, ou se por outros motivos não puder comparecer no dia da cirurgia contate o seu médico ou a Unidade de Cirurgia de Ambulatório o mais cedo possível, pois pode ser necessário adiar sua cirurgia
• À hora previamente combinada dirige-se à recepção da Unidade de Cirurgia Ambulatória situada no piso x para que fique registada a sua entrada e certificar que toda a documentação foi entregue
• Aguarde na sala de espera que o enfermeiro o encaminhe para a Unidade

Orientação para os enfermeiros no período pré operatório

• O profissional apresenta-se pelo nome e refere-se à função que desempenha neste local
• Orienta o cliente no espaço físico da Unidade, acompanhando-o ao longo do percurso
• Encaminhar o cliente para a sua unidade, onde trocará de roupa, apropriada para o bloco operatório e explica a necessidade deste procedimento
• Realizar entrevista de enfermagem, colocando algumas questões ao cliente, disponibilizando tempo para esclarecer dúvidas
• Questionar o cliente quais os documentos (declaração de presença, atestado) que necessita para si e para o seu acompanhante, para que esteja tudo preparado no momento da alta
• À chegada será monitorizada tensão arterial, saturação de oxigénio, frequência cardíaca
• Informar o cliente que deve retirar jóias, anéis, piercings no corpo e o motivo do procedimento
• Informar o cliente que deve retirar prótese dentária, lentes de contato, colocando-a na caixa de armazenamento própria
• Realizar tricotomia se necessário
• Administrar pré- medicação de acordo com a prescrição médica
• Dar a informação aos clientes que os tempos cirúrgicos por algum motivo podem ou estão sujeitos a alterações
• Identificar se o cliente tem conhecimentos do cirurgião e da cirurgia que irá realizar e cuidados inerentes à mesma
• Dar tempo ao cliente para expressar dúvidas que possam surgir

• Informar o cliente/ família onde se situa o bloco operatório
• Durante a intervenção cirúrgica o familiar poderá obter informações no gabinete de informações do bloco (informar o familiar onde se poderá dirigir)
• Informar o cliente/ família que após o procedimento cirúrgico o cliente passará pela UCPA e que terá alta clínica na UCA

 Orientações a dar ao cliente no regresso a casa transmitidas de forma verbal e em documento escrito

• Na presença do familiar, dar orientações sobre: cuidados a ter em casa (alimentação, eliminação, mobilização, local operado, medicação)
• Adequar informação à cirurgia realizada e às necessidades do cliente/ família
• Dar medicação prescrita ou fornecida pelo hospital
• Fornecer documentação escrita para a alta de acordo com a cirurgia realizada e necessidades do cliente e família
• Transmitir data do próximo tratamento e consulta a realizar
• Informar o cliente como proceder e a quem recorrer se necessário e que será contactado pelas enfermeira da UCA 24 horas após o procedimento cirúrgico
• Informar o cliente que quando sair do serviço deve dirigir-se novamente à receção para fechar todo o processo
• Informar que: ➤ Deve descansar confortavelmente assim que chegar em casa ➤ Pode sentir-se sonolento a maior parte do dia ➤ Pode começar a sua dieta regular, ligeira se não se sentir nauseado e sem vômitos ➤ Retomar a atividade normal, se sentir que se encontra preparado para o fazer

APÊNDICE V

Follow up telefónico na
cirurgia de ambulatorio (Hospital A)

Unidade de Cirurgia Ambulatória - Follow up - 24 horas

- Especialidade Cirúrgica:
- Cirurgia realizada:
- Cirurgião:
- Data da alta: Hora da alta: Data da consulta:
- Indicações médicas para a alta:

QUESTÃO	SIM	NÃO
A viagem de regresso a casa decorreu bem?		
Passou bem a noite?		
Manteve as suas atividades diárias?		
Tomou os medicamentos conforme prescritos?		
Teve dor?		
A medicação foi suficiente (fez SOS)?		
Necessitou de recorrer ao Hospital após a alta?		
Necessitou de contatar a UCA?		
Teve dúvidas sobre os cuidados a ter em casa?		
Tem penso no local cirúrgico?		

- Como se encontra o penso? Limpo ☐ Repassado ☐

- Como se encontra o local cirúrgico?

Edema ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Sem alterações ☐

- Surgiu alguma das seguintes intercorrências?

Dor	☐
Náuseas	☐
Vômitos	☐
Febre	☐
Cefaleias	☐
Tonturas	☐
Sonolência	☐
Dificuldade em urinar	☐
Dificuldade respiratória	☐

- Necessitou de recorrer à linha de apoio a complicações pós anestésicas?

Sim ☐ Não ☐

- Necessidade de realizar novo contato:

48h Pós operatório ☐

7º dia Pós operatório ☐

- Foi importante para si a realização deste contato?

Sim ☐ Não ☐

Enfermeiro responsável:

Data do contato:

APÊNDICE VI

Reflexão sobre a prática de cuidados

Reflexão da prática

Neste momento de introspeção, irei refletir e analisar uma das muitas situações que vivenciei no decurso do meu estágio e que me marcou, enquanto pessoa e profissional de enfermagem. Cada um de nós é único, com características singulares, aquilo que eu sou enquanto pessoa condiciona inevitavelmente a minha atuação como profissional e logo a minha intervenção junto do outro.

Um momento que não podia deixar de refletir, porque penso ser de uma riqueza incalculável é a confiança e segurança que é transmitida aos clientes/família no acolhimento, efetuado na UCA do Hospital de Lisboa (Hospital A) onde tive oportunidade de desenvolver o primeiro estágio do meu projeto. Esta confiança é garantida pelo profissionalismo no acolhimento ao cliente, que se inicia no momento em que é proposto para cirurgia e entra na instituição, até ao instante em que regressa a casa, incluindo o follow up telefónico que é realizado vinte e quatro horas após a saída do Hospital.

De seguida descrevo uma das muitas situações vivenciadas por mim no decorrer deste estágio.

A Sr^a H encontrava-se a aguardar na sala de espera para ser admitida no serviço, quando foi chamada pelo nome para comparecer na UCA. Apresentava um fâcies triste, apreensivo, referindo que se encontrava muito ansiosa com a cirurgia que iria realizar. No estudo apresentado por Grieve (2002) todas as pessoas admitiram que se sentiam ansiosas perante a realização de cirurgia, sendo as causas da ansiedade no pré-operatório: expectativa de dor e desconforto; alterações da auto - imagem; resultados dos diagnósticos; possível perda da independência; perda da identidade pessoal no hospital; incerteza sobre o decorrer da recuperação no pós-operatório; preocupações com a família e com o trabalho; descontrole sobre os acontecimentos que a rodeia. O profissional deve preparar o cliente desde o pré – operatório, ajudando-o a desmistificar as suas ideias pré concebidas, medos, ansiedade de forma a obter melhores resultados na recuperação dos clientes. O apoio demonstrado pelas enfermeiras no período pré- operatório é fulcral, tal como refere Costa (2001) no seu estudo.

Questionei a cliente se tinha familiares presentes e após o seu consentimento solicitei a presença dos familiares para junto desta. Apresentei-me pelo nome, verbalizando o facto de ser enfermeira a frequentar o curso de especialidade em

enfermagem. Acompanhei-a ao longo da unidade mantendo uma postura de cordialidade e simpatia de forma que o ambiente fosse tranquilizador. O momento da admissão num Serviço é bastante significativo para o desenrolar de todo o processo de acolhimento, Phaneuf (2005, p. 101) refere neste sentido que “uma primeira troca calorosa e atenciosa constitui portanto um bom ponto de partida para criar uma relação harmoniosa com o doente.”

Integrei a cliente e família no espaço físico, foi esclarecida relativamente às questões relacionadas com a dinâmica do serviço e ao percurso que iria realizar até ao bloco, e quando validado pareceu entender. A ansiedade dos clientes é de acordo com Grieve (2002) um resultado da incerteza e que ambos podem ser reduzidos providenciando informação adequada. De forma a reduzir a incerteza quanto ao procedimento cirúrgico realizado é referido pelo mesmo autor a importância da utilização de três tipos de informação: relativa ao procedimento (a explicação do procedimento); comportamental (a explicação do que o cliente deve fazer antes, durante e após o procedimento); sensorial (descrição de sensações que o cliente pode experienciar).

Mantive a sua privacidade puxando a cortina que tem em redor da unidade, promovendo o conforto necessário, para o momento vivenciado. Solicitei à cliente um pouco do seu tempo e expliquei-lhe o objetivo do momento de colheita de informação.

Quando a cliente verbalizou na sua admissão o facto de se encontrar muito ansiosa, e o demonstrou na sua face, significou para mim que necessitava de tempo da minha atenção. O meu objetivo a partir desse momento foi que esta pessoa expressasse os seus sentimentos em relação à experiência, que se sentisse escutada, reconfortada, que a informação transmitida fosse ao encontro das suas reais necessidades e expectativas.

A Sr^a H deu entrada na unidade para colocação de um cateter subcutâneo implantado (para posterior realização de quimioterapia). Percebi ao longo da colheita de dados relativos à história da cliente, que a sua grande preocupação não era o facto de ir realizar quimioterapia, mas as complicações que poderiam advir da colocação do cateter. Este medo surgiu quando um familiar realizou uma cirurgia idêntica, transmitindo-lhe alguma ansiedade com a sua experiência.

Entendi durante a admissão, ao serviço, que um familiar da cliente passou por uma situação bastante complexa decorrente das complicações que surgiram após o

procedimento. Esta cliente desenvolveu em si o medo e a ansiedade relativos à realização da cirurgia pela experiência do familiar. De forma a clarificar e a validar a minha interpretação da situação reformulei a minha percepção da situação e apresentei-a à cliente e referi, “parece-me muito preocupada com o que sucedeu ao seu familiar.”

Experiências de doença como os procedimentos cirúrgicos, reabilitação e recuperação são exemplos de transições que podem tornar os clientes mais vulneráveis (Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher, 2000). O enfermeiro é fundamental, como facilitador do processo de aprendizagem de novas competências, relacionadas com as experiências de saúde /doença dos clientes, minimizando a sua vulnerabilidade, perante situações mais complexas. É também um elemento facilitador do estabelecer de uma relação que se pretende que ajude o cliente/ família a ultrapassar esta fase de ansiedade ou medo perante a cirurgia da melhor forma possível, permitir que o regresso a casa e que todo o processo de recuperação seja facilitado, possibilitando que os clientes encontrem o seu bem-estar.

Perante um período de incerteza, aumenta a vulnerabilidade da pessoa exigindo por parte do enfermeiro, atenção, conhecimento e experiência (Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher, 2000). Deste primeiro contato com a cliente/ família surge a necessidade de colheita de informações, proceder a avaliações e ajudar a pessoa a enfrentar os problemas.

Coloquei-me na posição que considerei ser a mais confortável para ambas. Nesta unidade não têm um local específico para realizar a colheita de dados aos clientes, é realizada junto à maca. Considero de extrema importância o posicionamento do enfermeiro na realização da entrevista. Por essa razão e de forma a manter-me próxima, sempre que realizei a entrevista de enfermagem, procedi à colocação de uma cadeira extra junto à maca procurando o mesmo nível de proximidade, já que a postura e o saber estar evidenciam a disponibilidade e a vontade de comunicar. O posicionamento deve ser estratégico, respeitando a forma como cada pessoa se adapta ao seu espaço, tal como refere Phaneuf (2005, p. 31) “ a postura adotada pela enfermeira mostra bem o tempo e a importância que ela entende consagrar à pessoa de que se ocupa.”

Fui deixando que a entrevista fosse conduzida pela cliente ficando numa posição que fosse facilitadora para a escutar, demonstrando interesse perante o seu

discurso. Validei o seu problema, as suas necessidades e as suas conquistas, agradecendo a sua partilha oferecendo-lhe disponibilidade para outros momentos.

A colheita de dados da história pessoal é um instrumento básico de enfermagem, importante, com valor inestimável para a dignificação dos cuidados. É nossa função primordial, no acolhimento aos clientes, que o cuidado seja orientado no sentido da conveniência e preferência dos clientes. Desta forma é extremamente importante que as questões colocadas sejam de acordo com a individualidade de cada um, dando respostas individuais aos problemas. Podem colocar-se questões como: Quais as suas preferências? Qual a sua principal preocupação com o internamento? Qual a sua principal prioridade? Como o podemos ajudar neste período de tempo? Com estas questões criamos a oportunidade de antecipar as necessidades e preferências do cliente.

A utilização de perguntas abertas, permitiram perceber o que mais preocupava a cliente. De forma a validar as suas emoções questionei, “o que mais a preocupa neste momento?” A cliente refere a experiência do familiar, como sendo, a sua verdadeira preocupação. Reformulei a questão e perguntei “o seu familiar teve muitas complicações com o cateter”. Eu compreendo que esteja preocupada. Quer falar mais sobre o que lhe aconteceu? Há alguma questão que queira colocar, que ajude a minimizar a sua ansiedade?.

A comunicação é essencial no estabelecer da relação terapêutica (Cole, 2012). É a base fundamental, sobre a qual se estabelecem relações pessoais ao longo da nossa vida. Com a utilização de uma comunicação terapêutica efetiva os enfermeiros facilitam e promovem a autonomia dos clientes, identificam e escutam as suas necessidades, possibilita a tomada de decisão, adesão a tratamentos, contribuindo para o bem-estar e qualidade de vida. É crucial que nos dotemos de vocabulário, que permita especificar a vivência do outro e validar as suas emoções, como por exemplo “ não estou no seu lugar”, “ É natural que se sinta tão nervoso (...) ”. (Querido, Salazar & Neto, 2006, p.371). O processo comunicativo facilita a adaptação do cliente ao ambiente hospitalar, orientações e educação para o regresso a casa, tendo em consideração as necessidades individuais, clarificando os clientes na sua condição de saúde e procedimentos relevantes para o autocuidado (Rogan & Timmins, 2004).

Durante o período de admissão a minha atenção focou-se não só na comunicação verbal da cliente/ família mas principalmente na comunicação não

verbal, tanto da cliente como na minha. É de extrema importância a utilização de estratégias de comunicação adequadas a cada cliente, pois cada um reage emocionalmente de forma diferente a situações com características idênticas. A minha intervenção junto da cliente foi no sentido de lhe transmitir segurança nos cuidados prestados.

A cliente confirmou a minha interpretação, demonstrei à pessoa a minha preocupação e interesse em relação à sua situação. Tentei perceber junto da cliente, como resolve situações de dificuldade ou de ansiedade em momentos diferentes. A atitude positiva de cada profissional envolvido é uma das estratégias para dar resposta às exigências e à complexidade de situações vivenciadas na prática profissional. A disponibilidade demonstrada, durante este processo de acolhimento, o envolvimento, o interesse pela situação vivenciada pela pessoa permitem responder de maneira satisfatória às suas necessidades e com a qualidade desejada.

Considero que a transmissão de informação, foi uma das principais estratégias utilizadas de forma a diminuir a ansiedade e a promover a segurança. Tive a preocupação e a responsabilidade de transmitir informação individualizada e de acordo com as necessidades da pessoa e os seus desejos, envolvendo a família no cuidado, maximizando a recuperação da cliente. A cliente demonstrou interesse em adquirir informações, relativamente ao procedimento, o que lhe foi fornecido. Foi extremamente importante a explicação do percurso efetuado, até à sua chegada novamente ao local onde se encontrava, bem como os cuidados que deveria ter em casa com o cateter e aparentemente a cliente ficou menos ansiosa.

Foi importante explicar à cliente que é normal sentir-se ansiosa e que os profissionais iriam estar presentes para o caso de necessitar de mais alguma coisa. Estabelecer prioridades e o apoio não só à cliente como ao familiar, foram as minhas preocupações. A utilização de uma comunicação efetiva com a cliente durante a colheita de informação da história clínica, foi bastante benéfico sendo eu um elemento facilitador. A cliente/família verbalizaram a sua gratidão pela ajuda dispensada, pela minha compreensão e apoio. Revelaram satisfação em relação ao tempo disponibilizado para estar junto destes e pelo esclarecimento das suas dúvidas.

Em determinados momentos pode ser importante apenas uma palavra de respeito, de estima, de compreensão, do fazer sentir que não está sozinho e que os

profissionais estão presentes, para diminuir a ansiedade, tanto do cliente como do familiar. Esta Unidade de cuidados é um exemplo em relação aos serviços de saúde pelo local que dispõe junto ao bloco operatório, onde se pode prestar o apoio necessário ao familiar com o conforto e privacidade desejável. Este espaço de informação aos familiares, denota a preocupação dos profissionais e da instituição com este aspeto.

A presença do familiar foi outra estratégia essencial no decorrer desta interação. O familiar foi dando reforços positivos perante a situação, ajudando no apoio à cliente. Os clientes nesta Unidade são acompanhados pelos familiares em todo o processo de acolhimento, desde que seja o seu desejo. Os profissionais dão extrema importância à presença dos familiares durante os cuidados, pois consideram que estes são elementos facilitadores neste processo de transição que é o regresso a casa e a recuperação de uma cirurgia. Em casa os familiares serão o primeiro apoio dos clientes, pelo que a aquisição de habilidades e novas capacidades permitem ao cliente/família regressar a casa com a certeza que serão capazes e autónomos para os seus cuidados. Este cuidado que é mantido com o cliente / família facilita a adaptação à nova situação de saúde maximizando seu bem-estar físico e psicológico.

A comunicação é essencial desde a admissão até a alta. É fundamental que a comunicação não envolva apenas colheita de informação, dar informações e orientações. Os clientes têm preocupações e necessidades únicas e se a comunicação não for totalmente dirigida e eficaz, existe o risco da recuperação em casa ser afetada negativamente. A autonomia do cliente depende das orientações e informação sobre o autocuidado e autocapacitação, bem como a gestão da sintomatologia que pode ocorrer no pós-operatório.

Foi uma situação muito positiva, pois consegui transpor para a prática de cuidados aprendizagens não só adquiridas ao longo das aulas lecionadas no curso que frequentei, mas também da minha experiência profissional, da pesquisa bibliográfica efetuada, assim como desenvolver competências na área da comunicação e relação com o cliente contribuindo positivamente para o bem-estar desta cliente/família.

Considero que a minha atitude foi muito positiva e deu resposta ao problema vivenciado pela cliente. Tive em atenção (acima de tudo), a perspetiva e o problema vivenciado no momento pela cliente, bem como os seus sentimentos.

Permitir a expressão de sentimentos, ajudou a cliente a revelar e partilhar o seu sentir, a sua ansiedade perante a cirurgia, a expressar o que já foi vivenciado, as suas expectativas, experiências anteriores, como encara a sua doença, que impacto teve as outras fases da doença, que estratégias utilizou para se adaptar à situação, dando a possibilidade de o profissional a conhecer melhor.

Senti perante esta situação que a minha atitude foi fulcral. Ser gentil, atenciosa e verdadeira na relação estabelecida com a cliente, proporcionar conforto e transmitir calma, foram estratégias essenciais para garantir a satisfação e segurança nos cuidados prestados. Considero que gestos que transmitam harmonia, calma, uma atitude de disponibilidade e simpatia, têm uma importância fulcral num ambiente que é desconhecido para muitas pessoas, como é o hospital.

Os gestos demonstram a intencionalidade do agir profissional. Os grandes gestos e as oscilações do corpo, podem colocar a pessoa cuidada pouco à vontade. Por outro lado podem ser de tal forma delicados e humanos que transmitem às pessoas cuidadas o interesse, disponibilidade e autenticidade do enfermeiro junto dos seus clientes. É importante, como enfermeira, adequar o comportamento e modificá-lo de forma a saber estar junto das pessoas cuidadas.

Tentei junto da cliente, perceber não só as suas palavras, mas também os pensamentos, o estado de ânimo os significados mais pessoais, mais íntimos e inconscientes da mensagem transmitida. Lazure (1994, p. 16) a este respeito, refere que

(...) escutar é um instrumento essencial, sendo a única via de acesso à compreensão dos utentes; é pela forma de estar, totalmente presente, que a enfermeira manifesta ao cliente a sua vontade em o compreender verdadeiramente, tanto através da comunicação verbal como não verbal.

É necessário especial atenção em clientes excessivamente ansiosos ou que parecem não estar a responder de forma adequada à comunicação efectiva (Rogan & Timmins, 2004), a articulação com outro profissional de saúde pode ser a intervenção a adotar.

A cirurgia da cliente decorreu durante a tarde e não tive oportunidade de estar presente no momento da alta, no entanto, tive possibilidade de realizar todo o planeamento e o contato telefónico à cliente nas 24 horas subsequentes, o que foi

bastante gratificante para mim, pois percebi que a cliente estava a adaptar-se e a recuperar de forma positiva, encontrando-se menos ansiosa.

O planeamento efetivo da alta em cirurgia de ambatório é crucial para assegurar a recuperação do pós-operatório que será em casa (Rogan & Timmins, 2004) é necessário que os cuidadores adquiram capacidades para gerir sintomas pós-operatórios (Gilmartin & Wright, 2008). É neste instante que a relação de confiança estabelecida, entre os profissionais e os clientes, tem uma importância fulcral.

O momento da alta é crucial para o cliente/família, porque é nesta altura que podem sentir falta de apoio dos profissionais que lhes prestaram os cuidados. Importa assim, desmistificar a ideia de que não terão apoio em casa, transmitindo ao cliente e familiares elevada confiança no pós-operatório. O estudo de Mottran (2011, p.3150) refere *“Through empathic understanding and communication the nurse can demonstrate to patients, that although the health service has changed, the caring ideals that have always underpinned it are still present to-day”*.

É importante no momento da alta transmitir à cliente / família, que será contactado 24 horas após a cirurgia, expressar que os profissionais estão disponíveis 24 horas e podem ser contactados, dando resposta ao seu problema ou fazendo o encaminhamento necessário. O cliente/ família podem discutir as orientações e informações recebidas, esclarecer dúvidas e colocar questões que ficaram por responder ou que apenas surgiram em casa. Este apoio telefónico constitui uma estratégia para que mantenham a confiança na instituição que os acolheu.

A realização do contato telefónico pelo enfermeiro constitui um momento essencial no cuidado a ter com este cliente/família. O agradecimento que os clientes verbalizam quando já se encontram no seu domicílio é extremamente gratificante para quem cuida. Senti que o que está em causa é o reflexo dos cuidados prestados. Da satisfação dos cuidados prestados emerge para os profissionais e para a instituição indicadores de qualidade. Num estudo efetuado por Mottram (2011) embora os clientes estivessem dispostos a assumir a responsabilidade do autocuidado em casa, os seus familiares mencionam a necessidade do apoio dos profissionais ser mais próximo, utilizando estratégias como vídeo- conferência e tele medicina. Em Portugal, a utilização de recursos tecnológicos, começam a ser vulgares em certos setores da nossa sociedade, na saúde, poderiam ser utilizados como um recurso da comunidade apoiando a cirurgia de ambatório e os clientes

que usufruem destes cuidados. Atualmente estes recursos não estão a ser aproveitados, mas tenho a certeza que iria ao encontro das necessidades de recuperação de alguns clientes.

Pela complexidade de cada situação e pela vulnerabilidade dos clientes vemo-nos confrontados no desempenho das nossas funções com situações difíceis de gerir, no entanto, as aprendizagens adquiridas e o desenvolvimento de competências nesta área são fundamentais para colmatar lacunas.

Sempre que surjam situações idênticas à descrita anteriormente, considero que a minha prestação será gerida de acordo com a pessoa que tenho ao meu cuidado, a sua história de vida, os seus desejos e preocupações tendo em atenção os pormenores, a compreensão pela situação vivenciada.

Tive a oportunidade de gerir uma situação complexa, de antecipar potenciais problemas e complicações. Mesmo que em muitas situações pela sua complexidade possa achar que poderia ter utilizado outras estratégias de comunicação verbal, aprendi que os sinais não-verbais transmitidos constituem por si só uma mais valia no processo comunicativo e na relação estabelecida com as pessoas que cuidamos.

A reflexão sobre a prática profissional faz-nos repensar na nossa ação e identificar aspetos e atitudes (nossas e dos pares) mais ou menos apropriadas para o momento, mas que podem ser facilmente modificados em situações idênticas. É o voltar à ação e repensar as mensagens transmitidas (verbais e não verbais), compreendendo em nós próprios as mudanças e o crescimento que cada experiência nos proporcionou.

Ao apercebermo-nos da determinação de muitas pessoas perante a doença e o sofrimento, entendemos a dimensão dos seus pensamentos e das suas atitudes, e é nestas alturas que lhes damos o devido valor. Começamos a pensar e a ponderar no que dizemos todos os dias, e o significado que terá para a outra pessoa.

Aprendi ao longo dos anos de experiência profissional, a atribuir mais significado às coisas boas que nos dizem e fazem e como estas pequenas coisas, são também importantes para quem cuida. A compreensão, o respeito pelas pessoas que cuida, como alguém com necessidades únicas, são a base fundamental da relação de confiança e uma estratégia facilitadora e promotora de bem-estar no cliente e família.

A experiência perante as situações e reflexão sobre as mesmas, permite o desenvolvimento de competências na nossa área de atuação. Os sinais

apresentados pelos clientes, a experiência profissional, a atenção aos detalhes, bem como todos os saberes adquiridos ao longo dos anos de profissão, são o que nos permitem antecipar as necessidades dos clientes e possíveis complicações, e é essa capacidade que caracteriza um perito.

Considero que perante esta situação fiz o que estava ao meu alcance, conseguindo o estabelecer de uma relação de ajuda com a cliente e família que foi demonstrado quando verbalizaram satisfação com os cuidados prestados e gratos com a minha disponibilidade.

Ao elaborar este trabalho refleti sobre sentimentos vividos por mim durante esta situação, consciencializando-me sobre os meus valores, crenças e como esses aspetos podem condicionar o meu desempenho e o meu agir profissional.

BIBLIOGRAFIA

- Cole, C.A. (2012). Implied consent and nursing practice: Ethical or convenient?. *Nursing Ethics*. University of Ballarat. Australia. 19(4), p.550–557.
- Costa, M.J. (2001). The lived peri-operative experience of ambulatory surgery patients. *AORN Journal*. 76, p.874 – 881.
- Gilmartin, J. & Wright, K. (2008). Patient Perspectives. Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*. 17, p. 2418–2425.
- Grieve, R. J. (2002). Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. *British Journal of Nursing*. 11(10).
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa. Lusodidacta
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messia, D.K.H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*. 23(1), p.12–28.
- Mottram, A. (2011). 'They are marvellous with you whilst you are in but the aftercare is rubbish': a grounded theory study of patients' and their carers' experiences after discharge following day surgery. *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd. 20, p.3143 – 3151.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*, Loures. Lusociência.
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. G. (2006). Comunicação. In: Barbosa, A., Neto, I. G. - *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa. 23, p.357 - 378.
- Rogan, F.C. & Timmins, F. (2004). Improving communication in day surgery settings. *Nursing Standard*. 19 (7), p. 37-42.

APÊNDICE VII

Folheto orientador para
clientes submetidos a colocação
de cateter subcutâneo totalmente
implantado

Entre em contato com a Unidade Cirurgia Ambulatória se detetar:

- Dor intensa
- Febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)
- Dificuldade respiratória
- Perda de sangue no local de colocação do cateter
- Vermelhidão ou calor persistente
- Inchaço no local de colocação do cateter, ou no membro superior (braço)

Contate a Unidade de Cirurgia Ambulatória

De 2ª a 6ª feira – das 8 às 20 horas



Contato telefone 217704086

Alto dos Moínhos, junto à Avenida Lusitã, 1549-970, Lisboa

Correio electrónico: www.hpplusitao.pt

Autores: Enfermeira Sónia Costa

HOSPITAL

Cateter totalmente implantado



**Unidade de
Cirurgia Ambulatória**

APÊNDICE VIII

Bibliografia consultada ao longo do estágio

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA AO LONGO DO ESTÁGIO

- Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana Experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and illness*. California: Addison-Wesley publishing.
- Bondia, J.L. (2002). *Notas Sobre a Experiência e o Sabe de Experiência*. Revista Brasileira de Educação. Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Educação. 19, p. 20-28.
- Brehmer, L.C.F. & Verdi, M. (2010). Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(Supl. 3), p. 3569 -3578.
- Cole, C.A. (2012). Implied consent and nursing practice: Ethical or convenient?. *Nursing Ethics*. University of Ballarat. Australia. 19(4), p.550–557.
- Cordero-Ponce, M., Romero-Sánchez, I.M., López-Barea, J. & Martínez-Ramos, P. (2008). Abordaje del paciente en unidad de cirugía mayor ambulatoria. *Enferm Clin*. 18(3), p.156 -160.
- Costa, P. & Leite, R.C. B. (2009). Estratégias de Enfrentamento Utilizadas pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias Mutiladoras. *Revista Brasileira de Carcerologia*. 55(4), p.355-364.
- Djohan, R., Gage, E. & Bernard, S. (2008). Breast reconstruction options following mastectomy. *Cleve Clin J Med*, 75 Suppl 1:S, p.17-23.
- Ferreira, M.L.S.M. & Mamede, M.V. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 11(3), p.299-304.
- Gozzo, T.O., Lopes, R.R., Prado, M.S., Cruz, L.A.P. & Almeida, A.M. (2012). Informações Para a Elaboração de um Manual Educativo Destinado às Mulheres com Câncer de Mama. *Esc Anna Nery*. abr -jun; 16 (2), p. 306-311
- Grieve, R. J. (2002). Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. *British Journal of Nursing*. 11(10), p. 670-678.
- Hesbeen, W. (2001). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa. Lusodidacta
- Lemos, P. [et al.] (2009). Patient satisfaction following day surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*. 21 (3), p. 200-205.
- Mottram, A. (2009) Therapeutic relationships in day surgery: a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*. 18 (20), p. 2830-2837.
- Kappaun, N. R.C.Ferreira. M. E. C. (2008). A Imagem Corporal de Mulheres Mastectomizadas. *HU Revista, Juiz de Fora*. 34 (4). out./dez,p. 243-248.
- Kvale, K. (2007). Do patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communications needs. *European Journal of Oncology Nursing*. 11, p.320-327.

- 320- 327.DOI:10.1016/j.ejon.2007.01.002
- Marla, S., McMillan D.C. & Stallard, S. (2013). Factors influencing postoperative length of hospital stay after breast cancer surgery. *The Breast*. 22, 289-294. DOI.org /10.1016/j.breast.2012.07.009
- McLeod, D.L., Tapp, D.M., Moules, N.J. & Campbell, M.E. (2010). Knowing the family: Interpretations of family nursing in oncology and palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*. 14, p.93 – 100.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messia, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*. 23(1), p.12–28.
- Mendes, A. P. (2007). O respeito e a solicitude. *Revista Portuguesa de Bioética*. 2, p 207-217.
- Mendonça, T., Leitão, T., Pereira, S., Reis, P. & Lopes, T. (2010). *A unidade de cirurgia ambulatória do serviço de Urologia do centro Hospitalar Lisboa Norte- Experiencia preliminar*. *Acta Urologia*. Setembro.3, p.27-32.
- Mir, L.M. (2004). Protocolo europeu de investigação em electroquimioterapia. *Oncologia*. 27(10), p. 601-603.
- Mottram, A. (2009). Therapeutic relationships in day surgery: a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*. 18 (20), p.2830-2837.
- Moura, F.M.J.S.P., Silva, M.G., Oliveira, S.C. & Moura, L.J.S.P. (2010). Os sentimentos das mulheres Pós-mastectomizadas. *Esc Anna Nery*. jul-set,14 (3), p.477-484.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Consentimento Informado, enunciado de posição*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Pinkert, C., Holtgrawe, M. & Remmers, H. (2013). Needs of relatives of breast cancer patients- The perspectives of families and nurses. *European Journal of Oncology Nursing*. 17, p.81-87.
- Sanchez-Gomez, L.M. et al (2011). Evaluación de la efectividad y seguridad de la electroquimioterapia para el tratamiento de tumores: Revisión sistemática y meta-análisis. Informe Técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Spanish
- Santos, J.S. [et al.] (2008). *Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados*. *Medicina*. Ribeirão Preto.41 (3), p.274-286.
- Santos, M.C.L., Sousa, F.S., Alves, P.C., Bonfim, I.M. & Carvalho, A.F.F. (2010). Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(4), p. 675-678.
- Sapeta, P., & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. *Referência*. Coimbra. II (4), p. 35- 57.
- Sersa, G. [et al.] (2007). Electrochemotherapy in treatment of tumours. *Eur J*

Surg Oncol, p. 1-9, doi: 10.1016/j.ejso.2007.05.016
Zucca-Mattes, G. (2013). Cirurgia Oncoplástica da Mama. *Revista Onco &*.
Março/Abril, p.1-4.

APÊNDICE IX

Caraterização da UCA de
um Hospital de Lisboa (Hospital B)

Caraterização da Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital de Lisboa (Hospital B)

É uma unidade exclusiva para o atendimento cirúrgico do cliente com critérios de inclusão em cirurgia de ambulatório oncológico.

Esta unidade é constituída por: uma área restrita- Bloco operatório, constituída por duas salas de operações (que estão equipadas com aparelhos necessários para qualquer tipo de anestesia) e uma área comum que integra o secretariado; um gabinete médico e de enfermagem; gabinete da enfermeira chefe; sala de acolhimento ao cliente que inclui zona de vestiário do cliente; sala de trabalho de enfermagem; copa; UCPA, que tem capacidade para quatro clientes em simultâneo e dois cadeirões; instalações sanitárias e vestiário dos profissionais. A atividade de funcionamento do bloco operatório da UCA é das 8h- 16h, com manutenção da UCPA a funcionar até às 20h.

Relativamente aos recursos materiais, tem uma equipa própria coordenada pela Enfermeira Chefe do Serviço e constituída por: um enfermeiro na consulta de enfermagem pré operatória da UCA (que se situa no piso 0 do mesmo pavilhão) um enfermeiro na sala de acolhimento, um enfermeiro na UCPA, dois assistentes operacionais. Tem também, o apoio de um administrativo e um médico anestesista permanente que contribuem para o sucesso e autonomia da mesma. Os enfermeiros do bloco operatório e cirurgiões (gerais e de especialidade), não são exclusivos à unidade.

São várias as especialidades cirúrgicas realizadas semanalmente na UCA. As cirurgias são programadas e realizam-se de segunda a sexta-feira. As especialidades cirúrgicas incluem, as áreas estomatologia, ginecologia, plástica, cirurgia geral, cabeça e pescoço, otorrino, sendo que as duas últimas áreas são realizadas na modalidade de “One Day Surgery”.

O percurso que o cliente realiza para cirurgia de ambulatório inicia-se no momento em que o cirurgião propõe o cliente para cirurgia. Na consulta médica de cirurgia são tidos em consideração os critérios de inclusão e exclusão, para cirurgia de ambulatório. É realizada consulta de anestesia a todos os clientes e

antes de darem entrada para consulta de anestesia é fornecido ao cliente um questionário pré operatório (preenchido pelo cliente e/ou familiar). Antes da entrada na consulta de anestesia e de enfermagem, o cliente preenche um questionário pré anestésico e estabelece com a enfermeira o primeiro contato. Os registos de pré-avaliação permitem à equipa de saúde identificar dificuldades ou problemas da pessoa de forma antecipada.

A consulta de enfermagem pré operatória da UCA é realizada no mesmo dia da consulta de anestesia, facilitando a colaboração entre todos os profissionais e reduzindo o número de vezes que o cliente tem que se deslocar ao hospital. Esta fase pré operatória é crucial para a segurança do cliente. Permite minimizar possíveis complicações, fornecer atempadamente orientações e informações adequadas à cirurgia realizada, avaliar as necessidades específicas do cliente e esclarecer dúvidas ao cliente e família, incluindo o percurso realizado até à alta, fornecer informação escrita relativa à Unidade.

O cliente é contactado telefonicamente pela enfermeira 48 horas antes da cirurgia, reforçando as indicações transmitidas na consulta de enfermagem pré operatória, dando indicações precisas do local e da hora a que se realiza a cirurgia.

No dia da cirurgia o cliente dirige-se ao secretariado do piso 0 do mesmo edifício da UCA e aguarda pela chamada para o piso 2. A assistente operacional acompanha o cliente desde o piso 0 ao piso 2. Quando chega à Unidade é recebido pela enfermeira. São realizados cuidados de preparação para a cirurgia, aguardando pela chamada para o bloco, na sala designada de acolhimento. Enquanto aguarda, o cliente recebe a visita de outros profissionais (anestesista, cirurgião e enfermeiros do bloco), que têm o cuidado de se apresentar ao cliente, antes da realização da cirurgia.

O cliente é acompanhado ao bloco operatório pelo enfermeiro da UCA, onde se desloca pelo seu pé. Após a realização da mesma é encaminhado para a UCPA pela enfermeira do BO e pela anestesista que esteve presente durante a cirurgia. O cirurgião visita o cliente após a cirurgia e faz o registo de toda documentação necessária.

O cliente permanece na UCPA até que reúna condições de segurança para a alta hospitalar.

No momento em que o cliente tem alta clínica, é solicitada a presença de um familiar para junto do cliente, para que toda a orientação e ensino sejam transmitidos e validados em conjunto. É entregue ao cliente toda a documentação escrita, necessária para a continuidade dos cuidados.

A enfermeira realiza o follow up telefônico a todos os clientes submetidos a cirurgia, 24 horas após a realização da mesma. Em caso de necessidade o cliente pode ser contatado 48 horas até 72 horas após a cirurgia e encaminhado para outros locais de apoio caso surja essa necessidade.

APÊNDICE X

Reflexão da prática de cuidados

REFLEXÃO DA PRÁTICA DE CUIDADOS

Durante a realização do segundo estágio efetuado, num Hospital de Lisboa (Hospital B), tive oportunidade de prestar cuidados na Consulta de Enfermagem pré-operatória da UCA, o que foi muito gratificante para mim.

Das muitas situações vividas por mim ao longo do estágio, elaborei esta reflexão, utilizando o ciclo reflexivo de Gibbs para a sua realização. A escolha da situação da prática não foi difícil para mim, da avaliação de situações de estágio esta mereceu especial atenção, pela complexidade de sentimentos que envolveu não só da cliente, mas para mim como pessoa e enfermeira e por acreditar verdadeiramente que consegui ajudar a cliente e família, apelando aos seus recursos internos e apoio dos mais próximos. Esta reflexão permite demonstrar o desenvolvimento e o aprimorar de competências de comunicação e de relação de ajuda com o cliente oncológico e família.

Uma cliente dá entrada na consulta de enfermagem após ter sido chamada. A Sr^a H, 50 anos de idade, casada com 3 filhos (20 anos, 18 anos, 11anos) entra na consulta sozinha, com um olhar triste e fixo no chão, quando a cumprimentei a cliente disse bom dia, mas as palavras pareciam não querer sair. Sugeri que se aproximasse, sentando-se na cadeira próxima da secretária, onde eu me encontrava. Questionei se estava sozinha ou se tinha a companhia de alguém na sala de espera e quanto à sua necessidade da presença ou não de um familiar durante a consulta, bem como quem era a pessoa que habitualmente a acompanhava, respondeu-me que era o marido.

O facto de ter lido antecipadamente o processo clínico, foi facilitador da minha interação com a cliente.

O medo de nova cirurgia e o prognóstico da doença transpareciam no olhar desta pessoa, fixo e preocupado. “Estou a ver que está triste, o que é que a está a preocupar?”- questionei., a Sr^a começou a chorar. Aproximei-me da cliente colocando a minha mão sobre o seu ombro.

Os momentos que se seguiram foram de choro e silêncio, até que as palavras surgem e a cliente refere que o marido já estava a chegar. Refere que era melhor esperar pelo seu marido, ao que eu assenti pois era importante para a Sr^a a presença do familiar para lhe dar apoio e estar presente na consulta, pois

este também seria o seu apoio depois da cirurgia. O marido da cliente não tardou em chegar.

A presença do familiar foi de grande apoio para a cliente. Apesar do marido apresentar também uma expressão de preocupação e parecer ansioso pelo facto de não saber bem o que se estava a passar quando deu entrada na consulta, o facto de estarem juntos modificou a expressão da cliente. Depois de me apresentar, expliquei ao familiar o conteúdo da conversa, reforçando à cliente que já estava acompanhada e que já tinha o apoio do seu marido e reforçando ao familiar que a cliente tinha sentido necessidade da sua presença, para que ambos recebessem orientações da cirurgia que iria realizar. A cliente encontrava-se muito ansiosa, pois já tinha tido conhecimento da necessidade de realização de nova cirurgia. Já tinha realizado uma cirurgia anterior (excisão de melanoma) e estava novamente proposta para realizar alargamento de margens com pesquisa de gânglio sentinela. Pensei: como posso ajudar esta cliente a ultrapassar esta experiência da melhor forma possível? Falei de forma serena e o mais tranquila possível.

Tentei perceber se a senhora tinha sido informada da cirurgia a que estava proposta, ao que respondeu que o médico lhe tinha explicado o que iria realizar. Perguntei “tem alguma dúvida em concreto que eu possa esclarecer?” ao que a senhora respondeu “o médico falou-me de um exame, não percebi que exame vou fazer”. Expliquei a cirurgia e o exame que iria realizar, bem como os acontecimentos que poderiam surgir, de forma clara com os termos que me pareceram perceptíveis, validando com a cliente e família a sua percepção.

O êxito dos cuidados prestados ao cliente cirúrgico e a sua recuperação passa pela clareza e pela facilidade com que os profissionais de saúde transmitem as informações. Quando são transmitidas de forma técnica (pouco ou nada perceptível para a maioria), os clientes deturpam o que lhes foi dito e formam as suas próprias teorias, algumas vezes discrepantes da realidade, mas de acordo com a percepção que têm da situação, tal como refere Magalhães (2005, p. 225) “a transmissão de informação está profundamente relacionada com o respeito pela autonomia e, se não for adequadamente efetuada, muitos doentes terão uma base insuficiente para uma tomada de decisão”.

Transmitir expectativas de forma realista para a situação atual foram os meus objetivos. Questionei “como é que esta situação a faz sentir o que a preocupa na sua doença? referiu “ eu fiquei tão nervosa no dia que o médico me disse que tinha de ser novamente operada.” “ Não esperava ter que fazer outra cirurgia e sei lá quantas mais”. As expectativas quanto à primeira cirurgia eram altas, a cliente não esperava voltar a realizar outras cirurgias.

Pedi o consentimento à cliente para realizar os ensinamentos relacionados com as suas dúvidas. Questionei; “ Acha o momento oportuno para lhe dar essas informações?” A cliente concordou. Os momentos que se seguiram foram de esclarecimento da cirurgia que estava proposta, do que poderia esperar desta cirurgia e que o tratamento a seguir dependia do resultado desta cirurgia, mas que poderia vir a ter que realizar outros tratamentos. A cliente queria perceber o que estava a acontecer e o que poderia vir a acontecer. Depois de lhe ter clarificado a mensagem transmitida, achei que era necessário preparar a cliente para a possibilidade de ter que realizar outra cirurgia caso a pesquisa de gânglio sentinela viesse positivo. Tal como refere Twycross (2003) deve ser dado um “ tiro de aviso”, ou seja, preparar a cliente para a possibilidade de surgirem informações adversas. Fui validando a informação transmitida, reforçando a minha preocupação com a situação que a cliente se encontrava a vivenciar “ compreendo que deva estar a ser difícil lembrar-se de todos estes factos até este momento, mas se tiver alguma dúvida pode interromper.”

Relativamente à cirurgia questionei a cliente se tinha respondido às suas questões ou se sentia a necessidade de outro tipo de esclarecimento que ultrapassasse os meus conhecimentos e competências e que eu estaria disponível para contactar o médico para a esclarecer ou ao seu familiar, pois já sabia que o marido não tinha tido oportunidade de estar presente na consulta. A cliente respondeu que “ a sr^a enfermeira já respondeu ao que eu queria saber”. Questionei a cliente como é que habitualmente ultrapassa estas situações mais difíceis, ao que ela respondeu “ os meus filhos e o meu marido são a minha maior força.” Pensando no apoio que a cliente estava a necessitar neste momento e o que poderia vir a necessitar noutras situações, reforcei a ideia de que a equipa de saúde estava aqui para ajudar se sentissem essa necessidade e que existiam outro tipo de apoios na Instituição, caso a cliente e

família estivessem com dificuldades de adaptação a esta nova situação, aos quais poderíamos pedir apoio se necessário. A cliente foi ficando mais calma, menos apreensiva com toda a situação, demonstrado pela forma como conseguia expressar o que lhe ia no pensamento. Foi orientada quanto aos critérios da realização da cirurgia de ambulatório, esclarecida quanto ao percurso realizado para o dia da cirurgia e aos cuidados a ter antes e após a cirurgia. A cliente referiu bastante agrado pelo facto de ser em ambulatório e revelou a sua preocupação com o prognóstico da doença ao referir “ os meus filhos ainda precisam muito de mim.”

Tive a noção concreta que este momento não era o ideal para dar mais informações. Em muitas situações o que pode ocorrer é ser dada muita informação num só momento e o cliente não conseguir assimilar tudo de uma vez. Nessa situação é necessário tempo, caso contrário o cliente não consegue identificar aspetos relevantes da sua doença ou tratamento porque não entendeu e não memorizou.

A cliente iria necessitar de tempo para refletir na situação que estava a vivenciar e nas informações que necessitava, para melhor se adaptar à situação. O que lhe transmiti foi que à medida que lhe surgissem dúvidas, as fosse escrevendo no papel, para que em outro momento com a equipa de saúde as pudesse esclarecer, não só nas consultas presenciais mas por via telefone (contato realizado pela equipa de enfermagem). Expliquei à cliente que poderia (sempre que tivesse alguma dúvida) telefonar para a equipa de enfermagem, ou se sentisse necessidade poderíamos marcar outro encontro. Entreguei-lhe o folheto informativo da cirurgia de ambulatório e do exame que iria realizar (disponível na instituição), que utilizei para esclarecer a cliente. Questionei-a se havia mais alguma coisa que eu pudesse fazer neste momento para ajudar, ao que a cliente respondeu já se sentir um pouco mais calma e referiu “ já passei por tanto na minha vida, também vou ultrapassar esta fase da doença”. Saiu da consulta mais calma, apresentando um fâcies que aparentava maior tranquilidade, agradecendo pela ajuda dispensada.

Relativamente a esta interação com a cliente, não posso dizer que tivesse sido uma situação fácil para mim, no momento, mas a reflexão e o facto de a escrever trouxeram-me maior clareza quanto ao que senti no final da consulta. A comunicação foi eficaz através dos meus gestos, olhar, do meu

posicionamento junto à cliente, bem como pelas palavras, ajudei esta pessoa a adquirir a confiança necessária para se adaptar a esta situação e obter bem-estar.

As aprendizagens e os conhecimentos adquiridos por mim, não só nas aulas de mestrado lecionadas, mas ao longo de todo o meu percurso formativo e experiência profissional, ajudaram-me a dar resposta e a ajudar a cliente neste momento.

Ao refletir sobre esta situação considero que os momentos iniciais não foram fáceis de gerir, mas no final tive o sentimento agradável de ter conseguido. A gestão de emoções em situações complexas que envolvem sentimentos como o sofrimento, angústia, tristeza são difíceis de gerir, mas considero que é importante, como profissional de saúde, ter consciência de como as nossas emoções podem constituir obstáculos no processo comunicativo e utilizar estratégias que o minimizem. Saraiva (2003) salienta que alguns obstáculos que dificultam a comunicação em contexto oncológico, como a inflexibilidade nas atitudes, o ambiente estereotipado ou a desmotivação dos enfermeiros, podem ser contornados se utilizadas algumas posturas facilitadoras como a motivação, a disponibilidade, o respeito pela privacidade e a empatia.

Esta situação permitiu-me utilizar estratégias de comunicação já adquiridas ao longo do meu percurso profissional e aprimorar essas competências neste contexto, demonstrado pelos conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação e em estratégias facilitadoras, adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa.

Nesta situação em concreto, considero que as minhas intervenções ajudaram a cliente e família a gerir a ansiedade e os medos provocados pela cirurgia. O estabelecimento e a manutenção de um ambiente terapêutico ajudou a cliente a ultrapassar esta situação.

A cliente estava a necessitar de uma ajuda efetiva para ultrapassar este momento e considero que a minha disponibilidade para estar com a cliente, e a atenção dada, permitiu o estabelecer de uma relação de ajuda. As circunstâncias e o ambiente proporcionado permitiram manter a privacidade e o conforto da cliente e facilitaram a confiança depositada, o que foi demonstrado pela partilha de sentimentos mais íntimos e de aspetos da sua vida pessoal. É

de extrema importância a utilização de estratégias de comunicação adequadas a cada cliente, pois cada um reage emocionalmente de forma diferente a situações com características idênticas.

É importante estar atento às reações (verbais e não verbais) e preparado para responder ao cliente; escutar o cliente atentamente, dar tempo para reagir, encorajá-lo a expressar esses sentimentos, pensamentos; respeitar o seu silêncio, permitindo que pense antes de responder a uma pergunta; responder-lhe com empatia; proporcionar espaço ao cliente para que possa integrar o que lhe foi dito e encontrar sentido no contexto da sua vida.

A comunicação é um pilar fundamental para cuidar o cliente oncológico e família, e essencial em todo o processo de acolhimento, sendo a comunicação verbal e não verbal ferramentas fulcrais para ir ao encontro das suas necessidades. Saraiva (2003, p.40) refere que “ na perspectiva dos enfermeiros a comunicação com os doentes oncológicos é um processo interativo, centrado numa relação de ajuda, que se efetiva pelo uso de palavras ou frases, e estas são enriquecidas por um conjunto de mensagens não verbais.”

A comunicação está diretamente relacionada à visão de mundo do profissional, a sua forma de partilhar conhecimentos e experiências; da capacidade de expressar um olhar atencioso, de tocar respeitosamente a cliente, confortando e reforçando a auto-estima, a partir de um esquema de orientações, incentivando e elogiando, estimulando a atitude positiva em relação ao mundo (Teixeira et al., 2009). Adotar atitudes que encorajam a interação como demonstrarem aceitação e respeito, mantendo uma expressão facial positiva e sempre olhando para o cliente, representa um elemento importante no processo comunicativo.

Considero que compete ao enfermeiro desenvolver esforços no sentido da disponibilização da informação de forma objetiva adequada ao grau de consciência do cliente/ família tendo presente a sua individualidade, garantindo a sua autonomia, direito à informação, para tomada de decisão livre e esclarecida (Teixeira et al., 2009). Destaco na, situação descrita, as competências enunciadas por Benner (2001) na Função de Educação e Orientação. Saber o momento em que a cliente estava pronta a aprender e aberta a informações, compreender como interpretava a sua doença,

permitindo-lhe a expressão de sentimentos e analisar até que ponto precisava e queria ser informada, são intervenções que saliento da minha intervenção.

Durante a consulta de enfermagem da UCA e nos cuidados prestados não só neste estágio mas ao longo do meu percurso profissional, foi importante compreender como os sinais não verbais são tão importantes nos momentos de interação com o outro. Os clientes, com um pequeno gesto meu (demonstrar disponibilidade), falam abertamente das suas preocupações, das suas vivências e da sua história de vida. Desencadeada por uma simples questão “como se sente, em que eu posso ajudar?” a pessoa dá-se a conhecer à outra que se sentou pela primeira vez à sua frente. A disponibilidade em escutar e a calma transmitida são factores decisivos para o momento de interação ser positivo. Senti um grande privilégio e satisfação pela partilha e pela ajuda que consegui transmitir.

A consulta de enfermagem é um momento importante para conhecer o cliente e os seus familiares, quais as suas reais necessidades, quais as dificuldades para a concretização da cirurgia e como se podem ultrapassar essas barreiras, que estratégias utilizar para aquela pessoa que está a nossa frente. Muitas vezes foi questionado “que expectativa tem para a situação que está a vivenciar? Como posso ajudar.” Frases importantes que foram mencionadas várias vezes pelos enfermeiros da consulta e que refletem a calma e disponibilidade desta equipa: “em que mais posso ajudar? Tem mais alguma questão que eu possa esclarecer? Se chegar a casa e sentir que ficou com alguma dúvida tem o número e pode telefonar 24 horas por dia”.

Outro dos aspetos que se revelou de extrema importância na interação com a cliente foi a presença do familiar. A família deve fazer parte integrante dos cuidados a prestar aos clientes, para que esta possa cumprir o seu papel, o de apoiar a cliente neste processo de doença. É através da comunicação que os enfermeiros podem identificar as necessidades e os problemas da família e ao mesmo tempo satisfazer as necessidades do cliente/ família. É necessário que os enfermeiros se consciencializem, aceitem e compreendam que os familiares podem ser os seus maiores aliados, neste processo. Neste contexto, Saraiva (2003) refere que o processo de comunicação em contexto oncológico exige aos enfermeiros um completo diagnóstico da situação, uma noção clara

dos receios da família, dos recursos socioeconómicos da família e dos apoios que a comunidade pode prestar.

O enfermeiro deve desenvolver competências suficientes para estabelecer com o cliente /família uma comunicação terapêutica, sendo que a mesma influencia a satisfação e promove a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Para poder ajudar a pessoa doente e sua família, foi necessário envolver-me e acreditar no que fazia, reconhecer os sinais nas outras pessoas, que podem ser muitas vezes a “ chave “ do problema e, tal como menciona Benner (2001, p.235), “a perícia depende do envolvimento da pessoa numa dada situação”.

Tive oportunidade de demonstrar o aprofundar de competências e comunicação com o cliente oncológico, tão essenciais no estabelecer de uma relação de ajuda e no seu acolhimento de forma a ser um elemento facilitador deste processo de transição que está a vivenciar.

Relativamente ao planeamento da ação, posso referir que se a situação fosse em tudo igual, voltaria a utilizar a mesma atitude estando desperta para os sinais não verbais, tal como o realizei nesta situação e que considero essenciais no estabelecer de uma relação de ajuda. Cada processo comunicativo é diferente, sempre que ocorre. As pessoas são diferentes, o ambiente é diferente, os assuntos em causa são diferentes, mas o meu grande e principal objetivo é adequar a comunicação à pessoa que tenho à minha frente, utilizando da melhor forma as estratégias de comunicação para a situação. Tenho a consciência que não posso ter resposta para todas as perguntas do cliente e família, e é neste sentido que procurarei partilhar com os diferentes elementos da equipa multiprofissional, sempre que necessário, pois é desta complementaridade entre os diferentes elementos que compõem a equipa, que se pode esperar qualidade dos cuidados.

BIBLIOGRAFIA

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Magalhães, J.C.S. (2005). Comunicação em Cuidados Paliativos, Transmissão de más notícias. Lisboa. *Servir*. 53 (5) (Setembro/ Outubro), p. 219-225.
- Saraiva, M. C. (2003). O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivências dos enfermeiros e seus significados. *Revista Investigação*

em Enfermagem. 8, p.37 - 48

Teixeira, C.A.B.,[et al.] (2009). Comunicação Interpessoal como Instrumento que Viabiliza a Qualidade da Consulta de Enfermagem Ginecológica.

Rev. APS.12 (1), p.16-28.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ªed. Lisboa: Climepsi Editores.

APÊNDICE XI

Sistematização das necessidades do
cliente oncológico durante o acolhimento para a cirurgia de ambulatório
e guia de apreciação e de intervenção de enfermagem

ACOLHIMENTO AO CLIENTE ONCOLÓGICO NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

NECESSIDADES DO CLIENTE	GUIA DE APRECIÇÃO E DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
INFORMAÇÃO	Realizar entrevista de Enfermagem (colheita de dados e registo no modelo institucional, incluindo: Descrever a história da doença atual, pessoal, social, cultural, familiar e espiritual; Identificar patologias associadas; Identificar fatores de risco cirúrgico, como dependência de drogas e álcool antecedentes alérgicos, familiares)
	Identificar o que sabe e o que quer saber sobre a situação de doença
	Identificar expectativas relativamente ao tratamento a realizar
	Identificar com a pessoa as dificuldades no processo de doença
	Informar que os clientes residentes em localidades mais distantes (localidades com distância superior a 50 km) ou por motivos sociais podem ter que permanecer no Lar de Doentes da Instituição no pré e/ou no pós-operatório
	Fornecer informação escrita e verbal sobre a dinâmica e funcionamento da UCA
	Informar da documentação que vai necessitar para a entrada na Unidade e quanto ao local onde vai ser internado para realização do procedimento cirúrgico
	Informar sobre aspetos que deve ter em atenção no dia da cirurgia, explicando as etapas antes e depois do procedimento cirúrgico
	Informar e dar orientações pré - operatórias, de acordo com a cirurgia proposta. Relativamente à preparação pré operatória: Produtos de higiene pessoal se modalidade "One Day Surgery"; Se usar próteses, deve trazer o respetivo estojo para guardar, se não tiver será fornecido no serviço; Exame de diagnóstico realizado no exterior da instituição; Não deve trazer dinheiro, jóias ou objetos de valor; Preparação intestinal de acordo com indicação médica; Não usar maquilhagem ou verniz; Trazer roupa confortável e de fácil remoção; Higiene pessoal, pele limpa e seca (sem presença de cremes); Tricotomia da pele; Restrição alimentar prévia e jejum pré-operatório; Trazer para o hospital medicamentos que toma habitualmente em casa
	Informar o cliente sobre a necessidade de dispositivos adaptativo pós cirurgia (exemplo, cinta abdominal, soutien específico)

	• Informar o cliente que será contatado pela enfermeira da Unidade 48 horas antes da realização do procedimento
APOIO EMOCIONAL	• Dirigir-se ao cliente /família, apresentando-se pelo nome de forma cordial e afetuosa, utilizando linguagem compreensível
	• Identificar reações emocionais à doença /tratamento
	• Esclarecer qualquer dúvida que o cliente possa apresentar
	• Incentivar o cliente a expressar os seus sentimentos transmitindo atenção à pessoa, disponibilidade para que esta possa partilhar sentimentos, pensamentos mais íntimos sobre a adaptação à doença
	• Apoiar a pessoa a gerir sentimentos
APOIO SOCIAL E FAMILIAR	• Identificar e determinar o nível de implicação e ajuda, assim como problemas no âmbito social que possam vir a inferir nos cuidados
	• Identificar apoio de familiares (disponibilidade de um adulto responsável que irá acompanhar o cliente) disponibilidades de recursos, atividade social
	• Identificar telefone de mais fácil acesso ao cliente e familiar e facilitar o número de telefone da consulta ou do serviço para o esclarecimento de dúvidas
	• Identificar recursos disponíveis e local de pernoita antes e depois da cirurgia
	• Identificar necessidades e articular com a comunidade para responder às necessidades e fornecer suporte social se necessário
	• Identificar a necessidade da presença de familiar no momento da alta
	• Incentivar a participação ativa do cliente e da família e envolver a família nos cuidados
	• Incentivar o cliente ao convívio social com os amigos e familiares
	• Avaliar a aceitação do papel do prestador de cuidados junto dos familiares
	• Articular com outros técnicos da equipa multiprofissional, sempre que necessário
	• Identificar capacidades e habilidades para o autocuidado
	• Incentivar a participação do cliente/ família nas atividades de autocuidado, orientando-o sobre as finalidades dos procedimentos e as intervenções de enfermagem realizadas
	• Orientar o cliente: cuidados com a ferida operatória; reforçar orientações nutricionais. Reiniciar a alimentação

APRENDIZAGEM/ CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO	gradativamente: líquidos, depois sopa e/ou cremes, se tolerar retomar a dieta normal; prevenção e tratamento de náuseas e vômitos; analgesia pós-operatória fornecida; rigor dos horários de medicação; recomendações quanto ao procedimento realizado; nas primeiras 24 horas após a cirurgia não conduzir veículos, manipular máquinas ou instrumentos que exijam atenção e coordenação motora, assinar documentos importantes e andar na rua
	• Incentivar a atividade física dentro dos limites pessoais
	• Avaliar o interesse do cliente e a participação da família nas atividades de auto cuidado
	• Avaliar a adaptação e a percepção do cliente relativamente as mudanças ocasionadas pela cirurgia
	• Identificar com a pessoa as intervenções apropriadas para promover o sono e repouso
	• Orientar sobre complicações pós-operatória e sobre a importância do auto cuidado para o sucesso da cirurgia
	• Orientar o cliente para contatar a Unidade e relatar imediatamente qualquer um dos sinais de infecção: rubor, edema, aumento do calor em redor da ferida, líquido purulento ou secreção, odor fétido, febre (temperatura superior a 38°C)
	• Validar as aprendizagens junto do cliente /família, após treino de competências
	• Dar tempo ao cliente para esclarecer as suas dúvidas

APÊNDICE XII
Plano da sessão de
informação / reflexão
realizado na UCA do Hospital B

PLANO DE SESSÃO DE INFORMAÇÃO/ REFLEXÃO

CURSO: 3º Curso de Mestrado e Especialização Médico - Cirúrgica na vertente oncológica

Tema: Acolhimento ao Cliente Oncológico proposto para Cirurgia na modalidade “One Day Surgery”

Local e data da sessão: Unidade de Cirurgia de Ambulatório, no dia 11 de Janeiro de 2013

Objectivo Geral: Analisar uma situação da prática de cuidados durante o acolhimento do cliente oncológico proposto para cirurgia de ambulatório

Conteúdos Programáticos	Objectivos Específicos	Estratégias Ensino Aprendizagem	Auxiliares Pedagógicos	Tempo (min)
• Apresentação de uma situação de uma cliente proposta para cirurgia reconstrutiva da mama • Colocação de questões para análise sobre aspetos éticos (direito à informação, autonomia, dignidade da pessoa)	• Analisar o papel do enfermeiro perante esta situação • Refletir sobre questões éticas que se colocam perante esta situação	Expositivo Interrogativo	PowerPoint	60 min

APÊNDICE XIII

Reflexão sobre a prática de cuidados

REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica na vertente Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, proponho-me realizar a seguinte reflexão, inserida na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que está a decorrer na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA).

Esta reflexão pretende ser estruturada, utilizando o ciclo de Gibbs. Refere-se a uma situação de prestação de cuidados vivenciada no contexto de estágio. Tive a oportunidade de vivenciar diferentes experiências, importantes a nível pessoal e profissional. Perante a diversidade e riqueza de situações encontradas, julgo pertinente realizar uma reflexão sobre a situação vivenciada com a Srª S., que num momento da sua vida se viu confrontada com a doença oncológica, necessitando de cuidados de saúde. Esta situação integra um momento de grande aprendizagem, de questionamento pessoal sobre a minha prática e responsabilidade profissional.

Início a minha reflexão realizando uma apresentação da situação clínica, bem como o enquadramento familiar da cliente. Os dados e as informações aqui apresentadas resultam da prestação de cuidados de enfermagem durante o acolhimento ao serviço, consulta do processo clínico, conversa informal com a Srª S, partilha com os enfermeiros do serviço, bem como com os restantes elementos da equipa multiprofissional. A Srª S. foi admitida na UCA em Janeiro de 2013, para ser submetida a cirurgia reconstrutiva da mama. Tem 38 anos de idade, solteira, vive com o namorado, tem uma filha que atualmente tem 15 anos de idade (vive com o pai fora do país), presentemente empregada numa cozinha, tem 4º ano de escolaridade.

Em Abril de 2010 a cliente inicia quadro de Infecção por estafilococos aureus e corrimento purulento persistente pelo mamilo direito. Realizou exames de diagnóstico (mamografia), que revelou - mama esquerda sem alterações; mama direita com micro calcificações. Foi enviada ao Hospital, em Julho de 2010, pelo médico de família por nódulo da mama direita. No exame clínico - apresentava lesão eczematosa cutânea, ligeiro empastamento sem adenopatias axilares da mama, nem supra claviclar. O diagnóstico é

carcinoma ductal “ in situ” de grau intermédio com necrose, doença de Paget em que o tumor ocupa vários quadrantes.

Inicialmente sem indicação cirúrgica, proposta para quimioterapia e radioterapia neo - adjuvante. Seis meses após o início de tratamento com quimioterapia e radioterapia é submetida a cirurgia - mastectomia radical modificada com colocação de prótese expansora à direita.

Inicia processo de reconstrução mamária sete meses após a primeira cirurgia. É submetida a substituição de expansor por prótese definitiva direita, mastopexia e colocação de prótese subcutânea à esquerda. Desta cirurgia surgem complicações, que se referem à localização da prótese, pois encontra-se subida em relação à linha axilar, assimétrica em relação à contra-lateral.

A cliente foi admitida na Unidade de Cirurgia de Ambulatório para ser submetida a lipofilling da mama esquerda para aumento do volume. À chegada encontrava-se aparentemente calma, vinha acompanhada pela mãe.

A integração e socialização ao serviço ficaram facilitadas pelo facto de a cliente, já ter sido operada neste serviço e conhecer o espaço, o funcionamento e alguns profissionais. Durante a realização da colheita de dados pessoais a cliente verbaliza algumas dúvidas sobre a cirurgia a realizar, foi esclarecida relativamente à cirurgia proposta.

Esta interação, com a cliente, ocorreu na sala de admissão enquanto esta aguardava para ser encaminhada para o bloco operatório. Eu e enfermeira orientadora estávamos presentes quando o cirurgião veio observar a cliente. Após a sua observação física, o cirurgião colocou a hipótese à cliente de operar a mama direita que está subida e com contratura, em vez de realizar lipofilling da mama esquerda (a cirurgia proposta), pois considerou ter pouco benefício para a cliente. Informou a cliente de forma clara e perceptível, dando-lhe a conhecer a sua experiência, ponderando o risco/benefício da cirurgia proposta e da cirurgia que poderia vir a realizar. A cliente verbaliza “eu vim para ser operada, ninguém me deu antes essa informação.”

A consulta da especialidade que antecedeu esta decisão não tinha sido realizada pelo mesmo médico; este pela sua experiência tinha outra opinião em relação à situação da cliente. A informação que foi dada à cliente neste dia era diferente da informação dada na consulta anterior. A cliente verbalizou a sua desconfiança e referiu estar saturada perante o número de cirurgias que já

tinha realizado referindo “ por mim ficaria assim, não seria mais operada, no entanto, esta mama poderia ficar melhor”. O cirurgião propõe realizar a cirurgia proposta se tal fosse a decisão da cliente, este refere “ eu faço o que estava proposto se essa for a sua decisão ”. Como a cliente se encontrava duvidosa da decisão a tomar, o médico foi dizendo as alternativas. Outra das propostas que fez à cliente foi uma consulta conjunta entre a equipa médica e a cliente, visto a sua opinião ser diferente de outro profissional, para tal a cliente iria pensar e tomar a sua decisão.

A enfermeira orientadora já se encontrava junto da cliente, senti necessidade de participar e intervir na situação, a cliente estava a necessitar de ajuda e de informação para tomar a sua decisão.

Aproximei-me da senhora, ficando numa posição de igual nível. Esperei que o silêncio da cliente fosse em busca de respostas. Procurei identificar o que mais a inquietava. Procurei saber como se sentia e disse “como se sente neste momento, em que é que podemos ajudar?” “Questionei-a acerca das suas preocupações e anseios. Estas palavras e a nossa presença e disponibilidade pareceram transmitir algum conforto à cliente, alguma calma, tendo proporcionado uma abertura para que expressasse os seus receios. A cliente pareceu ficar mais calma em relação à situação e às informações. Neste momento a cliente prefere ponderar a opção cirúrgica, pelo que não foi submetida a cirurgia no dia que estava proposta. O médico sugeriu a realização da consulta após dois meses e a cliente propôs um mês, pelo que a sua opinião prevaleceu.

Esta situação marcou-me especialmente, pelo impacto que teve nas pessoas envolvidas e pela alteração que provocou na dinâmica do serviço.

Esta experiência ficou no meu pensamento por inúmeros aspetos, colocando nesta situação várias questões, tais como: Como se sentirá, esta senhora tão jovem com uma história e antecedentes pessoais tão relevantes? Será que esta situação não poderia ter sido evitada, poupando a cliente deste momento que se revelou de ansiedade por uma cirurgia que não se realizou? Depois de tanto sofrimento a cliente ainda tem que passar por este momento?

Lembro-me de ter pensado: que impacto terá tido a doença nesta senhora? Como terão reagido os seus familiares perante a doença e as cirurgias? E agora perante esta situação? Que estratégias utilizou, quem a apoiou e quem é

o seu apoio atual? Que alterações na sua atividade diária tiveram que realizar para poderem estar presentes para realizar cirurgia e acompanhar o seu familiar? Que implicações têm estas alterações na vida destas pessoas? Que confiança e segurança vai ter esta cliente para realizar cirurgia da próxima vez neste serviço ou nesta instituição? Que questões éticas se colocam nesta situação? Como é que eu como enfermeira posso ajudar esta senhora a ultrapassar esta situação da melhor forma? Outra cirurgia poderia ter sido marcada e neste momento ficou um tempo operatório por ocupar, que implicação tem para o serviço e para a instituição?

Tive oportunidade de observar a enfermeira orientadora e participar nesta situação comunicando com a cliente no sentido de perceber as necessidades afetadas. Esta demonstrou-se sempre aparentemente calma, mas em determinado momento pouco confiante nas palavras que lhe estavam a ser transmitidas. Ao observar a comunicação que a Enfermeira orientadora conseguiu estabelecer e tomando consciência da minha atitude com a cliente fiquei surpresa e satisfeita como a conseguimos tranquilizar, transmitir segurança, identificando o que seria melhor para a cliente naquele momento e como se sentia, percebendo que impacto teria aquele momento para a sua situação pessoal, familiar, explicando-lhe que o enfoque da atuação da equipa era o seu bem-estar e a sua recuperação.

A enfermeira tentou compreender o que a cliente pensava sobre os procedimentos cirúrgicos, o que seria melhor para si, o sentido que a cliente atribuía a todo o processo cirúrgico e suas consequências e àquele momento em particular, que alteração e que influência teria essa cirurgia no seu quotidiano, com vista a subsidiar ações no campo da prática clínica.

O ambiente proporcionado à cliente era calmo a disponibilidade para permanecer junto à mesma era imenso, o que se torna facilitador de uma comunicação eficaz e de uma relação que se pretende de confiança. Um dos objetivos do cuidado de enfermagem é promover a participação do cliente no seu processo terapêutico. Incentivar o cliente /família, intensificando a sua autodeterminação na forma de operacionalizar a autonomia e confiança. Em cirurgia de ambulatório tem um significado imensurável, pois para além da questão do tempo de permanência no serviço ser curta, a importância da participação do cliente /família nos cuidados prestados é de extrema relevância

pois a sua recuperação no domicílio pode depender desta participação. Estudos realizados demonstram ser benéfico que aumentando a quantidade de tempo gasto pelo enfermeiro com cada cliente /família antes ou no dia da cirurgia de curta duração, traz melhorias no cuidar (Lemos et al.,2009).

Ser um elemento extra à equipa deu-me a possibilidade de observar a prática e participar com uma “visão” mais crítica, pensando e fazendo a análise de todo o momento não só do que estava a ser dito, a atitude de toda a equipa, bem como a forma positiva como apoiaram a cliente.

Num primeiro momento da situação senti algum constrangimento, ao tentar-me colocar no papel daquela pessoa. Todo o planeamento das nossas ações efetuadas até ao momento era no sentido da realização de uma cirurgia, que não se viria a efetivar.

Somos confrontados no nosso dia-a-dia com situações, para as quais devemos estar preparados e desenvolver competências que permitam responder eficazmente e com qualidade, no entanto, pela complexidade que representam, ficamos na dúvida se não poderíamos ter feito mais.

Cada um de nós como pessoa e profissional de saúde tem experiências diferentes, tal como refere Bondia (2002, p.27) “a experiência e o saber que dela deriva são o que nos permite apropriar-nos da nossa própria vida”. Este mesmo autor refere-se à experiência como a possibilidade de que algo nos aconteça, nos toque, requer momentos de interrupção, tempo para pensar, parar para olhar, escutar os outros, sentir, falar sobre o que nos acontece, cultivar a arte de encontro, ser paciente e dar-se tempo e espaço. Como todos os momentos que resultam em aprendizagem, existem pontos positivos e negativos, sobre os quais se deve refletir para que no futuro se possa repetir os positivos e corrigir os negativos.

Relativamente a esta situação foi positiva a forma de atuação da equipa multiprofissional, onde se respeitou a vontade da cliente e se deu ênfase ao seu bem-estar. Mendes (2007) reconhece que o cuidado ao outro passará necessariamente pela afirmação do respeito pela dignidade do ser humano vulnerável. A mesma autora citando Kant, refere que o respeito é um sentimento pela lei moral que leva a tratar a humanidade, tanto na minha pessoa como na pessoa do outro, sempre como um fim.

Identifico como ponto negativo o facto de me sentir constrangida na fase inicial dos cuidados, pelo facto de achar que a equipa não estava a dar resposta às necessidades da Sr^a, no entanto, a atitude positiva da equipa, as competências e o envolvimento da cliente nos cuidados foi facilitador nesta experiência. Segundo o Código Deontológico que rege a profissão de Enfermagem, existem determinadas situações que pela sua complexidade e de difícil compreensão, requerem um esforço apropriado na tomada de decisão com base nos valores universais e nos princípios orientadores da atividade profissional dos enfermeiros (OE, 2005).

Não existe consulta de decisão terapêutica para a especialidade de cirurgia plástica, nesta instituição. Cada cirurgião, pela sua experiência, opta pelo tipo de cirurgia que mais se adequa ao problema dos clientes, no entanto, não é uma ciência exata.

O *timing* para a discussão, para o esclarecimento da situação clínica da cliente não foi o indicado, no entanto, perante aquele momento a atitude, as estratégias de comunicação utilizadas e a forma como foi colocada a questão, foi a mais benéfica para a cliente.

Tive a perceção da reduzida articulação de cuidados entre os diferentes serviços por onde a cliente passou, favorecendo a situação de quebra de confiança, *deficit* de informação verbalizado pela cliente.

Durante a situação vivenciada a cliente foi informada sobre as opções cirúrgicas e as suas implicações, de forma simples e compreensível, foi validada a informação, a cliente foi incluída nas decisões relativas à sua saúde, respeitando a autonomia e a sua capacidade de decisão. Foi dado tempo à cliente para que refletisse sobre a sua escolha, depois de ter sido esclarecida.

Foi com a discussão da situação, pela análise e reflexão que compreendi que para o momento que estava a vivenciar tive uma atitude adequada sustentada nos direitos e princípios éticos que devem orientar a prestação de cuidados.

Efetivamente, e para que seja possível aplicar a teoria à prática dos cuidados de enfermagem, importa que o Enfermeiro seja capaz de “tecer laços de confiança com o beneficiário dos cuidados.” (Hesbeen, 2000, p.103). Pelo que foi referido, este foi um momento complexo tendo sido evidenciado dois dos princípios éticos que devem estar presentes em todos os cuidados,

nomeadamente o respeito pelo outro e pela sua autonomia. A relação estabelecida com a cliente foi a um nível muito bom, permitindo restabelecer a confiança da cliente pela equipa, que por momentos me pareceu enfraquecida. O facto de esta pessoa ser comunicativa, foi também facilitador de todo o processo de prestação de cuidados e também de colheita de dados.

Esta interação possibilitou a compreensão das emoções da cliente, das suas fragilidades, ansiedades, medos, desconfiança e também o desenvolvimento das minhas competências no apoio e orientação da cliente no seu percurso de adaptação à situação e ao momento vivenciado.

Estabelecer uma relação de ajuda num momento como este, num contexto com uma dinâmica diferente daquela a que estou habituada, foi muito profícuo. Este foi uma oportunidade significativa em termos de aprendizagem, em que desenvolvi as minhas competências de comunicação e relacionais para ajudar a cliente a enfrentar melhor o seu processo de doença e tratamento. O enfermeiro tem implícito o respeito pela pessoa doente, o qual passa por

acreditar profundamente que ele é único e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é satisfatória. Respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, demonstrando-lhe consideração por aquilo que ele é, com os seus sentimentos e potencial (Lazure, 1994, p. 120).

A manifestação de respeito e compreensão pela situação da cliente, dando-lhe tempo para se reorganizar, permanecendo junto dela permitiu-me consolidar a relação de ajuda, transformando um momento de desconforto e desconfiança num momento de confiança, segurança, de ânimo e de esperança. Este tipo de ajuda é, de acordo com Benner centrado nas necessidades da cliente no momento, vai muito para além do que é terapêutico ou dos objetivos da enfermeira. É “simplesmente ter a coragem de ficar com o doente, de oferecer o reconforto que a situação permite” Benner (2001, p.76).

No contexto desta realidade emerge a necessidade de criar um ambiente hospitalar onde predomine o cuidar, o acompanhamento e o apoio global dos clientes/famílias, respondendo às múltiplas exigências que os clientes com doença crónica têm, ou seja, proporcionar-lhes cuidados com dignidade e de qualidade aos quais têm direito.

Ao longo do percurso da doença a pessoa vai sofrendo inúmeras adversidades que exigem passar por um processo de ajustamento pessoal, familiar e comunitário, com vista a atingir o equilíbrio físico, emocional e relacional, ou seja, são momentos de transição em que é necessária a intervenção do enfermeiro como facilitador dessa transição. A falta de adaptação perante um estímulo interno ou externo pode implicar a falta de saúde. O processo de adaptação dos clientes à doença pode ser mais ou menos adaptativo, de acordo com a sua própria personalidade, as experiências prévias, a atitude dos seus familiares, mas também da ação terapêutica desenvolvida pela equipa, particularmente pela enfermeira (Sapeta & Lopes, 2007).

Numa primeira fase esta cliente perante os tratamentos de quimioterapia, radioterapia e posteriormente a mastectomia deixou de trabalhar, no entanto, encarou a sua doença de forma otimista, concentrando-se e despendendo todas as suas energias para lidar com este problema. A sua maior ajuda foi o apoio da sua mãe e do seu namorado. Refere neste momento sentir-se bem adaptada à situação, no entanto, com o decorrer do tempo, as alterações na imagem corporal começaram a ter em si outro impacto. A mama representa um papel fundamental na elaboração da imagem corporal da mulher, encontrando-se a sua imagem relacionada com a integridade física, estética, maternal e sexual, sendo um dos marcos da sua identidade.

A realização de mastectomia pode implicar na cliente uma fragmentação dessa realidade, uma rutura, necessitando a mulher mastectomizada de tempo para assimilar e incorporar a nova realidade da imagem corporal. A dificuldade neste processo de adaptação advém do simbolismo que a mama representa não só para a mulher como indivíduo, mas para a sociedade ocidental, onde a mama é encarada como símbolo da feminilidade (Ferreira & Mamede, 2003). A reconstrução mamária deve ser encarada como parte integrante do tratamento do cancro da mama. Nesta situação a reconstrução mamária foi a decisão inicial da cliente, no entanto, verbaliza sentir-se saturada com o número de cirurgias que já realizou e as que ainda pode vir a realizar, mas tal como refere o Código Deontológico do Enfermeiro (2005, p.311) “ (...) a pessoa tem a liberdade para decidir sobre si (...). Portanto, só a ela e não a qualquer outro, cabe escolher se quer ou não realizar uma intervenção cirúrgica”. Esta

pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. “ A pessoa deve ser informada e compreender a informação dada para fazer a sua escolha” (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005, p.111).

Segundo a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, consagrada na lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), os doentes têm direito à informação sobre a sua situação de saúde,

esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente. Refere ainda que o doente tem direito a não querer ser informado do seu estado de saúde (...) devendo esta vontade ser inequivocamente expressa e indicar caso o entenda quem deverá ser informado em seu lugar.

O êxito dos cuidados prestados aos clientes e a sua recuperação passa pela clareza e pela facilidade com que os profissionais de saúde transmitem as informações. Quando são transmitidas de forma técnica, os clientes podem deturpar o que lhes foi dito e formam as suas próprias teorias, algumas vezes discrepantes da realidade, mas de acordo com a percepção que têm da sua situação.

Os clientes oncológicos, passam muitas vezes, por situações de grande complexidade, de ansiedade em relação ao decorrer das suas vivências, provocando em muitos casos o esquecimento do que foi transmitido, daí a importância de repetir a informação tantas vezes quanto as necessárias e de forma gradual. É necessário dar oportunidade ao cliente para fazer perguntas ou esclarecer o que não foi entendido, respeitando os seus tempos, pois “é preciso deixar o doente evoluir progressivamente para a informação de que precisa, a verdade dele, respondendo honestamente às perguntas que ele coloca, no momento que ele escolheu para as colocar.” Abiven, 2001, p.37).

A enfermagem é uma relação de cuidar, condição que possibilita a ligação e preocupação entre as pessoas. O cuidar é essencial porque estabelece a possibilidade de dar e receber ajuda, sendo a prática de cuidados de enfermagem conduzida pela arte e ética moral do cuidar e da responsabilidade (Benner & Wrubel, 1989). Segundo Sauzaret (1982) citada por Hesbeen (2000), cuidar é uma forma de mostrar à pessoa doente que ela existe para os outros, é reconhecer a sua dignidade, qualquer que seja a

alteração das suas capacidades físicas ou psíquicas. É procurar uma parceria, preservar ou estimular a sua autonomia.

A relação entre quem cuida e quem recebe cuidados regula-se por princípios e valores. A dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem todos os princípios e que têm que estar presentes em todas as decisões e intervenções. O respeito pela sua dignidade implica a valorização da pessoa como um fim em si mesmo, ou seja, “ o respeito pela dignidade da pessoa humana significa, na realidade, a promoção da sua capacidade para pensar, decidir e agir. ” (OE, 2007,p.2).

O enfermeiro deve assegurar “ o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” Artigo 78º, nº1 Código Deontológico do Enfermeiro, 2005).

É neste reconhecimento da autonomia que cada cliente tem para traçar os seus planos de vida e as suas próprias ações sem limites, que o profissional de saúde promove a qualidade dos cuidados e a excelência dos mesmos.

A cliente conseguiu expressar que a sua perceção da situação estava de acordo com a proposta e esclarecimento realizados pela equipa multiprofissional que a acolheu e que a proposta cirúrgica anterior não resolveria a sua situação. Também Kappau & Ferreira (2008) referem que cabe ao profissional de saúde o papel de acolher estas doentes, escutá-las e tentar esclarecer as suas dúvidas.

Através da utilização de estratégias, pode ser estabelecida uma relação positiva entre a enfermeira e a cliente num curto período de tempo (Mottram, 2009). A relação estabelecida entre o enfermeiro e o cliente/família tem como objectivo, ajuda-los a satisfazer as suas necessidades fundamentais e “ (...) para se poder ajudar de forma adequada, a enfermeira deve em primeiro lugar, saber acreditar no cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor básico para o resolver (...). ” (Lazure, 1994, p.13).

Para ajudar, o enfermeiro deve acreditar e confiar nas capacidades do cliente como pessoa. Deve de acordo com Benner (2001, p. 77), “guiar os doentes aquando das mudanças que aconteçam nos planos emocional e físico- propor novas escolhas, eliminar as antigas; guiar, educar, servir de intermediário.”

A análise que faço da situação da Srª S. é que efetivamente é uma situação representativa da vulnerabilidade da cliente e dos profissionais de saúde perante a complexidade da situação. Neste sentido a vulnerabilidade está de

acordo com Meleis, Sawyer, Im, Messia & Schumacher (2000) relacionada com as experiências de transição, interações e condições ambientais que expõem os indivíduos a potenciais danos, recuperação protelada ou problemática ou adaptação demorada ou débil. O enfermeiro tem um papel fundamental como elemento facilitador da transição, promovendo o bem-estar do cliente/família.

Perante esta situação coloca-se outra questão relacionada com a eficiência das organizações de saúde. Como este caso, muitos outros surgem em moldes idênticos, em que a situação dos clientes só é identificada na admissão ao Serviço.

A articulação e a comunicação entre serviços são fulcrais. Neste caso a consulta de decisão terapêutica teria um papel crucial na resolução e discussão de casos mais complexos, não chegando a cliente a ocupar um lugar na lista operatória, pelo menos naquele momento.

Se a situação tivesse sido identificada anteriormente, outro cliente poderia ter ocupado este lugar no bloco operatório e os constrangimentos provocados ao serviço e à instituição teriam sido evitados.

Relativamente ao plano de ação e à minha perspetiva para o futuro, considero que a minha intervenção junto das clientes será semelhante, pois considero ter sido profícua. Terei em atenção a adequação das minhas ações a cada pessoa com necessidades, problemas, desejos e características singulares.

O conhecimento que adquiri nesta experiência vai guiar a minha atuação enquanto enfermeira perita.

BIBLIOGRAFIA

- Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana Experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and illness*. California: Addison-Wesley publishing.
- Bondia, J.L. (2002). *Notas Sobre a Experiência e o Sabe de Experiência*. Revista Brasileira de Educação. Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Educação. 19, p. 20-28.
- Ferreira, M.L.S.M. & Mamede, M.V. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-Americana de*

- Enfermagem*. 11(3), p. 299-304.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Kappaun, N. R.C. & Ferreira, M.E.C. (2008). A Imagem corporal de mulheres mastectomizadas. *HU Revista. Juiz de Fora*. 34 (4), p. 243-248.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa. Lusodidacta.
- Lei nº 48/90, de 24 de Agosto. Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, consagrada na lei de bases de saúde. Diário da República. Ministério da saúde
- Lemos, P. [et al.] (2009). Patient satisfaction following day surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*. 21 (3), p. 200-205.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messia, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*. 23(1), p.12–28.
- Mendes, A. P. (2007). O respeito e a solicitude. *Revista Portuguesa de Bioética*. 2, p 207-217.
- Mottram, A. (2009) Therapeutic relationships in day surgery: a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*. 18 (20), p. 2830-2837.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Consentimento Informado, enunciado de posição. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Sapeta, P., & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. *Referência*. Coimbra. II (4), p. 35- 57.

APÊNDICE XIV

Bibliografia consultada ao longo do estágio

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA AO LONGO DO ESTÀGIO

- Barreto, R.A.S.S., Araújo, A.C.O., Suzuki, K. & Freitas, V.C. (2010). Necessidades de informação do cliente em pré-operatório de colecistectomia. *Rev. Min. Enferm.* 14(3),p. 369-375.
- Hesbeen, W. (2001). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência
- Martins, J.C.A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. 12(2),p. 62-66.
- Muntean, V., [et al.] (2009). Staging Laparoscopy in digestive cancers. *J. Gastrointestin Liver Dis.*18(4), p.461-467.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Setembro. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Comissão de Formação – Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pinheiro Filho, J.C. & Cohen, R.(2005). Papel atual da laparoscopia no estadiamento do câncer gástrico. *Rev. Bras videoc.* 3(2),p. 97-101.
- Rau, B. & Hunerbein, M. (2005). Diagnostic laparoscopy: indications and benefits. *Langenbecks Arch Surg.* 390, p.187-196. DOI 10.1007/s00423-004-0483-x
- Santos, E. M. M. (2009). A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Dissertação apresentada para obtenção de grau de grau de Doutor em Didática. Universidade de Aveiro
- William, B. (2008). Supporting self-care of patients following general abdominal surgery. *Journal of clinical Nursing*. 17, p. 584-592. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01857.x

APÊNDICE XV
Caraterização do Serviço de Cirurgia
Geral de um Hospital de
Lisboa (Hospital B)

Caraterização do Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital de Lisboa (Hospital B)

O Hospital onde desempenho funções é referência para a prestação de serviços de saúde no domínio da oncologia, com atividade abrangente nas áreas de investigação, ensino, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e continuidade de cuidados, assegurando a cada cliente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e uma eficiente utilização dos recursos disponíveis.

A sua área de intervenção é definida no âmbito das administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, sem prejuízo do que a nível nacional for definido.

O funcionamento da Instituição tem por base a responsabilidade na gestão, a qualidade e eficiência na prestação dos cuidados de saúde.

O Serviço de Cirurgia Geral é um Serviço de referência no tratamento cirúrgico do cancro, recebe mais de 2000 clientes por ano, com patologias oncológicas nas áreas da mama, esófago, pulmão, estômago, pâncreas, fígado, vesícula e vias biliares, intestino e outros tumores sólidos (melanoma maligno, sarcomas).

A nível de recursos humanos, o Serviço de Cirurgia Geral tem uma equipa multidisciplinar, constituída por: 41 Enfermeiros, (divididos em quatro equipas em horário rotativo e uma equipa com horário fixo), 21 assistentes operacionais, 1 assistente social, 1 dietista e 18 médicos de especialidade cirúrgica. A equipa médica está dividida por especialidades (Unidade digestivo alto, Unidade digestivo baixo, Unidade mama, Unidade Outros Tumores Sólidos).

O método de trabalho dos enfermeiros é o individual, procurando-se deste modo promover a prestação de cuidados globais, a segurança e a qualidade dos cuidados.

O Serviço de Cirurgia Geral tem uma lotação de quarenta e seis camas de enfermaria e duas salas de operados (divididas em SO A- com sete camas e SO B - com três camas) que se destinam aos clientes no pós-operatório imediato e que necessitam de maior vigilância, por vezes com prótese

ventilatória. Recebe ainda clientes de outros Serviços do Hospital, que pelo nível de instabilidade hemodinâmica necessitem dos nossos cuidados.

Desde Maio de 2012 recebemos clientes propostos para cirurgia na modalidade “One Day Surgery”, com patologias oncológicas na área da mama, eletroquimioterapia e laparoscopia de estadiamento.

O acolhimento dos clientes é realizado no Serviço de Cirurgia Geral, com exceção dos clientes submetidos a cirurgia mamária em que o contato inicial e presencial é realizado na Clínica Multidisciplinar da Mama.

Os clientes são contatados para cirurgia pelo administrativo, geralmente com uma semana de antecedência. Estes clientes em termos administrativos têm formalidades diferentes do habitual, pois não se encontram no sistema informático. É lhes atribuída uma sala própria, numa das alas da enfermaria.

O cliente é admitido no dia da cirurgia, recebido pela enfermeira, dando-lhe a conhecer todo o circuito que irá realizar até ao bloco (que se situa no piso 2). Quando regressa do bloco irá permanecer no mesmo quarto, para o qual deu entrada. Os familiares têm a possibilidade de permanecer no Serviço até às 20 horas.

Tem alta clínica vinte e quatro horas após a sua entrada, desde que sejam mantidas as condições de segurança.

A informação clínica do cliente integra o processo clínico de enfermagem. Os instrumentos de registo são uniformizados em toda a instituição. Nos clientes propostos para cirurgia na modalidade “ One Day Surgery” os instrumentos de registo são iguais aos utilizados na UCA. O follow up telefónico efetuado, vinte e quatro horas após a cirurgia é realizado pela equipa de enfermagem da UCA da Instituição.

O cliente realiza o follow up presencial, consultas médicas e de enfermagem subsequentes na Consulta de Cirurgia Geral.

APÊNDICE XVI

Bibliografia que coloquei no dossier
de apoio aos enfermeiros

BIBLOGRAFIA QUE COLOQUEI NO DOSSIER DE APOIO AOS ENFERMEIROS

- Cunha, N.D., [et al.] (2010). A Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital Santo António dos Capuchos- Intervenção do Enfermeiro. *Enformação*. p.10 - 15.
- Gilmartin, J. (2007). Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. *Journal of Clinical Nursing*.16, p.1109 – 1117.
- Gilmartin, J. & Wright, K. (2007).The nurse's role in day surgery-a literature review.*International Nursing Review*. 5, p.183 – 190.
- Gilmartin, J. & Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*. 17, p. 2418–2425.
- Grieve, R. J. (2002). Day surgery preoperative anxiety reduction and coping strategies. *British Journal of Nursing*. 11(10).
- Mitchell, M. (2010) A patient-centred approach to day surgery nursing. *Nursing Standard*. 24(44), p. 40-46.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Comissão de Formação – Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados. Lisboa
- William, B. (2008). Supporting self-care of patients following general abdominal surgery. *Journal of clinical Nursing*. 17, p. 584-592. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01857.x

APÊNDICE XVII

Listagem de intervenções do enfermeiro no
acolhimento ao cliente oncológico na Consulta Multidisciplinar Mama
de um Hospital de Lisboa (Hospital B)

Acolhimento do cliente oncológico na Consulta Multidisciplinar da Mama

Intervenção do Enfermeiro
• Dirigir-se ao cliente /família de forma cordial e afetuosa apresentando-se pelo nome, usar cartão de identificação
• Efetuar entrevista de Enfermagem (colheita de dados e registo no modelo institucional).
• Identificar fatores de risco cirúrgico, como dependência de drogas e álcool, antecedentes alérgicos, familiares, cirúrgicos
• Identificar e verificar disponibilidade de um adulto responsável que irá acompanhar o cliente
• Identificar as necessidades de informação do cliente sobre doença, tratamentos, complicações, sintomas
• Informar a pessoa da sua singularidade no processo de doença Informar sobre as várias etapas da doença e seus tratamentos
• Identificar com a pessoa as dificuldades no processo de doença e expectativas relativamente ao tratamento a realizar
• Incentivar a pessoa a identificar resultados positivos de experiências passadas
• Identificar e determinar o nível de implicação e ajuda, assim como problemas no âmbito social que possam vir a interferir nos cuidados
• Envolver o cliente /família no plano de cuidados
• Planear ações de acordo com os problemas identificados
• Apoiar a pessoa a gerir sentimentos e incentivar o cliente a expressar os seus sentimentos
• Identificar reações emocionais à doença /tratamento
• Transmitir atenção à pessoa, disponibilidade para que esta possa partilhar sentimentos, pensamentos mais íntimos sobre a adaptação à doença
• Esclarecer qualquer dúvida que o cliente possa apresentar
• Identificar recursos disponíveis, apoios e local de pernoita antes e depois da cirurgia. Informar que os clientes residentes em localidades mais distantes (localidades com distância superior a 50 km) ou por motivos sociais podem ter que permanecer no Lar de Doentes da Instituição no pré e/ou no pós-

operatório
• Identificar telefone de mais fácil acesso para contatar o cliente e familiar
• Facilitar o contato telefônico da consulta e do enfermeiro de referência, através do fornecimento de um cartão, para o esclarecimento de dúvidas
• Informar o cliente que será contatado pelo Serviço de Cirurgia Geral - a comunicar o dia de internamento e cirurgia. Este contato é geralmente feito com uma semana de antecedência, devendo o cliente advertir o serviço na ocorrência de alguma alteração no seu estado de saúde que o impossibilite de ser submetido a cirurgia
• Informar sobre a dinâmica do serviço, onde vai ser internado para realização do procedimento cirúrgico: ➤ Horário das visitas (horário alargado 12h- 20h) ➤ Número de acompanhantes que podem permanecer junto do cliente simultaneamente ➤ Necessidade de cartão magnético de acesso ao serviço que poderá ser adquirido a partir das 12 horas no piso 6 junto ao segurança ➤ Documentação que vai necessitar para a entrada no Serviço de Internamento
• Explicar as etapas antes e depois do procedimento cirúrgico
• Informar que à hora previamente combinada o cliente dirige-se ao secretariado do Serviço de Cirurgia Geral, situada no piso 6 do pavilhão central, para que fique registada a sua entrada, certificando-se que toda a documentação foi entregue
• Informar sobre analgesia pós operatória e escalas de avaliação
• Informar e dar orientações pré - operatórias, de acordo com a cirurgia proposta
• Informar sobre objetos a trazer no dia da cirurgia: ➤ Produtos de higiene pessoal ➤ Se usar próteses, deve trazer o respectivo estojo para guardar, se não tiver será fornecido no serviço ➤ Não deve trazer dinheiro, jóias ou objetos de valor. Poderá ser realizado espólio para o serviço de segurança ou pequenos objetos podem ser colocados nos cofres ➤ Exame de diagnóstico realizado no exterior da instituição ➤ Medicação que toma habitualmente

• Informar e dar orientações pré – operatórias ➤ Restrições alimentares prévias e jejum pré-operatório ➤ Tricotomia da pele ➤ Não usar maquiagem ou verniz ➤ Trazer roupa confortável e de fácil remoção ➤ Higiene pessoal, pele limpa e seca (sem presença de cremes)
• Orientar sobre o jejum. A <i>American Society of Anesthesiologist (ASA)</i> recomenda um período de jejum de seis horas ou mais, com alimentos leves e líquidos sem resíduos e preconiza o jejum de oito horas após uma refeição composta por alimentos gordurosos, frutas ou carnes
• Identificar medicação habitual, confirmar com o médico a terapêutica a cumprir e a suspender no dia da cirurgia
• Orientar o cliente para trazer para o hospital medicamentos que toma habitualmente em casa
• Ensinar sobre adequação no auto-cuidado
• Fornecer informação escrita de acordo com a cirurgia proposta, completar de forma oral explicações de acordo com as dúvidas do cliente
• Informar sobre a dinâmica do serviço, procedimentos do serviço: ➤ Da necessidade da presença de familiar no momento da alta e da sua importância na gestão da doença ➤ Das eventuais marcações pré operatórias (marcação mamária prévia e gânglio sentinela)
• Informar o cliente sobre a necessidade de dispositivos adaptativo pós cirurgia (soutien específico e faixa de contenção, próteses mamárias)
• Identificar apoio de familiares, disponibilidades de recursos, atividade social, financeira
• Informar sobre direitos na saúde
• Identificar necessidades e articular com outros técnicos da equipa multidisciplinar e comunidade para responder a estas necessidades
• Garantir a continuidade dos cuidados com o encaminhamento e acompanhamento dos clientes nas várias etapas do tratamento e na articulação com outras entidades (Medicina física e de Reabilitação, Consulta da Dor, Serviço de Cirurgia, Serviço de oncologia, Radioterapia, Hospitais da área de residência e Centros de Saúde)

• Acompanhar situações clínicas dos clientes na Consulta de Decisão Terapêutica
• Disponibilizar apoio em situações não programadas, através da Consulta de Enfermagem, incluindo acompanhamento telefónico
• Realizar visita pré e pós- operatória ao Serviço de Cirurgia

APÊNDICE XVIII

Questionário de opinião

Caro colega

Inserido no projeto de formação do 3º curso de Mestrado Médico – Cirúrgica na vertente Oncológica, venho pedir a vossa colaboração para o preenchimento do questionário que se segue, que tem como objetivo identificar as informações que considerem mais pertinentes, para serem incluídas num guia de acolhimento aos clientes propostos para intervenção na modalidade de “One Day Surgery”. Considera-se que acolhimento é o período que vai da admissão do cliente e família ao internamento até ao momento em que o cliente regressa a casa, incluindo o follow up (Schneider, Manschei, Ausen, Martins & Albuquerque, 2008).

Considera importante a existência de um guia de orientação para os enfermeiros no acolhimento ao cliente e família, no âmbito da cirurgia na modalidade “One Day Surgery?”

Sim ☐

Não ☐

Que aspetos considera relevantes serem incluídos no guia de acolhimento para o cliente e família no âmbito cirurgia na modalidade “One Day Surgery” ?

Vire SFF

Que aspetos considera relevantes serem incluídos nos folhetos informativos a dar ao cliente e família no âmbito cirurgia na modalidade “One Day Surgery” ?

Tumorectomia	Electroquimioterapia	Laparoscopia de estadiamento

Obrigada, pela sua colaboração.

Sónia Costa

APÊNDICE XIX

Divulgação da sessão de informação/ reflexão
realizado no Serviço de Cirurgia Geral

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

“Acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”- reflexão sobre a prática”

Formadora: Sónia Costa

Data: 18 de Fevereiro de 2013

Hora: 14h e 30 minutos

Local: Sala da ala direita

APÊNDICE XX

Plano da sessão de reflexão/ informação
realizada no Serviço de Cirurgia Geral

PLANO DE SESSÃO

3º Curso de Mestrado e Especialização Médico - Cirúrgica na Vertente Oncológica

Tema: Acolhimento ao Cliente Oncológico proposto para Cirurgia na modalidade “One Day Surgery”

Local e data da sessão: Serviço de Cirurgia Geral, no dia 18 de Fevereiro de 2013

Objectivo Geral: Analisar a prática de cuidados no acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “ One Day Surgery”.

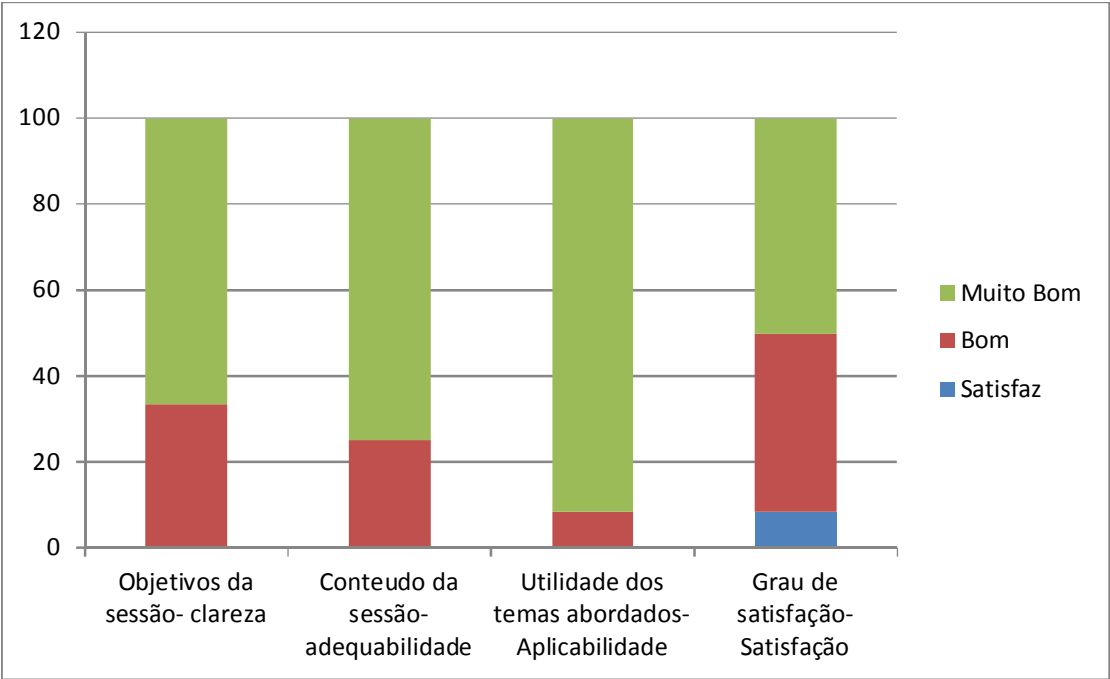
Conteúdos Programáticos	Objectivos Específicos	Estratégias Ensino Aprendizagem	Auxiliares Pedagógicos	Avaliação	Tempo (min)
Importância do acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery” Colocação de questão- Que aspetos considera relevantes no acolhimento ao cliente oncológico na modalidade “One Day surgery” Importância da comunicação e relação estabelecida com o cliente na satisfação das suas necessidades Importância da segurança no acolhimento ao cliente oncológico proposto para cirurgia	• Refletir sobre o acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery” no Serviço de Cirurgia Geral • Descrever o papel do enfermeiro no acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery” • Refletir sobre a importância da comunicação oral e escrita como facilitador no processo de transição	Expositivo Interrogativo	PowerPoint	Preenchimento de questionário	60 min

APÊNDICE XXI

Avaliação da sessão de informação
/ reflexão (gráfico e tabelas)

Gráfico

Gráfico 1. Apreciação da sessão de informação/ reflexão realizada no Serviço de Cirurgia Geral do hospital B



Fonte: Avaliação da sessão de informação/reflexão do Hospital B

Tabela

Tabela1. Comentários/ Sugestões - Aspetos positivos da sessão

Aspetos positivos da sessão	n (12)
Enfermeiros	
✚ Importância da informação escrita e oral	3 (25%)
✚ Importância da comunicação na relação de ajuda no processo de acolhimento	6 (50%)
✚ Guia de acolhimento para o cliente	2 (16,6%)
✚ Relação de ajuda	1 (8,3%)

Fonte: Avaliação da sessão de informação/ reflexão realizada no Hospital B

Tabela 2. Comentários/ Sugestões - Aplicabilidade na sua prática profissional

Aplicabilidade na sua prática profissional	n(12)
Enfermeiros	
✚ Formação permite partilha com colegas	2 (16,6%)
✚ Reflexão sobre a prática de cuidados	7 (58,3%)
✚ Tema pertinente e atual	3 (25%)

Fonte: Avaliação da sessão de informação/ reflexão realizada no Hospital B

APÊNDICE XXII

Folheto orientador para o cliente
submetido a laparoscopia de estadiamento

**Antes de sair do Serviço
certifique-se:**

- Junto do enfermeiro dos cuidados inerentes à sua situação em particular.
- Tem marcada a data da realização do penso
- Tem marcada a data da próxima consulta médica

Que lhe foi entregue:

- Nota de alta de enfermagem
- Nota de alta médica
- Exames que tenha trazido para o hospital
- Cartão do IPO

**Se tiver alguma questão , por favor
contate o serviço onde esteve
internado**

Hospital de Lisboa

Serviço de Cirurgia Geral , piso 6

Morada

Contacto

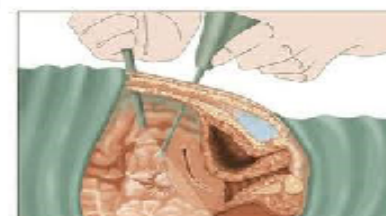
Documento formatado de acordo com o novo acordo ortográfico

HOSPITAL DE LISBOA

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

LAPAROSCOPIA DE ESTADIAMENTO

INFORMAÇÃO AO CLIENTE



APÊNDICE XXIII

Folheto orientador para o
Cliente submetido a eletroquimioterapia

HOSPITAL DE LISBOA

Eletroquimioterapia

INFORMAÇÃO AO CLIENTE

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

INTRODUÇÃO

Com a elaboração deste guia pretendemos dar-lhe a conhecer o tratamento e os cuidados inerentes à eletroquimioterapia ao mesmo.

Desejamos que as informações aqui disponibilizadas lhe sejam úteis.

O QUE É ELETROQUIMIOTERAPIA?

A eletroquimioterapia é uma nova modalidade de tratamento de lesões tumorais cutâneas (da pele) e subcutâneas (imediatamente abaixo da pele) que se baseia na exposição das células tumorais a um campo elétrico, durante uma fração de segundos, após a administração de um citostático (medicamento que destrói as células tumorais).

As células do nosso corpo (inclusive as tumorais) estão rodeadas por uma membrana celular que controla as substâncias que entram para o interior das células.

A exposição das células tumorais a um campo elétrico faz com que se abram pequenos poros na membrana celular, por breves instantes, permitindo a entrada do medicamento citostático, que fica deste modo retido no interior das células. Este processo aumenta a eficácia da quimioterapia.

QUAIS AS VANTAGENS DA ELECTROQUIMIOTERAPIA?

- A quimioterapia destrói apenas as células tumorais, sendo a sua eficácia aumentada centenas de vezes com a utilização dos pulsos elétricos
- Eficaz em vários tipos de tumores.
- Técnica simples e segura.
- Sem efeitos secundários relevantes para o cliente
- Ausência de efeitos adversos sistémicos (no corpo todo).
- Pode ser realizada diversas vezes
- Veio dar resposta a situações de doença que até ao momento não tinham grande alternativa terapêutica

AGORA QUE SEI QUE VOU SER OPERADO (A) QUE CUIDADOS DEVO TER?

- Deve ficar em jejum a partir das 0 horas do dia da cirurgia. Lembre-se que não pode ingerir nada, nem sequer água.
- Faça os seus cuidados de higiene antes da cirurgia.
- Pode fazer tricotomia (rapar os pêlos) do local onde vai realizar a cirurgia, se não conseguir não se preocupe, serão retirados no hospital
- Não coloque cremes, maquilhagem ou verniz.
- Vista roupa e sapatos confortáveis.

QUANTO TEMPO VOU PERMANECER INTERNADO (A)?

O seu internamento terá a duração de 24 hora

COMO É REALIZADO O TRATAMENTO?

O tratamento é realizado sob anestesia local ou geral, dependendo da dimensão do tumor ou do número de lesões a tratar.

A quimioterapia é administrada por via endovenosa ou diretamente no tumor. O campo elétrico é aplicado após a administração da quimioterapia.

A bleomicina, citostático usado na eletroquimioterapia, é 300 vezes mais eficaz quando associada à exposição a um campo elétrico.

As agulhas dos elétrodos são inseridas no tumor e os impulsos elétricos são aplicados.



Fonte: Imagem do Serviço de Cirurgia Geral

QUANTO TEMPO DURA O TRATAMENTO?

O tratamento é realizado em cerca de 30 minutos.

Se o número de lesões for muito grande ou se as lesões forem de grandes dimensões, pode ser necessário repetir o tratamento algumas semanas depois.

QUAIS OS EFEITOS SECUNDÁRIOS QUE PODEM SURTIR QUANDO SE UTILIZA QUIMIOTERAPIA?

O citostático habitualmente utilizado na realização da eletroquimioterapia é a bleomicina.

A administração da bleomicina pode originar febre ou tremores. O paracetamol (ben-u-ron) pode aliviar esse efeito secundário.

Alguns doentes podem sentir náuseas e muito poucos podem ter vômitos.

A fibrose pulmonar é um dos efeitos secundários que se pode observar e que, apesar de rara (10% dos casos), pode conduzir a dificuldade respiratória. Este efeito secundário deve-se à administração da Bleomicina. Em estudos já realizados a fibrose pulmonar só ocorreu quando foram utilizadas doses mais elevadas do que as que são administradas na eletroquimioterapia.

HÁ EFEITOS COLATERAIS PELO USO DE PULSOS ELÉTRICOS?

Não existem efeitos colaterais importantes no uso de pulsos elétricos.

Pode sentir dor, calor, contrações musculares e edema no local de aplicação do procedimento. Na grande maioria dos estudos estes efeitos foram de intensidade reduzida e desaparecem em poucos dias.

Os pulsos elétricos têm a vantagem de reduzir o fluxo sanguíneo às células tumorais o que também vai ajudar na destruição das lesões.



Fonte: Imagem do Serviço de Cirurgia Geral

VOU SENTIR DOR COM ESTE TRATAMENTO?

Pode haver um leve desconforto quando os pulsos elétricos são aplicados sob anestesia local. Isto porque os impulsos levam à contração muscular, no entanto durante a cirurgia ser-lhe-á administrada uma medicação anestésica (sedação) e medicação analgésica (para as dores) que minimiza esse desconforto.

O tipo de dor mais comum após a realização do tratamento é uma sensação de ardor e picada, podendo também sentir calor na região tratada.

Após o tratamento e durante a realização do mesmo vai-lhe ser administrada medicação analgésica prescrita pelo médico. A analgesia será adequada ao seu caso.

Se o tumor invadiu a pele, pode haver ulceração após o tratamento. O tecido normal necessita de tempo para crescer para substituir a área previamente doente. Isso pode levar várias semanas. Se realizou radioterapia antes da eletroquimioterapia, pode haver um atraso maior para cicatrizar completamente.

Em certas situações também poderá haver risco de infecção. O seu médico iniciará antibiótico se se justificar. Quando existe ferida após realizar a eletroquimioterapia esta vai ser tratada de acordo com as normas para tratamento de feridas.

QUANDO É QUE PODE SER AVALIADA A EFICÁCIA DO TRATAMENTO?

Entre a 6ª e a 8ª semana o seu médico poderá avaliar a eficácia do tratamento.

E QUANDO TIVER ALTA, QUE CUIDADOS DEVO TER?

Alimentação

Vai iniciar a sua alimentação ainda no serviço. Pode retomar a sua dieta regular, ligeira.

Se sentir náuseas ou tiver vômitos, não coma, nem beba, durante 1 a 2 horas, após o que poderá iniciar ingestão gradual de líquidos (água, chá, sumos)

Evite ingerir bebidas alcoólicas, fumar

Higiene

Faça os seus cuidados de higiene, tente não molhar o penso que lhe foi colocado (dependendo da sua lesão poderá ou não haver necessidade de realização de penso)

Medicação

Ser-lhe-á fornecida medicação analgésica (para as dores) para tomar em casa

Actividade física

Pode retomar a sua atividade física, moderando o esforço realizado

Antes de sair do Serviço certifique-se:

Junto do enfermeiro quais os cuidados inerentes à sua situação em particular.

- Que ficou marcada:
- Data da realização do próximo tratamento se necessário
- Marcação da consulta médica.

Que lhe foi entregue:

- Nota de alta de enfermagem
- Nota de alta médica
- Exames que tenha trazido para o hospital
- Cartão do Hospital

A equipa de profissionais do Serviço de Cirurgia Geral deseja-lhe uma boa recuperação

Hospital de Lisboa

Morada:

Telf.

Website:

Este texto foi redigido segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa

APÊNDICE XXIV

Folheto orientador para o
cliente submetido a cirurgia mamária com presença de
dreno- orientações para a alta

HOSPITAL DE LISBOA

**INFORMAÇÃO AO CLIENTE
SUBMETIDO A CIRURGIA MAMÁRIA
COM PRESENÇA DE DRENO- ORIENTAÇÕES PARA A ALTA**



Fonte: Imagem do Serviço de Cirurgia Geral

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

O que é um dreno?

O objetivo do dreno é facilitar a saída de líquido de uma cavidade ou ferida para o exterior, uma vez que a sua presença poderia impedir a cicatrização e predispor à infecção.

O que é um sistema de drenagem?

Um sistema de drenagem é constituído por um tubo fino ligado a um reservatório. Uma das extremidades do dreno encontra-se dentro da ferida, a outra ligada ao reservatório (frasco).

A drenagem pode funcionar por ação da gravidade ou por sucção.

Como está fixo o dreno?

O dreno está fixo à sua pele com um ponto de sutura.

Terá um penso a proteger este local.

Quanto tempo vai permanecer com o dreno?

Vai permanecer com o dreno até que não haja evidência de saída significativa de líquido.

O tempo de drenagem pode variar conforme o volume de líquido exteriorizado e o motivo pelo qual o dreno foi colocado, bem como o tipo de localização.

Quais os cuidados que terei de ter em casa?

- Ainda no hospital vão- lhe ser dadas orientações sobre os cuidados a ter com o sistema de drenagem.
- Irá ser colocada uma fita ao longo do frasco que vai permitir que em casa marque o nível do frasco, para identificar o volume de líquido drenado.
- Para poder marcar o nível do frasco de forma correta coloque-o numa superfície plana. É necessário que faça um traço na fita todos os dias e, se possível, registe no final deste documento o volume drenado.
- Deve manter o dreno fixo à sua roupa ou num saco enquanto se desloca.
- Preferencialmente não durma para o lado do dreno.
- Deve observar a drenagem, quanto à quantidade e características de líquido drenado (mais claro, mais escuro ou sangue vivo).
- Tente não molhar o penso que lhe foi colocado.
- Se por algum motivo o penso ficou molhado ou existe a presença de líquido em grande quantidade no penso, deve dirigir-se ao hospital ou ao seu centro de saúde para observação do local.
- O reservatório pode perder vácuo (quando a borracha verde se encontra exteriorizada). Nesta situação não fique preocupado pois o líquido vai continuar a sair por ação da gravidade.

Avaliação dos drenos à saída do Hospital

Entre em contato com o serviço se detetar:

- Que o reservatório se encontra quase cheio.
- Que o reservatório se desadaptou do dreno.
- Que a saída de líquido é significativa em relação ao dia anterior.

A equipa de profissionais deseja-lhe uma boa recuperação

HOSPITAL DE LISBOA

Serviço de Cirurgia Geral

APÊNDICE XXV

Guia de acolhimento para o cliente oncológico proposto
para intervenção cirúrgica na
modalidade “One Day Surgery”

HOSPITAL DE LISBOA

GUIA DE ACOLHIMENTO PARA O CLIENTE ONCOLÓGICO
PROPOSTO PARA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NA
MODALIDADE “**ONE DAY SURGERY**”

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

Com a elaboração deste guia pretendemos dar a conhecer o nosso serviço, facultando-lhe uma serie de informações que pensamos ser-lhe útil. Um enfermeiro vai recebê-lo, integrando-o na dinâmica do serviço e no espaço físico.

Vai ser operado (a) e o tempo de permanência no hospital será de 24 horas.

A equipa de profissionais de saúde acompanhará a sua situação, colocando-lhe algumas questões, estando disponíveis para prestar todos os esclarecimentos que necessitar no seu internamento.

Agora que sei que vou ser operado (a) que cuidados devo ter?

Alimentação

- Deve manter-se em jejum até que um enfermeiro lhe dê outra indicação. Lembre-se que não pode ingerir nada, nem sequer água.

Higiene

- Faça os seus cuidados de higiene antes da cirurgia.
- Pode fazer tricotomia (rapar os pêlos) do local onde vai realizar a cirurgia, se não conseguir, não se preocupe o enfermeiro vai ajudá-lo
- Não coloque cremes, maquilhagem ou verniz.

Medicação

- Já deve ter falado com o seu médico sobre a medicação a tomar. Se lhe foi indicado algum medicamento a tomar, deve beber apenas com um gole de água, no entanto, pergunte aos profissionais de saúde se é oportuno.

O que devo levar para o hospital?

- Exames realizados recentemente.
- Medicamentos que habitualmente faz em casa, (a unidade hospitalar pode não ter toda a medicação).
- Produtos de higiene pessoal.

O que não devo levar para o hospital?

- O serviço não se responsabiliza por objetos de valor, telemóveis, dinheiro, jóias. Se optar por trazer esses objetos para o hospital temos à sua disposição um sistema de espólio e cofres onde poderá guardar pequenos objectos.

Quando chegar ao serviço:

- O Enfermeiro encaminha-o (a) para a sua unidade, onde será integrado (a) no espaço físico. Da unidade do cliente fazem parte a cama (a qual terá o respetivo número), cacifo (onde poderá guardar os seus objetos pessoais), um cadeirão. Tem acesso a uma campainha, onde poderá solicitar a presença do enfermeiro.
- Deve informar quais os documentos (declaração de presença, atestado) que necessita para si e para o seu acompanhante, para que esteja tudo preparado no momento da alta.

Que cuidados vou ter antes da cirurgia?

- Irá ser encaminhado (a) para a sua unidade, onde trocará de roupa. Vestirá roupa apropriada para o bloco operatório.

De forma a promover a sua segurança deve:

- Retirar jóias, piercings do corpo, relógio.
- Retirar prótese dentária, óculos, lentes de contacto, ou outras próteses que deve guardar. Se não tiver caixa própria para prótese dentária poderá solicitar ao enfermeiro ou ao assistente operacional.
- Em caso de indicação médica será administrada medicação e colocadas meias de contenção venosa antes de ir para o bloco.

Ser-lhe-ão colocadas algumas questões e poderá aproveitar para esclarecer dúvidas

Quando chegar o momento da cirurgia será transportado (a) na sua cama para o bloco operatório que se situa no piso 2

E depois de operado (a)?

- O enfermeiro responsável por si irá buscá-lo (a) ao recobro do bloco operatório
- Irá permanecer na mesma unidade para a qual foi admitido (a)

Qual o horário em que posso receber visitas?

- O horário das visitas é das 14.30h às 17.30h, duas pessoas de cada vez, no entanto, poderá ter um acompanhante em permanência das 12h às 20h. Para entrarem no serviço necessitam de um cartão magnético de acesso que podem obter no piso 0 junto ao segurança, a partir das 12 horas.

E quando tiver alta, que cuidado deve ter?

Na presença do seu acompanhante, receberá orientações sobre:

Alimentação

- Vai iniciar a sua alimentação ainda no serviço. Pode retomar a sua dieta regular, ligeira se não se sentir nauseado e não tiver vômitos
- Se sentir náuseas ou tiver vômitos, não coma, nem beba, durante 1 a 2 horas, após o que poderá iniciar ingestão gradual de líquidos (água, chá, sumos).

Higiene

- Faça os seus cuidados de higiene, tente não molhar o penso que lhe foi colocado.

Hábito de vida

- Evite fumar, consumir bebidas alcoólicas antes da cirurgia e após a realização da mesma.

Medicação

- Ser-lhe-á fornecida medicação analgésica (para as dores) para tomar em casa.

Atividade física

- Pode retomar a atividade física, moderando o esforço realizado (não levantar pesos, evite fazer esforços excessivos).

Antes de sair do serviço certifique-se:

- Junto do enfermeiro os cuidados inerentes à sua situação em particular.

Que ficou marcada:

- Data da realização do próximo tratamento se necessário
- Marcação da consulta médica

Que lhe foi entregue:

- Nota de alta de enfermagem
- Nota de alta médica
- Exame (es) que tenha trazido para o hospital
- Cartão do Hospital

E após a alta?

Irá receber um telefonema da enfermeira 24 horas após a saída do hospital para saber como está a decorrer a recuperação no domicílio.

Caso lhe surja alguma dúvida quando chegar a casa contacte-nos para o número telefone

**A equipa de profissionais do Serviço de Cirurgia Geral deseja-lhe uma boa
recuperação**



Fonte: Imagens google

2013

NOTAS

Hospital de Lisboa

Morada:

Telf. Geral

Website: www.hslisboa.pt

Este guia foi elaborado seguindo o novo acordo ortográfico

APÊNDICE XXVI

Guia orientador para o enfermeiro no acolhimento ao cliente oncológico
proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”

**Guia Orientador para o Enfermeiro no Acolhimento ao Cliente
Oncológico
Proposto para Intervenção Cirúrgica
na modalidade “ One Day Surgery”**



Fonte: Imagens google

INDÍCE

INTRODUÇÃO.....	2
1.CONSULTA ENFERMAGEM AO CLIENTE PROPOSTO PARA CIRURGIA.....	3
2.SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL.....	7
2.1 Admissão ao serviço de Cirurgia Geral.....	7
2.2 Período Pré – Operatório.....	11
2.2.1 Processo Clínico do cliente – Registo de Enfermagem.....	11
2.3 Período Intra – Operatório.....	12
2.4 Período Pós – operatório - Regresso ao Serviço de Cirurgia Geral.....	13
2.5 Alta do cliente do Serviço de Cirurgia Geral.....	15
2.6 Follow up Telefónico.....	17
BIBLIOGRAFIA.....	18

INTRODUÇÃO

Este documento apresenta orientações para os enfermeiros no acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”.

Com o surgimento da modalidade “One Day Surgery” em 2012, no Serviço de Cirurgia Geral, emerge a necessidade de existir linhas orientadoras de atuação dos enfermeiros e articulação entre o Serviço de Cirurgia Geral, a Consulta de Enfermagem de Cirurgia Geral e Unidade de Cirurgia de Ambulatório. Atendendo às condições dos serviços e à dispersão geográfica das estruturas torna-se indispensável o estabelecimento de circuitos inequívocos de comunicação entre os profissionais de enfermagem, logo que seja selecionado um cliente para cirurgia no programa de “One Day Surgery”. De igual forma, considero importante que o Serviço de Cirurgia a Consulta de Enfermagem e Unidade de Cirurgia de Ambulatório se articulem entre si.

Assim, espera-se que este documento venha responder a essa necessidade, pretendendo-se com ele abranger todos os profissionais de enfermagem envolvidos no processo de acolhimento aos clientes oncológicos propostos para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery” de forma a orientar, uniformizar e melhorar a prática para a prestação de cuidados de qualidade.

Pretende-se com este documento: descrever o percurso no acolhimento ao cliente proposto para cirurgia na modalidade “One Day Surgery”; explicitar as intervenções dos enfermeiros na Consulta de Enfermagem, no Serviço de Cirurgia Geral e na Unidade de Cirurgia de Ambulatório ao cliente proposto para intervenção cirúrgica na modalidade “One Day Surgery”.

1. CONSULTA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE PROPOSTO PARA CIRURGIA

A otimização dos cuidados ao cliente cirúrgico depende da avaliação e preparação pré- operatória. As orientações e informações pré-operatórias prestadas pelos profissionais de saúde têm a finalidade de ajudar a reduzir a ansiedade do cliente e prepará-lo para a cirurgia, permitindo que tome decisões de modo livre e esclarecido.

As intervenções dos enfermeiros devem ter em consideração toda a informação transmitida na consulta médica, daí a importância da participação do enfermeiro na consulta de decisão terapêutica. As ações autônomas do enfermeiro iniciam-se no momento em que o cliente é proposto para cirurgia.

A consulta de enfermagem de Cirurgia é a “ intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de auto-cuidado” (Diário da República, 2011). Esta é realizada no piso 0 pelas enfermeiras da clínica multidisciplinar da mama (onde são recebidos os clientes propostos para cirurgias mamárias que são a maioria dos clientes propostos para Cirurgia na modalidade “One Day Surgery”). Neste momento para os clientes na área de OTS (Outros Tumores Sólidos) não existe consulta de enfermagem mas é expectável, pelas mudanças e remodelações na Instituição, que brevemente se venha a realizar. No entanto as enfermeiras recebem o cliente e iniciam os registos na nota de admissão e os ensinios pré-operatórios.

A consulta de enfermagem de cirurgia deve contemplar os seguintes passos:

Intervenção do Enfermeiro
• Dirigir-se ao cliente /família de forma cordial e afetuosa, utilizar linguagem compreensível na comunicação verbal e escrita, apresentando-se pelo nome e usar o cartão de identificação
• Efetuar a entrevista de Enfermagem (colheita de dados e registo no modelo institucional).
• Identificar e verificar disponibilidade de um adulto responsável para acompanhar o cliente

• Identificar com a pessoa as dificuldades no processo de doença e expectativas relativamente ao tratamento a realizar
• Identificar as necessidades de informação do cliente sobre doença, tratamentos, complicações, sintomas e informar a pessoa sobre as várias etapas da doença e seus tratamentos, da sua singularidade no processo de doença
• Incentivar a pessoa a identificar resultados positivos de experiências passadas
• Envolver o cliente /família no plano de cuidados
• Planear ações de acordo com os problemas identificados
• Identificar reações emocionais à doença /tratamento, apoiar a pessoa a gerir sentimentos e incentivar o cliente a expressar os seus sentimentos
• Transmitir atenção à pessoa, disponibilidade para que esta possa partilhar sentimentos, pensamentos mais íntimos sobre a adaptação à doença
• Esclarecer qualquer dúvida que o cliente possa apresentar
• Identificar e determinar o nível de implicação e ajuda, assim como problemas no âmbito social que possam vir a interferir nos cuidados.
• Identificar recursos disponíveis e local de pernoita antes e depois da cirurgia e informar que os clientes residentes em localidades mais distantes (localidades com distância superior a 50 km) ou por motivos sociais podem ter que permanecer no Lar de Doentes da Instituição no pré e/ou no pós-operatório
• Identificar telefone de mais fácil acesso para contactar o cliente e familiar e facilitar o número de telefone da consulta ou do serviço para o esclarecimento de dúvidas
• Informar o cliente que será contactado pelo Serviço de Cirurgia Geral - a comunicar o dia de internamento e cirurgia. Este contato é geralmente feito com uma semana de antecedência, devendo o cliente advertir o serviço na ocorrência de alguma alteração no seu estado de saúde que o impossibilite de ser submetido a cirurgia
• Informar sobre a dinâmica do serviço, onde vai ser internado para realização do procedimento cirúrgico: ➤ Horário das visitas (horário alargado 12h- 20h) ➤ Número de acompanhantes que podem permanecer junto do cliente simultaneamente ➤ Necessidade de cartão magnético de acesso ao serviço que poderá ser adquirido a partir das 12 horas no piso o junto ao segurança
• Informar da documentação que vai necessitar para a entrada no Serviço de Internamento

• Informar que à hora previamente combinada o cliente dirige-se ao secretariado do Serviço de Cirurgia Geral, para que fique registada a sua entrada, certificando-se que toda a documentação foi entregue
• Informar sobre dor pós operatória e escalas de dor
• Informar e dar orientações pré - operatórias, de acordo com a cirurgia proposta
• Informar sobre objetos a trazer no dia da cirurgia: ➤ Produtos de higiene pessoal ➤ Se usar próteses, deve trazer o respetivo estojo para guardar, se não tiver será fornecido no serviço ➤ Não deve trazer dinheiro, jóias ou objetos de valor. Poderá ser realizado espólio para o serviço de segurança ou pequenos objetos podem ser colocados nos cofres ➤ Exame de diagnóstico realizado no exterior da instituição ➤ Medicação que toma habitualmente
• Informar e dar orientações pré – operatórias ➤ Restrições alimentares prévias e jejum pré-operatório ➤ Preparação intestinal de acordo com indicação médica ➤ Tricotomia da pele ➤ Não usar maquilhagem ou verniz ➤ Trazer roupa confortável e de fácil remoção ➤ Higiene pessoal, pele limpa e seca (sem presença de cremes)
• Orientar sobre o jejum. A <i>American Society of Anesthesiologist (ASA)</i> recomenda um período de jejum de seis horas ou mais, com alimentos leves e líquidos sem resíduos e preconiza o jejum de oito horas após uma refeição composta por alimentos gordurosos, frutas ou carnes
• Identificar medicação habitual, confirmar com o médico a terapêutica a cumprir e a suspender no dia da cirurgia
• Orientar o cliente para trazer para o hospital medicamentos que toma habitualmente em casa
• Ensinar sobre adequação no autocuidado
• Fornecer informação escrita de acordo com a cirurgia proposta, completar de forma oral explicações de acordo com as dúvidas do cliente
• Informar sobre a dinâmica do serviço, procedimentos do serviço: ➤ Da necessidade da presença de familiar no momento da alta ➤ Eventuais marcações pré- operatória (marcação mamária prévia, e gânglio

sentinela)
• Informar o cliente sobre a necessidade de dispositivos adaptativo pós cirurgia (soutien específico e faixa de contenção, próteses mamárias)
• Identificar apoio de familiares, disponibilidades de recursos, atividade social, financeira e informar a família sobre a importância do seu apoio na gestão da doença
• Informar sobre os direitos em saúde
• Identificar necessidades e articular com técnicos da equipa multidisciplinar e comunidade para responder a estas necessidades
• Garantir a continuidade dos cuidados com o encaminhamento e acompanhamento dos clientes nas várias etapas do tratamento e na articulação com outras entidades (Medicina Física e de Reabilitação, Consulta da Dor, Serviço de Cirurgia, Serviço de Oncologia, Radioterapia, outros Hospitais da área de residência e Centros de Saúde)
• Acompanhar situações clínicas dos clientes na Consulta de Decisão Terapêutica
• Disponibilizar apoio em situações não programadas através da Consulta de Enfermagem, incluindo acompanhamento telefónico
• Fazer visita guiada ao Serviço de Cirurgia Geral

2. ACOLHIMENTO NO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

Entende-se por acolhimento o período que vai da admissão do cliente e família ao internamento, até ao momento em que regressa a casa, incluindo o follow up (Schneider, Manschei, Ausen, Martins & Albuquerque, 2008). É um processo que prossegue no dia-a-dia, aquando da prestação de cuidados, não é um ato pontual (Silva, 2010).

2.1 Admissão ao serviço de Cirurgia Geral

Os cuidados dos enfermeiros na admissão têm como objetivos:

- Facilitar a integração do cliente /família ao meio hospitalar
- Estabelecer comunicação e informação adequada
- Reduzir o estado de ansiedade
- Proporcionar segurança e ambiente terapêutico
- Valorizar a situação do cliente na admissão no serviço

A admissão dos clientes pode ser prevista da seguinte forma:

• O cliente é admitido no dia da cirurgia
• A secretária de unidade recebe o cliente e informa a enfermeira da sua chegada
➤ O enfermeiro:
• Receber o cliente/família apresentando-se pelo nome, referindo-se à função que desempenha
• Confirmar o processo clínico com os dados pessoais do cliente (nome e data de nascimento)
• Acompanhar o cliente à sua unidade, integrando-o no espaço físico
• Informar o cliente que da sua unidade fazem parte a cama, um cacifo (onde poderá guardar a sua roupa), uma mesa-de-cabeceira, uma mesa de refeição, uma cadeira e um cadeirão e demonstrar ao cliente o funcionamento do equipamento: presença de comando de campainha e luz e comando da cama

• Efetuar a entrevista de Enfermagem (atualizar colheita de dados e registo no modelo institucional)
• Entregar o guia de acolhimento ao Serviço de Cirurgia Geral
• Informar o cliente das normas de funcionamento do serviço: ➤ Relativamente ao horário das visitas aplicam-se as normas habituais para as visitas (das 14.30 às 17.30 duas pessoas por cada cliente na enfermaria, uma pessoa no SO no entanto pode permanecer junto do cliente um acompanhante desde as 12 às 20 horas) ➤ Informar o cliente que o serviço não se responsabiliza por objetos de valor, telemóveis, dinheiro, jóias. Se optar por trazer esses objetos para o hospital tem à sua disposição um sistema de espólio e cofres onde poderá guardar pequenos objetos
• Informar o cliente/ família do percurso que irá realizar até à alta, incluindo o follow up telefónico realizado pela equipa de enfermagem da Unidade de Cirurgia de Ambulatório
• Esclarecer dúvidas que possam surgir
• Assegurar que o cliente sabe quem é o seu médico assistente durante o internamento

Aconselhamento e transmissão de informação

A informação e o aconselhamento à pessoa, enquanto deveres do enfermeiro, asseguram o seu consentimento livre e esclarecido.

Princípios a considerar relativos ao aconselhamento e a informação transmitida no período pré e pós - operatório
• Informar o cliente do objetivo do encontro e pedir o seu consentimento
• Questionar o cliente quanto ao desejo da presença de familiares durante a transmissão de informação
• Organizar o ambiente que favoreça a transmissão de informação

• Demonstrar disponibilidade, respeito, aceitação, compreensão, calma e tranquilidade
• Explicar previamente todos os procedimentos a que o cliente será submetido em que se utiliza perguntas abertas para questionar
• Identificar o que a pessoa já sabe da sua doença, tratamento e a informação que o cliente deseja saber no momento, suas percepções e expectativas em relação ao procedimento
• Apoiar a pessoa a identificar os significados que atribui à doença, hospitalização e ao tratamento cirúrgico
• Avaliar individualmente a pessoa tendo em conta os seus valores, experiências e expectativas e identificar estratégias utilizadas pelo cliente perante situações complexas
• Reforçar positivamente a confiança na aprendizagem de habilidades
• Informar sobre possíveis complicações /efeitos secundários do tratamento
• Fornecer informação escrita sobre os cuidados pré e pós operatórios por facilitar o assimilar de informação
• Informar sobre cuidados pré e pós operatórios de forma doseada, dando tempo ao cliente para formular perguntas e que esclareça dúvidas em relação aos cuidados, tendo em atenção a capacidade de assimilação, começando por aspetos que temos a percepção de serem mais simples, progredindo para os mais complexos
• Incluir informações sugeridas pelo cliente no guia de acolhimento que lhe é entregue
• Informar o cliente de acordo com suas características singulares utilizando linguagem clara, precisa e frases curtas
• Identificar e adaptar a informação aos limites da pessoa quer sejam físicos, psicológicos, cognitivos
• Propor à pessoa repousar se necessário e continuar mais tarde
• Adequar a escolha do momento para aprendizagem, observando os sinais de disponibilidade da pessoa

• Informar de acordo com a capacidade de compreensão do cliente e respeitar o ritmo de compreensão
• Observar o dinamismo e a motivação dos clientes para aprender tendo em consideração elementos de natureza cognitiva, afetiva e psicomotora
• Observar a capacidade de aprendizagem e memorização da pessoa
• Incentivar a participação da pessoa dando exemplos concretos do que estamos a dizer, conferindo interesse à orientação ou informação
• Elogiar e reforços positivos, no incentivo à pessoa
• Apoiar a pessoa a estabelecer prioridades
• Apoiar a pessoa a gerir mudanças nas funções (familiar, laboral, social)
• Repetir intencionalmente para ajudar a pessoa a compreender
• Ligar a aprendizagem às experiências vividas, tornando-a significativa
• Validar conhecimento do familiar relativamente às funções de prestador de cuidados e facilitar a participação do familiar no processo de tomada de decisão
• Informar sobre dispositivos de adaptação
• Avaliar a aprendizagem do aconselhamento e informação
➤ De que gostou mais ou menos neste momento de aconselhamento e informação?
➤ Achou as explicações transmitidas de forma clara?
➤ De que forma desejaria que lhe tivessem sido transmitidas estas orientações?

2.2. Período Pré – Operatório

O período pré-operatório começa quando foi tomada a decisão para cirurgia e termina quando o cliente é transferido no bloco operatório. A intervenção do enfermeiro é orientada no sentido de tornar a experiência cirúrgica segura e confortável para o cliente.

O período que antecede uma cirurgia pode ser previsto da seguinte forma:

• Acompanhar o cliente à sua unidade, iniciando a preparação cirúrgica protocolada a qual inclui: ➤ Monitorizar os sinais vitais ➤ Realizar tricotomia se necessário ➤ Providenciar roupa hospitalar ➤ Colocar meias de contenção se necessário ➤ Punção de acesso periférico no caso de o cliente ser diabético ou de acordo com indicação médica ➤ Administrar pré medicação de acordo com a prescrição médica
• Encaminhar o cliente ao bloco operatório e providenciar todos os cuidados necessários e adequados nesta fase do pré-operatório. Garantir, igualmente, que o processo clínico que acompanha o cliente esteja completo, inclusive com as folhas de registo a ser utilizadas
• Garantir o preenchimento do check list pré- operatório antes do cliente ir para o bloco

2.2.1. Processo clínico do cliente – Registo de Enfermagem

O processo clínico do cliente de ODS deve conter:

• Registos de enfermagem no Bloco Operatório, designado no dossier de modelo A
• Registos médicos “Ficha da UCPA e de alta de “One Day Surgery”, designado no dossier de modelo B
• Registos de enfermagem de enfermaria “One Day Surgery”, designado no dossier de modelo C
• Guia Terapêutico, designado no dossier de modelo D

- Registos de enfermagem da Sala de Operações e UCPA, designado no dossier de **modelo E**

2.3 Período Intra - Operatório

O período intra- operatória começa quando o cliente é transferido para a mesa operatória e termina com a transferência para a sala de recuperação (UCPA).

- Os registos realizados na fase intra-operatória e na UCPA devem acompanhar o cliente quando se realiza o seu transporte para o Serviço de Cirurgia Geral, de forma a garantir a continuidade de cuidados.
- A prescrição de terapêutica deverá ser feita no modelo- 126 por não ser possível a prescrição electrónica para estes clientes. A transcrição da terapêutica poderá ser feita para a folha de terapêutica, modelo 392-A.

2.4.Período Pós – Operatório

Regresso ao Serviço de Cirurgia Geral

- | |
|---|
| • Encaminhar o cliente do bloco operatório para a unidade onde foi admitido |
| • Fornecer cuidados necessários e adequados na fase do pós-operatório, assegurando-se a segurança do cliente |
| • Proceder aos registos de enfermagem nos modelos descritos anteriormente |
| • Informar a pessoa de acordo com a cirurgia realizada |
| • Ensinar a pessoa sobre pós - operatório |
| • Monitorizar (frequência cardíaca, saturação periférica, frequência respiratória, tensão arterial, eliminação de líquido através do dreno) |
| • Proporcionar oxigénio mediante monitorização de saturação periférica de oxigénio |
| • Valorizar o nível de consciência (sonolento, acordado, desorientado no espaço, |

tempo e pessoa)
• Valorizar coloração da pele e mucosas
• Administrar soroterapia de acordo com a prescrição
• Valorizar dor mediante avaliação da escala da dor
• Administrar medicação analgésica de acordo com a prescrição médica e o protocolo instituído
• Assistir a pessoa na identificação de estratégias de alívio da dor
• Vigiar sinais de hemorragia, infecção
• Promover medidas de conforto
• Planejar a dieta, levante, posicionamento
• Informar o cliente da presença de penso ou drenos depois da cirurgia, explicar que a principal função desses drenos é a drenagem de líquido do local operado nas primeiras 24- 48 horas (Phipps, Sands & Marek, 2010), tendo sempre em consideração as suas necessidades de informação. Após indicação médica, os drenos serão retirados. Por vezes existe necessidade de manter o (os) dreno (os) durante mais tempo, pelo que o cirurgião encaminhará o cliente para casa com a presença dos mesmos
• Providenciar material educativo ➤ Fornecer folheto com orientações sobre drenagens
• Incentivar a autonomia no autocuidado
• Proporcionar apoio emocional, respondendo às dúvidas pessoais, mediante escuta ativa
• Facilitar a presença de familiares no acompanhamento da pessoa e nas aprendizagens
• Facilitar ao familiar a expressão de dificuldades na prestação de cuidados e reforçar a confiança na aprendizagem de habilidades
• Identificar junto do cliente quais as necessidades reais de informação e informar sobre a cirurgia realizada
• Envolver o cliente/família no plano de cuidados e elogiar o envolvimento da família
• Ensinar o cliente/família sobre como prevenir complicações / efeitos secundários do

tratamento
➤ Medidas preventivas: náuseas, dor ➤ Regime medicamentoso e gestão dos analgésicos ➤ Estratégias não farmacológicas de alívio da dor ➤ Possíveis complicações da ferida operatória
• Ensinar sobre relação entre auto vigilância e prevenção de complicações e estratégias adaptativas para o autocuidado
• Instruir e treinar o cliente/ família sobre auto cuidado: Higiene, vestir, despir, repouso, atividade física, eliminação, regime alimentar, regime medicamentoso
• Aconselhar a pessoa a aplicar dispositivos de adaptação se necessário e providenciar equipamento adaptativo se necessário
• Incentivar a pessoa à atividade física e atividades que lhe dêem prazer dentro das suas capacidades (que melhorem a auto imagem, auto estima)
• Informar sobre próxima consulta médica e realização do próximo tratamento
• Informar que de será contatado pela enfermeira da Unidade da Cirurgia Ambulatória 24horas após a alta para confirmar o seu estado clínico
• Potenciar a socialização da pessoa (facilitar a capacidade da pessoa na interação com os outros)
• Potenciar a auto estima (ajudar o cliente a aumentar o juízo pessoal da sua vida)
• Apoiar a pessoa a gerir emoções
• Referenciar para profissional de saúde (psicólogo, psiquiatra, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, médico assistente, comunidade)

2.5. Alta do cliente do Serviço de Cirurgia Geral

O planeamento da alta é fundamental e deve iniciar-se no momento da admissão:

a equipa de saúde deverá elaborar um plano de cuidados globais, de acordo com as necessidades individuais do doente, com a finalidade de o preparar para o regresso a casa, promovendo a sua autonomia e posterior reinserção na sociedade, dentro das suas possibilidades (Gonçalves, 2008, p.82).

De forma a promover a readaptação à situação de saúde é necessário que o enfermeiro tenha em atenção na alta de acordo com Ordem dos Enfermeiros, 2002):

- A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem
- O planeamento da alta dos clientes internados de acordo com as suas necessidades e os recursos da comunidade existentes
- O máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade
- A optimização das capacidades dos clientes/ família para gerir os cuidados no domicílio, bem como o regime terapêutico prescrito
- O ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional

O enfermeiro conjuntamente com o cliente/ família desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde identificados. A partir do momento em que o cirurgião o anestesista e o enfermeiro confirmam a alta do cliente, cabe ao enfermeiro.

- Providenciar material educativo
 - Fornecer folheto informativo sobre drenagens caso se verifique a sua presença no momento da alta.
- Fornecer folheto informativo adequado a cada cirurgia caso o cliente ainda não o tenha em sua posse

- Fornecer ao cliente:

- Nota de alta de enfermagem
- Nota de alta médica
- Exames que tenha trazido do exterior
- Cartão do Hospital onde conste: a data da realização do próximo tratamento e a data da próxima consulta médica
- O “Guia Terapêutico” (modelo D) e respectiva medicação, de acordo com a prescrição do anestesista.

No “Guia Terapêutico” deve registar-se igualmente outras indicações terapêuticas prescritas pelo médico, como por exemplo, aplicação de gelo, restrições dietéticas, etc. As datas para a realização de pensos ou de consultas são registadas igualmente, neste modelo.

Os medicamentos são fornecidos pelos Serviços Farmacêuticos de acordo com o protocolo “Amb” prescrito. O enfermeiro que fornece ao cliente o saco com os medicamentos, deverá fazer o registo de saída do mesmo no impresso referente ao “Amb” em questão (as folhas de registo encontram-se em dossier próprio na sala de trabalho).

Informações suplementares

- Cabe ao anestesista finalizar o processo do cliente submetido a cirurgia na modalidade “One Day Surgery” ou seja, o cliente só sai do serviço após a visita do anestesista

- *Para os clientes de “One Day Surgery” não há atribuição de número de cama. Os procedimentos administrativos relativos a estes clientes são diferentes. O cliente não surge no registo habitual do Hosix, não figura no registo do GHAF ou do Sistema de Classificação de Doentes.*

- Se surgir algum motivo de impossibilidade de o cliente ter alta no período determinado para “One Day Surgery” este sairá desta modalidade e fará parte do procedimento administrativo habitual de internamento

2.6. Follow up Telefónico

Cabe ao enfermeiro durante o internamento

• Informar o cliente/ família que têm a possibilidade de telefonar para o número que está registado no “Guia Terapêutico” (927 411 855) para quaisquer esclarecimentos, durante o período de 72 horas após a alta. Esta linha telefónica é atendida pelos enfermeiros da Unidade Cirurgia de Ambulatório (UCA)
• Informar o cliente/ família que serão contactados 24 horas após a alta pelo enfermeiro da UCA que está responsável pelo follow up telefónico nessa data ➤ A responsabilidade do acompanhamento telefónico do cliente após a alta, de acordo com os protocolos estabelecidos pela instituição, cabe aos enfermeiros da UCA. A qualidade dos registos e o nível de informações nele constante é da maior importância para garantir a continuidade dos cuidados ao cliente
• Certificar que todos os documentos se encontram no processo
• Juntar ao processo clínico do cliente a fotocópia do “Guia Terapêutico”, com os esclarecimentos necessários e adequados. Esta será enviada para a equipa de enfermagem da UCA, ficando o original na posse do cliente
• Neste sentido o enfermeiro da Cirurgia Geral responsável pelo cliente deverá contactar o enfermeiro da UCA, através do BIP- 4567, e transmitir-lhe as informações relativas ao cliente que considere pertinentes e necessárias e esclarecer as dúvidas dos enfermeiros da UCA
• Enviar o processo clínico do cliente após a sua saída do serviço, para a UCA

BIBLIOGRAFIA

- Garcia, S. (2002). Comunicação enfermeiro /doente oncológico terminal, em contexto hospitalar. *Nursing*. 165, p.20-26.
- Gonçalves, D. M. S. A. (2008). *A Preparação do Regresso a casa da pessoa Idosa Hospitalizada. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde*. Lisboa. Universidade Aberta
- Ordem dos enfermeiros (2001). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa
- Ordem dos enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritos*. Lisboa
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Phipps, W. J., Sands, J.k. & Marek, J.F. (2010). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Loures. Lusociência.8.v4
- Schneider, D.G., Manschein, A.M.M., Ausen, M.A.B., Martins, J.J. & Albuquerque, G.L. (2008). Acolhimento ao paciente e família na unidade coronária. *Texto & Contexto Enfermagem*. Jan-Mar. 17(001), 81-89.
- Silva, M. J. P. (2005). O aprendizado da linguagem não - verbal e o cuidar. In: Stefanelli, M. C.; Emilia, C. C. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Brasil: Manole.
- Silva, M.A.D. (2010). *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico: Acolhimento de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Data da Cirurgia: _____

Cirurgia realizar: _____ Cirurgião: _____

Antecedentes Pessoais: _____

Jejum desde: _____

Alergias: Não ☐ Sim ☐ Especifique: _____

Pré – Medicação Anestésica: Não ☐ Sim ☐ Especifique terapêutica: _____

Horário: _____

Profilaxia Pré-Operatória:

Antibiótica ☐ Especifique terapêutica: _____ Horário: _____

Tromboembólica ☐ Especifique terapêutica: _____ Horário: _____

Consentimento Informado: Sim ☐ Não ☐

Informação apreendida face à doença/ tratamento/ internamento _____

Proposta Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐

Retirados acessórios: Brincos ☐ Piercings ☐ Anéis ☐ Pulseiras ☐ Verniz ☐

Observações: _____

Presença de Prótese/ Ortótese: Não ☐ Sim ☐ Retirada e Guardada: Não ☐ Sim ☐

Meias de Contenção: Sim ☐ Não ☐

Preparação Realizada: Higiene: Cuidada Sim ☐ Não ☐

Tricotomia: Não ☐ Sim ☐ localização _____

Preparação intestinal: Não ☐ Sim ☐

Especifique: _____

Punção venosa: Não ☐ Sim ☐ Local: _____

Leva para BO exames realizados no exterior: Não ☐ Sim ☐

Suporte Transfusional: Não ☐ Sim ☐

Dados Relevantes: _____

Enfermeiro Responsável:

Data:

HOSPITAL

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

NOTA DE ALTA DE ENFERMAGEM

Data da admissão _____ Data da Alta _____

Data da Cirurgia _____

Cirurgião: _____

Cirurgia realizada _____

Antecedentes pessoais relevantes: _____

Alergias: Não ☐ Sim ☐ Quais: _____

Factos relevantes ocorridos durante o internamento: _____

Cuidados e aspetos a vigiar após a alta hospitalar: _____

Pensos

Último penso realizado
____/____/____ Periodicidade _____

Data do próximo penso ____/____/____

Material a utilizar: _____

Observações importantes: _____

Orientação para a alta:

MEMORANDO

- Respiração
- Alimentação
- Higiene
- Eliminação
- Atividade Física
- Dormir e Repousar
- Vestir e Despir
- Medicação

Enfermeiro Responsável:
Cédula Profissional N°:
Data: