



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**O VALOR DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: A
VISITA PRÉ-OPERATÓRIA À PESSOA COM DOENÇA
ONCOLÓGICA**

Sara Teixeira Lopes de Morais Pires

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**O VALOR DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: A VISITA
PRÉ-OPERATÓRIA À PESSOA COM DOENÇA
ONCOLÓGICA**

Sara Teixeira Lopes de Morais Pires

Prof. Eunice Sá

2014

Dedico o presente trabalho ao meu querido avô, que perdi recentemente,
na intempestividade desta doença.

“Poderei morrer da doença, mas a doença não me matará!”

Manuel Forjaz, 2014

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, por me ter sempre transmitido que conseguimos tudo o que sonhamos com esforço, trabalho e dedicação. É o meu exemplo de vida.

À minha mãe, por ser sempre demasiado amiga e estar tão presente.

À minha avó, por tudo o que faz por mim.

Aos meus melhores amigos, pela amizade incondicional.

A todas as pessoas que cuidei com doença oncológica e que revelaram mesmo perante situações complexas, uma força e determinação indescritíveis.

À minha orientadora da ESEL, Prof. Eunice Sá por toda a disponibilidade, rigor e incentivo pedagógico que revelou em todo o percurso.

À minha chefe e colegas de trabalho pelo envolvimento neste Projeto e por também acreditarem que era possível.

LISTA DE ABREVIATURAS

AESOP	Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
BO	Bloco Operatório
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
EEEMC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEEPSC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa
OE	Ordem dos Enfermeiros
PIS	Projeto de Intervenção em Serviço
UCI	Unidade de Cuidados Intermédios
VEPO	Visita de Enfermagem Pré-operatória

RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no ano letivo 2012/2013 e a sua apresentação e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre nesta área científica.

Resulta de um percurso teórico-prático que englobou uma primeira fase de conceptualização e definição da problemática, e uma segunda fase de aplicação do projeto em contexto prático. No âmbito dos estágios realizados no Bloco Operatório e no Serviço de Cirurgia Geral, de um Hospital de Lisboa, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção em Serviço que culminou com a sua implementação no Bloco Operatório, segundo a metodologia de trabalho apresentada à priori em Projeto, designadamente, “O Valor dos Cuidados de Enfermagem: a Visita Pré-Operatória à Pessoa com Doença Oncológica”.

O desenvolvimento deste trabalho teve como principais objetivos, identificar e fundamentar o desenvolvimento das competências relativas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e comunicar a pertinência de projetos realizados nesta área, em prol da qualificação dos cuidados ao doente do foro oncológico. A concretização destes objetivos e o assumir de uma postura crítica e reflexiva, foi crucial na qualificação aliada à excelência no exercício profissional.

No que concerne aos cuidados de enfermagem no pré-operatório, a pessoa com doença oncológica valoriza uma relação terapêutica, assente numa comunicação clara e objetiva, com fundamentação escrita ou verbal, com enfoque nas suas necessidades que a ajude no processo de transição e aceitação da doença. A VEPO constitui um excelente momento para o enfermeiro intervir no processo de aquisição de saberes e recursos necessários para o cliente enfrentar a situação de doença e pré-operatório em que se encontra.

Palavras-chave: Cuidar; Doença Oncológica; Cuidado Transicional; Competências; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Visita de Enfermagem Pré-operatória.

ABSTRACT

The present internship report relates to the 4th Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica — oncological field — at Escola Superior de Enfermagem de Lisboa during 2012/2013 academic year, its presentation and public discussion aiming the accomplishment of a Master degree in this very scientific field.

This work results from both a theoretical and practical approach that comprises one first phase of conceptualization and issue definition, and a second one of project application in a practical context. In the sphere of the internships that took place in the Operating Room (OR) and at the Unit of General Surgery of a Lisbon's hospital, a Project of Intervention has culminated with its implementation at the OR according to the project methodology presented *a priori*, namely "The Value of Nursing Care: The Preoperative Visit to an Oncological Patient."

The development of the present work aims to identify and settle the development of the competences regarding Nurse Specialized in Medical-Surgical Nursing and Nurse Specialized in Patients with a Chronic and Palliative condition promote the continuity of studies in the field, in favour of the oncological patient care qualification. The accomplishment of these objectives and to assume a critical and reflective attitude was crucial in the qualification allied to the excellence of professional duties.

In regard to preoperative nurse caring, the oncological disease patient values a therapeutic relation established on a clear and objective communication, written or verbal, focusing on its needs and helping all along the transition and disease acceptance process. The Preoperative Nursing Visit, constitutes an excellent opportunity for the nurse interference in the acknowledge process and in obtaining the necessary resources that enable the patient to face his disease and preoperative condition.

Keywords: Caring; Oncological Disease; Transitional Care; Skills; Medical-Surgical Nursing; Preoperative Nursing Visit.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	9
I. DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	13
1.1. Cuidados de Enfermagem Valorizados pela Pessoa com Doença Oncológica	15
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
2.1. Cuidados de Enfermagem Prestados Durante a Visita de Enfermagem Pré-Operatória	18
2.2. O Enfermeiro na Promoção de uma Transição Saudável	19
III. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	23
3. METODOLOGIA DE PROJETO	23
3.1. Identificação do Problema e Diagnóstico de Situação	24
3.2. Objetivos do Projeto	25
3.3. Estratégias e Atividades do Projeto	26
3.4. Implementação do Projeto	30
3.4.1. Estágio no Bloco Operatório I	30
3.4.2. Estágio no Serviço de Cirurgia Geral	37
3.4.3. Estágio no Bloco Operatório II (contexto de trabalho)	43
3.5. Procedimentos Formais e Éticos	48
3.6. Avaliação do Projeto	49
IV. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE OS OUTCOMES DO PERCURSO	51
4. REFLEXÃO CRÍTICA À LUZ DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	51
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	54
4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa	57
5. LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	60
6. CONCLUSÃO	61
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

APÊNDICES

- Apêndice I** Revisão Sistemática da Literatura: “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Oncológica na Visita de Enfermagem Pré-Operatória”
- Apêndice II** Folheto Informativo I: “Vou Ser Operado! E Agora?!”
- Apêndice III** Tabela de Colheita e Registo: “Visita de Enfermagem Pré-Operatória”
- Apêndice IV** Tabela de Análise do Plano Operatório Semanal
- Apêndice V** Colheita de Dados: “As Necessidades do Cliente no Pré-Operatório”
- Apêndice VI** Estudo de Situação: “Cancro, uma nova etapa!”
- Apêndice VII** Formação em Serviço: “Projeto de Intervenção: A Visita Pré-Operatória à Pessoa com Doença Oncológica”
- Apêndice VIII** Instrumento de Colheita de Dados da VEPO
- Apêndice IX** Folheto Informativo II: “Vou Ser Operado! E Agora?!”
- Apêndice X** Questionário de Avaliação da VEPO: “A Visita Pré-Operatória”

ANEXOS

- Anexo I** Plano de Atividades Anual do Bloco Operatório
- Anexo II** Certificado de Apresentação da Comunicação livre no XVI Congresso Nacional da AESOP
- Anexo III** Pedido de Implementação do Projeto ao Concelho de Administração do Hospital (contexto de trabalho)
- Anexo IV** Documento de Avaliação do Estágio no Bloco Operatório I
- Anexo V** Documento de Avaliação do Estágio no Serviço de Cirurgia Geral
- Anexo VI** Documento de Avaliação do Estágio no Bloco Operatório II (contexto de trabalho)

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio é o reflexo de todo um percurso que teve início com a ingressão no 4º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), no ano letivo 2012-2013 e a sua elaboração e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre na mesma área. É representativo da elaboração de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) com enfoque na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica e assenta não só numa dimensão prática, real e reflexiva, em prol do desenvolvimento de competências, mas também traduz o que nos diz o *estado da arte*.

Segundo o ciclo de estudos que conduz ao grau de Mestre, de acordo com o Dec-Lei nº107/2008 de 25 de Junho pode contemplar “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final” (Sousa e Batista, 2011). Deste modo, propôs-se um tema para o PIS que visa o desenvolvimento de conhecimentos e a aplicação de competências em contexto prático com o intuito de resolver problemas de enfermagem, qualificar e fundamentar o agir profissional.

As competências são algo que um profissional desenvolve e manifesta em prol da qualificação e desenvolvimento da sua atividade profissional, para além de, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997), promover a uniformização de cuidados e a adequação de linguagem entre os profissionais. A enfermagem enquanto ciência em permanente desenvolvimento e diferenciação de saberes propõe aos seus profissionais um quadro diversificado e especializado de competências que potenciam determinadas respostas de acordo com o diagnóstico da pessoa e a singularidade de cada situação de vida.

Neste contexto, decorrente da complexidade e especificidade das diversas situações de saúde que abrangem os indivíduos, a família e as comunidades, surge o Enfermeiro Especialista, que de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010, p.2) “ (...) 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.”

A conceptualização teórica do PIS surge do diagnóstico de um problema real identificado em contexto profissional, seguindo-se a pesquisa bibliográfica e o planeamento das atividades correspondentes para dar resposta ao problema, tendo por base a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (EEEPSCEP). O tema do Projeto desenvolvido é “O Valor dos Cuidados de Enfermagem: a Visita Pré-operatória à Pessoa com Doença Oncológica” e surge da problemática identificada em contexto profissional.

A partir da elaboração do Projeto, segue-se um longo caminho que engloba os estágios em diferentes contextos reais, em prol do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, segundo a OE (2010), relativas ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, à melhoria contínua da qualidade, ao domínio da gestão dos cuidados, e por último, no campo das aprendizagens profissionais.

A dimensão prática do PIS decorreu entre Outubro de 2013 e Fevereiro de 2014, num total de 500 horas de estágio e 25h de orientação tutorial, num total de 30 ECTS. Teve início num Centro Hospitalar de Lisboa, no Bloco Operatório, seguiu-se o Serviço de Cirurgia Geral do mesmo hospital e terminou no meu local de trabalho, designadamente, o Bloco Operatório de outro Hospital. A escolha dos campos de estágio está intrinsecamente relacionada com a problemática em estudo, na medida em que constitui um contexto propulsor ao desenvolvimento do Projeto.

A metodologia de projeto utilizada, assenta no princípio da prática reflexiva, em que através da observação direta dos contextos de estágio e das intervenções realizadas, estabelece-se a relação com a teoria prevalente nos diferentes domínios. Este exercício permite a análise crítica e reflexiva, a compreensão e fundamentação da prática de cuidados. Cada profissão, segundo Fortin (1999), deve estar em

posição de fornecer aos seus membros uma base de conhecimentos teóricos sobre a qual se apoia a sua prática. Por sua vez, “os enfermeiros de todos os níveis de formação têm a responsabilidade de participar no desenvolvimento do conhecimento em ciências de enfermagem e na sua utilização na prática.” (Fortin, 1999, p.29)

Este relatório apresenta como objetivo geral, a reflexão descritiva e crítica não só do meu percurso prático e das competências adquiridas ao longo do mesmo, mas também dos objetivos específicos e das atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios, bem como os resultados obtidos com a implementação das mesmas. Para além disso, apresenta como objetivos específicos:

1. Identificar o desenvolvimento das competências relativas ao EEEMC e ao EEEPSCEP;
2. Enquadrar a prática desenvolvida à luz da Teoria de Médio Alcance de Meleis (2010);
3. Revelar o percurso prático e formativo nos diferentes locais de estágio;
4. Descrever as atividades e estratégias desenvolvidas para atingir os objetivos propostos;
5. Demonstrar capacidade de fundamentação crítica e reflexiva face às intervenções realizadas e aos resultados obtidos com as mesmas;
6. Expor um instrumento de auto e heteroavaliação sobre as competências desenvolvidas no contexto da implementação do PIS;
7. Enumerar os resultados obtidos à luz do conteúdo científico atual, tendo por base a realização, à priori, de uma Revisão Sistemática da Literatura sobre a problemática em estudo (Apêndice I);
8. Comunicar a pertinência de projetos realizados nesta área, em prol da qualificação dos cuidados ao doente do foro oncológico.

Simultaneamente apresenta como fundamento as ações desenvolvidas em prol das competências do EEEMC e do EEEPSCEP no Bloco Operatório e no Serviço de Cirurgia Geral (Unidade de Intermédios e Internamento) à luz de uma Teoria de Médio Alcance – Teoria das Transições (Meleis, 2010). No seu conjunto, estas permitiram a tomada de decisões fundamentadas e baseadas na evidência, dando visibilidade aos resultados da reflexão/pesquisa e aplicação do pensamento crítico, favorecendo a aquisição de uma maior autonomia e responsabilidade profissional.

Em termos estruturais, encontra-se dividido em seis capítulos principais. O primeiro corresponde à definição e contextualização da problemática. Segue-se no segundo capítulo o enquadramento teórico e a apresentação do referencial teórico, pela revisão da literatura existente acerca dos principais conceitos subjacentes ao tema. No terceiro capítulo, encontra-se a metodologia utilizada no decorrer da implementação do projeto, bem como as estratégias, os objetivos e as competências traçadas consoante cada contexto de cuidados. Depois, no quarto capítulo, está a análise crítica, reflexiva e fundamentada dos *outcomes* do Projeto à luz das competências do EEEMC e EEEPSCEP. No quinto capítulo, encontram-se as implicações para a prática de cuidados que a implementação do PIS poderá refletir. E por último, apresentam-se as principais conclusões deste relatório, explicitando os seus contributos e perspetivas futuras.

Este trabalho encontra-se segundo a Norma da American Psychological Association (APA) e redigido segundo o novo acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa.

I. DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) afirmou que cerca de onze milhões de pessoas são diagnosticadas anualmente com cancro, e que esta doença é a causa para 12,5% das mortes em todo o mundo, sendo que até 2020 serão verificados mais de 16 milhões de novos casos. Atualmente, no que se refere à doença oncológica, esta é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade (Plano Nacional Doença Oncológica, 2012), sendo responsável por 20% das mortes na Europa, de acordo com a OMS.

A doença oncológica é considerada como um momento de crise, uma experiência causadora de stress, cuja adaptação de determinadas estratégias e comportamentos variam individualmente. Uma crise, segundo Caplan (1980), consiste num desequilíbrio entre a significação do problema, a sua dificuldade para a pessoa e os recursos disponíveis para resolvê-lo. A incerteza do diagnóstico, dos tratamentos e dos seus efeitos secundários, e o medo do prognóstico e do futuro, geram um enorme sofrimento e desorganização física e psicológica, levando à diminuição da qualidade de vida da pessoa e família (Figueira, Araújo e Figueiredo, 2006).

Paralelamente, a cirurgia constitui um momento causador de stress na pessoa e família o que adjacente ao diagnóstico de cancro, torna esta vivência um momento de extrema ansiedade. O bloco operatório envolve mistério e respeito em que a dor e o sofrimento estão associados, no entanto, cada pessoa reage de maneira diferente, dependendo dos fatores psicossociais presentes e de cada experiência. O stress tem intensidade variável e pode revelar-se de várias maneiras, nomeadamente nos comportamentos e nas questões que são colocadas (Martins, 2011).

Oliveira (2011) no seu estudo sobre a ansiedade pré-operatória afirma que logo que um procedimento cirúrgico é marcado, surge ansiedade que aumenta para níveis máximos no momento da admissão para a intervenção cirúrgica. No entanto, segundo o mesmo autor, enquanto níveis moderados de ansiedade podem ser promotores de uma adaptação do indivíduo à cirurgia, níveis excessivos podem

alterar a longevidade e qualidade do período de recuperação. A mesma autora enfatiza que o procedimento anestésico e cirúrgico mesmo nos indivíduos com baixa predisposição para a ansiedade podem ficar apreensivos e manifestar alterações físicas, como taquicardia, hipertensão, sudorese, etc. e alterações psicológicas, como mudanças de comportamento, nervosismo e até agressão.

Confronto-me diariamente, no bloco operatório (BO), com a complexidade inerente à situação de doença oncológica vivida pela pessoa nas diferentes fases que decorrem duma intervenção cirúrgica. Ao refletir sobre esta realidade, senti necessidade de analisar e explorar a fase pré-operatória como o momento mais adequado à implementação do PIS.

O pré-operatório define-se como o primeiro período do peri-operatório, sendo considerado como essencial no decurso desse processo, “começa quando é tomada a decisão da intervenção cirúrgica, terminando quando o doente é transportado, em segurança, para o bloco operatório e recebido pelo enfermeiro para receber os cuidados adequados.” (Phipps, Sands e Marek, 2003, p. 526).

Percebi a importância de iniciar o acompanhamento da pessoa desde o período pré-operatório, como forma de responder às suas reais necessidades e promover uma melhor aceitação da doença oncológica. Pretende-se, no contexto de um BO, ajudar os clientes e família na gestão das suas necessidades humanas fundamentais e na independência, tão rápida quanto possível (Virgínia Henderson, 1991). Em concordância com a AESOP (2006), o enfermeiro no pré-operatório deverá avaliar as necessidades do cliente, levantar os diagnósticos de enfermagem, promover as ações correspondentes e avaliar os resultados obtidos com a implementação das mesmas.

Neste sentido, propus a implementação da VEPO no meu serviço como um contributo na qualificação dos cuidados, permitindo a sistematização e a continuidade dos mesmos, nos períodos pré, peri e pós-operatório da pessoa com doença oncológica que vai ser submetida a cirurgia. Considero que este projeto vai ser propulsor de um melhor acompanhamento do cliente desde a fase pré-operatória, para além de ser um contributo ímpar na humanização dos cuidados ao nível do BO. Tal como enfatiza a AESOP (2006), que o papel do enfermeiro no

período peri-operatório deverá assentar num conjunto de atividades práticas e técnicas, mas também em prol da satisfação das necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar.

Ambiciono com este projeto colmatar a lacuna existente no meu contexto de trabalho, no cuidar à pessoa com doença oncológica que se encontra em fase pré-operatória que para além de lidar com a incerteza e peso do diagnóstico, está a enfrentar todo o stress causado por uma intervenção cirúrgica.

1.1. Cuidados de Enfermagem Valorizados pela Pessoa com Doença Oncológica

Os cuidados de enfermagem constituem o alicerce que sustentam este projeto de intervenção, na medida em a VEPO consiste numa atividade de enfermagem que visa maximizar o bem-estar da pessoa com doença oncológica, dando resposta às suas necessidades imediatas e futuras.

O cuidar define-se quando se ocupa de alguém, sabendo o que é necessário para que a pessoa exista conforme “ (...) a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos” (Honoré, 2004, p.17). E como cada indivíduo é singular na sua existência, os cuidados de enfermagem revelam-se assim, nas necessidades físicas, psicológicas, culturais, etc., de cada ser humano.

Simultaneamente, a prestação de cuidados ao outro, não se centra unicamente na pessoa, enquanto ser de uma profunda dimensão física e psicológica, mas também tem em consideração o contexto em que esta se encontra inserida. Pois o ser humano encontra-se em permanente inter-relação com o meio ambiente, o que necessariamente produz efeitos no seu estado de saúde e bem-estar, em concordância com Nightingale (1860). Para a O.E. (2001) o ambiente é o meio no qual as pessoas vivem e se desenvolvem, sendo constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde.

Para além da individualidade de cada pessoa e do contexto em que esta se encontra, emerge a problemática da doença oncológica que confere ao pré-operatório uma especificidade que necessita de acompanhamento por parte do enfermeiro. Estudos recentes evidenciam que a segurança, o companheirismo com o staff e o espaço físico, são dos elementos mais valorizados pelas pessoas com doença oncológica em ambiente de cuidados de saúde (Browall, Koinberg & Wijk, 2013). Bem como o enfermeiro ser profissional, comunicativo e respeitador (Rchaidia, Casterlé e Gastman, 2011).

Paralelamente, a literatura aponta que a comunicação aberta é sobrevalorizada, bem como a preocupação em dar respostas às questões elaboradas pela pessoa com doença oncológica. Também segundo Saraiva (2003), baseando-se em Kubler-Ross (1998), Twycross (2001) e Ahya et al (2000), o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa assenta em perícias de comunicação que promovem uma comunicação clara e aberta. Num contexto de cuidados, a comunicação surge como a ponte para obter e transmitir informação, expressar solidariedade, apoio e interesse pessoal, mas também, como forma de garantir a cooperação e a concordância entre os interlocutores (Gomes, Oliveira, Pires, Ramos e Alves, 2006).

Por outro lado, a obtenção de informação pela pessoa, sobre o seu diagnóstico e prognóstico, constitui um resultado significativo de alguns estudos (Browall, Koinberg & Wijk, 2013; Rchaidia, Casterlé e Gastman, 2011; Fraczyk e Godfrey, 2010; Melo et al, 2013 e Barreto, Suzuki, Lima e Moreira, 2008). Em concordância com Melo (2005, p.56) que defende que “a investigação (...) demonstra que a maioria dos doentes pretende saber o máximo possível sobre a sua doença, causas, tratamento e prognóstico”, e que “sabendo a verdade, os ajuda a compreender o tratamento, a planear o futuro e a ajustar-se à doença” (Cahoon, 1982, p.25).

Também o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o paciente favorece a expressão de dúvidas, medos e preocupações, promovendo o bem-estar e a aquisição de competências para enfrentar a doença oncológica e a fase pré-operatória (Browall, Koinberg & Wijk, 2013; Rchaidia, Casterlé e Gastman, 2011; Fraczyk e Godfrey, 2010; Melo et al, 2013 e Barreto, Suzuki, Lima e Moreira, 2008).

No âmbito de uma relação de ajuda, os principais recursos comunicacionais do enfermeiro são a escuta ativa, a compreensão empática e o toque no momento de ansiedade que promove a expressão de emoções e simultaneamente um efeito calmante e de segurança (Phaneuf, 2005). Sendo a ansiedade um fator presente no pré-operatório, está descrito que os pacientes destacam a importância do suporte por parte do enfermeiro que através de boas estratégias comunicacionais pode combater a ansiedade sentida nesta fase e transmitir tranquilidade e confiança (Fraczyk e Godfrey, 2010; Melo et al, 2013).

Segundo Phaneuf (2005), a enfermeira deve comunicar esperança de melhoria da saúde e força de combater a doença, sem criar perspectivas ilusórias, e sem mentir. Neste sentido, a pessoa ao assumir o seu sofrimento e identificar as preocupações, permite ao enfermeiro auxiliá-la a ampliar perspectivas, encarando a doença com esperança, participação ativa e envolvimento do doente (Corney, 1996).

A VEPO assume-se como um momento decisivo na promoção do bem-estar da pessoa, bem como no planeamento dos cuidados porque "...é a base para planificar uma ajuda individualizada e estabelecer objetivos de atuação" (Atkinson citado pela AESOP, 2006, p.122). Constitui também um recurso utilizado para recolher dados sobre a pessoa que vai ser submetido a cirurgia, favorecendo uma relação com esta e avaliando ao mesmo tempo os conhecimentos e expectativas da mesma face à intervenção cirúrgica.

Garretson (2004), num estudo que efetuou sobre *Benefits of Preoperative Information Programmes*, identificou alguns benefícios de proporcionar informações na fase pré-operatória, das quais se inclui o decréscimo da duração do tempo de internamento, a menor necessidade de utilização de analgésicos no pós-operatório e o aumento da satisfação do paciente. Na mesma perspetiva, Melo (2005), enfatiza que os doentes informados sobre a sua situação clínica e sobre os procedimentos técnicos a que vão ser sujeitos, tendem a aderir mais ao tratamento com repercussões positivas.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Cuidados de Enfermagem Prestados Durante a Visita de Enfermagem Pré-Operatória

A VEPO tem sido alvo de estudos por diversos autores, mas segundo a AESOP (2006) esta antecede o acolhimento da pessoa no ambiente cirúrgico, sendo crucial na recolha de dados úteis para a prática clínica, em que o enfermeiro circulante responsabiliza-se pelo acolhimento do paciente e dá resposta às suas necessidades de comunicação, conforto e segurança.

O enfermeiro no pré-operatório terá que ser capaz de “avaliar as reais necessidades do doente, realizar os diagnósticos de enfermagem, promover as ações de enfermagem e desenvolver e avaliar os resultados das mesmas” (AESOP, 2006, p.109). O papel do enfermeiro no período peri-operatório deverá assentar num conjunto de atividades práticas e técnicas, mas também em prol da satisfação das necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar. A VEPO ocorre sempre no serviço de internamento onde a pessoa está internada, sendo este um espaço mais calmo e familiar, uma vez que a admissão já ocorreu e a pessoa encontra-se mais integrada no ambiente hospitalar (AESOP, 2006).

Para além disso, vários estudos (Dawson 2003; Silva 2002) demonstram que na generalidade os doentes esperam encontrar no BO o mesmo enfermeiro que realizou a VEPO, pois sentem-se mais seguros e bem recebidos.

Este momento pode também ser considerado como uma atitude personalizada e de humanização dos cuidados de saúde dos nossos hospitais, sendo o enfermeiro responsável por essa humanização, uma vez que estabelece e mantém a relação mais próxima e continua com o paciente (Martins, 2011).

Para que a visita pré-operatória tenha a eficácia que se deseja é necessário criar um meio propício para esta atividade, logo “deve ser realizada num ambiente calmo e silencioso, sem fatores que possam provocar distrações ou impossibilitar a relação, (...) os membros da família podem e devem estar presentes” (Pinheiro, 1999, p.42).

Segundo o estudo de Fraczyk e Godfrey (2010), a VEPO foi considerada pelos participantes como sendo uma atividade de suporte e apoio por parte dos enfermeiros que através de boas estratégias comunicacionais podem combater a ansiedade sentida no pré-operatório. Neste estudo, realizado a 275 participantes, os resultados foram reveladores de elevados níveis de satisfação com a VEPO.

Por outro lado, Melo et al (2013), concluíram no seu estudo que a maioria dos entrevistados recorda-se da VEPO que lhes foi realizada antes da intervenção cirúrgica e consideram-na muito útil. Referem que o mais importante durante a VEPO consistiu na informação que receberam, na tranquilidade e na confiança transmitida pelo enfermeiro, realçando o esclarecimento de dúvidas relativos à anestesia e à intervenção cirúrgica, bem como a entrega do folheto informativo. Para além disso a VEPO potencia a transmissão da informação colhida à restante equipa multidisciplinar, promovendo a continuidade, a eficácia e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa que vai ser submetida a cirurgia.

2.2. O Enfermeiro na Promoção de uma Transição saudável

O processo de transição encontra-se subjacente aos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com doença oncológica durante a VEPO, na medida em que a pessoa encontra-se perante uma situação de mudança que apesar de inevitável, não é necessariamente natural ou desejável. Para Meleis (2010, p.11), eventos críticos e mudanças na pessoa ou ambiente, desencadeiam “*transitions*”, ou seja “*passage from one fairly stable state to another fairly stable state, and it is a process triggered by a change*”. Enquadrando a problemática em estudo no modelo de transição de Meleis (2010), o cliente encontra-se num período de transição, decorrente do processo saúde/doença (Schumacher e Meleis, 2010).

A transição saúde-doença inclui as transições súbitas de um estado de saúde para um estado de doença, as mudanças graduais no papel e bem-estar do cliente, as mudanças de função no estado de doença para alcançar o bem-estar e o papel súbito ou gradual de bem-estar na doença crónica. Algumas transições refletem o percurso saúde/doença mais diretamente que outras, como por exemplo, o diagnóstico de doença oncológica (Chick e Meleis, 2010 in Meleis, 2010).

Schumacher e Meleis (1994) referem que os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo despendem com as pessoas que vivem transições, sendo o conceito de transição fulcral para a Enfermagem. Neste contexto, o enfermeiro deve revelar um determinado conjunto de competências de ordem técnico-científicas e de natureza humana que sustentam o seu agir profissional. Em concordância com Collière (1999), que salienta a diversidade de competências existentes no âmbito da enfermagem em prol dos cuidados de manutenção de vida e que têm em consideração a singularidade de cada pessoa.

A VEPO constitui um excelente momento para o enfermeiro intervir nos padrões de resposta, pois ao encontrar a pessoa na situação de pré-operatório, poderá demonstrar uma atitude de apoio e através de estratégias comunicacionais pode combater a ansiedade sentida no pré-operatório e identificar os recursos existentes. A comunicação com a pessoa e família promove a relação de *entreaajuda* na criação de novos significados e percepções levando ao desenvolvimento de confiança e *coping*, manifestado por sentimentos de segurança e percepção dos seus pontos fortes e recursos disponíveis, traduzindo-se na adaptação ao meio e no processo de transição (Schumacher & Meleis, 1994).

Assente no modelo de transição de Meleis (2010), é de enfatizar a intervenção do enfermeiro em três níveis de atuação, nomeadamente na avaliação da preparação, em que através da comunicação com o cliente se conhece as características e necessidades do mesmo, o papel de suplementação, referente à promoção do desenvolvimento de novos papéis, e por último, a preparação da transição, em que ocorre o assumir gradual das novas responsabilidades e competências. Neste sentido, o desafio para os enfermeiros, perante a necessidade de suporte nos processos de transição, é perceber o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas, com vista a promover estabilidade e sensação de bem-estar.

A comunicação como meio para alcançar uma intervenção terapêutica junto do cliente, constitui a ponte para o enfermeiro recolher os dados, planear as intervenções e potenciar os resultados esperados junto do mesmo. Segundo Meleis (2010), é pela comunicação que se estabelecem as bases para uma relação de *entreaajuda* e se constroem novos conhecimentos e significações que promovem a

percepção dos recursos disponíveis (internos e externos) que por sua vez conduzem à adaptação ao meio e à conclusão do processo de transição.

Existem condições ou recursos que facilitam ou dificultam as transições e que podem influenciar a qualidade da experiência e as consequências da transição, designadamente, pessoais (significados, crenças e atitudes, status socioeconómico, a preparação e o conhecimento), da comunidade e da sociedade (Meleis et al, 2000). Relativamente aos recursos pessoais, alguns estudos evidenciados pelos mesmos autores sugerem que uma preparação e conhecimentos prévios sobre o que esperar durante a transição, bem como as estratégias a utilizar na gestão da situação facilitam a experiência da transição, ao passo que o contrário prejudica todo este processo. Ou seja, o fornecimento de informação ao cliente acerca de elementos constituintes do processo de transição, neste caso de saúde/doença, é facilitador da conclusão do processo de modo saudável.

Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne e Schumacher (2000) apontam padrões de resposta da pessoa à transição que auxiliam o enfermeiro na avaliação da tendência dos seus clientes para a saúde ou para a vulnerabilidade e riscos. Estes podem ser de dois tipos: indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo incluem: sentir-se e estar ligado, interação, localizar-se e estar situado e desenvolver confiança e coping, segundo os mesmos autores. O sentir-se ligado, por exemplo, nomeadamente aos profissionais de saúde, aos quais se podem fazer questões e esclarecer dúvidas são outro indicador importante de uma experiência positiva (Meleis et al., 2000). Os padrões de resposta, através dos indicadores de resultados, manifestam-se pela mestria e pela integração fluida da identidade. A mestria revela um progresso nas capacidades e competências do indivíduo, que lhe permitem viver a transição com sucesso. São exemplos de mestria a aquisição de informação, a procura de sistemas de suporte social, a manutenção ou desenvolvimento de relações sólidas com outros indivíduos e aprendizagem de formas de adaptação à mudança através da consciência do *self*.

A análise das Transições e das suas implicações mais importantes originou a compreensão da crise que a desencadeia, a rutura com o quadro conceptual da pessoa, os significados atribuídos aos eventos de transição, a definição e redefinição da situação e, por último, os indicadores de resultados que consistem na

mestria em gerir a transição e o desenvolvimento de uma identidade flexível que conduzem à conclusão do processo (Meleis, 2010). Através de uma visão mais abrangente, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo ao enfermeiro pôr em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia (Meleis et al., 2000).

À luz da teoria de Teoria de Médio Alcance de Meleis (2010), a implementação dos cuidados mais direcionados e fundamentados inerentes à VEPO, podem ser vistos como promotores de uma transição eficaz por parte da pessoa com doença oncológica em fase pré-operatória, vivenciando todo o processo de um modo mais saudável. Uma vez que o enfermeiro durante a realização da visita pré-operatória, através de uma comunicação assertiva e direcionada, tem a oportunidade de recolher a informação junto do cliente, avaliar quais são os seus recursos pessoais, sociais e da comunidade, transmitir a informação necessária de acordo com as suas preocupações e expectativas e planear as intervenções que potenciem a transição da forma mais saudável possível.

III. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3. METODOLOGIA DE PROJETO

Numa primeira fase, a pesquisa bibliográfica foi um instrumento crucial no desenvolvimento de novos saberes, para uma reflexão fundamentada das práticas e na esquematização do Projeto. Tal como refere Fortin (1999), a metodologia de projeto desempenha um papel fundamental na transmissão escrita do que se pretende realizar, enquanto etapa de uma pesquisa em que se estabelece detalhadamente o objeto e o planeamento do estudo.

O desenvolvimento do PIS incidiu nas necessidades das pessoas com doença oncológica no decorrer da fase pré-operatória, em prol da melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem. Para além disso, teve como principal finalidade o promover e qualificar os cuidados de enfermagem e proporcionar uma melhor experiência de transição à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia, através da VEPO, bem como a aquisição e o desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

O PIS decorreu ao longo de três estágios no ano letivo de 2013/2014 na ESEL, de acordo com a metodologia apresentada em Projeto, e com o estabelecimento prévio de objetivos específicos e correspondentes atividades com referência aos recursos utilizados para o desenvolvimento das mesmas e consequente avaliação dos resultados obtidos. Os dois primeiros estágios decorreram no BO e no Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital de Lisboa, e o último estágio corresponde à implementação do projeto em contexto de trabalho. No contexto do 2º estágio, realizei em simultâneo a Revisão Sistemática da Literatura que suporta teoricamente as etapas e atividades desenvolvidas neste capítulo.

No entanto, é de realçar que este percurso foi revelador de especificidades e condicionantes organizacionais que exigiram algumas alterações às atividades propostas no Projeto realizado.

3.1. Identificação do Problema e Diagnóstico de Situação

O fato de ter como contexto de trabalho o BO, faz-me lidar diariamente com a problemática da doença oncológica, enquanto diagnóstico que afeta de modo multidimensional a vida do cliente. O diagnóstico da situação resulta da observação enquanto prestadora de cuidados, da lacuna existente na preparação psicológica das pessoas com doença oncológica que vão ser submetidas a cirurgia. Estas, quando chegam ao BO, no período que antecede a intervenção cirúrgica, encontram-se numa situação de medo e ansiedade que verbalizam, por vezes, colocando inúmeras questões ou não interagindo com o enfermeiro e restante equipa.

Como já foi referido anteriormente, o bloco operatório é um serviço em que existe uma sobrevalorização da técnica, tornando-se num ambiente causador de stress psicológico e fisiológico, o que adjacente a uma falta de individualização dos cuidados pode colocar o bem-estar da pessoa em risco.

Compreendi também pela revisão da bibliografia existente, que é essencial acompanhar o cliente desde o período pré-operatório, de modo a dar resposta às suas necessidades de informação e outras, promover o seu bem-estar e reunir condições para que efetue uma transição saudável. Ao debruçar-me sobre esta realidade, senti que era urgente intervir na fase pré-operatória como forma de contrariar a problemática. Assim, propus a implementação da VEPO como PIS, dando visibilidade aos cuidados de enfermagem valorizados pela pessoa com doença oncológica no decorrer da mesma.

Depreende-se que uma preparação pré-operatória corretamente assistida poderá permitir ao cliente desenvolver capacidades que contribuam para que se adapte à sua situação, reduzindo o seu nível de insegurança e, conseqüentemente, o seu nível de ansiedade. Ciente desta *práxis*, considero um desafio identificar quais os

cuidados de enfermagem que a pessoa com doença oncológica valoriza no decorrer da VEPO, de forma a desenvolver um agir mais direcionado, intuitivo e fundamentado essencial à prática de cuidados do enfermeiro especialista.

3.2. Objetivos do Projeto

Após a definição do problema e do diagnóstico de situação, criaram-se os objetivos que orientaram o Projeto nas suas diferentes fases de implementação. Para além das competências subjacentes ao agir profissional do enfermeiro especialista, o desenvolvimento deste PIS teve como finalidade a resolução da problemática de enfermagem identificada e descrita anteriormente, pelo que se pretende com a sua implementação:

- Promover e qualificar os cuidados de enfermagem e proporcionar uma melhor experiência de transição à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia, através da VEPO, bem como a aquisição e o desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Objetivos específicos referentes ao BO I e Serviço de Cirurgia Geral

1. Adquirir conhecimentos teóricos, com base em pesquisa bibliográfica e na Revisão Sistemática da Literatura (Apêndice I), e práticos que me permitam implementar uma práxis baseada na evidência;
2. Prestar cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa com doença oncológica, em fase pré-operatória, durante a VEPO;
3. Estabelecer uma relação terapêutica com o cliente em fase pré-operatória e pós-operatória que seja promotora de uma transição saudável.

Objetivos específicos referentes ao BO (contexto de trabalho)

1. Promover a VEPO perante os meus colegas no BO e Serviço de Especialidades Cirúrgicas, sensibilizando-os para a sua importância;
2. Assumir uma prática de cuidados que seja reveladora das competências gerais e específicas do enfermeiro especialista;
3. Implementar a VEPO às pessoas com doença oncológica em fase pré-operatória.

3.3. Estratégias e Atividades do Projeto

Numa segunda fase, para a concretização efetiva deste Projeto, tive que ir a campo, em concordância com Fortin (1999), cada etapa do projeto tem uma pertinência, um significado e insere-se numa sequência própria e adequada, correspondendo a determinada atividade, de planeamento, execução e avaliação.

As escolhas dos locais de estágio, bem como a elaboração do respetivo cronograma prendem-se unicamente com o fato de se realizarem Visitas de Enfermagem Pré-Operatórias no Hospital de Lisboa selecionado e de se realizarem cirurgias programadas a clientes do foro oncológico.

Após a construção do objetivo geral e dos específicos do PIS, foram propostas as estratégias e as atividades a desenvolver para os alcançar, definindo os resultados esperados e os indicadores de avaliação a atender.

A população-alvo deste Projeto, no primeiro estágio, foi constituída por todas as pessoas com doença oncológica em fase pré-operatória na véspera da cirurgia. No segundo estágio, a população-alvo consistiu nas pessoas com doença oncológica em fase pós-operatória, internados no Serviço de Cirurgia Geral, na enfermaria ou Unidade de Cuidados Intermédios. No terceiro e último estágio, em contexto de trabalho, a população-alvo foi constituída pelas pessoas com doença oncológica em fase pré-operatória na véspera da cirurgia.

Algumas das estratégias desenvolvidas surgem como resposta às dificuldades previstas e constatadas no decorrer da implementação do Projeto, no sentido de agir em prol da concretização dos objetivos propostos.

Em contexto do primeiro estágio, uma das estratégias assumidas foi a **sensibilização da equipa de enfermagem** para a importância da realização da VEPO, uma vez que o argumento da escassez de recursos humanos condicionava, por vezes, a sua realização. Deste modo, disponibilizei-me a revelar os resultados da colheita de dados, mantendo a privacidade dos doentes, como forma de incentivar a realização da mesma.

Assumir também uma **postura proactiva na realização da VEPO**, o que incluiu a realização de um folheto informativo (Apêndice II) e a disponibilidade para realizar todas as visitas que contemplasse a população já referida, no decorrer do período de estágio.

No decorrer do 2º estágio, enquanto estava no Serviço de Cirurgia Geral, verificou-se uma suspensão na realização das Visitas de Enfermagem Pré-Operatórias, realizadas pelo enfermeiro do BO, devido ao argumento da escassez de recursos humanos e alterações estruturais de equipas. Deste modo, tive que **adaptar as atividades apresentadas em Projeto**, porque ao invés de doentes que tinham sido submetidos à VEPO, eu deparei-me com aqueles que não receberam esses cuidados. Assim, tentei perceber quais as necessidades que sentiram na fase pré-operatória, fazendo o resumo numa Tabela de Colheita de Dados que construí para esse efeito (Apêndice III).

O fato de realizar uma **Revisão Sistemática da Literatura** (Apêndice I) acerca dos “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Oncológica na Visita de Enfermagem Pré-Operatória”, fez-me adquirir e desenvolver conhecimentos que foram essenciais para fundamentar a pertinência da VEPO perante colegas, chefias e inclusivamente a equipa de direção da instituição, e assim desenvolver o projeto em contexto de trabalho.

Para a concretização dos objetivos específicos já referidos, foram desenvolvidas determinadas atividades cruciais no desenvolvimento do Projeto e que se encontram apresentadas de seguida, para uma melhor visualização da implementação do PIS.

Objetivos específicos e atividades referentes ao BO I e Serviço de Cirurgia Geral

1. Adquirir conhecimentos teóricos e práticos que me permitam implementar uma práxis baseada na evidência:
 - Realizar uma Revisão Sistemática da Literatura (Apêndice I) que constitua um instrumento de consulta acerca da problemática em estudo;
 - Fazer a VEPO a pessoas com doença oncológica tendo por base esse conhecimento.

2. Prestar cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa com doença oncológica, em fase pré-operatória, durante a VEPO (referente ao BO):
 - Estabelecer as bases a uma relação empática com a pessoa, revelando escuta ativa, interesse pela sua situação e disponibilidade;
 - Atualizar o folheto informativo acerca dos cuidados pré, intra e pós-operatórios para entregar à pessoa com doença oncológica durante a VEPO (Apêndice II);
 - Colher dados às pessoas com doença oncológica em fase pré-operatória, com enfoque na importância da VEPO;
 - Criar uma Tabela de Colheita e Registo da informação obtida durante a VEPO (Apêndice III), para perceber a importância desta atividade de enfermagem.

3. Estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa com doença oncológica em fase pré-operatória e pós-operatória, que seja promotora de uma transição saudável:
 - Criar as bases a uma relação de ajuda e assistir ao desenvolvimento de mecanismos de *coping*, através da prestação direta dos cuidados (fase pré-operatória e pós-operatória);
 - Elaborar uma Tabela de Análise do Plano Operatório Semanal (Apêndice IV)

- Realizar Colheita de Dados à pessoa com doença oncológica em fase pós-operatória para perceber a importância da VEPO no processo (Apêndice V) - fase pós-operatória;
- Elaborar pelo menos um Estudo de Caso/Plano de Cuidados com fundamentação teórica (Apêndice VI) - fase pós-operatória.

Objetivos específicos e atividades referentes ao BO II (contexto de trabalho)

1. Promover a importância da VEPO aos meus colegas no BO e Serviço de Especialidades Cirúrgicas, sensibilizando-os para a sua importância:
 - Realizar Formação em serviço e ao nível hospitalar (Apêndice VII), núcleo de formação central, sobre a VEPO;
 - Elaborar um Instrumento de Colheita de Dados (Apêndice VIII) e aplicar durante a VEPO às pessoas com doença oncológica;
 - Efetuar um Folheto de Ensino (Apêndice IX) que explicita as rotinas pré e peri-operatórias para entregar e explicitar ao cliente no final da VEPO.

2. Assumir uma prática de cuidados que seja reveladora das competências gerais e específicas do enfermeiro especialista:
 - Manifestar uma tomada de decisão ética no meu agir profissional (assegurar a privacidade das pessoas nos instrumentos de colheita de dados utilizados para colheita e análise);
 - Promover um ambiente terapêutico seguro;
 - Otimizar a qualidade e a continuidade dos cuidados;
 - Desenvolver instrumentos de trabalho baseados em conhecimentos teóricos válidos e comprovados cientificamente.

3. Implementar a VEPO às pessoas com doença oncológica em fase pré-operatória:
 - Fazer a VEPO a todas as pessoas com doença oncológica em fase pré-operatória que se encontrem internadas nas Especialidades Cirúrgicas e

Serviço de Ginecologia, utilizando o Instrumento de Colheita de Dados (Apêndice VIII), o Folheto Informativo (Apêndice IX) e o Questionário de Avaliação da VEPO (Apêndice X);

- Elaborar um Questionário de Avaliação da VEPO (Apêndice X) e entregar às pessoas após a visita, para preencherem e entregarem no pós-operatório;
- Integrar a VEPO no Plano Anual de Atividades do serviço (Anexo I);
- Divulgar o trabalho desenvolvido com a participação em forma de comunicação livre no XVI Congresso Nacional da AESOP (Anexo II).

3.4. Implementação do Projeto

3.4.1. Estágio no Bloco Operatório I

Para perceber a importância da VEPO em contexto hospitalar, bem como o seu reflexo na qualidade dos cuidados prestados, realizei numa primeira fase, cerca de 150h em contexto de bloco operatório, nomeadamente no planeamento e realização da VEPO.

O primeiro estágio decorreu num hospital de Lisboa. No BO que estruturalmente é constituído por 4 salas operatórias, 2 destinadas à Cirurgia Geral; 1 para a Cirurgia Ortopédica e Neurocirurgia Pediátrica e 1 para Cirurgias de Urgência. Faz parte ainda deste bloco operatório, uma sala destinada à Cirurgia Ginecológica que funciona no piso -1, num pavilhão à parte. Este serviço dá apoio a urgência para as especialidades de Maxilo-Facial, Plástica, Neurocirurgia, Cirurgia Vasculuar, Torácica e Urologia (além das especialidades já referidas). No mesmo piso, ligada fisicamente ao BO, encontra-se a UCPA. Fazem ainda parte da estrutura física deste serviço, várias salas de armazenamento de material, de equipamentos, bem como a Central de Esterilização.

O BO é sem dúvida, o serviço que dentro de uma instituição hospitalar tem uma imagem mais ameaçadora para a maioria das pessoas. Este facto poderá estar associado, ao medo da perda de controlo, através da anestesia, medo de não acordar, ou seja, encontra-se subjacente o medo da morte. Em concordância com Oliveira (2011) que enfatiza que o procedimento anestésico/cirúrgico provoca

ansiedade na pessoa que dependendo dos fatores individuais, pode resultar em apreensão e inclusivamente alterações físicas e psicológicas.

Neste sentido, é necessário tentar desmistificar o enigma do BO, sendo a sala de operações um meio tão fechado e restrito aos profissionais que trabalham de acordo com diversas normas, nomeadamente, as de fardamento, de circulação de pessoas e de assepsia e com diversos materiais e equipamentos, é normal que se apresente como um ambiente causador de stress.

A especificidade do cliente cirúrgico e das suas necessidades individuais requer um “conjunto de conhecimentos teóricos e práticos pelo enfermeiro da sala de operações (ou de várias etapas integradas em si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades (...) planeia esses cuidados, executa-as com destreza e segurança e valida-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado” AESOP (2006, p.7). A enfermagem peri-operatória tem como objetivo a prestação de cuidados à pessoa que vai ser submetida a uma cirurgia e exige que os profissionais especialistas nesta área, sejam portadores de um conhecimento científico, técnico e humano competente que os capacite para dar uma resposta eficiente ao doente.

O estágio no BO decorreu maioritariamente a realizar a **VEPO** nos serviços de Internamento de Cirurgia Geral e Ginecologia deste hospital, uma vez que os meus objetivos principais prendem-se com o cuidar de enfermagem na fase pré-operatória. Neste âmbito, semanalmente à sexta-feira consultava o Plano Operatório Semanal para planear as VEPO'S consoante as cirurgias do foro oncológico marcadas. Geralmente, as pessoas com doença oncológica são internadas no serviço na véspera da intervenção cirúrgica, por necessitarem de algum tipo de preparação e para confirmação e/ou realização de exames pré-operatórios. Assim, na véspera da cirurgia, no período da tarde, deslocava-me com o fardamento do BO aos serviços, acompanhada numa primeira fase, pela minha orientadora do local de estágio e procedia à realização da VEPO aos doentes.

A VEPO iniciava-se com a consulta prévia do processo do doente na enfermaria, donde são extraídos os dados possíveis ao preenchimento do instrumento de colheita de dados; de seguida deslocava-me ao quarto da pessoa, apresentava-me e explicitava o objetivo da VEPO. Posteriormente, através de uma escuta ativa e

uma postura atenta e disponível, criava as bases necessárias ao estabelecimento de uma relação empática e efetuava ensinamentos acerca dos cuidados pré e intra e pós-operatórios, no sentido de transmitir informação e segurança. No entanto, em simultâneo é necessário avaliar e validar o conhecimento que a pessoa tem acerca do diagnóstico e cirurgia proposta, identificar eventuais problemas e planear intervenções, caso seja necessário. A VEPO termina com a entrega do folheto informativo e a avaliação dos conhecimentos e estado emocional da pessoa. É necessário ter também em consideração o grau de receptividade da pessoa à informação, para dosear a mesma às suas reais necessidades.

Em prol da concretização do primeiro objetivo específico, nomeadamente prestar cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa com doença oncológica, em fase pré-operatória, durante a VEPO, tive a oportunidade de desenvolver diferentes atividades que se enquadram no desenvolvimento de competências comuns do EEEMC referidas nos artigos 5º e 6º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que diz respeito às **competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** e do **domínio da melhoria contínua da qualidade** que descrevo de seguida.

Mais concretamente, o facto de promover as bases ao estabelecimento de uma relação empática com a pessoa (mostrar disponibilidade; escuta ativa) durante a VEPO, revela uma atitude de interesse pela sua situação e numa postura profissional, procurando avaliar conhecimentos, informar e esclarecer dúvidas - **competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, nomeadamente, desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Atualizei o folheto informativo (Apêndice II) existente acerca dos cuidados pré, intra e pós-operatórios, a pedido da enfermeira chefe do BO, para entregar à pessoa com doença oncológica durante a VEPO. Colhi também os dados durante a VEPO e preenchi rigorosamente o instrumento do serviço, já existente para o efeito, em prol da qualificação e continuidade dos cuidados - **competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**, designadamente, desempenha um papel

dinamizador no desenvolvimento das iniciativas estratégicas institucionais e concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Construi também uma **tabela de colheita de dados** (Apêndice III), para aplicar durante a VEPO, para uso pessoal, que me permitiu registrar para além da informação elementar acerca do cliente, o seu diagnóstico, a cirurgia a que ia ser submetida e as principais questões e aspetos que focou no decorrer da VEPO. Este meio de colheita de dados revelou-se fundamental para poder identificar as necessidades que o cliente revela no pré-operatório, bem como identificar medos, dúvidas e questões em comum entre os doentes nesta fase – **competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**, designadamente, desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento das iniciativas estratégicas institucionais e concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

No final de cada semana, procedi à transcrição dos dados da tabela (Apêndice III) para *word*, o que me permitiu facilmente analisar a informação obtida. Durante o estágio realizei diversas VEPO'S, mas só registei as que se inseriam na população previamente selecionada, efetivamente 13 VEPO'S. Coincidentemente, todas as pessoas com doença oncológica visitadas pertenciam ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 30 e os 83 anos de idade. No que concerne às neoplasias, estas eram maioritariamente tumores do trato genital e da mama. Em consonância com os dados apontados pelo PNDO (2013), tem-se verificado um aumento significativo dos tumores *in situ* da mama e genito-urinários localizados, o que corresponde também a uma atividade positiva dos rastreios.

No decorrer da VEPO, ia sendo crescente a confiança e o à vontade que as pessoas apresentavam, expressando as suas preocupações, questões e medos. Mais concretamente, o **medo da anestesia** e o **medo associado à intervenção cirúrgica** e ao **pós-operatório imediato** foram referidos por 5 doentes na véspera da intervenção cirúrgica. Em concordância com Oliveira (2011) a cirurgia é percecionada pela pessoa doente como uma ameaça externa e pelo que a ansiedade pré-operatória é uma emoção comum na maioria das pessoas na fase pré-operatória. Neste sentido, é imprescindível esclarecer a pessoa relativamente aos procedimentos cirúrgicos, acerca do pré e pós-operatório, controlando os níveis de ansiedade que esta apresenta. Para Oliveira (2011, p. 12) “cabe aos profissionais

de saúde controlar a ansiedade no período pré-operatório, implementando estratégias que a permitam reduzir.”

Verificou-se que o fato de haver **experiências cirúrgicas anteriores** torna-se facilitador de todo o processo, nomeadamente, uma cliente referiu “não estou nervosa porque já passei outras vezes por esta situação. Até me sinto tranquila”. Tal como esta doente, mais 3 referiram o mesmo estado suportado em experiências prévias. Neste universo, constatou-se que 10 doentes estavam **informadas e esclarecidas** acerca do diagnóstico e intervenção cirúrgica, por exemplo, uma cliente afirmou que “em 3 meses os marcadores tumorais elevaram e após umas análises de controlo marcaram logo a cirurgia.” (sic) e outra cliente realçou que “ (...) acredito que a minha recuperação passa pela cirurgia e por regressar ao meu estilo de vida saudável.” (sic)

Também Barreto, Suzuki, Lima e Moreira (2008), no seu estudo sobre as mulheres mastectomizadas, destacam que estas apresentam diferentes questões relativas à intervenção cirúrgica e ao pós-operatório. Neste contexto, o enfermeiro baseado numa relação de ajuda pode estimulá-las a expressar os seus sentimentos e preocupações, de forma a adequar o plano de cuidados às suas reais necessidades. Corney (1991), refere que não existe evidência do aumento da ansiedade ou depressão quando a pessoa com doença oncológica está informada do seu diagnóstico.

No que concerne ao tipo de relação que estabeleci e ao **apoio prestado** durante a VEPO, 9 das 13 doentes agradeceram o apoio prestado e 9 também questionaram se **iria recebê-las no BO e estar presente na cirurgia**. O estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o paciente, de acordo com os resultados dos últimos estudos, favorece a expressão de dúvidas, medos e preocupações, promovendo o bem-estar e a aquisição de competências para enfrentar a doença oncológica e a fase pré-operatória (Browall, Koinberg & Wijk, 2013; Rchaidia, Casterlé e Gastman, 2011; Fraczyk e Godfrey, 2010; Melo et al, 2013 e Barreto, Suzuki, Lima e Moreira, 2008). Para além disso, como refere Melo (2005) e Henderson (1991) uma comunicação eficaz é aquela que está direcionada para as necessidades individuais de cada cliente, promovendo os cuidados de enfermagem em prol da manutenção da sua saúde e recuperação da doença.

Relativamente à efetivação do segundo objetivo específico, designadamente, estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa com doença oncológica em fase pré-operatória, que seja promotora de uma transição saudável, pode através de estratégias comunicacionais, constituir a base a uma relação de ajuda e assistir ao desenvolvimento de mecanismos de *coping*. Este objetivo e correspondente atividade enquadram-se no adquirir da competência específica do EEEPSCEP, nomeadamente o artigo 4, alínea a) **cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, 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.**

Enquadrando este ponto no modelo de Transição de Meleis (2010), um indicador de transição saudável é o papel de domínio ou mestria, que denota realização de desempenho do papel qualificado e também conforto com o comportamento exigido na nova situação. Este assume vários componentes, incluindo competência, o que implica o conhecimento ou habilidade cognitiva, tomada de decisão, habilidades psicomotoras e auto-confiança (Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne e Schumacher, 2000). A comunicação com o cliente e família impulsiona a relação de entreajuda na criação de novos significados, levando ao desenvolvimento de confiança e *coping*, manifestado por sentimentos de segurança e perceção dos seus pontos fortes e recursos disponíveis, traduzindo-se na adaptação ao meio e no processo de transição (Schumacher & Meleis, 1994).

Também o terceiro objetivo específico, nomeadamente, adquirir conhecimentos teóricos e práticos que me façam implementar uma práxis baseada na evidência, encontra-se intrinsecamente relacionado com esta competência específica através da realização da VEPO, tendo por base os conhecimentos práticos sustentados pela Revisão Sistemática da Literatura (Apêndice I) e o desenvolver de uma prática fundamentada.

Durante a VEPO, na fase pré-operatória, estabeleci as bases essenciais ao desenvolvimento de uma **relação de ajuda**, através de uma comunicação direcionada às necessidades da pessoa. No âmbito de uma relação de ajuda, tal como refere Phaneuf (2005) os principais recursos comunicacionais do enfermeiro são a escuta ativa, a compreensão empática e o toque no momento de ansiedade

que promove a expressão de emoções e simultaneamente um efeito calmante e de segurança. Também o estudo de Rchaidia, Casterlé e Gastman (2011), destaca as principais características profissionais do enfermeiro, valorizadas pelos pacientes com doença oncológica que consistem no ser profissional, comunicativo e respeitador. Este estudo realçou como os fatores psicossociais são importantes para o paciente oncológico em ambiente de cuidados, bem como a importância de tratar cada pessoa como única e com necessidades diferentes, de forma a maximizar o seu bem-estar durante o período de internamento.

Verificou-se no decorrer da realização da VEPO que as doentes partilharam as suas preocupações, medos e angústias, colocando questões em prol da satisfação das suas dúvidas e necessidades. Uma cliente de 57 anos, com uma neoplasia da mama esquerda, refere que “ (...) tenho medo dos químicos que podem entrar no organismo e destabilizar o equilíbrio. De resto, estou otimista e confiante. Claro que o cancro tem um peso negativo para todos, mas mais para quem o vive. “ (sic).

De acordo com o estudo de Fraczyk e Godfrey (2010), a VEPO foi considerada pelos participantes como sendo uma atividade de suporte e apoio por parte dos enfermeiros que através de boas estratégias comunicacionais podem combater a ansiedade sentida no pré-operatório. Também de acordo com Martins (2011), o objetivo *major* da visita pré-operatória é o de reduzir a ansiedade da pessoa face à intervenção cirúrgica. Melo et al (2013), no seu estudo sobre a VEPO, realçam a importância desta ser realizada por enfermeiros do Bloco Operatório, uma vez que são os mais esclarecedores acerca das questões que mais inquietam os doentes, realçando o esclarecimento de dúvidas relativos à anestesia e à intervenção cirúrgica, bem como a entrega do folheto informativo acerca das rotinas pré, intra e pós-operatórias.

3.4.2. Estágio no Serviço de Cirurgia Geral

Numa segunda fase, para poder conhecer o valor dos cuidados de enfermagem que são prestados durante a VEPO e perceber o seu reflexo no bem-estar e promoção de uma transição saudável na pessoa com doença oncológica, realizei 150h de estágio prático no Serviço de Cirurgia Geral que inclui uma Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos.

Este decorreu no mesmo hospital do estágio anterior, no Serviço de Cirurgia Geral. Fisicamente é constituído por 52 camas, em quartos de duas e três camas, todos com wc individual. Neste número encontram-se incluídas as 6 camas pertencentes à Unidade de Cuidados Intermédios que existe no serviço. Ao longo de um corredor que engloba duas alas distintas, encontram-se separadamente, 2 salas de trabalho abertas, 2 salas de tratamento e 2 salas de armazenamento de material. Tem ainda a sala da enfermeira chefe, uma copa, uma sala de pausa e o balcão do secretário do serviço que se encontra na entrada do mesmo.

Após a realização da VEPO enquanto enfermeira do BO, pensei que era essencial conhecer a outra vertente do cuidado pré e pós-operatório ao doente cirúrgico oncológico, como forma de conhecer, identificar e validar as suas necessidades no período pré-operatório e desenvolver competências no cuidar especializado à pessoa com doença oncológica em fase pós-operatória.

Neste período, em contexto prático surgiram alguns imprevistos, relacionados com o fato de terem suspenso temporariamente no BO a realização da VEPO. Deste modo, tive que readaptar as atividades à realidade e focar-me no cuidar ao doente oncológico cirúrgico na fase pós-operatória, tentando perceber junto do mesmo, quais as necessidades que sentiu no período pré-operatório. Para além disso, procurei saber e avaliar se o modo como o cliente se sentia no pré-operatório teve influência na forma como enfrentou a cirurgia e a própria doença. Neste sentido, elaborei uma **Colheita de Dados** (Apêndice V) que apliquei à pessoa com doença oncológica na fase pós-operatória, para perceber a importância da VEPO no processo de transição.

Este estágio decorreu maioritariamente na Unidade de Cuidados Intermédios (UCI), onde fiquei acompanhada com uma enfermeira especialista e orientadora do local de

estágio que me apoiou no desenvolvimento das atividades propostas. A UCI recebe maioritariamente clientes com patologia cirúrgica, submetidos a cirurgia *major* ou então com critérios de monitorização hemodinâmica permanente. Neste contexto, inserem-se na sua maioria os clientes do foro oncológico que pela especificidade do diagnóstico e intervenção cirúrgica necessitam de uma maior vigilância e cuidados.

Primeiramente, elaborei uma Tabela de Análise do Plano Operatório Semanal (Apêndice IV), para poder semanalmente saber quais os doentes do foro oncológico que iam ser operados, de forma a planear a minha intervenção e acompanhar desde o início a pessoa alvo dos cuidados. Na UCI, ficava responsável pela prestação de cuidados a vários doentes com patologia oncológica e cirurgia, em fase pós-operatória, incluindo o planeamento das intervenções, a implementação e a avaliação das mesmas. Para além disso, o fato de serem internamentos em média iguais ou superiores a uma semana, permitiu-me também acompanhar a evolução de diversos doentes e estabelecer relações terapêuticas propulsoras ao desenvolvimento de competências.

Para a concretização do primeiro objetivo específico, nomeadamente estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa com doença oncológica em fase pós-operatória, que seja promotora de uma transição saudável, pude desenvolver diversas atividades que se contextualizam no desenvolvimento de competências comuns do EEEMC referidas nos artigos 5º, 6º, 7º e 8º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que diz respeito às **competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão dos cuidados** e relativa ao **domínio das aprendizagens profissionais**.

Mais especificamente, o fato de constituir uma relação de ajuda e assistir ao desenvolvimento de mecanismos de *coping*, através da prestação direta dos cuidados, manifestando uma postura de interesse, disponibilidade e escuta ativa pela situação da pessoa, pelas suas preocupações fez-me compreender como estava a vivenciar o processo de doença e pós-operatório - **competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, mais concretamente, desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promove

práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

No que diz respeito, à realização das **Colheita de Dados** (Apêndice V) ao cliente com doença oncológica em fase pós-operatória, estas foram cruciais para perceber de forma inequívoca a importância da VEPO no processo de transição. Bem como a elaboração de um plano de cuidados individualizado (Apêndice VI) e fundamentado teoricamente que se revelou importante no desenvolvimento de saberes e competências - **competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**, mais especificamente, desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento das iniciativas estratégicas institucionais e concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, e **do domínio das aprendizagens profissionais**, designadamente, desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade e baseia a sua prática clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento.

Neste contexto, é de enfatizar que as questões só foram efetuadas, após ter estabelecido uma **relação empática** com os doentes, no âmbito da prestação de cuidados. Em concordância com o estudo de Browall, Koinberg & Wijk (2013), a segurança, o companheirismo com o staff e o espaço físico, constituem os elementos principais que são valorizados pelas pessoas com doença oncológica em ambiente de cuidados de saúde.

Paralelamente a prestação de cuidados ao doente oncológico cirúrgico em contexto de internamento potenciou amplamente o desenvolvimento de competências específicas do EEEPSCEP, nomeadamente o artigo 4, alínea a) **Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, 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** e alínea b) **Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante**.

O enfermeiro que presta cuidados tem consciência e conhecimentos relativos não só ao seu papel enquanto profissional, mas também acerca da importância do cuidar o outro como forma de promover o seu bem-estar, saúde e até mesmo a vida. Desta

forma, a pessoa apresenta-se como foco da ação do profissional de enfermagem, justificando a sua intervenção e modo de agir, sendo portanto, a razão de existir dos próprios cuidados. Em concordância com Hesbeen (2000, pág. 9), o cuidado está relacionado com a atenção que se dedica a alguém ou a alguma coisa, pelo que o *cuidar de*, também exprime uma “atenção particular que se vai dar a si próprio ou ao outro, a um objecto ou à tarefa que se está a realizar” O cuidar demonstra-se em cada gesto, atitude e intervenção do prestador de cuidados, em função da pessoa que manifesta diversos problemas e/ou necessidades, no âmbito da promoção da sua saúde e bem-estar.

O **cuidar da pessoa com doença oncológica**, engloba determinadas especificidades que devem condicionar a atuação do enfermeiro. No estudo de caso que realizei (Apêndice VI), um cliente, do sexo masculino de 64 anos, refere “nunca tinha estado doente na vida! Andava sempre cheio de energia e de repente, numa consulta, o médico tirou-me o chão que pisava” (sic). O diagnóstico de cancro do reto surgiu após uma ida ao médico de família por apresentar retorragia. Deste modo, foi confrontado diretamente com o diagnóstico médico pelo clínico “ (...) nesse preciso momento deixei de ouvir, fui chamar a minha esposa e só alguns dias depois caí na realidade.” (sic)

Tal como refere Abiven (2001), a descoberta deste diagnóstico que por vezes é fatal, pode provocar na maioria das pessoas sentimentos de tristeza, agressividade e isolamento. Segundo Holland citado por Pisco (2006, p. 36), “ o cancro é um diagnóstico de que em geral se tem medo (...) tem um impacto profundo quer no doente, quer na família (...) está-lhe associado alterações da auto-imagem, auto-estima, desempenho de papéis, identidade pessoal, sexualidade e qualidade de vida.”

De todos os doentes que foram questionados, num total de 10, nenhum deles teve VEPO antes da intervenção cirúrgica. À questão “*O que sentiu antes da cirurgia?*”, as respostas obtidas foram diversas, mas basicamente centraram-se na “incerteza”, “ansiedade”, “preocupação”, “nervosismo”, “medo” e “calma”. Quando questionados relativamente a “Que tipo de apoio gostaria de ter recebido antes da cirurgia?”, as respostas foram mais unânimes, nomeadamente, “apoio emocional”, foi respondido por 7 dos 10 doentes, os restantes refugiaram-se na espiritualidade e outros

enfatazaram o apoio do médico e da enfermeira da consulta de enfermagem pré-operatória que dá apoio à consulta de senologia existente no hospital.

Face ao diagnóstico de doença oncológica, as atitudes e comportamentos do cliente tendem a mudar, adotando por vezes um papel passivo com perda de autonomia, como tal, é importante que se estabeleça uma **comunicação/inter-relação** entre o cliente e o enfermeiro. É fundamental que o enfermeiro utilize o seu tempo a falar com o cliente e a escutá-lo, visando decifrar o que se encontra nas “entrelinhas”. Segundo Lalanda (1995, p. 29), “comunicar enquanto arte profissional, tem de se aprender, analisar, e sobretudo treinar e a enfermeira (...) têm de recorrer a essa «arte» na sua prática quotidiana (...) como uma atitude terapêutica que: promova a independência e favoreça a cooperação do internado”.

No que se refere à última questão, “Acha que o modo como se sentiu antes da cirurgia tem influência na forma de a encarar e à doença?”, todos os doentes questionados responderam afirmativamente. Mais especificamente, uma cliente de 65 anos de idade, operada a uma histerectomia total e excisão de implante diafragmático, afirma que “Acho que sim. Fiquei muito tranquilizada quando fui informada e esclarecida” (sic). Por seu lado, outra cliente de 64 anos submetida a uma tumorectomia da mama direita, refere que “Acho que é fundamental ter um bom apoio e preparação para aceitar melhor a doença e encarar as dificuldades” (sic). Uma cliente de 34 anos, submetida a uma mastectomia simples da mama esquerda, acrescenta que “É muito importante saber com o que podemos contar e o que pode acontecer, como forma de estar preparada para a cirurgia e para a doença”. (sic).

Segundo Corney (1996) a **transmissão de informações ao doente** sobre a sua doença é uma das tarefas mais importantes em saúde. Os estudos realizados às pessoas com doença oncológica apontam que estes preferem ser informados, obter o máximo de informação sobre a doença, causas, tratamento e prognóstico e esse conhecimento tem efeitos desejáveis (Corney, 1996 e Melo, 2005). Também Meleis (2010) defende a comunicação e a interação como fundamentais no processo de clarificação de papéis, sendo através de uma comunicação aberta e clara que os papéis tendem a evoluir. Para a autora, face ao diagnóstico de doença oncológica, o cliente pode saber ou não, o que o espera, e as suas expectativas podem ser, ou não, realistas. A transição requer que a pessoa ao incorporar novos conhecimentos

altere o seu comportamento e a sua definição de si mesmo, dentro do seu contexto social (Meleis, 2010).

Neste estágio, também tive a oportunidade de **reorganizar as estantes de armazenamento de material**, existentes na UCI, de forma a uniformizar e facilitar o trabalho à equipa. Deste modo, fiz um plano (Apêndice XI) e organizei as estantes e as prateleiras de acordo com as diferentes áreas que exigem material específico, nomeadamente, material para via aérea, material de penso, material de punção etc., de forma a rentabilizar tempo e recursos – **competências do domínio da gestão dos cuidados**, mais especificamente, gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização dos cuidados.

No que se refere ao segundo objetivo específico, nomeadamente, adquirir conhecimentos teóricos e práticos que me permitam implementar uma prática baseada na evidência, foi alcançável em parte pela ampla pesquisa bibliográfica que realizei acerca desta temática e a consequente elaboração da Revisão Sistemática da Literatura com o tema “Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Oncológica na Visita de Enfermagem Pré-Operatória”. Este objetivo enquadra-se no âmbito do desenvolvimento de competências comuns do EEEMC referida no artigo 8º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que diz respeito às **competências das aprendizagens profissionais**, ou seja, desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade e baseia a sua prática clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento.

No agir profissional, a forte componente teórica que predomina na formação do enfermeiro, serve de base à construção de quadros conceptuais indispensáveis a qualquer *praxis*, que pretende ser cientificamente fundamentada (Ribeiro, 1998). No entanto, as experiências do dia-a-dia potenciam as aprendizagens, levando a que a relação teoria/prática surja como um veículo para a autoformação. Apesar da amostra de artigos da Revisão Sistemática da Literatura (Apêndice I), efetuada sobre os cuidados de enfermagem prestados durante a VEPO, ser reduzida, de apenas 5 artigos, a diversidade temática dos mesmos, permitiu chegar a importantes resultados. Estes foram enriquecidos pelo facto dos estudos terem enfoque na importância do ambiente de cuidados, na realização da VEPO à pessoa em situação

de pré-operatório e nas vivências da pessoa com doença oncológica. É evidente que apesar da crescente amplitude que a doença oncológica apresenta na sociedade atual, ainda não existe muitos estudos que abordem esta problemática em toda a sua dimensão. No entanto, as vivências descritas pela pessoa com o diagnóstico de doença oncológica em contexto hospitalar, quer durante o pré-operatório, quer durante o internamento, bem como os estudos acerca da pertinência da VEPO, possibilitaram a identificação dos cuidados de enfermagem que são valorizados na mesma e que promovem uma transição saudável (Apêndice I).

3.4.3. Estágio no Bloco Operatório II (contexto de trabalho)

A terceira e última fase do processo de implementação deste Projeto decorreu no Bloco Operatório onde exerço funções como enfermeira.

Os enfermeiros têm o dever ético e profissional de implementar cuidados de enfermagem que resultem em *outcomes* em saúde na pessoa alvo dos mesmos, o que para Doran et al. (2006), constituem uma importante fonte de evidências sobre a sua eficácia e qualidade. O enfermeiro assume um papel importante “...em ir ao encontro de outra pessoa para a acompanhar na promoção da sua saúde”, como refere Hesbeen (2001, p.23),

Este Bloco Operatório é estruturalmente constituído por 6 salas operatórias, 1 destinada à Ginecologia; 1 para a Cirurgia Geral; 1 para a Urologia e Otorrinolaringologia; 1 para a Oftalmologia e Cirurgia Geral; 1 para a Ortopedia e 1 para Cirurgias de Urgência. No mesmo piso, ligada fisicamente ao BO, encontra-se a UCPA com 4 camas de intermédios cirúrgicos e 10 camas de recobro pós-anestésico. Fazem ainda parte da estrutura física deste serviço, o gabinete da enfermeira chefe, uma sala de reuniões, uma sala de pausa várias salas de armazenamento de material, equipamentos, salas de sujios, salas de lixos, bem como a Central de Esterilização que comunica com o BO por um corredor de limpos.

A enfermagem perioperatória apresenta como objetivo principal a prestação de cuidados à pessoa que vai ser submetida a uma intervenção cirúrgica, assim como a sua família. Tal como refere a AESOP (2006, p.57), esta define-se como “o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelos enfermeiros de sala de

operações através de um processo programado (...) pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado”. Neste contexto, os enfermeiros fundamentam o seu agir com base num conhecimento científico, técnico e humano aprofundado que os capacita para dar resposta ao doente no período intraoperatório.

Após adquirir e desenvolver as competências em prol da realização da VEPO, em contexto do primeiro estágio de BO, realizei cerca de 150h de estágio no meu local de trabalho para reunir as condições necessárias à implementação do PIS. No que se refere à realização do primeiro objetivo específico, nomeadamente, promover e divulgar a VEPO as meus colegas no BO e Serviço de Especialidades Cirúrgicas, sensibilizando-os para a sua importância, desenvolvi várias atividades que se integram no desenvolvimento de competências comuns do EEEMC referidas nos artigos 5º, 6º, 7º e 8º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que diz respeito às **competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, do **domínio da melhoria contínua da qualidade**, do **domínio da gestão dos cuidados** e relativa ao **domínio das aprendizagens profissionais**.

Iniciei o estágio por fazer sessões de **formação** (Apêndice VII) ao nível hospitalar (núcleo de formação central) sobre a VEPO e posteriormente no BO para os meus colegas. Carvalho (1996), citando Ferry (1987), aponta como principais objetivos da ação formativa, procurar respostas e apresentar soluções, face às necessidades em contexto de trabalho. O mesmo autor considera que a formação visa enriquecer um técnico profissional e especializado, enquadrando-se num processo permanente que se prolonga através de um projeto de vida. Neste sentido, revelou-se uma mais valia poder apresentar a VEPO como projeto aos meus colegas de trabalho e instituição, sensibilizando-os para esta problemática e promovendo a sua implementação - **competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**, designadamente, desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento das iniciativas estratégicas institucionais e concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade e cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.

Posteriormente elaborei um **instrumento de colheita de dados** (Apêndice VIII) a aplicar durante a VEPO às pessoas com doença oncológica que pudesse transmitir o processo transicional, baseada na Teoria de Meleis (2010) e que permitisse a continuidade aos cuidados no intraoperatório. Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne e Schumacher (2000) apontam padrões de resposta da pessoa à transição, estes auxiliam o enfermeiro na avaliação da tendência dos seus clientes para a saúde ou para a vulnerabilidade e riscos. Por meio de estratégias de comunicação, o enfermeiro pode atuar nestes padrões, no sentido de suprimir as necessidades de informação e favorecer as relações e os contactos que o cliente e família estabelecem com o meio, prevenindo o isolamento social. - **competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do domínio da melhoria contínua da qualidade e do domínio das aprendizagens profissionais.**

Construi também um **folheto de ensino informativo** (Apêndice IX) que revelava as rotinas pré, intra e pós-operatórias, e explicitava-o à pessoa com doença oncológica durante a VEPO. Melo et al. (2013), num estudo sobre a VEPO, destacam a importância desta ser realizada por enfermeiros do Bloco Operatório, uma vez que são os mais esclarecedores acerca das questões que mais os preocupam, realçando o esclarecimento de dúvidas relativos à anestesia e à intervenção cirúrgica, bem como a entrega do folheto informativo - **competências do domínio da melhoria contínua da qualidade e do domínio das aprendizagens profissionais.**

A concretização do segundo e terceiros objetivos específicos interligam-se entre si, designadamente, desenvolver um conjunto de competências subjacentes ao agir do EEEMC e EEPSCEP e implementar a VEPO às pessoas com doença oncológica em fase pré-operatória e contextualizam-se no desenvolvimento de competências comuns do EEEMC referidas nos artigos 5º, 6º, 7º e 8º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que diz respeito às **competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão dos cuidados** e relativa ao **domínio das aprendizagens profissionais**. Bem como, o desenvolvimento de competências específicas do EEPSCEP, nomeadamente o artigo 4, alíneas a) **Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, 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 e b) Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte. Consequentemente, após fazer formação e ter os instrumentos de suporte à VEPO, iniciei a sua realização no Serviço de Especialidades Cirúrgicas e no Serviço de Ginecologia. Para tal, consultava o plano operatório semanal e sabia, à priori, quais as pessoas com doença oncológica que iam ser operadas, planeando as intervenções antecipadamente.

No decorrer da VEPO, agi de forma semelhante ao que descrevi anteriormente, no primeiro estágio de BO, de acordo com os **princípios éticos**, apresentando-me e explicando o objetivo do projeto; estabeleci as bases à criação de uma relação empática e um **ambiente terapêutico**; à medida que falava com a pessoa, ia preenchendo o **instrumento de colheita de dados**, entregava e explicitava depois o **folheto informativo** ao cliente. Após a VEPO, deixava o instrumento de colheita de dados no gabinete da enfermeira chefe do BO, para na manhã seguinte, em passagem de ocorrências, ser transmitido aos colegas de anestesia das salas dos doentes que tinham sido visitados, a existência do instrumento de colheita de dados (Apêndice VIII), de forma a promover a **continuidade e qualidade dos cuidados**. O instrumento de colheita de dados (Apêndice VIII) foi uma peça fulcral na realização e promoção da VEPO, uma vez que transmitia uma ideia global do doente. De acordo com Phipps et al. (2003), a avaliação inicial deve ser completa e refletir as necessidades fisiológicas, psicológicas, espirituais e sociais, do cliente e da sua família ou pessoas significativas. Para além desta vertente, incluí um quadro em que sustentada na Teoria de Meleis (2010), apresentei a avaliação das condições para a transição, designadamente, as condições pessoais, as sociais e as comunitárias, o que se revelou crucial no conhecimento do doente, na preparação dos cuidados para o peri-operatório e na avaliação do processo de transição. A VEPO constitui um excelente momento para o enfermeiro intervir nos padrões de resposta e avaliar as condições para a transição, pois ao encontrar a pessoa na situação de pré-operatório, poderá demonstrar uma atitude de apoio e através de boas estratégias comunicacionais pode combater a ansiedade sentida no pré-operatório e identificar os recursos existentes, também de acordo com Melo et al (2013).

Quando foi possível, tentei **receber o doente no transfer do BO**, uma vez que já tinha estabelecido um primeiro contato e tinha criado as pontes cruciais ao estabelecimento de uma relação empática com a pessoa alvo dos cuidados. Em concordância com Dawson (2003) que menciona que alguns doentes consideram muito importante encontrar o mesmo enfermeiro no BO que efetuou a VEPO, pois sentem-se melhor acolhidos e seguros.

Posteriormente, ainda no seguimento da realização dos objetivos supracitados, optei por elaborar um **Questionário de Avaliação da VEPO** (Apêndice X) para entregar ao cliente no final da VEPO e estes devolverem no pós-operatório antes de terem alta hospitalar. Este instrumento, em forma de questionário, englobava quatro questões simples, de resposta múltipla, de forma a facilitar o preenchimento por parte do doente. Com a realização deste questionário, tentei adquirir mais dados que justifiquem e fundamentem a implementação da VEPO e conhecer quais os principais *outcomes* da mesma para o doente. Também Melo et al. (2013), num estudo que englobou a realização da VEPO a cerca de 107 pessoas na fase pré-operatória, tentaram conhecer a opinião dos pacientes que tiveram a VEPO, conhecer a perceção dos pacientes quanto à utilidade da mesma e recolher dados que permitam justificar a continuidade da VEPO como fator de melhoria dos cuidados prestados.

O hospital onde exerço funções, concluiu o processo de acreditação da *Joint Commition Internacional*, o que se traduz numa ferramenta de garantia de qualidade relativa a organizações de saúde. Neste contexto, reuni com a enfermeira chefe do BO e apresentei-lhe este Projeto, bem como as propostas do Instrumento de Colheita de Dados (Apêndice VIII), do Folheto de Ensino (Apêndice IX) e do Instrumento de Avaliação da VEPO (Apêndice X), de forma a integrar a VEPO no **Plano Anual de Atividades do Serviço** referentes a 2013/2014 - **competências do domínio da gestão dos cuidados**, mais especificamente, gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização dos cuidados.

Paralelamente, também concorri com este Projeto para apresentar numa **comunicação livre no XVI Congresso Nacional da AESOP** (Anexo II) e foi aceite, tendo decorrido no Estoril entre 27 e 29 de Março. Considero que esta oportunidade

de dar voz a este Projeto perante outros colegas de profissão, médicos, etc., constitui uma mais-valia não só no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, mas também para destacar a importância da VEPO à pessoa com doença oncológica. Cada profissão, segundo Fortin (1999), deve estar em posição de fornecer aos seus membros uma base de conhecimentos teóricos sobre a qual se apoia a sua prática. Por sua vez, a investigação em enfermagem visa descrever, explorar, explicar, prever e controlar fenómenos humanos. “Os enfermeiros de todos os níveis de formação têm a responsabilidade de participar no desenvolvimento do conhecimento em ciências de enfermagem e na sua utilização na prática” (Fortin, 1999, p.29).

3.5. Procedimentos Formais e Éticos

Relativamente aos procedimentos formais, a ESEL enviou para os locais de estágio no Hospital de Lisboa, dois pedidos de autorização para a realização dos mesmos, bem como para o hospital onde desempenho funções, para desenvolvimento do PIS no meu contexto de trabalho. Paralelamente enviei no dia 16 de Janeiro uma carta ao Concelho de Administração (Anexo III), onde anexei o Projeto, bem como os instrumentos que ia utilizar, explicitarei os objetivos e a metodologia do PIS. O pedido de autorização veio diferido pela Sra. Enfermeira Diretora no dia 20 de Janeiro do ano corrente.

Na prática de cuidados de Enfermagem, segundo Almenara (1994), os enfermeiros assumem o dever de reunir a informação necessária à racionalização, tendo em conta os conceitos éticos, conhecendo os seus princípios e teorias, bem como os diferentes modos de ação. Assim, no que concerne ao cumprimento das questões éticas, expliquei a todas as pessoas no início da VEPO que me encontrava no âmbito deste projeto, a sua finalidade, bem como os instrumentos de colheita de dados a utilizar, sendo que todos os participantes autorizaram e participaram livremente no mesmo. Para além disso, foi assegurado a confidencialidade dos participantes, nos diversos instrumentos de colheita de dados que elaborei para serem parte integrante deste relatório e salvaguardando também o Princípio da Beneficência que deve ser orientador da ação do enfermeiro, que defende a

realização do bem, a prevenção do dano, e a remoção do mal (Cabral, 1996). O princípio da beneficência é suportado pelo princípio do bem-estar. A aplicação deste princípio implica, para o enfermeiro, o confronto com situações problemáticas e de resolução difícil, levando por vezes a dilemas éticos.

Revela-se também uma exigência na prática de Enfermagem que exista um processo de tomada de decisão coerente, adequado e flexível que numa perspectiva de parceria de cuidados, faça do doente um interveniente ativo no processo. Os princípios éticos são assim as bases do agir ético moral (Bolander, 1998).

Quanto à apresentação do Projeto como comunicação livre no XVI Congresso Nacional da AESOP, foi omitida informação referente à identificação dos campos de estágio, bem como a identidade dos doentes participantes neste estudo. Um agir ético é fundamental no cuidar em Enfermagem, considerando, não só os direitos e deveres legais do doente e do enfermeiro, mas também uma moralidade individual assente numa dinâmica complexa de valores e princípios que fundamentam o comportamento de cada um.

3.6. Avaliação do Projeto

Após a elaboração do Projeto e da sua implementação em contexto de trabalho, revela-se crucial avaliar o que se planeou quando foi concebido e o que se encontra realizado até à presente data.

O primeiro estágio em contexto de BO decorreu dentro do planeado, na medida em que consegui cumprir os objetivos a que me propus através da realização das atividades correspondentes, como revela o documento de avaliação do mesmo, preenchido pela orientadora do local de estágio (Anexo IX). Considero que atingi em pleno os indicadores de avaliação apresentados em projeto, nomeadamente, a aquisição de conhecimentos e competências na área, a construção de instrumentos de trabalho em prol da implementação da VEPO e a obtenção de dados que fundamentem e credibilizem o projeto. No entanto, senti algumas dificuldades decorrentes da adaptação prática do projeto, na medida em que devido ao argumento da existência de poucos recursos humanos no BO, a realização da VEPO

não era uma prioridade para a equipa de enfermagem. Neste sentido, tive que integrar-me rapidamente na equipa e mobilizar esforços em prol da continuidade da realização da mesma, o que também foi conseguido.

No que se refere ao segundo estágio, no serviço de Cirurgia Geral, devido à suspensão temporária da VEPO pelo BO, como já foi referido, tive que readaptar as atividades inicialmente propostas. Assim, elaborei uma Colheita de Dados (Apêndice V) à pessoa com doença oncológica em fase pós-operatória, o que se revelou uma mais-valia na justificação deste Projeto. Para além disso, a oportunidade de prestar cuidados ao doente oncológico em fase pós-operatória, foi determinante no desenvolvimento de competências inerentes ao agir do enfermeiro especialista, como demonstra o documento de avaliação do estágio (Anexo V).

Quanto ao último estágio em contexto de trabalho, este teve sem dúvida uma avaliação bastante positiva, na medida em que pude implementar tudo o que tinha projetado e ainda integrar este Projeto no Plano Anual de Atividades do Serviço (Anexo I). Presentemente, a chefe do BO já definiu uma equipa de três elementos, da qual eu faço parte, para iniciar a VEPO à pessoa com doença oncológica a partir do mês de Abril do ano corrente. Assim, considero que quanto à rapidez na mobilização da equipa e implementação da VEPO à pessoa com doença oncológica, a avaliação deste Projeto superou amplamente as minhas expetativas

IV. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE OS *OUTCOMES* DO PERCURSO

4. REFLEXÃO CRÍTICA À LUZ DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O desenvolvimento de competências não surge pela realização de técnicas, procedimentos ou atividades, mas decorre da reflexão crítica sobre as práticas e de uma reestruturação do saber adquirido que converge para uma identidade única e pessoal. De acordo com Couceiro (1996), uma experiência/prática refletida permite a compreensão das circunstâncias de uma dada atividade, a mobilização de soluções favoráveis, a formulação dos saberes que nela se geram e a sua transformação num saber reconhecido e transmissível.

Neste sentido prático refletido, assenta a filosofia da Enfermagem que orienta a conduta profissional dos Enfermeiros. É inegável a pertinência do contributo da teoria na prática de cuidados de Enfermagem, na medida em que esta fundamenta e facilita a elaboração de processos para a compreensão das práticas, dando sentido ao que lhe está subjacente. Assim, a prática pode ser fonte singular de aprendizagem e formação, se não se reduzir a atividades rotineiras sem pensamento (Couceiro, 1996).

Considero essencial refletir sobre o que constituiu a base ao desenvolvimento deste Projeto, nomeadamente o “cuidar”, enquanto prática que revela os conhecimentos teóricos, práticos e as competências do enfermeiro no seu agir profissional. Em concordância com Hesbeen (2000, p. 9), o cuidado está relacionado com a atenção que se dedica a alguém ou a alguma coisa, pelo que o *cuidar de*, também exprime uma “atenção particular que se vai dar a si próprio ou ao outro, a um objeto ou à tarefa que se está a realizar.” O cuidar demonstra-se em cada gesto, atitude e intervenção do prestador de cuidados, em função da pessoa que manifesta diversos problemas e/ou necessidades, no âmbito da sua saúde e bem-estar.

Todo este percurso teórico-prático teve enfoque nos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase pré-operatória, como forma de obter resultados reais que justifiquem e fundamentem a implementação da VEPO. Deste modo, os diferentes instrumentos criados, tanto ao nível do BO, do Serviço de Cirurgia Geral e posteriormente do BO (contexto de trabalho), tiveram como finalidade o reunir de dados que deem visibilidade às necessidades que o doente oncológico apresenta antes da intervenção cirúrgica.

É nesta sequência de acontecimentos que surgem os *outcomes* em enfermagem, como referem Spilsbury & Meyer (2000), referindo-se a um estudo de Cullum (1997) que aponta para os resultados de enfermagem ao nível da educação do paciente, na promoção da saúde, na reabilitação cardíaca, nos cuidados pré e pós-operatórios, na prevenção e redução da ansiedade e no controlo e avaliação da dor. Também, para Doran et al. (2006), a medição de resultados na pessoa, sujeito dos cuidados é uma importante fonte de evidência sobre a eficácia dos cuidados de enfermagem. Segundo a mesma autora, os resultados dos cuidados de enfermagem, são uma componente essencial da avaliação da qualidade e eficácia desses mesmos cuidados.

Nesta perspetiva, é essencial refletir acerca dos principais *outcomes* que surgiram no decorrer deste Projeto que culminou com a sua implementação em contexto de trabalho. Para tal, deixei para análise e reflexão nesta parte do trabalho, o Instrumento de Colheita de Dados (Apêndice VIII) que apliquei durante a VEPO, bem como o Questionário de Avaliação (Apêndice X) que entreguei a cada doente no final da mesma, na medida em que ambos constituem dois excelentes indicadores dos resultados obtidos porque refletem a avaliação do enfermeiro e do cliente após a realização da VEPO.

Como já foi referido o Instrumento de Colheita de Dados (Apêndice VIII) foi baseado na Teoria do Cuidado Transicional de Meleis (2010), no sentido de avaliar as condições que a pessoa tem para efetuar a transição e em que sentido se pode promover e facilitar a mesma. Por outro lado, o Questionário reflete a opinião do doente acerca da VEPO realizada pelo enfermeiro e fornece indicadores de como este se sente após a mesma, reunindo ou não, implicitamente, as condições para a transição saudável.

Para demonstrar parte do conteúdo dos instrumentos supracitados, vou descrever o seguinte caso: um cliente do sexo masculino, de 71 anos, com o diagnóstico de neoplasia gástrica, na véspera de ser submetido a uma gastrectomia, apresentava-se com medo da recuperação e estava bem informado acerca da situação - condições pessoais; o apoio familiar, mulher e filha, era presente e tinha uma boa relação com ambas, mas socialmente tinha medo do que a gastrectomia poderia implicar na sua vida e hábitos diários – condições sociais; o apoio social, também se encontra presente e não refere recursos instrumentais, porque já se encontra reformado e não tem atividades de voluntariado ou outras - condições comunitárias. Após a VEPO, avaliei que o cliente estava calmo, esclarecido e não apresentava dúvidas. No que diz respeito ao Questionário preenchido no pós-operatório, ele responde afirmativamente, à questão “ Recorda-se ter sido visitado por um enfermeiro do BO antes da sua cirurgia?”; classifica também como “muito útil” a VEPO; aponta como sendo a “informação”, a “tranquilidade” e o “esclarecimento de dúvidas” as razões que a justificam e considera ainda que após a VEPO realizada pelo enfermeiro, ficou “mais calmo”, “mais preparado para a cirurgia” e “mais esclarecido”.

Quanto à generalidade dos resultados obtidos, posso acrescentar que na avaliação após VEPO que efetuei e registei no instrumento de colheita de dados, das 10 VEPO’S realizadas, 9 doentes estavam mais calmos e esclarecidos relativamente à cirurgia, etc. No que concerne ao Questionário entregue, todos os doentes recordam-se de terem sido visitados por um enfermeiro do BO antes da cirurgia; os 10 doentes consideram a VEPO como “Muito útil”; a maioria dos doentes respondeu que a VEPO lhes transmitiu “tranquilidade”, “informação” e “apoio emocional” e na generalidade, referiram que após a mesma, ficaram mais “calmos”, “mais preparados para a cirurgia” e “mais seguros”. Sendo de realçar que nenhum doente respondeu que ficou “na mesma” após a VEPO.

Tal como no estudo de Melo et al. (2013), a maioria dos entrevistados recordam-se da VEPO que lhes foi realizada antes da intervenção cirúrgica e consideram-na muito útil, independentemente de ser ou não a primeira experiência cirúrgica. Referem que o mais importante durante a VEPO consistiu na informação que receberam, na tranquilidade e na confiança transmitida pelo enfermeiro. O estudo reforça ainda a ideia de que os entrevistados caso sejam submetidos a nova

intervenção cirúrgica, gostariam de ter novamente a VEPO. Sendo esta, na opinião dos autores, um meio para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados de forma individualizada.

Todos estes resultados salientam a importância que o enfermeiro assume junto da pessoa que está a vivenciar uma experiência como a doença oncológica, na fase que antecede a intervenção cirúrgica. Ao refletir sobre a repercussão da Teoria de Meleis (2010) na minha prática diária de cuidados, posso concluir que o facto de ter consciência da globalidade do processo de transição, permite-me não só estar atenta às necessidades do cliente e promover a sua satisfação, mas também no âmbito de uma relação de entreajuda, avaliar os indicadores de resultados que são demonstrativos da experiência de transição.

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Este consciencializar encontra-se intrínseco ao desenvolvimento de competências comuns ao EEEMC e ao EEEPSCEP, sustentadas em elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão. No que concerne ao desenvolvimento de competências comuns ao EEEMC, nos quatro domínios, ou seja, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, considero que ao longo do percurso fui adquirindo uma postura e desenvolvendo estratégias e atividades em prol do desenvolvimento das mesmas.

Sumariamente, **o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, através da concretização da alínea a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e alínea b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais – foi alcançado através do estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa com doença oncológica durante a VEPO, bem como na prestação direta de cuidados no pós-operatório e realização dos instrumentos de trabalho, que requerem um conhecimento interdisciplinar, competências na área da pessoa com doença crónica e paliativa, na comunicação,

identificação de prioridades e tomada de decisão clínica e ética. Tal como refere Queirós (2001), no processo de tomada de decisão, o enfermeiro deve desenvolver a sua capacidade crítica e de avaliação, baseando-se em documentos legislativos, códigos do exercício profissional, protocolos de instituições, e claro a própria equipa (decisão partilhada), que o elucidem relativamente às várias soluções existentes, para o problema perante o qual se depara, baseando-se também nas suas próprias referências, no seu quadro de valores e de princípios.

No que diz respeito, ao desenvolvimento de **competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**, designadamente, a alínea a) desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento das iniciativas estratégicas institucionais, a b) concebe gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, e a alínea c) cria e mantém um ambiente terapêutico seguro, foi amplamente conseguido através dos instrumentos de colheita de dados e dos folhetos informativos que elaborei e das ações de formação que fiz em prol da implementação da VEPO, reunindo condições para a uma prática de cuidados mais segura e eficaz. Paralelamente, a revisão da literatura foi crucial para justificar com a evidência científica na implementação deste projeto na instituição.

Juridicamente, o PIS ao promover a qualidade dos cuidados de saúde com uma intervenção eficaz, consagra os princípios da política de saúde, enunciados na Base II da Lei de Bases da Saúde, pelo que espero contribuir para a qualidade dos cuidados ao doente oncológico. Quanto ao Plano Nacional para as Doenças Oncológicas (2012), este apresenta como principais objetivos, a redução da morbilidade e da mortalidade por doença oncológica, a melhoria da qualidade de vida e da satisfação dos clientes com os cuidados de saúde, em que a implementação da VEPO constitui um importante fator adjuvante.

Quanto às **competências do domínio da gestão dos cuidados**, mais especificamente, a alínea a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar, e a b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização dos cuidados, foi plenamente atingido pela integração da VEPO no Plano Anual de Atividades do Serviço, com início durante o mês de Abril. Ao longo dos estágios pude desenvolver esta competência, tendo em conta os diferentes

contextos e os recursos que dispunha para poder agir em prol das pessoas que cuidava e no sentido de implementar o Projeto. Assim, identifiquei problemas e adequiei estratégias que se revelaram também favoráveis na obtenção de uma melhor resposta por parte da restante equipa.

Por último, no que concerne às **competências das aprendizagens profissionais**, ou seja, desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade e baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento, foi bastante desenvolvida no decorrer dos estágios. Enquanto enfermeira, tenho a noção que o meu agir profissional que tem como enfoque a pessoa/família, encontra-se sustentado em diferentes recursos, entre as quais a comunicação, o auto-conhecimento e a capacidade crítica e reflexiva que me permite analisar as minhas ações e transformá-las em aprendizagens. Este Projeto reflete um amadurecimento gradual, uma transformação progressiva das atividades iniciais e adequação ao contexto prático, ou seja, houve o reconhecimento de algumas limitações que constituíram pontos de mudança e melhoria do PIS.

Em concordância com Malglaive (1997) que salienta que o real é imensamente mais complexo do que aquilo que a teoria define sobre ele, na medida em que existem condicionantes inesperadas, que só surgem no decorrer da ação e que conferem ao indivíduo a experiência profissional (Malglaive, 1997). A inteligência prática adquire-se em conjunto com os conhecimentos teóricos e com o saber prático, pelo que “os conhecimentos teóricos se aprendem na escola e que o saber da acção se adquire a fazer” (Malglaive, 1997 in Canário, 1997, p.57). Também de acordo com Sobreiro (1995), na enfermagem urge a necessidade de intervir e refletir acerca dos cuidados prestados, e para tal, revela-se essencial conhecer o saber, para que seja estabelecida a ponte entre as conceções teóricas e a realidade prática.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

Relativamente ao desenvolvimento das competências específicas do EEEPSCP, tem como principal o alvo a pessoa com doença crónica e terminal, ao longo do seu ciclo de vida, sendo o eixo estruturante direcionado aos projetos de saúde da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, bem como aos cuidadores, preservando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa multidisciplinar.

No que diz respeito à realização do ponto 1, alínea a) cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida – considero que este foi um ponto-chave no desenvolver deste projeto. No decorrer dos três estágios práticos, tive a oportunidade de cuidar de pessoas com doença oncológica em fase pré e pós-operatória, promover o seu bem-estar e ajudá-las no seu processo de transição. O cuidar, em toda a sua plenitude, englobou a identificação das necessidades, o planeamento de intervenções e a avaliação de resultados; promovi diferentes intervenções junto da pessoa com doença oncológica e seus cuidadores, envolvi-os também quando disponíveis no decorrer da VEPO, e colaborei com restantes membros da equipa de saúde.

Paralelamente, a Teoria de Médio Alcance de Meleis (2010), atribui um novo sentido ao *cuidar* do outro, enfatizando o enfermeiro como agente interveniente no processo de transição da pessoa de um estado para outro estado de mudança. A transição não se apresenta como uma experiência linear, e a do tipo saúde-doença, encontra-se condicionada pelas crenças pessoais, recursos comunitários e sociais que no conjunto determinam a conclusão do processo de transição. Deste modo, ao constatar a mestria e o desenvolvimento de uma identidade flexível por parte do cliente, posso delinear outras intervenções de enfermagem que se adequem à nova situação da pessoa alvo dos cuidados. A mestria revela um progresso nas capacidades e competências do indivíduo, que lhe permitem viver a transição com sucesso. São exemplos de mestria a aquisição de informação, a procura de sistemas de suporte social, a manutenção ou desenvolvimento de relações sólidas

com outros indivíduos e aprendizagem de formas de adaptação à mudança através da consciência do *self*. A integração flexível da identidade está relacionada com a forma como o indivíduo incorpora na sua vida os novos comportamentos, experiências e competências adquiridos, para uma melhor adaptação à realidade após a transição (Meleis et al., 2000). Este agir direcionado e fundamentado que promove as capacidades adaptativas ao auto-controlo e auto-cuidado no processo de transição saúde/doença ou incapacidade, são competências do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros,2010).

Relativamente à realização do ponto 1., alínea b) Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte – penso que este ponto também foi plenamente desenvolvido no decorrer do PIS, na medida em que tive inúmeras oportunidades para criar e estabelecer relações terapêuticas com diferentes doentes e familiares em situação de doença oncológica.

Relativamente à VEPO e à prestação de cuidados ao doente oncológico no pós-operatório, foi evidente que consegui promover parcerias terapêuticas, englobando os familiares quando estavam presentes, respeitando a singularidade e autonomia individual, negociando objetivos e metas de cuidados e principalmente, reconhecendo os efeitos da natureza do cuidar em pessoas com doença crónica e incapacitante. As diferentes estratégias implementadas tiveram em consideração as necessidades da pessoa na fase pré-operatória enquanto ser holístico.

A comunicação e a relação terapêutica que se estabelece entre o enfermeiro, a pessoa alvo dos cuidados e família, tornam-se pilares promotores da confiança que o doente estabelece com o enfermeiro, promovendo a transição. A comunicação constituiu a ponte para chegar à pessoa, segundo Saraiva (2003), a comunicação apresenta-se como um processo vital em contexto hospitalar, onde os gestos, as palavras e a troca de afetos adquirem um significado profundo. Para a mesma autora, os objetivos da comunicação enfermeiro/cliente prendem-se com “...o acto de informar, convencer, fazer agir, expressar sentimentos, actuar sobre o equilíbrio emocional e a saúde psíquica, e induzir sentimentos” (Saraiva, 2003,p.38).

No entanto, é de realçar que apesar de desenvolvido em contexto da doença oncológica com todas as suas especificidades, o meu foco foi o cliente oncológico e família em fase pré-operatória, e portanto, mobilizei recursos e desenvolvi estratégias no âmbito do cuidado transicional e de adaptação da pessoa à doença, intervenção cirúrgica e eventuais tratamentos.

5. LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Como todos os Projetos de cariz teórico-prático, este também apresenta limitações que em certa medida tiveram influência nos resultados obtidos, algumas das quais já foram referidas no decorrer do presente trabalho.

Nomeadamente, na realização da Revisão Sistemática da Literatura, como um dos instrumentos de suporte teórico deste trabalho, constatou-se que a doença oncológica constitui objeto de estudo nas suas mais variadas vertentes, mas maioritariamente na área científico da doença. Ou seja, existem inúmeros estudos que tentam fundamentar, relacionar, interpretar o cancro com diversos fatores, condicionantes, variáveis, etc., mas existem ainda poucos estudos relativos às vivências das pessoas com doença oncológica. Neste sentido, não tive acesso a nenhum artigo científico que tivesse como foco a realização da VEPO à pessoa com doença oncológica. Pelo que tive que recorrer a outros estudos e bibliografia na área da oncologia e da realização da VEPO ao doente com patologia cirúrgica. No entanto, penso que consegui correlacionar a informação teórica disponível com resultados que obtive da prática de cuidados ao doente oncológico.

No que se refere às implicações para a prática que este Projeto pode assumir, penso que como tem sido demonstrado nos capítulos anteriores, são incontornáveis as vantagens que este procedimento assume para a pessoa com doença oncológica em fase pré-operatória. Com a implementação da VEPO ao doente oncológico no BO, contexto de trabalho, durante o mês de Abril, acredito que se irá revelar uma melhoria crescente e significativa nos cuidados de enfermagem, constituindo uma peça-chave no planeamento e individualização dos mesmos, prestados a cada pessoa com este diagnóstico que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica.

Atualmente pretendo continuar a realizar e a promover a VEPO ao doente oncológico, estabelecendo parcerias de cuidados com o mesmo e com os enfermeiros do internamento, desenvolvendo mais estratégias que me permitam tornar a experiência cirúrgica e o diagnóstico de doença oncológica, o mais acompanhada e o menos traumatizante possível.

6. CONCLUSÃO

A realização do presente Relatório de Estágio à luz de uma postura crítica e reflexiva constituiu uma experiência ímpar no desenvolvimento de saberes e competências pessoais e profissionais.

Quando se quebra a dicotomia existente entre a teoria e a prática na ciência de enfermagem, obtém-se saberes únicos que após reflexão e fundamentação teórica adequada, traduzem-se em conhecimento que promove uma práxis baseada na evidência. Neste caso, a Teoria de Médio Alcance de Meleis (2010), acerca do Cuidado Transicional, foi crucial para analisar e interpretar a complexidade inerente à problemática em estudo.

A realização dos estágios em diferentes contextos, tornou-se num contributo essencial ao desenvolvimento deste Projeto, na medida em que as diferentes práticas de cuidados contribuem inequivocamente para um reflexo mais real e credível dos *outcomes* obtidos.

Foi evidente no decorrer do percurso, que na fase pré-operatória a existência de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa alvo dos cuidados, promove o bem-estar e a aquisição de competências para enfrentar a doença e situação em que se encontra.

No que concerne aos cuidados de enfermagem, a pessoa com doença oncológica valoriza uma relação terapêutica, em que o enfermeiro deverá adotar uma comunicação aberta, clara e com fundamentação escrita ou verbal, dando respostas concretas e objetivas numa postura ética, profissional e respeitando a sua privacidade. O assumir desta postura comunicacional com enfoque no outro, sustenta a construção de uma relação de ajuda com fins terapêuticos para a pessoa, ajudando-a no processo de aceitação da doença.

Para além disso, a VEPO foi considerada pelos doentes, quer implícita, quer explicitamente, como uma atividade de enfermagem que atenua a ansiedade sentida no pré-operatório.

O fato de ter surgido de uma lacuna existente na prática de cuidados e de ter sido efetivamente aplicado em contexto de trabalho, concede a este Projeto um meio de satisfação pessoal e profissional. Para além disso, a oportunidade de o ter apresentado em modo de comunicação livre num congresso da associação cujas práticas fundamentam este Projeto, constitui sem dúvida, uma fonte de realização.

Acredito também que este Projeto constitua alvo de motivação e reflexão dentro da equipa de enfermagem, acerca da possibilidade constante de mudar e qualificar as práticas de cuidados e assim dar uma melhor resposta aqueles que diariamente cuidamos.

Considero que este percurso de reflexão e autocrítica permanente foi crucial no desenvolvimento das competências essenciais à prática do EEEMC e EEPSCEP. Neste sentido, penso que cumpri os objetivos delineados para o presente Relatório de Estágio, uma vez que explicito e fundamentei teoricamente a problemática; apresentei a metodologia de implementação do Projeto com o desenvolvimento dos objetivos e atividades correspondentes; referi, fundamentei e exemplifiquei quais os resultados obtidos, revelando também as competências adquiridas e avaliei a implementação do Projeto. Posteriormente, o fato de ter refletido acerca dos *outcomes* atingidos, atribuiu uma maior visibilidade ao Projeto desenvolvido à luz das competências do enfermeiro especialista.

Deste modo, chego ao fim deste percurso formativo que não foi linear, teve os seus obstáculos e imprevistos, mas considero que através da implementação deste Projeto, estou a contribuir para a excelência no cuidar ao doente oncológico que se traduz na minha maior concretização. Espero também contribuir para a formação de futuros profissionais e de pares, ou ainda servir de base a Projetos que possam dar novas respostas no cuidar da pessoa com cancro.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abiven, M. (2001). *Para Uma Morte Mais Humana – Experiência de uma Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos*.(L.M. trad.) Loures: Lusociência. (Pour Une Mort Plus Humaine: Expérience d'une Unité Hospitalière de Soins Palliatifs, 1997).

AESOP, 2006. *Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lisboa: Lusodidacta.

Barreto, R., Suzuki, K., Lima, M., Moreira, A. (2008). *The necessity of information of mastectomized woman subsidizing the nuursinh assistance*. Revista Eletrónica de Enfermagem. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/v10n1a10.htm>.

Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental - Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Browall, M., Koinberg, I., Falk, H., Wijk, H.(2013). *Patients´experience of importante factors in the healthcare environment in oncology care*. Sweden: Coation Publishing.

Cabral, D. M. (2004). *Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: contributos para a sua implementação*. [Tese de Doutoramento]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar-Universidade do Porto.

Cahoon, M. (1982). *Enfermagem Oncologica*. (E. Gomes, Trad.). Mem Martins: Publicações Europa-América. (Cancer Nursing, 1982).

Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar editores.

Canário, R. (1997). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.

Collière, Marie-Françoise (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Couceiro, M. (1996). *Reflexão sobre a Prática Profissional. Uma Experiência de Formação de Professores*. In: Actas do IV Colóquio Nacional da AIPELF/AFIRSE. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação/Universidade de Lisboa.

Corney,R. (1996) O desenvolvimento das perícias de comunicação. Aconselhamento na Medicina. (C. Ferreira, Trad.). Lisboa:Climepsi Editores (Tradução do original Developing communication and courselling skills, 1991).

Dawson, S. (2003). Princípios da preparação pré-operatória. In Kim Manley e Loretta

DGS (2012). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2010/2012* (PNPCDO). Lisboa. Ministério da Saúde. Acedido em 21-01-2013. Disponível em https://webgate.ec.europa.eu/sanco/heidi/images/5/5a/Portugal_National_Cancer_Control_Plan_2007_Portugese.pdf

DGS (2013). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2010/2012* (PNPCDO). Lisboa. Ministério da Saúde.

Doran, D.M. et al. (2011). Nursing- Sensitive Outcomes: State of the Science. 2ªed. Toronto: Faculty of Nursing University of Toronto.

Figueiredo, A., Araújo, P., Figueiredo, P. (2006). *Qualidade de vida do Doente Oncológico. Enfermagem Oncológica*. 36(9).15-21.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. (MM. Martins, trad.) Loures: Lusociência. (Le processus de la recherche: de la Conception à la réalisation, 1996).

Fraczyk, L., Goddfrey, H. (2010). *Perceived levels of satisfaction with the preoperative assessment servisse experienced by patients underoing general anaesthesia in a day surgery setting*. Blackwell Publishing: Journal of Clinical Nursing.

Garretson, S. (2004). *Benefits of Pré-operative Information Programmes*. Nursing Stand.18 (47). 33-37.

Hesbeen, W. (2000). *Qualidade em Enfermagem- pensamento e ação na perspetiva do cuidar* (MM. Martins, trad.). Loures: Lusociência.(La Qualité du Soin Infirmier – Penser et agir dans une perspective soignant, 1998).

Hennezel, M. & Leloup, P. (1999). *A arte de morrer. Tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na actualidade*. Petrópolis. Vozes.

Henderson, V. (1991). *La Natureza de la Enfermeria – Reflexiones 25 años después*. Interamericana-McGraw-Hill.

Honoré, B. (2004). *Cuidar- Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência. (Soigner- Persévérer ensemble dans l'existence).

Kluber-Ross, E.(1975) – *Morte Estágio final da evolução*. (A. M. Coelho, Trad.) Brasil:Editora Record. (Death final stage of evolution, sd.).

Lalanda, P., et.al. (1995). A interacção enfermeiro-doente, uma abordagem bioantropológica. *Revista Nursing*. 88(8). 28-32.

Malglaiive, G. (1997). *Formação e Saberes Profissionais ; Entre a Teoria e a Prática*; In: CANÁRIO (Org) - *Formação em Situações de Trabalho*, Capt. II, Porto: Porto Editora, 1997.

Martins, Susana (2011). *Rumo a novos saberes*. Universidade Católica. Relatório de Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Porto.

Meleis, A. I. (2010) *TRANSITIONS THEORY- Middle Range and Situations Specific Research and Practice*. New York: Springer Publisher Company.

Meleis, A. et al. (2000) *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science*. Vol 23, nº 1. p. 12-28;

Melo, M. (2005). *A Comunicação com o doente – Certezas e incógnitas*. Lusociência: Loures.

Melo, J.; Teixeira,A.; Novo,A.; Figueiredo, M.; Branco, N. (2013). Visita de Enfermagem Pré-operatória a opinião dos doentes. *Millenium* nº44.p.171-182.

Nightingale, F. (1860). *Notes on Nursing – What it is and what it is not*. London.

OMS (2006). *Cancer control- Knowledge into action - WHO guide for effective programmes*. OMS.

Oliveira, Emília (2011). *Ansiedade Pré-Operatória*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado. Porto.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. (s/l): Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Publicado em Diário da República II série, N.º 35 (22-02-2011) 8648 – 8653. Acedido a 20 de Janeiro de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Aprovado por unanimidade da Assembleia Geral Extraordinária da OE, a 22 de Outubro de 2011.

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

Phipps, Sands & Marek. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. (vol. 1). Lisboa: Lusodidacta.

Pisco, R. (2006). *Relação de ajuda à mulher com o diagnóstico de cancro da mama*. *Sinais Vitais*. Nº69. 35-38.

Queirós, A. A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Rchaidia, L., Casterlé, B., Verbeke, G., Gastmans, C. (2011). *Oncology patients' perceptions of the good nurse: an explorative study on the psychometric properties of the Flemish adaption of the Care-Q instrument*. Blackwell Publishing: Journal of Clinical Nursing.

Rothrock, J. (2008). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico* (Soares et al trad.). Loures: Lusodidacta. (Alexander's Care of the Patient in Sugery, 13º).

Saraiva, M. (2003). O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivências dos enfermeiros e seus significados. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 8. 37-48.

Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.), *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals*(pp. 1–26). New York: Springer.

Sobreiro, M. (1995). *Os Saberes na prática da enfermagem na Perspectiva do Modelo Teórico de Roper, Logan e Tierney*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Sousa, M. Batista, C. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor.

Stefanelli, M & Carvalho, E. (2005) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Editora Manole Ltda.

Fontes Jurídicas

Código Deontológico do Enfermeiro

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro)

Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto)

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Dec-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro)