



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**

Relatório de Estágio

**Implementação de Consulta de Enfermagem ao
doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para
radioterapia**

Patrícia Sofia Ribeiro Branco



Lisboa

2023



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**

Relatório de Estágio

**Implementação de Consulta de Enfermagem ao
doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para
radioterapia**

Patrícia Sofia Ribeiro Branco

Orientador: Professor Doutor Óscar Manuel Ramos Ferreira

Lisboa

2023

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa,
nunca tem medo e nunca se arrepende.”

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

A concretização deste percurso académico só foi possível graças ao contributo indispensável de algumas pessoas, e que culminou neste trabalho como resultado de muita dedicação, empenho, e algum sacrifício pessoal.

Ao Professor Doutor Óscar Ferreira, pela orientação, disponibilidade, incentivo e confiança...

Às Sras Enfermeiras orientadoras – *Cristina Costa, Carina Pinto e Albertina Santos* - pela total disponibilidade e dedicação demonstradas nos ensinamentos clínicos, e pela sua partilha de conhecimentos e excelência na prestação de cuidados...

À minha enfermeira chefe e aos meus colegas de trabalho pelo apoio, interesse e envolvimento que facilitou a implementação deste projeto de intervenção no serviço e assim, melhorar a qualidade das práticas de enfermagem....

A todos aqueles amigos de coração que me apoiaram nesta etapa da minha vida com amizade verdadeira e companheirismo, obrigada pela paciência que tiveram nas minhas ausências frequentes....

Em especial à Marlene, pelo seu apoio incondicional, dicas e palavras de incentivo ao longo destes dois anos...

Aos meus colegas de curso pelos momentos de partilha neste percurso formativo...

Aos meus pais e familiares mais próximos, que sempre incentivaram o meu desenvolvimento profissional em complemento ao sucesso e realização pessoal...

Com a colaboração de todos, este foi um percurso que me permitiu evoluir enquanto *Enfermeira e Ser-Humano*...

Obrigada a todos!

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ADN – Ácido desoxirribonucleico

CCP – Cancro de cabeça e pescoço

CPC - Carcinoma pavimento-celular

EEMC - Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica

EONS - European Oncology Nursing Society

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Gy – Gray

IMRT - Radioterapia de intensidade modulada

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORL – Otorrinolaringologia

PEG - Gastrostomia Percutânea Endoscópica

RT – Radioterapia

RTE – Radioterapia externa

TDAE – Teoria do défice do autocuidado de Enfermagem

UC – Unidade Curricular

RESUMO

Este relatório insere-se no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização Médico-Cirúrgica, na vertente de oncologia. Pretende apresentar o percurso desenvolvido em estágio clínico, com as respetivas aprendizagens adquiridas e analisadas de forma crítica e reflexiva como contributo para obtenção de competências de enfermeiro mestre e especialista.

Este percurso académico foi desenvolvido segundo a metodologia de projeto objetivando-se a visibilidade das intervenções autónomas do enfermeiro especialista na capacitação para o autocuidado do doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para tratamento com radioterapia, através da implementação de consulta de enfermagem a estes doentes.

Assim, este projeto iniciou-se com a formulação da seguinte questão de investigação: **"Quais as intervenções de enfermagem que permitem capacitar o doente oncológico com cancro de cabeça e pescoço proposto para radioterapia?"** A metodologia foi sustentada pela pesquisa bibliográfica, a elaboração de uma revisão *Scoping* e a realização dos estágios onde adquiri e consolidei conhecimentos e estratégias adotadas para a implementação da consulta de enfermagem e, conseqüentemente para a intervenção estruturada, personalizada e humanizada para a promoção do autocuidado destes doentes oncológicos no decorrer do tratamento, com o objetivo de prevenir ou detetar precocemente efeitos adversos e complicações resultantes da radioterapia.

A implementação deste projeto permitiu colmatar uma lacuna do serviço onde exerço funções de enfermeira, através de resultados atingidos como a estruturação da consulta de enfermagem ao doente oncológico com cancro de cabeça e pescoço proposto para radioterapia, bem como de materiais de apoio tanto para os enfermeiros que a desenvolvem, como para os próprios clientes que usufruem dos cuidados prestados, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica num Centro de Oncologia.

Palavras-Chave: Cancro de cabeça e pescoço; Doente oncológico; Radioterapia; Enfermagem Oncológica; Intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

This report is part of the 13th Master's Degree in Medical-Surgical Specialization Nursing, in the field of oncology. It intends to present the path developed in the clinical internship, with the respective learning acquired and analyzed in a critical and reflective way as a contribution to obtaining master and specialist nurse skills.

The academic course was developed according to the project methodology, aiming the visibility of the autonomous interventions of the specialist nurse in the training for the self-care of the head and neck cancer patient proposed for treatment with radiotherapy, through the implementation of nursing consultation to these patients.

This project began with the formulation of the following research question: **"What are the nursing interventions that allow training the cancer patient with head and neck cancer proposed for radiotherapy?"** The methodology was supported by bibliographical research, the elaboration of a Scoping review and the accomplishment of the internships where I acquired and consolidated knowledge and strategies adopted for the implementation of the nursing consultation and, consequently for the structured, personalized and humanized intervention for the promotion of self-care of these cancer patients during the treatment, with the aim of preventing or detecting early adverse effects and complications resulting from the radiotherapy.

The implementation of this project allowed to fill a gap in the service where I work as a nurse, through results achieved such as the structuring of the nursing consultation to the cancer patients with head and neck cancer proposed for radiotherapy, as well as support materials for the nurses who develop it, as for the clients who benefit from the care provided, contributing to the improvement of the quality of care provided to people with oncological disease in an Oncology Center.

Keywords: Head and neck cancer; Oncology patient; Radiotherapy; Oncology Nursing; Nursing interventions.

INDÍCE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1. A pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço proposta para radioterapia.....	22
1.2. A capacitação para o autocuidado na Consulta de Enfermagem de radioterapia.....	25
1.3. A Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem como referencial teórico dos cuidados de Enfermagem.....	27
2. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS	31
2.1. Contexto de Estágio: Serviço de Cirurgia de Cancro de Cabeça e Pescoço/ Otorrinolaringologia/ Endocrinologia e Serviço de Radioterapia do Hospital A	34
2.2. Contexto de Estágio: Centro de Oncologia do Hospital B.....	56
3. AVALIAÇÃO	71
3.1. Pontos fortes e Pontos fracos.....	72
3.2. As competências do Enfermeiro Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: vertente de Oncologia adquiridas nos estágios clínicos	75
3.3. Contributo do projeto de intervenção na melhoria da qualidade de cuidados.....	78
3.4. Considerações Éticas	81
CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
APÊNDICES	93
Apêndice I - Revisão <i>Scoping</i>	
Apêndice II - Caracterização do contexto A de Estágio Clínico	
Apêndice III - Análise reflexiva da prática da Consulta de Enfermagem	
Apêndice IV - Estudo de Caso	
Apêndice V - Caracterização do contexto B de Estágio Clínico	
Apêndice VI - Manual de Boas Práticas de Consulta de Enfermagem ao doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia	

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio com Relatório do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e representa o trabalho académico final de um percurso formativo iniciado em 2021, com vista à aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa, de competências de enfermeiro com formação avançada em Oncologia preconizadas *pela European Oncology Nursing Society (EONS, 2022)* e competências para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Este percurso iniciou-se na UC Opção II do 2º semestre, sob a metodologia de projeto de intervenção, com a finalidade de permitir ao estudante, de acordo com os seus próprios objetivos e interesses pessoais e profissionais, projetar o seu processo formativo de intervenção especializada à pessoa com doença oncológica e sua família, em determinada fase da trajetória da sua doença, tendo por referência o perfil de Mestre e competências comuns (2019) e específicas (2018) das Especialidades da Ordem dos Enfermeiros (OE). Desta forma, foi solicitado a identificação de um problema atual no meu contexto de prática profissional, para posteriormente planear um projeto de intervenção no serviço onde exerço funções, que permitisse a resolução do mesmo através da sua implementação.

Segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), um projeto é um trabalho de investigação centrado num problema real identificado e respetivas estratégias implementadas para a definição das intervenções eficazes na sua resolução. “Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (Ruivo, Ferrito & Nunes 2010, p.2). Desta forma, o investigador tendo um conhecimento concreto da realidade do seu contexto e da população afetada pelo problema identificado, será capaz de planear adequadamente ações diretas para modificar essa realidade, conforme objetivo do projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Em conversas informais com a minha chefe de serviço, com a equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar do serviço de radioterapia, inserido no Centro de Oncologia onde trabalho, foi detetada a falta de estruturação da consulta de enfermagem ao doente oncológico com cancro de cabeça e pescoço (CCP) proposto para radioterapia, bem como de materiais de apoio tanto para os enfermeiros que a desenvolvem, como para os próprios clientes que usufruem dos cuidados prestados. Neste serviço tem-se verificado uma grande incidência de clientes com CCP submetidos a combinação das diferentes modalidades terapêuticas possíveis para esta patologia, mas maioritariamente submetidos a radioterapia externa (RTE). Nos últimos 6 anos, segundo estatística do serviço de radioterapia do ■■■■, verificou-se um aumento exponencial de 9 pessoas em 2016 para 64 pessoas em 2021, pelo que a intervenção especializada junto desta população alvo se mostra cada vez mais importante e significativa na qualidade dos cuidados prestados a estes doentes oncológicos.

Durante os tratamentos de radioterapia na região de cabeça e pescoço, a realização de consulta de enfermagem permitirá ao enfermeiro promover educação para a saúde através da avaliação do doente, construção de diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções, para que conjuntamente com a equipa multidisciplinar se executem ações de cuidados para prevenir, minimizar e evitar complicações inerentes ao tratamento. A implementação destes cuidados é fundamental na manutenção da qualidade de vida do doente oncológico (Martins *et al.*, 2018).

Refletindo sobre a prática no meu local de trabalho comparativamente com a prática descrita na evidência científica, verificou-se a lacuna na estruturação da consulta de Enfermagem ao doente oncológico com CCP proposto para radioterapia, pela inexistência de uniformização da prática e pelo facto das estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem não serem estruturadas nem consensuais, de acordo com linhas científicas orientadoras. Detetado o problema, estabeleceu-se a temática relevante para este projeto de intervenção, que se intitulou **“Implementação de Consulta de Enfermagem ao doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia”**, e que terá como objetivo implementar esta consulta a todos os doentes oncológicos com CCP propostos para radioterapia no meu serviço de atuação e, desta forma promover o seu autocuidado, detetando precocemente problemas e complicações resultantes deste tratamento, e visando um atendimento personalizado e humanizado,

que minimize a ansiedade, dúvidas e efeitos adversos que podem surgir. Esta intervenção será apoiada pela Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem (TDAE), de Dorothea Orem, uma vez que se procederá à identificação das necessidades de saúde, à elaboração de estratégias e planeamento de ações, perspetivando a resolução de problemas potenciais e reais com resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem.

Dorothea Orem define o autocuidado como o planeamento de atividades de aprendizagem que visam aumentar os conhecimentos e capacidades individuais e coletivas face às dificuldades e limitações que a pessoa encontra em alguma fase do seu processo de saúde-doença. A intervenção de enfermagem pretende orientar a pessoa para si própria, promovendo a sua autonomia através de informações corretas e concretas sobre o tratamento que a pessoa vai ser submetida (Souza *et al.* 2017).

Em suma, os modelos conceptuais e teóricos de enfermagem proporcionam mecanismos aos enfermeiros, que lhes permitem determinar as suas convicções profissionais com estrutura moral e ética, orientando as suas ações e sistematizando o modo de pensar sobre a enfermagem e a sua prática. Os enfermeiros conseguem assim perceber melhor o que estão a fazer, tornam-se capazes de o explicar aos outros com mais eficiência, em benefício da autonomia profissional quer na prestação de cuidados, de ensino ou de investigação em enfermagem (Queirós, Vidinha & Almeida Filho, 2014).

A realização deste relatório tem como objetivos apresentar o percurso de aprendizagem que foi delineado nos diferentes campos de estágio clínico; descrever e analisar de forma crítico-reflexiva as atividades planeadas e desenvolvidas em cada contexto de estágio; demonstrar e refletir sobre as competências adquiridas ao longo do percurso formativo (Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, Enfermeiro de Oncologia reconhecido pela *European Oncology Nursing Society* e Mestre); divulgar os contributos da implementação deste projeto de intervenção na melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem, pela implementação da consulta de enfermagem ao doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia.

Este documento integra três capítulos basilares, após a introdução. O primeiro exhibe o enquadramento teórico com base na evidência científica dos principais conceitos teóricos da problemática em estudo e respetiva conceptualização teórica que sustenta a prática de cuidados exercida. O segundo capítulo expõe a execução das atividades

previstas, com a respetiva análise crítica e reflexiva das atividades realizadas, as aprendizagens adquiridas e os resultados atingidos. O terceiro capítulo aprecia a avaliação do percurso desenvolvido ao longo dos campos de estágio, com apresentação das competências de Mestre e Enfermeiro Especialista alcançadas, avaliação de pontos fortes e fracos do projeto e respetivos contributos do mesmo para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem. Por fim, surge a conclusão com a apresentação da síntese do percurso realizado e as implicações do trabalho desenvolvido para o futuro da prática da Enfermagem, indicando as perspetivas futuras que surgem com a realização deste projeto académico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Atualmente, o cancro é considerado um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial, sendo que se estima, de acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a doença oncológica seja a principal causa de morte e desta forma, uma das principais limitações ao aumento da esperança média de vida no século XXI. Assim, prevê-se que no ano 2030 o número de mortes por cancro seja de 13 milhões e em 2040 este número poderá chegar aos 16,3 milhões de mortes por cancro em todo o mundo (Ferlay *et al.*, 2021).

O cancro define-se pelo crescimento anormal e descontrolado de células anómalas (células cancerígenas) que têm a capacidade de invadir os tecidos adjacentes, bem como de se disseminarem à distância noutros órgãos ou estruturas. Esse crescimento anómalo tem origem em alterações genéticas do ácido desoxirribonucleico (ADN) que afetam o desenvolvimento funcional das células e tecidos. Por sua vez, as alterações genéticas podem ser hereditárias ou influenciadas por fatores de risco, como o envelhecimento, maus hábitos alimentares, o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, a radiação ionizante, presença de vírus e bactérias, determinadas hormonas, entre outros (ROCHE, 2022).

Em Portugal, no ano 2020, foram diagnosticados cerca de 60467 novos casos de cancro, e cerca de 30168 pessoas acabaram por morrer com o diagnóstico de doença oncológica (*Internacional Agency for research on Cancer*, 2021). Quanto ao diagnóstico de CCP é o sétimo mais comum em Portugal e estima-se que existam cerca de 2500 a 3000 novos casos deste cancro por ano. A complexidade e diversidade das estruturas da região da cabeça e pescoço faz com que os processos neoplásicos apresentem diversos comportamentos e diferentes resultados na doença oncológica (ROCHE, 2022).

A Revisão Crítica da Literatura deste projeto foi concretizada pela realização de uma revisão *Scoping* (Apêndice I), e pela pesquisa livre na internet de literatura cinzenta relacionada com a temática abordada neste trabalho académico e tendo como base de pesquisa a **Questão de Investigação: "Quais as intervenções de enfermagem que permitem capacitar o doente oncológico com cancro de cabeça e pescoço proposto para radioterapia?"**

A Prática Baseada em Evidência é notoriamente indispensável na prática diária de cuidados de saúde e atua como um elo entre os resultados de pesquisas científicas e sua aplicação prática, garantindo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes e maior visibilidade à profissão de Enfermeiro ao demonstrar as bases científicas do seu cuidado. Na revisão constante da prática, o enfermeiro encontra formas mais efetivas de realizar as suas tarefas, com recursos mais eficientes, partilha de ideias e conhecimento, transformação de ideias em ações e uma maior gestão de tempo (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

1.1. A pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço proposta para radioterapia

Os câncros da cabeça e pescoço surgem, principalmente, na mucosa do trato aerodigestivo superior, incluindo a cavidade oral (boca), face, faringe, laringe, cavidade nasal, seios paranasais, e glândulas, sendo que todos eles têm potencial de metastização para os gânglios linfáticos do pescoço. Estes tumores são mais frequentes no sexo masculino com maior incidência a partir da sexta década de vida, no entanto, nos últimos anos, esta tendência tem vindo a sofrer mudanças como o aumento de incidência em jovens e no sexo feminino, que poderá estar associado a fatores de risco como o contato com o vírus do papiloma humano, pessoas imunossuprimidas com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana ou infeção pelo vírus Epstein-Barr, que quando combinados com o tabagismo, o alcoolismo ou maus hábitos de higiene oral aumenta exponencialmente o risco de desenvolver este tipo de cancro (ROCHE, 2022).

O cancro por se tratar de uma doença complexa necessita de uma abordagem abrangente no seu tratamento, que vise obter a cura ou pelo menos a qualidade de vida da pessoa com cancro. Concretamente, no tratamento do CCP existem várias modalidades terapêuticas disponíveis, como a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia (RT), terapia biológica, ou uma combinação de dois ou mais desses modos, sendo que a radioterapia tem vindo a aperfeiçoar o prognóstico de muitas neoplasias (Pinto et al., 2014). Segundo vários estudos realizados nos últimos anos, acredita-se que 50% dos

doentes oncológicos poderão necessitar de radioterapia em algum momento do seu processo de tratamento (Souza *et al.*, 2017).

Segundo Rodrigues & Oliveira (2016) a radioterapia trata-se do uso de radiações ionizantes, que fornecem energia para matar as células tumorais na área do corpo definida pelo radioncologista. O seu ADN é danificado através da ionização dos átomos que formam a sua cadeia, e desta forma no final do tratamento, inviabiliza células, induzindo-as a morte celular. Essa radiação emitida destrói células neoplásicas malignas, porém, conseqüentemente as células saudáveis contíguas também são afetadas, bem como as estruturas intranucleares, e os tecidos com maior capacidade de renovação. Desta forma, a cada sessão de radioterapia, as células da região do corpo irradiada sofrem uma nova agressão, provocando a perda cumulativa da capacidade de proliferação celular (Burin, 2019).

A radioterapia é a modalidade terapêutica que emprega feixes de radiação sobre o tumor à distância, chamada radioterapia externa, ou em contacto direto com o tumor, que se designa por braquiterapia (Oliveira *et al.*, 2019). Além da supressão das células tumorais em determinado órgão, a RTE também vai atuar nos tecidos adjacentes criando uma margem de segurança como forma de eliminar qualquer vestígio de células malignas (Amorim *et al.*, 2022). As etapas de tratamento iniciam-se pela simulação (obtenção de imagem através de uma tomografia computadorizada), planeamento das sessões de radioterapia pelo radioncologista e físicos médicos e só depois é aplicado o tratamento em si, com sessões diárias de radioterapia (Oliveira *et al.*, 2019).

A radioterapia pode ser administrada com um intuito radical ou definitivo, com um caráter pré-operatório (neoadjuvante), pós-operatório (adjuvante), “profilático”, paliativo chegando mesmo em alguns casos a ser administrada com um caráter de emergência “*life saving*” como por exemplo em casos de hemorragias intratáveis com outros meios, compressão medular e intracraniana grave e síndromes de veia cava superior. Todos os tratamentos de radioterapia devem ser supervisionados por um especialista em radioncologia e assessorado por um especialista em física médica (HLL, 2020).

A RTE embora seja um tratamento eficaz, induz manifestações clínicas agudas ou crônicas durante ou após a sua aplicação, vistos com efeitos adversos inevitáveis ao tratamento (Souza *et al.*, 2017). Os efeitos secundários precoces/agudos ocorrem em células que se dividem rapidamente, tais como as células da pele, membranas mucosas,

folículos pilosos ou medula óssea e, o seu dano é geralmente reversível uma vez que se trata de tecidos com elevado número de células estaminais que após a interrupção da radiação habitualmente migram e repopulam a região tecidual. Estes efeitos surgem entre a segunda e terceira semana de tratamento até três meses após término da RTE, e dependem da energia, da dose, do fracionamento e da área a irradiar (Amorim *et al.*, 2022). No que respeita aos efeitos colaterais tardios/crónicos ocorrem em células que se dividem lentamente, como as células de músculos e vasos, e o dano é geralmente permanente. Estes podem surgir entre meses e anos após o término da RTE (Amorim *et al.*, 2022).

A intervenção da equipa de enfermagem é essencial e mesmo imprescindível nas ações preventivas e educativas com o objetivo de minimizar as toxicidades das radiações ionizantes (Souza *et al.*, 2017). O tratamento de radioterapia no CCP pode ter efeitos devastadores em funções vitais como a respiração, fala, deglutição, aparência física e mobilidade articular com grande impacto na qualidade de vida destas pessoas, pelo que o seguimento clínico por parte de profissionais de saúde dos problemas identificados é fundamental mesmo antes de iniciarem tratamento, e também ao longo de todo o processo (Thomas, Moore, Olsen, Kasperbauer, 2012).

De acordo com vários autores (Leite *et al.*, 2013; Florêncio & Santos, 2018; Amorim *et al.*, 2022; Kara *et al.*, 2022), os efeitos adversos agudos que podem surgir no decorrer da RTE na região irradiada de cabeça e pescoço são a radiodermite, a radiomucosite oral, a xerostomia/ halitose, a disgeusia /ageusia, a odinofagia /disfagia, a perda de apetite/ perda ponderal, a disfonia por edema das cordas vocais, o trismo, a ansiedade/ depressão. Como exemplos de radiotoxicidade tardia existem: fibrose, atrofia, alterações da pigmentação da pele, lesões vasculares, necrose tecidual, osteorradionecrose mandibular, redução salivar com secura da boca, diminuição da audição, rigidez da articulação mandibular ou segundos cancros. (Leite *et al.*, 2013; Florêncio & Santos, 2018; Amorim *et al.*, 2022).

Os doentes oncológicos de cabeça e pescoço antes do tratamento de RTE, podem já ter sido submetidos a cirurgia complexa, muitas vezes com resseção de tecidos moles, ossos da face ou reconstrução da pele que resulta em cicatrizes extensas com pregas. Estas alterações das estruturas anatómicas podem levar a complicações como aspição, dificuldade de mastigação, disfagia, disfonia, afasia e outras alterações da fala, bem como

alterações da imagem corporal desencadeando problemas psicológicos e sociais (Pinto *et al.*, 2014).

Os cuidados de enfermagem na radioterapia visam um atendimento personalizado e humanizado, que minimize a ansiedade, as dúvidas e os efeitos adversos que podem surgir no decorrer do tratamento. Além disso, os enfermeiros pretendem a promoção de um ambiente seguro e individualizado às necessidades específicas de cada doente oncológico e sua família, construindo um plano de cuidados adequado a cada situação e garantindo qualidade na prestação da sua prática clínica (Oliveira *et al.*, 2019).

1.2. A capacitação para o autocuidado na Consulta de Enfermagem de radioterapia

A consulta de enfermagem tem um grande impacto nos cuidados prestados aos clientes submetidas a RTE, uma vez que pode influenciar uma melhor adesão ao tratamento, contribuir para o despiste precoce e a minimização das complicações inerentes ao mesmo e, essencialmente, no apoio e no esclarecimento de dúvidas sobre o plano terapêutico. A identificação e estruturação prévia dos diagnósticos relacionados com os efeitos secundários da RT, permitirá nortear o raciocínio clínico do enfermeiro no planeamento das intervenções de enfermagem, e desta forma contribuir para a efetividade e sucesso da implementação da consulta de enfermagem de radioterapia (Leite *et al.*, 2013).

A consulta de enfermagem compreende a colheita de dados inicial, através de anamnese ou exame físico, como forma de identificar as reais necessidades de saúde da pessoa, e em seguida implementar ações para resolução desses problemas, assim como promover práticas educativas para gestão dos cuidados no domicílio e para fortalecer o vínculo entre o profissional/ doente oncológico/ família (Pimenta *et al.*, 2019).

Os cuidados de enfermagem priorizam a relação, a confiança e a empatia com o cliente, para que este se sinta contemplado nas suas necessidades durante o tratamento, quer pelas intervenções significativas, esclarecimento de dúvidas, orientações ou ações que promovam o seu autocuidado. Por isso, é fundamental que o enfermeiro de radioterapia tenha desenvolvimento teórico e prático para prestar uma assistência

adequada e direcionada às necessidades de cada pessoa nas diferentes fases de tratamento com radiação ionizante, tendo em conta uma prestação de cuidados personalizada e humanizada, minimizando a ansiedade, dúvidas e efeitos adversos que vão surgindo. A enfermagem vem sustentando a sua prática do cuidado em teorias de enfermagem que suportam a profissão, e isso valoriza a prática do dia-a-dia (Burin, 2019).

Segundo parecer do conselho de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, a consulta de enfermagem é da responsabilidade do enfermeiro que deverá recorrer

(...) a metodologia científica, processo de enfermagem, do qual constam a colheita de dados, a formulação de diagnóstico(s) de enfermagem, o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem, a avaliação de resultados e, conseqüentemente, reformulação do planeamento, sempre que se justifique. A consulta de enfermagem, como tal, tem por base a avaliação efetuada e o(s) diagnóstico(s) de enfermagem que sustentam a elaboração e/ou atualização de um plano de intervenção de enfermagem (OE, 2021, p.5).

A intervenção do enfermeiro na consulta de enfermagem visa a promoção da saúde e prevenção da doença, de complicações e/ou de incapacidades que resultem do processo de saúde-doença e desta forma, facilitar a capacitação da pessoa e família na adaptação e/ou recuperação, maximizando o bem-estar e o autocuidado e conseqüentemente, a qualidade de vida. A concretização da consulta de enfermagem é da responsabilidade do enfermeiro que a realiza, porém também requer que toda a equipa esteja envolvida, motivada e disponível, para que a intervenção seja consensual e estruturada pelas mesmas linhas orientadoras (OE, 2021).

Concretamente, na consulta de enfermagem de radioterapia devem ser fornecidas todas as orientações sobre o tratamento que vai ser realizado, as toxicidades que este pode causar, esclarecimento de dúvidas, encaminhamento a outros profissionais (nutrição, psicologia, serviço social, entre outras), avaliação de sinais e sintomas através de escalas validadas, identificação de fatores de risco à radiotoxicidade e disponibilização de meio de comunicação ao doente para esclarecimento de eventuais dúvidas no decorrer do tratamento. Apenas assim se pode garantir a educação e adesão ao tratamento proposto (Pimenta *et al.*, 2019).

Neste sentido e enquadrando o âmbito deste projeto que me propus a desenvolver, justifica-se a necessidade e a pertinência de reunir evidências da

importância da consulta de enfermagem de radioterapia, concretamente na pessoa com CCP que pela complexidade da doença conjugada com múltiplos fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais, espirituais e económicos, exige uma equipa de enfermagem com conhecimento específico na área e capacitada nas práticas do cuidar para lidar com doentes e famílias, no intuito de facilitar a adesão ao tratamento e respetivas orientações de autocuidado e esclarecimento de dúvidas (Souza *et al.*, 2017).

1.3. A Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem como referencial teórico dos cuidados de Enfermagem

A doença oncológica é, atualmente, enquadrada nas doenças crónicas, por se tratar de uma transição na trajetória do ciclo vital da pessoa, que acarreta alterações patológicas não reversíveis (físicas, psicológicas, sociais,...) que de alguma forma causam incapacidade residual que perdura no tempo e influencia a perceção de saúde e de qualidade de vida (Galvão & Baptista, 2022). Este longo e específico processo de doença requer que tanto o doente oncológico como a sua família sejam capacitados para a manutenção do autocuidado, com o objetivo major de restabelecer a qualidade de vida pela capacidade de reorganização, reintegração ou reorientação da pessoa portadora da doença, através de: “a) reconciliação cognitiva inicial com o estado de saúde, o seu impacto e a sua natureza crónica; b) aceitação efetiva ou internalização de si como sendo uma pessoa portadora de uma doença crónica, incluindo a busca de novos significados; c) redefinição de objetivos pessoais, sociais e/ou profissionais” (Galvão & Baptista, 2022, p. 20).

O autocuidado é visto como uma competência própria do ser humano como forma de cuidar de si de forma autónoma, esclarecida e responsável, ou seja, é uma necessidade universal e integra todos os aspetos da vida. A capacidade para o autocuidado vai oscilando pelas mais diversas razões, entre as quais doença, trabalho, questões familiares ou situações de dependência, que muitas vezes diminuem a autonomia da pessoa para manter o autocuidado (Galvão & Baptista, 2022).

A Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem (TDAE) foi desenvolvida entre 1959 e 1985 pela teórica Dorothea Orem, na qual o autocuidado é o conceito central. Para

Orem (2001), o autocuidado é definido como a prática de atividades que promovem o desenvolvimento das pessoas que as realizam em seu próprio benefício, dentro de espaços de tempo específicos, com o objetivo da manutenção da vida, saúde e bem-estar pessoal. Segundo Orem a TDAE será uma teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas: “1) a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; 2) a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem” (Queirós, Vidinha & Almeida Filho, 2014. p. 159).

A **teoria do autocuidado** pressupõe que todos os seres humanos têm motivação essencial, tal como potencial para desenvolver as suas habilidades intelectuais e práticas para o autocuidado, uma vez que este é não instintivo. Orem (2001) define três tipos de requisitos para o autocuidado: os universais, que existem em todos os seres humanos independentemente da idade e influenciam diretamente os processos de vida e as suas funções vitais, correspondendo às atividades de vida diária: a manutenção de uma ingestão suficiente de água, ar e nutrientes; os cuidados associados aos processos de eliminação; o equilíbrio entre atividade e repouso; o equilíbrio entre solidão e interação social; a prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar e o desejo de normalidade; os de desenvolvimento do autocuidado, que correspondem à formação de condições que promovam os processos de desenvolvimento em cada fase do ciclo vital; e os requisitos referentes ao desvio de saúde, que correspondem às alterações decorrentes de problemas de saúde que podem gerar dificuldades na manutenção adequada do autocuidado (Orem, 2001).

A **teoria do défice do autocuidado** apresenta a parceria entre enfermeiro e doente como conceito principal, uma vez que identificados os problemas de saúde são determinadas as ações e o tipo de intervenção apropriada à maturidade de cada pessoa, permitindo-lhe ser autónoma para cuidar de si mesma. Quando a pessoa não tem capacidade para cuidar de si própria, o défice de autocuidado determina a necessidade da intervenção de enfermagem capacitando a pessoa para desenvolver esse autocuidado, e em simultâneo conduz à ativação de sistemas de enfermagem, que se

definem como ações desempenhadas pelos enfermeiros que perspetivam minimizar as limitações do doente com défice de autocuidado (Orem, 2001).

Desta forma, a **teoria dos sistemas de enfermagem**, enfatiza a enfermagem como uma ação humana que identifica três tipos de prática: um sistema totalmente compensatório, no qual o enfermeiro substitui a pessoa no autocuidado; um sistema parcialmente compensatório, no qual enfermeiro ajuda a realizar aquilo que a pessoa não é capaz de fazer por si própria; e um sistema de apoio-educativo, no qual o enfermeiro identifica a capacidade que a pessoa tem para realização do autocuidado, e apenas necessita de ensiná-la e supervisioná-la na realização das ações de autocuidado, sendo este sistema aquele que melhor sustentará a implementação deste projeto de mestrado pela promoção do autocuidado através de ensinios na consulta de enfermagem (Orem, 2001).

2. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

A elaboração deste trabalho académico obedece à metodologia de projeto, por isso integra as etapas seguintes: definir o diagnóstico de situação, planear as atividades, metodologias e estratégias a desenvolver, executar as atividades planeadas e por fim, avaliar e divulgar os resultados obtidos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A primeira etapa deste projeto iniciou-se com o diagnóstico da situação cujo objetivo era identificar um problema ou uma necessidade do meu contexto profissional, sobre a qual pudesse atuar ou modificar, o qual já foi apresentado anteriormente no sumário deste trabalho, revelando a importância da resolução do problema para a melhoria contínua dos cuidados prestados ao doente oncológico no Centro de Oncologia onde exerço funções. Surgiu assim este projeto que me propus a desenvolver em contexto académico de aquisição de Mestrado em Enfermagem, intitulado “Implementação de consulta de enfermagem ao doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia”.

Concluído o diagnóstico de situação deve proceder-se à definição dos objetivos do projeto, como linhas orientadoras para os resultados que se pretendem alcançar (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Com a implementação deste projeto pretende-se instituir cuidados de enfermagem holísticos, especializados e centrados na pessoa, permitindo-me a título pessoal expandir as competências de enfermeira generalista e desenvolver competências como Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica, mais concretamente Competências Comuns do Enfermeiro Especialista de acordo com o Regulamento nº 140 da OE, 2019, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crónica e Paliativa de acordo com Regulamento nº 429 da OE, 2018, Competências de Mestre segundo o Decreto-Lei n.º 74/2006 e Competências do Enfermeiro na área da Oncologia preconizadas pela *EONS*, 2022, que serão especificadas e analisadas consoante os objetivos que me propus a atingir, por cada local de estágio realizado neste percurso académico. A complexidade da prestação de cuidados exige dos enfermeiros a aquisição constante de competências baseadas na interação entre a prática e a teoria para que possam desenvolver o seu processo de aprendizagem em função das necessidades profissionais diárias, e no qual a perícia se

desenvolve à medida que a experiência acontece (Benner, 2001). O modelo de desenvolvimento de competências de Dreyfus, aplicado à disciplina de enfermagem por Benner (2001), refere que a competência se renova com a experiência profissional e com o domínio dos conhecimentos, o que valida o meu interesse na realização deste Curso de Mestrado, acreditando que seja o princípio de um percurso que me permita atingir o nível de competente e, futuramente de perito na área de oncologia, especificamente na realização de consulta de enfermagem de radioterapia aos doentes oncológicos com CCP.

Assim, defini como objetivos gerais a atingir com a elaboração deste projeto: (i) Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais de enfermeiro mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na capacitação para o autocuidado do doente oncológico de cabeça e pescoço, proposto para tratamento com radioterapia, que estabeleci para atingir nos serviços de estágio do Hospital A; (ii) Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia, promovendo a sua capacitação para o autocuidado em Consulta de Enfermagem de radioterapia no Centro de Oncologia do Hospital B, onde implementei o meu projeto final de mestrado. A metodologia usada para atingir estes objetivos definidos foi inicialmente a elaboração de revisão bibliográfica da evidência científica sobre a temática em estudo, através de uma revisão *scoping* e outras pesquisas que se mostraram pertinentes, complementadas com a reflexão crítica dos dados obtidos e a realização de estágios em diferentes contextos clínicos nesta área de intervenção.

A realização de estágios foi fundamental para aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências práticas de enfermeira especialista, e foi com esse intuito que selecionei dois serviços de estágio numa instituição no setor público de referência na grande Lisboa, que presa pela excelência na prestação de cuidados ao doente oncológico com necessidade de tratamento com radioterapia. Nestes contextos clínicos tive a oportunidade de planear e realizar atividades específicas nesta área de cuidados, observar a prática dos enfermeiros e enfermeiros-orientadores, acompanhar a prestação de cuidados a doentes com patologia de CCP submetidos tanto a cirurgia como a radioterapia e treinar a realização de consulta de enfermagem de radioterapia a esta população alvo, o que me permitiu posteriormente, no meu local de trabalho e último estágio, mobilizar os conhecimentos e competências adquiridas até então, e envolvendo

a equipa de enfermagem, estabelecer estratégias e construir documentos orientadores sobre as práticas de enfermagem que visam a capacitação para o autocuidado do doente oncológico de cabeça e pescoço, nomeadamente através da estruturação da consulta de enfermagem de radioterapia, dando resposta à problemática elegida para o desenvolvimento deste projeto e, assim agir como elemento dinamizador para a melhoria da qualidade dos cuidados na prática de enfermagem oncológica.

Os estágios curriculares supervisionados permitem que o estudante obtenha cenários essenciais de aprendizagem que proporcionam a articulação dos conhecimentos, habilidades e atitudes, assim como fomentam o desenvolvimento de liderança, de tomada de decisão, de raciocínio crítico e de habilidades de comunicação, essenciais para um desempenho autónomo, seguro e de qualidade (Esteves, Cunha, Bohomol & Negri, 2018).

O primeiro estágio decorreu simultaneamente no Serviço de Cirurgia de Cancro de Cabeça e Pescoço/ Otorrinolaringologia/ Endocrinologia e no Serviço de Radioterapia do Hospital A. Estes dois campos de estágio apesar de distintos permitiram-me fazer uma articulação ideal para identificar as reais necessidades do doente oncológico de cabeça e pescoço e sua família, nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social, e assim planear de forma eficaz os cuidados de enfermagem promotores do autocuidado, baseados numa avaliação abrangente desta população submetida a diferentes modalidades terapêuticas desde a cirurgia, a quimiorradioterapia ou a radioterapia isolada. Ambos os serviços estão munidos de enfermeiros peritos na área oncológica de patologia de CCP, bem como apresentam planos educativos estruturados e organizados, baseados em documentos escritos de apoio à prática clínica, que permitem a fundamentação teórica da prestação de cuidados realizada.

O segundo estágio desenvolveu-se no Centro de oncologia do Hospital B, serviço onde exerço funções de enfermeira. Trata-se de uma instituição de referência no setor privado para acompanhamento de doentes oncológicos desde o diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-alta. Desta forma, pretendo implementar este projeto como contributo à promoção da melhoria de cuidados ao doente oncológico com CCP proposto para tratamento com radioterapia.

Estes foram contextos clínicos definidos pelo seu potencial e riqueza de oportunidades de experiências teórico-práticas para a aquisição de contributos e

competências na implementação deste projeto de intervenção. Assim, pretende-se que este projeto de intervenção assumira uma “potencialidade formadora, pois permite desenvolver a capacidade de explicar as situações da prática e construir saber a partir da reflexão sobre a prática” (OE, 2019, p. 31).

No seguimento deste capítulo será apresentado o percurso executado para a aquisição de competências de enfermeiro mestre e especialista, em que explicito os campos de estágios e os objetivos gerais e específicos de cada um, com as respetivas atividades delineadas e realizadas e os indicadores de resultados atingidos no final. Em simultâneo, com a descrição da trajetória desenvolvida será feita uma análise crítica-reflexiva das atividades realizadas à luz da evidência científica e suportadas pelo referencial teórico de Dorothea Orem que apoia este projeto, culminando com a aquisição de competências adquiridas de Mestre e enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente Oncológica. A concretização de cada uma das atividades planeadas decorreu de acordo com o plano de atividades proposto e a programação temporal definida no Cronograma de atividades apresentado no projeto de intervenção realizado na UC Opção II do 2º semestre.

2.1. Contexto de Estágio: Serviço de Cirurgia de Cancro de Cabeça e Pescoço/ Otorrinolaringologia/ Endocrinologia e Serviço de Radioterapia do Hospital A

Como forma de dar resposta ao objetivo geral que me propus para os contextos de estágio do Hospital A: **adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais de enfermeiro mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na capacitação para o autocuidado do doente oncológico de cabeça e pescoço, proposto para tratamento com radioterapia**, foram selecionados dois serviços desta instituição que me permitissem complementar aprendizagens e prestar cuidados de enfermagem promotores do autocuidado nesta população, baseados na avaliação abrangente do doente e sua família. Assim, no período temporal de 26 de setembro a 02 de dezembro de 2022, durante as dez semanas de estágio foram alternados turnos, entre o Serviço de Cirurgia Oncológica de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia (ORL) e Endocrinologia, num total de 17 turnos, que se destaca pela sua intervenção na

identificação das necessidades do doente oncológico de cabeça e pescoço e sua família, nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social e, conseqüentemente, na área educativa e de reabilitação para a promoção de autocuidado; e o Serviço de Radioterapia, num total de 13 turnos, onde é realizado um acompanhamento dos doentes de cabeça e pescoço submetidos ao tratamento de radioterapia através de uma consulta de enfermagem estruturada que permite identificar as necessidades e as complicações resultantes deste tratamento, promovendo medidas preventivas e de intervenção que minimizem as toxicidades resultantes da radioterapia, e assim capacitar o doente e sua família para o autocuidado.

Face ao objetivo geral definido foram planejados quatro objetivos específicos consonantes às atividades planeadas e indicadores de avaliação.

- Integrar e compreender a dinâmica funcional da equipa de enfermagem e sua articulação com a equipa multidisciplinar, no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço, e serviço de Radioterapia;

A integração, em ambos os serviços, aconteceu de forma gradual e crescente, sendo que no primeiro dia de estágio em cada um dos serviços iniciou-se com uma conversa formal com a enfermeira-orientadora e com a enfermeira chefe respectiva de cada serviço, como forma de me apresentar pessoal e profissionalmente. Foi-me também apresentado logo nesse dia a organização física e estrutural dos serviços, os protocolos e as orientações técnicas pelos quais se rege a organização institucional. No decorrer dos primeiros dias de estágio, as enfermeiras-orientadoras foram me apresentando as funções dos vários elementos constituintes da equipa multidisciplinar e qual a articulação existente entre eles nos respetivos serviços. De realçar, as funções dos enfermeiros especialistas integrados na equipa com projetos profissionais específicos de cada área de intervenção, como mais-valia para a aquisição das minhas competências futuras neste projeto.

Considero relevante referir que as enfermeiras-orientadoras tiveram um papel preponderante e facilitador na minha adaptação a cada campo de estágio, sempre muito acolhedoras e disponíveis. No entanto, toda a equipa multidisciplinar com quem tive

oportunidade de partilhar momentos de aprendizagem foram hospitalares e contribuíram para o sucesso na realização destes estágios clínicos.

A execução deste objetivo foi possível ainda pela realização de outras atividades como: a exposição do projeto de intervenção à equipa multidisciplinar, a identificação de valores, missão, filosofia e estrutura dinâmica e funcional da instituição/serviços selecionados e a consulta de documentos normativos e/ou protocolos que orientam para as boas práticas existentes nos respetivos serviços. A exposição do projeto de intervenção às respetivas equipas revelou-se fundamental, para a colaboração das mesmas no meu processo de aprendizagem, que me deram parecer positivo, apoio e disponibilidade na concretização do projeto académico e profissional. Segundo Benner *et al.*, (2009) a existência de protocolos e diretivas, têm como objetivo garantir aos doentes que serão cuidados com segurança. Acrescenta-se ainda, que um enfermeiro perito não rejeita *guidelines* ou protocolos, mas considera-os instrumentos auxiliares para a tomada de decisão. A observação das práticas e da dinâmica de cuidados e a consulta de normas e protocolos dos serviços foram atividades indispensáveis na execução deste objetivo, pelo que foi elaborado um texto escrito com a caracterização estrutural, organizativa e funcional dos serviços envolvidos neste estágio, que apresento em Apêndice II.

- Identificar as necessidades do doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia e sua família, nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social;

Para a concretização deste objetivo foram desenvolvidas atividades como a observação e participação nas consultas de enfermagem de radioterapia realizadas pela enfermeira-orientadora ou outro enfermeiro perito do serviço, consulta dos registos de enfermagem e manuais orientadores de apoio à prática existentes no serviço, com posterior validação e reflexão com a enfermeira orientadora, que permitiram a identificação das necessidades do doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia e respetivas intervenções de enfermagem realizadas para a capacitação do autocuidado nestes doentes e sua família.

Considero ter superado este indicador, uma vez que tive oportunidade de participar em consultas de enfermagem de radioterapia de várias especialidades

oncológicas, não só de primeira vez, mas sim ao longo de todas as fases de tratamento, o que me permitiu ter uma visão mais abrangente dos cuidados prestados no serviço de radioterapia.

Durante os turnos que realizei no Serviço de Radioterapia, destacou-se o interesse em determinar quais os problemas/necessidades que os doentes referiam como mais afetadas ou carenciadas de conhecimentos, com o intuito de os munir de aprendizagens para os tornar capazes de cuidarem de si próprios ao longo do tratamento. Além disso, foi fundamental perceber quais os possíveis fatores que podem influenciar a capacidade de autocuidado na pessoa pois, segundo Orem (2001), esses fatores têm muita probabilidade de limitar o que a pessoa é capaz de fazer por si própria, bem como a sua capacidade para raciocinar, tomar decisões ou empenhar-se nas atividades que lhe permitem atingir os objetivos do autocuidado.

Com forma de consolidar os conhecimentos alcançados, procedi à elaboração de notas de campo das consultas de enfermagem de radioterapia em que participei com doentes oncológicos de cabeça e pescoço e suas famílias, onde constaram as intervenções de enfermagem realizadas de acordo com as necessidades ou complicações resultantes da radioterapia, e com vista à capacitação para o autocuidado destes doentes durante o tratamento com radioterapia. Em paralelo, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre essas mesmas intervenções de enfermagem direcionadas ao doente oncológico de cabeça e pescoço e sua família, sustentando a prática de cuidados na evidência científica atualizada.

Toda a informação recolhida pela observação não estruturada da prática de cuidados foi uma mais-valia para alcançar os objetivos definidos, uma vez que me permitiram descrever e questionar o que estava a observar nos contextos de estágios e assim, aprofundar a compreensão da prática clínica através da pesquisa bibliográfica, ou mesmo através de reflexões com as orientadoras de estágio, os colegas de trabalho, a equipa multidisciplinar, e até nas reuniões tutoriais na escola de enfermagem com professores e colegas de mestrado.

Bogdan e Biklen (1994) afirmam que as notas de campo são “o relato daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e reflectindo sobre uns dados de um estudo qualitativo” (p.150). Portanto, eu como estudante de enfermagem a realizar estágio de mestrado e especialidade, optei pelo método de

observação participante, e foi de todo o meu interesse elaborar notas de campo para um melhor tratamento das informações recolhidas.

As necessidades identificadas ao longo das consultas em que participei relacionam-se essencialmente com os efeitos secundários do tratamento de radioterapia, com destaque para aquelas relativas à pele, às mucosas e alimentação, ou seja, radiodermite, radiomucosite, disgeusia, xerostomia, perda de apetite, dificuldade de ingestão alimentar e dor. Estes sintomas adversos mais evidenciados vão de encontro aos referidos em estudos científicos como fadiga ou perda de energia, dificuldade em dormir, alteração de imagem corporal, alterações no sabor dos alimentos, boca seca, diminuição da salivação, feridas na boca, dor, dificuldade de deglutição, preocupação e sensação de tristeza, perda de peso, dificuldade de concentração, sentir-se sonolento ou tonto, problemas dentários e mudança no tom de voz (Kirca & Kutlutürkan, 2017).

Assim como nos validam Leite *et al.* (2013), os principais efeitos adversos decorrentes da radioterapia em doentes oncológicos de cabeça e pescoço são a mucosite, a radiodermite, o trismo, a xerostomia, a disgeusia, a disfagia, a odinofagia, as alterações gastrointestinais, as infeções, a dor e a osteorradionecrose, sendo que os seus sinais e sintomas afetam as necessidades humanas básicas destes doentes.

Nesse contexto, as estratégias preventivas das toxicidades da radioterapia nos doentes oncológicos de cabeça e pescoço, e as intervenções de enfermagem mais prevalentes relacionam-se com nutrição, promoção do autocuidado, autoestima, integridade da pele e higiene oral, sendo a maioria das intervenções focadas nestas necessidades. É notório que a abordagem da sexualidade, bem como o domínio de crenças é pouco explorado pelos profissionais dificultando a execução de um cuidado completo e holístico (Gonzaga & Conceição, 2018).

O Enfermeiro tem um papel importante no acompanhamento do doente submetido a tratamentos de radioterapia, desde a admissão até à alta, pois torna-se o elo entre o cliente, a família, os médicos, os técnicos, os psicólogos, os nutricionistas e demais profissionais que possam ser envolvidos. A sua intervenção passa por proporcionar ao cliente e sua família uma educação apropriada, vigiar e avaliar os efeitos secundários do tratamento no cliente e, assegurar que todas as medidas de promoção de cuidados que foram recomendadas estão a ser aplicadas com a eficácia desejada (Souza *et al.*, 2017).

Em suma, as **Intervenções de Enfermagem** aplicadas na consulta de enfermagem de radioterapia visam sobretudo:

- Desmistificar medos, crenças e mitos relativos ao tratamento com radioterapia;
- Melhorar a adesão ao tratamento;
- Acompanhar o cliente e família desde o início do tratamento até ao término de modo a minimizar os efeitos secundários do tratamento (efeitos precoces e tardios);
- Identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de efeitos secundários devido a radioterapia;
- Promover educação para a saúde, como por exemplo, o abandono do uso de álcool e cessação do tabagismo;
- Realizar cuidados de suporte às pessoas submetidas a radioterapia disponibilizando informação, educando de acordo com as necessidades dos doentes e pessoas significativas;
- Promover conforto físico, psicossocial e bem-estar;
- Promover cuidados para uma cicatrização ótima, minimizando o risco de infeção;
- Agilizar a articulação com os outros serviços (intra-hospitalares e recursos da comunidade) para a promoção da continuidade dos cuidados.

Os enfermeiros devem-se prover de conhecimentos bem sedimentados sobre as patologias e medidas terapêuticas usadas nas suas práticas para ajudar os doentes de forma eficaz a aplicar conhecimentos relevantes no seu autocuidado (Orem, 2001). Assim, as consultas de enfermagem são consideradas um bom momento para realizar educação para a saúde na gestão de sintomas e reconhecimento precoce de complicações.

- Compreender a prática de cuidados de enfermagem no âmbito da capacitação para o autocuidado do doente oncológico de cabeça e pescoço;

Este objetivo foi atingido pela observação da dinâmica do serviço de internamento e da consulta de enfermagem de radioterapia e, respetiva articulação da equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar, complementada pela análise crítico-reflexiva das práticas identificadas na realização de intervenções promotoras da capacitação do doente oncológico de cabeça e pescoço no seu percurso terapêutico, e respetivos registos de enfermagem realizados pelos enfermeiros no internamento e na consulta de enfermagem de radioterapia.

Como indicadores de resultado foram elaboradas notas de campo sobre as práticas observadas, assim como uma reflexão sobre momentos de aprendizagem significativos no serviço de Radioterapia, utilizando o ciclo reflexivo de Gibbs, um ciclo reflexivo que se divide em seis etapas como forma de questionar as ações que realizamos e permitir descrever, avaliar, analisar e planear a ação/intervenção para futuras situações (Ramos, Ramos, Marques, Leal, 2017).

A prestação de cuidados é exercida na base de uma estrutura organizacional/funcional de cada instituição de saúde, por isso é fundamental compreender a estrutura organizativa, funcional e dinâmica de cada equipa de saúde que se pretende integrar para assim, melhor atingir os objetivos traçados na realização de estágio clínico. A integração da dinâmica das equipas multidisciplinares envolvidas contribui para reconhecer os momentos adequados e essenciais para observar e participar nos cuidados de enfermagem prestados e, desta forma, conseguir obter o máximo de experiências enriquecedoras para o desenvolvimento deste projeto de intervenção.

A observação e colaboração nos cuidados prestados pelos enfermeiros das equipas envolvidas, facilitou a perceção das estratégias educativas que eram utilizadas pelas equipas multidisciplinares com vista à capacitação para o autocuidado dos seus doentes. Pude constatar que a abordagem dos cuidados era centrada na promoção do autocuidado o que vai de encontro ao defendido por Orem (2001), uma vez que o enfermeiro interage com os doentes e age de forma consistente para dar resposta às necessidades de autocuidado e regular o desenvolvimento das capacidades da pessoa

para o autocuidado. A educação é assumida, nestes serviços onde realizei estágio, como predominante no processo de autocuidado. De acordo com Orem (2001) é através desta que os doentes adquirem conhecimentos e habilidades que lhes permitem a tomada de decisão e o desempenho do autocuidado, e dessa forma sentirem uma sensação de controlo, para lidarem melhor com a incerteza em relação à sua saúde, cumprindo os planos de cuidados com um maior rigor, o que facilita a recuperação mais rápida e eficaz.

Descrevendo a prática de cuidados de enfermagem no serviço de internamento, o percurso do doente cirúrgico inicia-se no momento do acolhimento de enfermagem, que se realiza a todos os doentes que são admitidos para cirurgia eletiva. Esta decisão terapêutica é concretizada por uma reunião médica multidisciplinar, e posteriormente comunicada ao doente. Na consulta de acolhimento, o enfermeiro procede à colheita de dados do doente, abrangendo as dimensões pessoal, familiar, física, psicoespiritual e socioeconómica, e iniciando-se aqui a identificação das necessidades de cuidados, o conhecimento que o doente tem sobre a intervenção cirúrgica a que irá ser submetido e possíveis dificuldades associadas. Assim, são delineadas estratégias de intervenção, encaminhamento multiprofissional, ou solicitados recursos da comunidade que possam dar resposta às necessidades identificadas da pessoa a vivenciar processos médico-cirúrgicos complexos, dando início ao processo de planeamento da alta (OE, 2017a).

Diariamente, é realizada no serviço a visita médica aos doentes, na qual participam as enfermeiras de referência do serviço, assim como a assistente social, o médico internista do serviço e a farmacêutica, na qual é discutida a situação clínica de cada um dos doentes internados. Nestes momentos, as enfermeiras partilham os problemas de enfermagem identificados por toda a equipa de enfermagem na prestação de cuidados direta aos doentes, para que estes sejam analisados e discutidos pela equipa multidisciplinar envolvida. O enfermeiro como elemento privilegiado de contacto direto e mais prolongado com os doentes, tem um conhecimento mais aprofundado do estado geral do doente e o seu progresso clínico no processo de saúde-doença. A visita médica multidisciplinar permite definir um plano terapêutico e uma planificação de cuidados mais adequada e individualizada de intervenções centradas no doente e sua família.

As visitas hospitalares multidisciplinares, nas quais se incluem médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo, entre outros, melhora a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde e esse trabalho em equipa reduz a possibilidade de

complicações, favorece a qualidade dos resultados na recuperação do doente, diminui o tempo de internamento hospitalar e melhora a satisfação do doente e sua família, bem como da própria equipa multidisciplinar (Epstein, 2014).

As intervenções de enfermagem promotoras da capacitação do doente oncológico de cabeça e pescoço após cirurgia iniciam-se o mais precocemente possível de acordo com o estado clínico do doente, sendo esta individualizada, centrada no doente como um todo integrado e personalizado, identificando-se as suas necessidades por forma a estabelecer prioridades, planear, executar e avaliar essas intervenções de acordo com o processo de enfermagem, em busca da melhor adaptação ao processo de saúde-doença que o indivíduo e sua família se encontram a ultrapassar no momento, de modo a respeitar o ritmo de aprendizagem, a ansiedade manifestada, os receios e angústias e as dúvidas que emergem.

No Serviço de Cirurgia de CCP/ORL, as necessidades identificadas estão intrinsecamente mais relacionadas com as repercussões decorrentes da intervenção cirúrgica, nomeadamente ao nível da autonomia no autocuidado, da alimentação, da respiração e da comunicação. Devido a estas complicações expetáveis, muitos doentes com CCP recusam, inicialmente, a cirurgia na tentativa de preservar a estética e a funcionalidade das estruturas físicas, e também a conceção da imagem corporal, a autoestima e a sexualidade, que são inevitavelmente ameaçadas pelos resultados do processo cirúrgico nesta região corporal (Haggood, 2000).

Ao longo do estágio tive inúmeras oportunidades de realizar intervenções educativas aos doentes, autonomamente e em parceria com a enfermeira orientadora, a nível dos cuidados traqueais, cuidados alimentares, cuidados de higiene oral, bem como, desenvolvimento de estratégias comunicacionais verbais e não verbais, com a oportunidade de acompanhar as várias fases evolutivas de ensino, decorrentes do planeamento da alta, até ao dia da alta em concreto. Estas experiências permitiram-me desenvolver competências ao nível das estratégias educativas, que prepararam o doente, família/cuidador para o desenvolvimento de atividades de autocuidado promotoras de um regresso a casa em segurança e que garantam a continuidade de cuidados.

Neste serviço, a uniformização de cuidados é assegurada através de fontes de apoio à prática como o manual de integração ao serviço para enfermeiros e alguns protocolos sobre as diversas cirurgias existentes no serviço, bem como outros protocolos

com o objetivo de demonstrar a importância dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: Ensinos pré-operatórios; Avaliação neuro-circulatória: do retalho cirúrgico; Deficiência Sensorial não compensada.

Já desde 1975, que a autora Andrade refere que o manual de normas e procedimentos *“constitui uma fonte de referência objetiva, clara e acessível ao pessoal de enfermagem, sempre que necessário, favorecendo melhor interpretação das bases ou linhas de orientação requeridas em termos de elaboração de planos de ação, execução, coordenação, controle, supervisão e avaliação das ações de enfermagem (...)”* (p.456). A utilização de manuais, compreendendo normas e procedimentos, é condição indispensável ao desempenho da prática de enfermagem, principalmente pela sua natureza polivalente que envolve a aplicação de normas e procedimentos em diferentes situações de saúde, justificando uma estruturação que ofereça condições seguras para melhor transmissão das normas e procedimentos aos enfermeiros durante integração a um novo serviço, bem como uniformização na interpretação dessas informações na continuidade de cuidados para reafirmação dos cuidados de enfermagem e esclarecimentos, sempre que necessário (Andrade, 1975).

Neste seguimento, tive a oportunidade de conhecer protocolos como a progressão da dieta entérica por sonda nasogástrica, até à remoção dessa sonda e início de treino de deglutição para iniciar dieta oral líquida/ mole, de acordo com um plano médico e de nutricionista. Pude ainda consultar alguns folhetos informativos para o doente sobre a alimentação por sonda nasogástrica, recomendações com gastrostomia endoscópica percutânea e sobre traqueostomia e seus cuidados, que se encontram disponíveis na intranet da instituição. Considero que a entrega de material educacional escrito, para além da informação verbal que é apresentada ao doente e sua família, é facilitador das aprendizagens, tal como defendem os autores Santos, Sousa & Turrini (2012). Para eles a informação não deve ser só apresentada verbalmente, mas também de forma escrita com linguagem simples direcionada às necessidades do doente.

De destacar, a existência no serviço de um projeto de intervenção de cuidados especializados, desenvolvido pelas três enfermeiras especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (EEMC) que integram a equipa de enfermagem. Este projeto consiste na capacitação do doente pós-cirúrgico para o autocuidado pela avaliação da competência no autocuidado à ostomia respiratória - cuidados traqueais; pela avaliação da

competência do doente na realização da sua higiene oral - cuidados de higiene oral; e pela avaliação da competência do doente para otimizar a comunicação – estratégias comunicacionais.

Estas enfermeiras, onde se inclui a minha enfermeira orientadora de estágio, construíram 3 instrumentos de avaliação internos do serviço que permitem a avaliação da progressão do doente na competência no autocuidado nestas áreas de intervenção especializada, garantindo que o doente se encontra apto para ter alta, sem risco para o seu autocuidado e possíveis complicações associadas ao eventual défice do mesmo. Estes instrumentos são utilizados em diferentes momentos ao longo do internamento, até que se garanta a autonomia da pessoa nestes procedimentos avaliados.

No instrumento de avaliação da competência no autocuidado à ostomia respiratória - cuidados traqueais, são avaliados critérios do domínio do conhecimento da pessoa como perceber o que o doente sabe sobre uma laringectomia total, sua funcionalidade e consequências, quais os dispositivos necessários no cuidado à mesma, quando e como deve proceder à substituição dos dispositivos, quando e como deve proceder à limpeza do estoma e pele circundante e se conhece os recursos disponíveis na comunidade de apoio à pessoa laringectomizada total. No domínio da execução são avaliados critérios como organização e preparação do material necessário para o cuidado à laringectomia total, se lava as mãos no início e final do procedimento, se consegue remover a fita e o dispositivo e se procede à sua limpeza de forma eficaz, bem como se é capaz de voltar a adaptar o dispositivo de forma correta e ajustada, garantindo a conclusão do procedimento autonomamente. No domínio da autovigilância é avaliado se o doente observa a ostomia e se identifica as características das suas secreções, como forma de despiste de eventuais complicações. O doente é considerado independente nos cuidados traqueais, quando é capaz de cumprir todos os passos de execução do procedimento de forma correta e segura.

No instrumento de avaliação da competência do doente na realização da sua higiene oral - cuidados de higiene oral, são avaliados critérios do domínio do conhecimento como se a pessoa reconhece a importância da higiene oral, e as consequências da má higiene oral ou o número de vezes que deve proceder á sua higiene oral. No domínio da execução é avaliado se o doente tem o material necessário para a higiene oral e se executa a mesma de forma eficaz. Em seguida, a enfermeira EEMC avalia

no doente, aspetos como presença de lábios hidratados, língua e cavidade oral com aspeto higienizado, ausência de secreções no palato, sutura operatória (quando visível) com bordos unidos e com boa evolução cicatricial, e faz recomendações de melhoria sempre que necessário ao doente, para reavaliação em momentos futuros.

No instrumento de avaliação da competência do doente para otimizar a comunicação – estratégias comunicacionais, é avaliado inicialmente critérios do doente como as habilitações literárias, se tem telemóvel e quais as dificuldades no seu uso e ainda se o doente tem limitações motoras, visuais ou auditivas.

As estratégias alternativas de comunicação constituem uma alternativa à comunicação verbal e amplificam as capacidades comunicacionais dos doentes através de um conjunto de instrumentos, ferramentas e técnicas que compensam as dificuldades de comunicação e permitem a interlocução na ausência ou comprometimento da linguagem oral (Coelho, Bissoli, Sime & Bastos-Filho, 2015). Nos doentes com comunicação verbal alterada, constatou-se que um dos primeiros aspetos a ter em conta é a avaliação do estado cognitivo e funcional (dificuldades na linguagem e na fala) e da capacidade de leitura e escrita da pessoa. De igual modo, é importante fazer um levantamento das principais necessidades dos doentes, bem como saber se este possui algum dispositivo informático (e respetivo sistema operativo), para se seleccionar a melhor estratégia de comunicação adaptada à pessoa, com o objetivo de otimizar a sua comunicação (Frade, 2017). Segundo Rodriguez e Rowe (2010), esta *“tecnologia deve ser adaptada, para atender às necessidades específicas dos clientes, de acordo com a sua evolução”* (p. 199), permitindo a construção de mensagens complexas durante uma conversa e ajudando estas pessoas a expressarem-se de forma específica e elaborada, permitindo-lhes comunicarem as suas necessidades, de forma audível, podendo interromper uma conversa e tomar a palavra mais facilmente, o que lhes confere maior controlo e equidade (Frade, 2017).

Após essa avaliação do doente, é realizado ensino ao mesmo sobre as estratégias aumentativas e/ou alternativas de comunicação, avaliando como este comunica com os profissionais de saúde e com a família/visitas, fornecendo alternativas sempre que necessário promovendo a otimização da comunicação. Estas estratégias comunicacionais sugeridas são desde as mais simples como gestos e mimica e escrita com papel e caneta ou quadro mágico, a outras mais elaboradas como tabelas de letras e números, livros de

símbolos, uso de telemóvel ou tablet (mensagens escritas ou aplicações informáticas). Atualmente, já existem aplicações informáticas disponíveis de forma gratuita em português na internet, como a *Grid Player* ou *Aloud* para dispositivos *IOS*, e a *Magic Contact Lite* para dispositivos *Android*, que os doentes com necessidade de comunicação não-verbal podem beneficiar no seu dia-a-dia, permitindo ao doente e sua família estarem aptos para uma comunicação eficaz no domicílio (Frade, 2017).

A existência destes instrumentos padronizados do processo educativo, promovem a sistematização e priorização dos ensinamentos a realizar ao doente, revelando-se fundamental para consolidar, sintetizar e uniformizar o ensino prestado, bem como, para o registar de forma metodizada evitando, assim, lapsos ou repetições, em prol da melhor compreensão e satisfação do doente (Frade, 2017).

Além da aquisição de conhecimentos e da observação das práticas deste serviço de internamento, tive ainda a oportunidade de estabelecer relações profissionais com diferentes profissionais da equipa multidisciplinar, como médicos, nutricionista, psicóloga, assistente social e terapeuta da fala, revelando-se um excelente contributo de aprendizagem, de partilha de conhecimentos nas mais diversas áreas de atuação, em benefício da melhoria do estado de saúde do doente oncológico e sua família, tendo em conta a visão holística da pessoa. Estas experiências permitiram corroborar o Código deontológico do enfermeiro que reconhece como dever do enfermeiro, “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”, tendo em vista a concretização de objetivos comuns centrados no doente e sua família (OE, 2015, p.104).

Por fim, torna-se importante referir que a prática de transmissão de informações entre profissionais sobre os doentes internados, quer por comunicação oral e escrita (folha de passagem de turno atualizada no final de cada turno e registos de enfermagem em aplicativo informático da instituição), mostrou-se adequada e pertinente, sintetizando os cuidados prestados ao doente e ensinamentos realizados ao doente e sua família/cuidador, facilitando a intervenção progressiva dos enfermeiros a cada turno e a continuidade de cuidados quer ao longo do internamento, quer perspetivando a alta clínica com segurança.

Segundo o Parecer do Conselho de Enfermagem nº 61/2017, a transmissão de informação relativa aos cuidados de enfermagem prestados e individualizados a cada

doente, é imprescindível que seja registada e transmitida de forma presencial e verbal entre os enfermeiros envolvidos no plano terapêutico de cada doente. O momento de passagem de turno torna-se assim, uma reunião de equipa de enfermeiros fundamental para assegurar a continuidade de cuidados e promover a melhoria contínua da qualidade dos mesmos, além de ser também um momento de análise e reflexão das práticas e simultaneamente de formação em serviço. Todavia, a passagem de turno não substitui os registos de enfermagem sistemáticos, a sua evolução, continuidade e/ou avaliação do planeamento de cuidados (OE, 2017b).

A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental para a segurança do doente, aumento da qualidade da prestação de cuidados e diminuição de eventos adversos. A informação transmitida deve basear-se numa comunicação precisa e atempada de conhecimentos, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação que possa causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado (OE, 2017b).

A continuidade de cuidados na educação e vigilância do doente e família/ cuidador é uma preocupação sempre presente da equipa de enfermagem, como imprescindível para a segurança e qualidade dos cuidados. Por este motivo, antes da alta clínica é garantida a articulação e encaminhamento para a equipa de enfermagem da consulta externa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de cabeça e pescoço, assim como com o serviço de fisioterapia para a reabilitação motora nos doentes submetidos a esvaziamentos ganglionares cervicais e com a terapeuta da fala para reabilitação vocal. Além disso, o seguimento com a assistente social, nutricionista ou psicóloga quando é iniciado no período de internamento, têm continuidade após a alta em regime ambulatorio.

No dia da alta, são fornecidos os contactos úteis da instituição, a carta de alta de enfermagem e entregues as marcações de consultas externas de *follow-up*. Pelo menos, todos os doentes ficam com uma consulta de enfermagem agendada como forma de validação e continuidade do processo educativo dos cuidados, até que se justifique acompanhamento do doente em regime ambulatorio. Foi-me possível observar e confirmar estas práticas descritas nas consultas externas, uma vez que tive a oportunidade de realizar um dia de estágio em cada uma das consultas externas de ORL e Cirurgia de cabeça e pescoço.

Por sua vez, no que respeita à prática das consultas de enfermagem no serviço de Radioterapia, estas dividem-se em consultas de primeira vez e consultas de seguimento ao longo do tratamento até que seja necessário acompanhamento do doente. Estas consultas são direcionadas a todos os doentes que se encontrem sob tratamento com RT, e o seu encaminhamento surge após consulta médica de decisão terapêutica com esta modalidade.

Seguidamente, os enfermeiros agendam a consulta de enfermagem de primeira vez, idealmente na primeira semana de tratamento e consecutivamente, a primeira subsequente na 15ª sessão de RT e as consultas de seguimento semanais até que lhe seja dada alta de enfermagem, que pode ou não coincidir com o término do tratamento, dependendo da toxicidade aguda que apresente. Apesar destes agendamentos, todas as pessoas e famílias são informadas que a qualquer momento poderão solicitar observação e/ou apoio de enfermagem ao longo do seu percurso no tratamento de RT. Ou seja, o acompanhamento de enfermagem é ajustado às necessidades emergentes individuais da pessoa ou tratamento, sempre que necessário.

Nas consultas de enfermagem de primeira vez de RT, é realizada uma colheita de dados seguida de uma avaliação dos conhecimentos que o doente tem sobre o regime terapêutico, previamente à realização de ensinamentos. Por sua vez, as consultas de seguimento incidem principalmente sobre a monitorização de efeitos adversos, ensino de recomendações/ intervenções para controlo dos mesmos e avaliação da adesão às medidas propostas. Todas estas consultas são agendadas consoante os horários das sessões de RT ou consultas médicas, facilitando a deslocação única do doente ao hospital e assim, promover-se a adesão a estas consultas. Porém, é notória a valorização dos doentes pela disponibilidade e apoio prestado pelos enfermeiros ao longo do percurso terapêutico, conforme as sessões de tratamento aumentam e têm oportunidade de frequentar estas consultas.

A equipa de enfermagem segue a sua atuação de acordo com as normas de boas práticas e protocolos de intervenção inerentes à instituição, existindo um guia orientador de integração ao serviço para enfermeiros, assim como um manual de apoio – Educação para o tratamento de radioterapia, que rege a orientação uniformizada e consistente das consultas de enfermagem, no que diz respeito aos ensinamentos realizados para a capacitação do autocuidado do doente e sua família. A existência deste instrumento de apoio à prática

foi bastante facilitadora no meu processo de aprendizagem e aquisição de contributos para a minha prática futura na implementação do meu projeto de intervenção.

Em suma, a intervenção de enfermagem que tive o privilégio de observar ao longo deste estágio consiste na transmissão de conhecimentos sobre o tratamento e validação daqueles já existentes, possíveis efeitos secundários ao tratamento e seu controlo sintomático, ensinamentos sobre o tratamento com ganhos para o desempenho de atividades de autocuidado e respetiva avaliação, no encaminhamento para outros profissionais, caso se justifique, e ainda com bastante destaque no suporte emocional.

Os registos de enfermagem com a avaliação, evolução e planeamento de intervenções são realizados no sistema informático em “SCLínico”, principalmente de uma forma descritiva em notas gerais, uma vez que este sistema ainda não dispõe de diagnósticos e intervenções de enfermagem adequados aos problemas identificados nas consultas de enfermagem de radioterapia. Esta foi uma das principais lacunas identificadas no decorrer deste estágio clínico, colmatada com as notas descritivas.

O estágio no serviço de Radioterapia foi rico em distintas situações de aprendizagem, pelo que optei por refletir um pouco sobre vários momentos ou pormenores vivenciados nas consultas de enfermagem, como forma de analisar e demonstrar o desenvolvimento e o aprimorar de competências de comunicação e de relação terapêutica com o doente oncológico e sua família, no seu percurso de tratamento. Esta “Análise reflexiva da prática da Consulta de Enfermagem” encontra-se em Apêndice III deste relatório.

A comunicação eficaz com o doente/ família influencia positivamente os cuidados de enfermagem, conferindo confiança na relação terapêutica, daí a necessidade de investir constantemente na sensibilização, formação e treino das habilidades de comunicação (Lima *et al.*, 2021). A comunicação terapêutica é essencial para a prática de enfermagem, visto que permite, de forma consciente e intencional, identificar e responder às necessidades individuais de cada pessoa, contribuindo, simultaneamente, para a melhoria da qualidade dos cuidados (Lima *et al.*, 2021).

Durante o tratamento com radioterapia, o doente oncológico pode ser invadido por sentimentos de angústia e impotência, além das possíveis complicações resultantes do tratamento já citadas anteriormente, pelo que a atuação do enfermeiro na realização da consulta de enfermagem torna-se indispensável, e baseia-se na orientação, prevenção,

tratamento e reabilitação durante todo o percurso de radioterapia através de educação para a saúde destes doentes e suas famílias (Primo *et al.*, 2016). O apoio social também facilita os comportamentos do doente para encarar a sua situação clínica, evitando o isolamento dos mesmos no decorrer do seu tratamento. É importante ouvir as pessoas, e permitir que expressem os seus sentimentos abertamente, pois o sentimento de partilha possibilitará maior controle da situação e resultados positivos (Primo *et al.*, 2016).

Em ambos os contextos clínicos, foi possível verificar que o processo de educação envolve não só o doente, mas também a sua família ou cuidador, englobando-os na tomada de decisão e na colaboração de cuidados, com a promoção de um ambiente de harmonia, disponibilidade, privacidade e respeito mútuo. A presença de uma atitude terapêutica é fundamental na atuação do enfermeiro para a readaptação funcional com “o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à adaptação funcional” (OE, 2012, p.17).

Com esta análise das práticas nos dois serviços supracitados, foi possível repensar sobre as estratégias de atuação na minha prática profissional, recorrendo à educação para saúde como forma de responder às necessidades identificadas no doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para RT, e permitiu-me sobretudo adequar e experimentar estratégias em contexto real de prestação de cuidados, como forma de consolidar conhecimentos teóricos.

- Prestar cuidados de enfermagem promotores do autocuidado no doente oncológico de cabeça e pescoço, baseados na avaliação abrangente do doente e sua família, no serviço de internamento e na consulta de enfermagem de radioterapia;

Para cumprir este objetivo foram planeadas atividades, de acordo com as características dos serviços incluídos neste estágio, direcionadas para a prestação de cuidados ao doente oncológico de cabeça e pescoço, permitindo-me conhecer de uma forma abrangente e acompanhar esta população alvo nas diferentes modalidades terapêuticas que muitas vezes se complementam, isto é, quando são submetidos a cirurgia oncológica em regime de internamento e quando se encontram sob tratamento

com RT em regime de ambulatório. Apresento as atividades definidas e os respectivos indicadores de avaliação, que me permitiram atingir este objetivo específico.

Inicialmente, no serviço de Cirurgia de CCP/ORL, propus-me a acompanhar pelo menos 4 doentes oncológicos de cabeça e pescoço propostos ou submetidos a radioterapia, que se encontrassem em regime de internamento. Porém, logo nos primeiros dias de estágio, fui alertada pela enfermeira orientadora, que a probabilidade de receber doente sob RT naquele serviço seria muito baixa, pelo que direcionei o meu foco de atenção a doentes deste foro oncológico submetidos a cirurgia. A prestação de cuidados ao longo do período peri operatório permitiu-me conhecer o doente enquanto pessoa com as suas singularidades e necessidades biopsicossociais, culturais, económicas e espirituais, resultantes do processo de saúde-doença, a vivenciar a doença oncológica.

No período peri operatório a equipa de enfermagem direciona a sua intervenção para ajudar o doente cirúrgico a compreender e a lidar com as alterações físicas, psicológicas e sociais, e outras complexidades decorrentes de um procedimento cirúrgico, como forma do doente adquirir um certo sentimento de domínio (Gonçalves, Cerejo & Martins, 2017). Desta forma, colaborar na prestação de cuidados ao doente cirúrgico, permitiu-me observar e identificar como os enfermeiros apoiam, orientam e instruem o doente diariamente com orientações para este se autocuidar no domicílio, com estratégias muito concretas e práticas, alertando para os sinais de complicações precoces que podem vir a surgir.

Neste serviço de cirurgia, a equipa de enfermagem atua no sentido de prestar cuidados adequados às necessidades individuais de cada doente e especificidade de cada cirurgia, centrando o ensino sobre a autogestão dos cuidados, promovendo a autonomia da pessoa o mais precoce possível após cirurgia, e o *coping* para lidar com a doença e com as repercussões da cirurgia realizada.

Segundo Benner (2001), o enfermeiro é um dos responsáveis por encorajar o doente a tomar conta de si mesmo e, como tal, a sua ação não deve focar-se apenas em fornecer informações, mas essencialmente em disponibilizar maneiras de ser, de enfrentar e mesmo perspetivar soluções, auxiliando o doente na aquisição de aprendizagens para enfrentar a doença. Assim, quando as preferências do doente são

tidas em conta, é potenciada a sua motivação para aprender e participar no processo de tratamento (Benner, 2001).

No decorrer da realização dos 17 turnos no serviço de cirurgia, tive a oportunidade de prestar cuidados a muitos mais que 4 doentes com doença oncológica de CCP/URL, pois foi-me sempre possível acompanhar todos os doentes que eram distribuídos à minha enfermeira orientadora em cada turno, com patologia de interesse ao meu projeto de intervenção. Neste estágio, tive o privilégio profissional de acompanhar e prestar cuidados gerais durante a evolução pós-operatória desde as mais simples até às mais complexas cirurgias desta área de intervenção, das quais destaco a Laringectomia Total ou Parcial, a Pelviglossectomia total, a Cervicotomia, o Esvaziamento ganglionar cervical unilateral ou bilateral, isolado ou associado a outro procedimento, a Mandibulectomia segmentar com retalho do musculo grande peitoral ou braquial, a Petrosectomia subtotal, a Traqueotomia de urgência ou preventiva, entre muitas outras, a ressaltar que em resultado destas cirurgias mais complexas surgem os orostomas, os faringostomas, os traqueostomas, além de toda a complexidade de cuidados que requerem estes doentes cirúrgicos no pós-operatório mais imediato.

Este foi um contexto profissional totalmente novo para mim, e que se revelou riquíssimo em novas experiências e que me permitiu aprender e treinar intervenções educativas a estes doentes, ao nível dos cuidados traqueais, cuidados alimentares, cuidados de higiene oral, bem como, desenvolvimento de estratégias comunicacionais com os doentes, onde tive oportunidade de acompanhar as várias fases evolutivas de ensino, decorrentes do planeamento da alta. Os enfermeiros identificam os problemas e as dificuldades dos doentes, individualizando e focando a sua intervenção na resolução desses mesmos problemas.

Como forma de explorar melhor o acompanhamento que é importar fazer ao doente oncológico de cabeça e pescoço submetido a cirurgia como plano terapêutico, que pode depois ser complementado com RT adjuvante, daí ter interesse de destaque ao meu projeto de intervenção, cumpri o indicador de resultado a que me propus de elaboração de um estudo de caso, nesta situação específica de um doente que acompanhei com diagnóstico de Carcinoma pavimento-celular invasivo faringolaríngeo direito (seio piriforme direito, banda ventricular e região retrocricóideia) que foi submetido a cirurgia de Laringectomia total com faringectomia parcial, hemitiroidectomia

direita, esvaziamento ganglionar cervical bilateral e colocação de prótese fonatória Provox 17.8 por punção traqueoesofágica. Este estudo de caso encontra-se anexo a este relatório em Apêndice IV.

A elaboração deste estudo de caso contempla a avaliação inicial do doente, a identificação das suas necessidades multidimensionais, o desenvolvimento e a implementação do plano de cuidados, e ainda, a tomada de decisão ao longo do acompanhamento desta situação clínica. O estudo de caso clínico fundamenta as ações de enfermagem; proporciona uma assistência individual personalizada, tendo o doente como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas; harmoniza um elo entre as diversas áreas que atuam de forma intervencionista nos problemas do doente (Galdeano *et al.*, 2003). Os mesmos autores também destacam que o estudo de caso facilita uma familiaridade do enfermeiro com a literatura científica, utilizada para sustentar as suas decisões, e dessa forma, contribui na formação de conhecimentos de enfermagem, pois os registos e os arquivos dos estudos de casos podem ser utilizados como referência futura e contribuir para melhorar o desempenho da equipa de enfermagem.

Além da prestação direta de cuidados, realizar e analisar os registos de enfermagem informáticos, concretizar as minhas notas de campo a cada turno realizado e assistir às passagens de turno neste serviço, possibilitou-me momentos de partilha úteis, interessantes e oportunidades de aprendizagem, validando que os enfermeiros focam a sua prática na promoção e capacitação para o autocuidado do doente oncológico de cabeça e pescoço para uma transição segura de cuidados para o domicílio e para a comunidade.

Ainda, no período temporal deste estágio clínico tive a oportunidade de visitar e observar as práticas e os cuidados prestados, um dia em cada contexto, na consulta externa de cirurgia de cabeça e pescoço, na consulta externa de ORL e na consulta de enfermagem de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG).

Por sua vez, no serviço de radioterapia, propus-me a atividades como participação e realização de consulta de enfermagem de radioterapia a doentes oncológicos de cabeça e pescoço propostos para radioterapia; organização da informação da consulta de enfermagem de modo a definir um plano de cuidados e prioridades de intervenção; e

ainda identificação dos instrumentos educativos fornecidos ao doente e sua família na capacitação do seu autocuidado ao longo do tratamento de radioterapia.

Como forma de cumprir estas atividades planeadas, foi-me possível prestar cuidados de enfermagem específicos no âmbito da capacitação para o autocuidado do doente oncológico de cabeça e pescoço submetido a tratamento com RT, propondo-me inicialmente ao indicador de resultado de realizar autonomamente pelo menos 3 consultas de enfermagem de radioterapia de 1ª vez, o qual foi nitidamente superado.

Consolidadas algumas aprendizagens e após me sentir mais confiante e capaz, tive a oportunidade de realizar, de forma autónoma, 5 consultas de enfermagem de primeira vez a doentes oncológicos de cabeça e pescoço que estavam a iniciar tratamento com radioterapia. Sempre com supervisão e apoio moral da minha enfermeira orientadora, que foi uma pessoa muito significativa no meu desenvolvimento de competências no decurso do meu estágio clínico. A referir que solicitei sempre autorização aos doentes para poder estar presente nas consultas e na realização das mesmas, o que me foi sempre consentido, pelo que considero que desenvolvi uma prática profissional correta, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

No entanto, ao longo de todo o estágio foi-me concedida a oportunidade de acompanhar as consultas de enfermagem de RT de todas as patologias oncológicas abrangidas no serviço, o que me permitiu ter uma visão bastante abrangente do trabalho realizado pela equipa de enfermagem num serviço de radioterapia. Estes momentos de aprendizagens possibilitaram a implementação de medidas autónomas de enfermagem e interdependentes com outros profissionais de saúde com vista ao controlo e resolução das complicações agudas que vão surgindo ao longo das sessões de RT, bem como prevenção do aparecimento de complicações crónicas/tardias. Este acompanhamento é conseguido através da programação de consultas de enfermagem presenciais, semanalmente ou definida de forma personalizada a cada doente pelo enfermeiro conforme a avaliação que faz das vivências e relatos apresentados pelos doentes e cuidadores, não existindo padronização para esta colheita de dados no serviço.

Além disso, pude assistir a sessões de RTE na região de cabeça e pescoço e à realização de tomografias computadorizadas de planeamento de RT com a execução do molde da máscara viscoelástica e tatuagens de pele utilizadas durante as sessões de RTE nos doentes oncológicos de cabeça e pescoço, como forma de definir com exatidão a

região a ser irradiada pelos feixes de radiação do tratamento. A referir que a minha atuação foi sempre mais centrada nos doentes oncológicos de cabeça e pescoço a realizar radioterapia.

Considero que todas as atividades desenvolvidas foram uma mais-valia para a identificação de estratégias promotoras de autocuidado com vista à capacitação do doente oncológico de cabeça e pescoço, permitindo-me treinar essas mesmas habilidades pela execução em estágio, para posteriormente prosseguir com a implementação do projeto no meu local de trabalho. Da mesma forma que a elaboração de reflexões críticas, quer escritas ou apenas discutidas oralmente com a enfermeira orientadora ou outros enfermeiros do serviço, sobre as estratégias identificadas nas práticas de cuidados forneceu contributos muito significativos para a melhoria dos cuidados prestados no seguimento da implementação do projeto. A realização de notas de campo foram o principal recurso usado durante o estágio para registar as observações e as intervenções promotoras da capacitação realizadas pelos enfermeiros na sua atuação. Para Benner (2001), “os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem” (p. 33).

A educação para a saúde é o principal método utilizado pela equipa de enfermagem no serviço de Radioterapia, por ser considerada como importante no processo do autocuidado. O autocuidado consiste num processo autodirigido, dinâmico e autoempoderante na aquisição de comportamentos que reconhecem, previnem, aliviam e/ou diminuem o tempo, a intensidade, a angústia, a aflição e o desagrado dos sintomas com o intuito de atingir os melhores resultados de desempenho funcional (EONS, 2018). Segundo Orem (2001), é através da educação que os doentes adquirem os conhecimentos e as habilidades necessárias que lhes permitem a tomada de decisão e o desempenho do autocuidado. Desta forma, a interação enfermeiro/ doente/ família deve evidenciar uma conduta pautada pela honestidade, acessibilidade e calor humano, contribuindo para que os doentes se sintam apoiados, aceites e compreendidos. Estes foram critérios identificados e demonstrados pela equipa de enfermagem com total interesse e disponibilidade para com os seus doentes, fundamental no estabelecimento de uma relação de confiança e facilitando a acessibilidade aos cuidados de saúde. Orem (2001), refere que é primordial construir uma relação complementar com a pessoa alvo

dos cuidados para que o processo de cuidados de enfermagem se desenvolva. Esta complementaridade significa que o enfermeiro atua no sentido de ajudar os doentes a agir responsabilmente no seu autocuidado relacionado com a saúde, compensando as deficiências existentes nas suas capacidades e mantendo ou aumentando essas capacidades para o autocuidado.

Numa fase mais final deste estágio clínico, e tendo em conta todas as aprendizagens adquiridas nestes contextos supracitados, iniciei a elaboração de um “Manual de Boas Práticas para a realização de Consulta de Enfermagem ao doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia”, cumprindo assim mais um indicador a que me propus e, em simultâneo iniciando a construção desta ferramenta teórico-prática para o próximo campo de estágio, onde implementei o meu projeto de intervenção.

Em conclusão, considero que este campo de estágio (Hospital A) foi muito enriquecedor tanto a nível pessoal como profissional, tendo-me permitido compreender o papel de uma instituição completamente dedicada à doença oncológica, o valor do enfermeiro de oncologia e conhecer o doente oncológico enquanto pessoa com as suas particularidades e necessidades no processo de transição saúde/doença.

2.2. Contexto de Estágio: Centro de Oncologia do Hospital B

O último estágio foi realizado no Centro de Oncologia do Hospital B, no período temporal compreendido entre 05 de dezembro 2022 e 10 de fevereiro de 2023. Este é o local onde desempenho a minha atividade profissional e no qual implementei o projeto de intervenção.

Estabeleci como objetivo geral: **Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia, promovendo a sua capacitação para o autocuidado em Consulta de Enfermagem de radioterapia no Centro de Oncologia.**

Para tal, estabeleci objetivos específicos e respetivas atividades para os atingir, que passo a descrever.

- Envolver as chefias e a equipa multidisciplinar na implementação da consulta de enfermagem ao doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia;

Este objetivo assinala o início da implementação do projeto de intervenção no meu local de trabalho, e para o alcançar defini a realização de atividades como Apresentação do projeto de intervenção à equipa multidisciplinar; Identificação de valores, missão, filosofia e estrutura dinâmica e funcional da instituição/Centro de Oncologia; Divulgação à equipa multidisciplinar da importância da intervenção de enfermagem na capacitação para o autocuidado do doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia.

Nas unidades de radioterapia, os enfermeiros são geralmente a classe profissional minoritária e menos envolvida nos cuidados ao doente oncológico, por isso, considerei fundamental o desenvolvimento de projetos de intervenção como este que selecionei para a aquisição de grau de mestre e enfermeira especialista. A promoção do envolvimento da equipa multidisciplinar, principalmente dos radioncologista é essencial para a efetividade e reconhecimento da prática clínica nesta área de intervenção.

Pelas experiências vivenciadas no estágio anterior, percebi a importância do trabalho desenvolvido em equipa multidisciplinar, motivo pelo qual iniciei este estágio com a realização de reuniões informais e individuais com os médicos responsáveis (radioncologista e oncologistas) por esta área de patologia de CCP. Nestes momentos procurei explicar as motivações e o objetivo do projeto de intervenção, negociando em conjunto com eles o protocolo de intervenção de enfermagem, e obtendo a sua total disponibilidade e aprovação para que a consulta de enfermagem de radioterapia fosse implementada a todos os doentes que iniciassem tratamento com RT no serviço. Desta forma, ficou definido que a seleção dos clientes para estas consultas é da autonomia de enfermagem, após decisão terapêutica em reunião multidisciplinar, sem necessidade de encaminhamento formal do médico responsável.

A autorização para a realização de consultas de enfermagem a toda a tipologia de doentes oncológicos, e em qualquer das modalidades terapêuticas já existe oficialmente no Centro de Oncologia, no entanto, junto da população com CCP proposta para RT foi identificada a lacuna de défice de acompanhamento pela falta de organização e

estruturação do percurso terapêutico destes clientes, bem como da estruturação da própria consulta de enfermagem revelando dificuldades por parte dos enfermeiros em identificar alterações, prioridades e encaminhamento de acordo com as necessidades individuais e emergentes destes clientes e suas famílias durante o percurso de tratamento com RT. Desta forma, logo numa fase inicial de definição de projeto, obtive por parte da enfermeira chefe de serviço total agrado, aprovação e autorização para implementação do mesmo, pelo expetável contributo para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados neste centro de oncologia.

A sensibilização da equipa de enfermagem foi conseguida através da exposição do projeto de intervenção no serviço. Inicialmente, fiz reunião com a enfermeira-chefe e com a minha orientadora de estágio e, depois de aprimorados os detalhes do projeto, foram efetuados dois momentos de formação, em dois dias distintos na segunda semana de estágio, como forma de englobar a totalidade da equipa nesta apresentação. Assim, foi apresentada a finalidade, os objetivos e respetivas atividades subjacentes com os principais temas do projeto. Durante estas apresentações, considerei pertinente partilhar os resultados da revisão *Scoping* que realizei na fase inicial de revisão de literatura sobre a temática em questão, por demonstrarem com base em evidência científica, a importância da intervenção de enfermagem na área educativa com vista à capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço. Por sua vez, a equipa de enfermagem exprimiu aprazimento e receptividade pelos resultados que se esperavam do projeto, manifestando total apoio e disponibilidade de colaboração no mesmo desde início até à sua continuidade no serviço, intervindo com opiniões e sugestões que foram tidas em conta e bastante significativas no decorrer do período de estágio, para o sucesso da implementação do projeto.

Na fase seguinte de estágio, enquanto elemento da equipa de enfermagem, englobada numa equipa multidisciplinar, pareceu-me benéfico para todos documentar através da elaboração de um texto a caracterização estrutural e a dinâmica organizativa e funcional do Centro de Oncologia (Apêndice V), como forma de estruturar a prestação de cuidados, métodos de trabalho, percurso do cliente no decurso do processo de saúde/doença oncológica e a filosofia de cuidados praticada nesta instituição privada de saúde.

Neste serviço, referência na área de oncologia em contexto de cuidados privados, o foco de enfermagem é que os seus clientes recebam cuidados individualizados e

personalizados, e nos quais participem ativamente, sempre que possível. A equipa de enfermagem tem um destaque centralizado nos cuidados, pela existência do modelo de atuação *Nurse Navigator*, que tem a filosofia de considerar na sua prestação todos os aspetos multidimensionais da pessoa e família, e dessa forma reduzir as influências do sofrimento, estabelecendo uma assistência humanizada, com cuidados que vão muito para além da técnica, como a criação de vínculo, amizade, empatia e confiança, integrando o cliente com toda a sua dimensão humana no seu processo de vivência da doença oncológica.

- Agir como elemento dinamizador da equipa de enfermagem para a melhoria dos cuidados prestados ao doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia, com vista à sua capacitação para o autocuidado;

No percurso de implementação do projeto de intervenção foi importante e muito relevante ter envolvido a equipa multidisciplinar no processo terapêutico do doente oncológico de cabeça e pescoço e sua família quando proposto para RT. Identificadas as lacunas iniciais, já referidas anteriormente, a articulação multiprofissional desde as assistentes administrativas, aos técnicos de radioterapia, passando pelos médicos e enfermeiros tornou-se fundamental para a definição do percurso terapêutico destes clientes, com destaque para o agendamento das respetivas consultas de enfermagem.

Toda a equipa multidisciplinar reconheceu a importância de melhorar as práticas do serviço, pela uniformização da prática de cuidados e pela estruturação da consulta de enfermagem, e para tal contribui com a criação de instrumentos de apoio à prática clínica como a Formulação de um algoritmo de intervenção de enfermagem no processo terapêutico do doente oncológico de cabeça e pescoço e a Elaboração de um manual de boas práticas para a realização da Consulta de Enfermagem (Apêndice VI), com vista a capacitação para o autocuidado desta população quando é proposta para tratamento com RT. Estes instrumentos de suporte são fundamentais para os enfermeiros que realizam as consultas de enfermagem, mas também para os próprios clientes que usufruem dos cuidados prestados.

Na Enfermagem, a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados tem se tornado uma temática de grande atualidade, já que estes são considerados

Instrumentos de Qualidade na prática clínica. Os enfermeiros têm cada vez mais o dever de basear a sua atuação profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes. O conceito de prática baseada na evidência, através dos contributos da investigação, emerge consigo o conceito de Boa Prática nos procedimentos e nos resultados expectáveis, através da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objetivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos (OE, 2007a).

A elaboração do manual referido nasce da necessidade de fornecer uma resposta estruturada e eficaz ao cliente e sua família quando submetido ao tratamento com RT. Acresce ainda, a carência de informação na área específica da Enfermagem em Radioterapia e daí, a urgência em uniformizar os procedimentos de forma científica, valorizando o trabalho da equipa de enfermagem e demonstrando a importância da sua intervenção na promoção do autocuidado dos seus clientes. Os enfermeiros estão habilitados a detetar precocemente problemas e complicações resultantes da RT, e visando um atendimento personalizado e humanizado, minimizar a ansiedade, dúvidas e efeitos adversos que podem surgir, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do doente oncológico com CCP.

Os resultados de uma boa prática clínica em enfermagem são evidentes quando são obtidos ganhos em saúde para os clientes alvo das suas intervenções, quer por influência positiva nos resultados clínicos do cliente, como por exemplo no controlo de sintomas; quer por contribuírem para o melhor conhecimento do cliente na gestão da sua doença/problema de saúde, por exemplo em aspetos em que o ensino feito pelos enfermeiros pode estimular comportamentos saudáveis (OE, 2007a).

O manual de boas práticas engloba 4 capítulos principais, o primeiro aborda de forma teórica o cancro de cabeça e pescoço, o segundo explica em que consiste a radioterapia externa e suas tipologias, o terceiro descreve quais os principais efeitos secundários resultantes da RTE no campo de radiação do CCP, e por último, o quarto capítulo debruça-se sobre a consulta de enfermagem, incluído os seus conceitos metaparadigmáticos – “pessoa”, “ambiente”, “saúde” e “cuidado de enfermagem” e suas etapas a ter em conta, com realce para os cuidados de enfermagem promotores do

autocuidado de acordo com cada efeito adverso, dos mais frequentes da RT nesta tipologia de doentes.

Por fim, em apêndices deste manual foram colocados o Fluxograma de Intervenção ao doente oncológico de cabeça e pescoço, a Escala de monitorização de Radiodermite, a Escala de monitorização de Radiomucosite Oral, e também o Guia informativo para o cliente “Recomendações para Tratamento por Radioterapia: Cancro cabeça e pescoço”.

No presente relatório opto por não incluir o documento completo do manual de boas práticas, de forma a não tornar este relatório muito extenso, porém o mesmo será disponibilizado impresso, pessoalmente em discussão pública.

Na estrutura de construção deste manual pretendeu-se que a sua consulta fosse útil e fácil enquanto instrumento de apoio aos enfermeiros na sua atividade diária, facilitando as respostas às questões colocadas tanto pelos clientes como por outros profissionais de saúde no percurso do doente oncológico com CCP, no planeamento dos cuidados, nas intervenções realizadas e na avaliação dos resultados obtidos, tendo por base as necessidades identificadas da pessoa/família e, em simultâneo contribuir para a adoção de metodologias de trabalho uniformes no atendimento personalizado do doente oncológico.

O percurso terapêutico do doente oncológico de CCP, neste Centro de Oncologia, encontra-se esquematizado em fluxograma em apêndice deste manual de boas práticas (Apêndice IV), no qual a intervenção de enfermagem tem a sua relevância no acompanhamento destes clientes, desde a primeira consulta de enfermagem ainda antes do início de tratamento, consultas de seguimento semanais ao longo do tratamento ou até que se considere necessário monitorização de sintomas e por fim, a teleconsulta de enfermagem de follow-up para alta do processo de enfermagem.

A elaboração de um folheto informativo para o doente oncológico de cabeça e pescoço acerca do tratamento, toxicidade aguda e tardia, cuidados durante o tratamento de radioterapia e como poderá o cliente colaborar ativamente nos cuidados que lhe são prestados, foi outro dos indicadores de resultado a que me propus para atingir este objetivo específico de agir com elemento dinamizador da equipa de enfermagem. No decorrer do estágio clínico, percebeu-se que o modelo de folheto não se enquadrava no modelo de documentos institucionais do hospital onde trabalho, pelo que se optou por

transformar o folheto em guia informativo de formato A4 (Apêndice VI), para que o acesso ao mesmo na plataforma de *intranet* hospitalar e a sua impressão seja mais fácil e prática durante o momento de consulta de enfermagem. Esta foi uma decisão alcançada após discussão e debate com a equipa multidisciplinar do Centro de Oncologia. Este instrumento a ser fornecido ao cliente, pode servir como complemento e reforço aos ensinamentos realizados na consulta de enfermagem de 1ª vez e suporte ao longo de todo o tratamento. Neste consta uma breve explicação do tratamento de RT, os principais efeitos da radiotoxicidade associada a uma sucinta descrição de cada um deles, e respetivos cuidados ou orientações a ter no curso do tratamento. Para além disso, incluiu os contactos de referência gerais da instituição e específicos de enfermagem. Este guia deverá ser entregue aos clientes e sua família na primeira consulta de enfermagem. Como tal encontra-se em apêndice do manual de boas práticas. O objetivo de fornecer este guia informativo é capacitar o cliente para a promoção do seu autocuidado, pela prevenção das possíveis complicações, diminuir a ansiedade associada ao tratamento, e permitir que o cliente termine o seu tratamento com o mínimo de danos possíveis.

Segundo Santos, Sousa & Turrini (2012) as orientações fornecidas aos clientes devem obedecer a uma escrita clara e detalhada, com informação essencial e objetiva de modo que os clientes e os seus familiares compreendam a informação transmitida, promovendo sentimentos de confiança e de segurança ao longo do percurso terapêutico.

A conceção destes instrumentos de apoio à prática supracitados surgiu dos contributos obtidos nos estágios do contexto clínico A, validados pela evidência científica atual, e ainda do parecer da enfermeira orientadora e outros elementos da equipa de enfermagem com perícia na área. Por fim, foram objeto de apreciação pela enfermeira chefe, orientadora de estágio e professor orientador, previamente à sua aplicação e distribuição.

Em suma, os instrumentos de apoio à prática clínica foram desenvolvidos com o intuito de tornar o doente oncológico de cabeça e pescoço competente para gerir o seu processo de saúde/doença de forma autónoma no domicílio, através de intervenções educativas eficazes realizadas na consulta de enfermagem de radioterapia. Durante a elaboração dos mesmos foi possível adquirir conhecimentos que suportaram a sua construção, nomeadamente, no reconhecimento das necessidades de cuidados desta população-alvo, na identificação de intervenções educativas dirigidas à capacitação para

o autocuidado e ainda na articulação com outros profissionais multidisciplinares com vista à continuidade de cuidados, alcançando assim o objetivo a que me propus de agir como elemento dinamizador da equipa de enfermagem para a melhoria dos cuidados prestados no meu serviço de atuação profissional.

Para completar este objetivo específico foram desenvolvidas ainda as seguintes atividades: a realização de formação em serviço com a apresentação do Manual de Boas Práticas e seus apêndices como material de apoio e criado um *Dossier do Projeto* com o nome “Apoio à Consulta de Enfermagem de Radioterapia para o doente oncológico de cabeça e pescoço”, onde foram integrados artigos científicos, documentos normativos e *guidelines* resultantes das pesquisas elaboradas no decorrer dos estágios clínicos, os resultados da revisão *scoping*, o manual de boas práticas, bem como as sessões formativas realizadas ao longo do estágio.

Foram realizadas duas sessões formativas no dia 10 de fevereiro, uma no período da manhã e outra no período da tarde, facilitando a participação de maior número de enfermeiros da equipa, com a presença de 13 dos 17 enfermeiros ativos no serviço.

A formação em serviço foi divulgada pela enfermeira chefe, com a distribuição dos enfermeiros pelos dois períodos de formação no dia de véspera, como forma de promover a adesão da equipa, além dos diversos momentos informais em que fui transmitindo à equipa o planeamento desta atividade. Sendo que os restantes enfermeiros estavam ausentes do serviço neste dia, tive em atenção divulgar os conteúdos da formação de forma informal, em momentos individuais posteriores à formação, conseguindo o envolvimento de 100% da equipa de enfermagem na divulgação dos resultados da implementação do projeto de intervenção.

Todos os enfermeiros demonstraram interesse e consideraram os conteúdos transmitidos pertinentes para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Os aspetos positivos destacados foram a aquisição de conhecimento ao nível dos efeitos secundários inerente à radiotoxicidade na região de CCP, e os ensinamentos adjacentes ou recomendações a fornecer ao cliente com vista a sua capacitação para o autocuidado na consulta de enfermagem. A criação e desenvolvimento de estratégias educativas uniformizadas, com recurso a instrumentos de suporte ajustados à área de intervenção, também se revelam fundamentais para a capacitação da própria equipa de enfermagem,

que se torna capaz de adequar a sua intervenção às necessidades individuais do cliente e sua família, mas com prática baseada na evidencia científica.

Atualmente, a Enfermagem apresenta uma “enfermagem avançada” como não sendo apenas uma enfermagem de competências técnicas do domínio biomédico, mas sim a conjugação da evidência da experiência profissional e dos valores humanos do enfermeiro com a prática reflexiva, sustentada pelos fundamentos científicos da disciplina de enfermagem. Isto sem descuidar a necessidade de um cuidado holístico à pessoa, e desta forma, distinguir os cuidados de enfermagem dos demais (Rolfe, 2014).

A realização de formação em serviço, permitiu-me não só desenvolver competências na área da formação, sendo reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros como um dever do enfermeiro desenvolver processos de formação contínua, “procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas” (OE, 2011, p.23), assim como o Regulamento n.º 140/2019 das competências comuns de Enfermeiro Especialista, na área do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que refere o investimento em sessões de formação para os profissionais, como contributo para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, destacando o Enfermeiro Especialista como formador apropriado no seu contexto de trabalho.

Quanto ao *Dossier do projeto* de intervenção - “Apoio à Consulta de Enfermagem de Radioterapia para o doente oncológico de cabeça e pescoço”, enquanto suporte com informação fiável e atualizada sobre a prática da implementação da consulta de enfermagem, foi partilhado com a equipa de enfermagem e integrado na pasta de partilha informática existente no serviço, para que toda a equipa tenha um acesso à mesma de forma facilitada e imediata sempre que necessário.

- Planear e implementar a consulta de enfermagem ao doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia e sua família, promovendo a sua capacitação para o autocuidado durante o tratamento, aplicando as competências adquiridas e/ou desenvolvidas no âmbito dos estágios anteriores;

A consulta de enfermagem é um processo intencional, profissionalizado e organizado de interação com o cliente, que permite sistematizar o processo de

Enfermagem, assegurando que o cuidado de enfermagem é adequado, individualizado e efetivo (Melo, 2021).

Importa considerar os conceitos metaparadigmáticos que definem a enfermagem como ciência e que a Ordem dos Enfermeiros traduziu no enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2012). Esses conceitos metaparadigmáticos – “pessoa”, “ambiente”, “saúde” e “cuidado de enfermagem” são orientadores da Enfermagem, conferindo-lhe valor único e insubstituível (Melo, 2021).

Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros (2021) menciona que o enfermeiro enquanto responsável pela sua consulta de enfermagem, deve utilizar o processo de enfermagem como metodologia científica para a sua prática, onde conste a colheita de dados, a formulação de diagnóstico(s) de enfermagem, o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem, a avaliação de resultados e, conseqüentemente, reformulação do planeamento, sempre que se justifique, sustentando o plano de intervenção de enfermagem.

Assim, no contexto de estágio B, serviço onde exerço funções de enfermeira, para atingir o objetivo de planear e implementar a consulta de enfermagem foram planeadas as seguintes atividades: Realização de consultas de enfermagem de 1ª vez, a pelo menos 50% dos doentes oncológicos de cabeça e pescoço propostos para radioterapia no Centro de Oncologia no período de estágio; Aplicação do Manual de Boas Práticas nessas mesmas consultas realizadas; e Entrega do guia informativo acerca do tratamento de radioterapia a esses doentes oncológicos de cabeça e pescoço, nas consultas de enfermagem.

Este objetivo surgiu porque o acompanhamento destes doentes oncológicos quando propostos para RT não se encontrava devidamente estruturado, suscitando dúvidas nos próprios profissionais, e por vezes lacunas na qualidade dos cuidados prestados, sendo que este apoio profissional é fundamental para a vivência do tratamento (Wong *et al.*, 2013).

Como indicadores de resultado realizei 5 consultas de enfermagem de 1ª vez a doentes oncológicos de cabeça e pescoço propostos para RT, que constituíram 100% da população que iniciou tratamento de RT no período das 8 semanas de estágio. Nestas consultas, tive a oportunidade de usar o manual de boas práticas previamente

construído, como suporte teórico-prático da minha intervenção junto destes doentes oncológicos.

No decorrer do ensino clínico tive a oportunidade, conjuntamente com a enfermeira orientadora, de acompanhar estes 5 doentes em consultas de enfermagem ao longo de todo o percurso de tratamento até à sua alta clínica. Desta forma, foi possível realizar a sua admissão ao serviço e ao tratamento, a avaliação inicial, a identificação das suas necessidades multidimensionais, o desenvolvimento e implementação do plano de cuidados e uma consulta de *follow-up* telefónico após término de tratamento, superando o indicador de resultado a que me propus inicialmente o que se tornou numa mais-valia para a aquisição de competências teórico-práticas, e consequentemente em sucesso na realização deste estágio.

Caracterizando os clientes a quem tive oportunidade de acompanhar no seu percurso de tratamento, a amostra constituiu-se por 4 doentes do sexo masculino e 1 doente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 48 e 87 anos de idade. No que respeita a diagnósticos médicos e tratamentos realizados, surgiu a seguinte amostra: Carcinoma pavimento-celular (CPC) da gengiva inferior da região mentoniana submetido a RT adjuvante sobre o leito tumoral e cadeias ganglionares cervicais bilaterais, com a técnica de intensidade modulada (IMRT) guiada por imagem na dose total de 60 grays (Gy) em 30 frações; CPC invasivo da glote, com envolvimento das cordas vocais e subglote, traqueotomizado preventivamente, submetido a RT externa sobre o tumor e cadeias ganglionares cervicais bilaterais, com a técnica IMRT guiada por imagem na dose total de 70Gy/35 frações; Metastização parotídea de CPC queratinizante do pavilhão auricular esquerdo submetido a RT adjuvante sobre o leito tumoral e cadeias ganglionares cervicais à esquerda, com a técnica IMRT guiada por imagem na dose total de 66Gy/33 frações, após ter sido submetido previamente a parotidectomia esquerda com esvaziamento cervical esquerdo; Tumor da corda vocal direita, grau 1, submetido a RT externa sobre a glote, com técnica IMRT guiada por imagem, na dose total de 63Gy/ 28 frações; CPC da amígdala direita, grau 2 e HPV associado com metástase ganglionar ipsilateral, submetido inicialmente a amidalectomia e em seguida tratamento adjuvante com RT externa sobre tumor e cadeias ganglionares cervicais à direita, com a técnica IMRT guiada por imagem, na dose total de 70Gy/33 frações, concomitante com quimioterapia com cisplatina.

Na prática de cuidados da consulta de enfermagem procurei desenvolver o processo de capacitação do doente oncológico de cabeça e pescoço, através de critérios como a identificação se o cliente vivencia o seu processo de saúde/doença sozinho ou com envolvimento de pessoa de referência, a avaliação do conhecimento que tem da sua doença e tratamento e o que pretende saber mais, o alinhamento das informações/ensinos ajustados às necessidades do cliente, a percepção da motivação e vontade do cliente para o processo de aprendizagem, a avaliação da capacidade do cliente/família para a apreensão das informações/ensinos realizados e, ainda a identificação de necessidades de referência ou outros recursos na comunidade para garantia de continuidade de cuidados.

A capacitação é um processo interno de crescimento, que se desenvolve no sentido de potenciar conhecimentos, aptidões e consciência acerca das capacidades, limites e direitos próprios, incluindo a participação ativa da pessoa, na relação desta com o enfermeiro (Cabete, 2012). De acordo com a mesma autora, isto pressupõe que o enfermeiro adote diferentes estratégias como: desenvolver e manter uma relação de confiança, proteger, providenciar informação, dar suporte e encorajamento. Neste sentido, a capacitação visa aumentar o poder e controlo da pessoa sobre a sua situação, ao potencializar uma tomada de decisão informada e responsável, e uma participação ativa nos cuidados (Cabete, 2012). Ou seja, no processo de capacitação é fundamental ter em consideração os fatores que influenciam este processo: formação individual (género, família, cultura, situação económica, personalidade, crenças), contexto social e político, padrão de comportamento (paternalismo, autoridade, poder hierárquico), partilha de conhecimento/informação, e competências comunicacionais. Para tal, as intervenções do enfermeiro não se deverão limitar à transmissão de informação, mas sim implicam a mobilização interativa de diferentes estratégias (Cabete, 2012).

A relação terapêutica de proximidade que consegui estabelecer com os clientes e suas famílias nas consultas de enfermagem permitiu muni-los de estratégias de adaptação com toda a receptividade e envolvimento, contribuindo assim para o processo de capacitação. Tal como refere Benner (2001), as funções educativas, relacionais e as indicações do enfermeiro têm um papel fundamental na readaptação da pessoa e na promoção da saúde. Sendo importante referir o contributo da minha aprendizagem e

consolidação de conhecimentos adquiridos durante a minha prática profissional e dos estágios realizados anteriormente.

Os cuidados de enfermagem na instituição onde desempenho funções são centrados na humanização, nos gestos e nas palavras enunciadas para com os clientes, prevalecendo a especificidade e individualidade de cada cliente na prestação de cuidados de excelência aos seus clientes e famílias. Concretamente na intervenção de enfermagem direcionada à prevenção de complicações da radioterapia, esta visa a educação do doente oncológico na promoção do seu autocuidado, traduzindo-se em redução do stress e melhor capacidade para enfrentar as complicações que cada pessoa vivencia, mudando a sua perceção, de modo que o que poderia ser considerado uma ameaça seja percebido mais como benéfico (Primo *et al.*, 2016). Ou seja, a intervenção de enfermagem é determinante para manutenção da qualidade de vida destes doentes, sendo que na sua maioria referem melhoria das suas queixas após as intervenções implementadas (Raimundo *et al.*, 2014).

De forma igualmente importante e indispensável, um registo detalhado da evolução dos sintomas nestes doentes, será promotor da qualidade dos cuidados prestados, minimizando o sofrimento do doente e seus cuidadores. O enfermeiro, principalmente aquele formado em oncologia, é imprescindível na avaliação e acompanhamento destes doentes, através de medidas simples como inspeção da cavidade oral e pele, orientações para o autocuidado ou promoção da auto-vigilância (Raimundo *et al.*, 2014). Face a isto, compete ao enfermeiro auxiliar o doente para determinar se as medidas de autocuidado estão a ser efetivamente desempenhadas para circunscrever os efeitos do possível défice do autocuidado (Orem, 2001). É crucial compreender estes aspetos para assim poder responder adequadamente aos objetivos dos cuidados de saúde, especificar os tipos de cuidados necessários e os obstáculos ao autocuidado que estão ou podem vir a estar presentes (Orem, 2001).

Os registos que realizei, tanto em sistema informático da instituição como nas notas de campo individuais, permitiu-me acompanhar a evolução da situação clínica de cada um dos clientes que segui em consulta de enfermagem durante o período de estágio, otimizando a minha intervenção com cuidados centrados na pessoa, de acordo com as características pessoais e a vivencia individual da doença oncológica de cada cliente associado ao seu processo terapêutico.

Para o planeamento e implementação desta consulta foi fundamental a reflexão sobre as aprendizagens concebidas na realização dos estágios no contexto clínico A, a informação científica recolhida na revisão da literatura, bem como a interação com todas as enfermeiras orientadoras e envolvimento da equipa multidisciplinar do serviço.

Tenho apenas a ressaltar, que no decorrer do estágio, constatou-se que para se obter a autorização institucional imprescindível, para a aprovação e divulgação do guia informativo acerca do tratamento de radioterapia aos doentes oncológicos de cabeça e pescoço, na consulta de enfermagem, é, nesta instituição, necessário um complexo e moroso processo burocrático, pelo que não foi possível a sua entrega aos clientes durante o estágio, e ainda se encontra neste momento de redação de relatório em processo de validação institucional. Porém, todas as outras atividades que me propus foram realizadas ou até superadas como já supramencionado, o que permitiu atingir os objetivos definidos na concretização do projeto de intervenção no contexto de mestrado e especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, enfatizando a importância da intervenção de enfermagem no seio da equipa multidisciplinar e na definição de estratégias de intervenção eficazes que visem ganhos em saúde e a excelência do exercício profissional (OE, 2007b).

3. AVALIAÇÃO

Neste capítulo pretende-se realizar uma avaliação do trabalho desenvolvido, após ter sido apresentado o percurso formativo e as atividades executadas. Desta forma, também será possível avaliar o contributo da implementação deste projeto de intervenção na aquisição de competências enquanto enfermeira mestre e especialista e na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica. A avaliação final de um projeto tem um papel preponderante e deve contemplar uma análise e reflexão da *coerência* entre o projeto e a problemática, a *eficiência* na gestão dos recursos com os meios planeados e a *eficácia* em relação às atividades executadas com os resultados obtidos, ou seja, implica a verificação da obtenção dos objetivos definidos inicialmente (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Para além disso, é importante refletir sobre o percurso realizado ao longo dos vários locais de estágio percebendo que circunstâncias se configuraram como pontos fracos e fortes do projeto, as questões éticas e o balanço dos contributos da sua implementação no Centro de Oncologia onde presto cuidados. Certo é que este projeto possibilitou o crescimento formativo, profissional e o desenvolvimento de competências através do uso de uma prática baseada na evidência e da prestação de cuidados holísticos e centrados no doente oncológico.

O pensamento crítico inerente à prática do enfermeiro especialista que presa pela diferenciação, pela aquisição de um pensamento e uma prática avançada, refletida e crítica perante a sua realidade foi das principais ferramentas usadas na análise e alcance dos objetivos pretendidos, uma vez que o domínio de um conjunto especializado de aspetos da prática não qualifica necessariamente o profissional para ser reconhecido como um perito, mas sim na relação que o mesmo é capaz de fazer, quer do saber científico quer do saber da prática (Benner, 2001).

Consequentemente, e seguindo o descrito por Benner (2001), "... um enfermeiro passa por cinco níveis sucessivos de proficiências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito" (p. 39), considero que iniciei este meu percurso académico no nível de iniciada na área de intervenção de oncologia, pela recente experiência profissional que tinha em serviço de oncologia. Ao longo do planeamento e implementação deste projeto de intervenção, fui atingindo gradualmente o nível de

iniciada avançada, particularmente no âmbito da abordagem ao doente oncológico de cabeça e pescoço sob tratamento com RT, pois este nível diz respeito aos enfermeiros que já vivenciaram situações concretas o suficiente para observar os aspetos mais significativos, orientados por normas e focando a sua intervenção nas tarefas pretendidas. Penso poder estar em transição para o nível de competente à medida que realizo as consultas de enfermagem de radioterapia nesta população alvo, com aplicação de intervenções cada vez mais especializadas e direcionadas às necessidades destes doentes oncológicos, por vezes também em articulação com outros métodos terapêuticos, como a quimioradioterapia por exemplo. Ambiciono um dia, com a evolução da experiência profissional, atingir o nível de enfermeira perita, intervindo de modo intuitivo, e assumindo um papel fulcral no desenvolvimento de conhecimento em que a prática é tornada visível através da descrição das experiências, evidenciadas pelas competências, e assim poder ser um elemento de referência na equipa de enfermagem nesta área de intervenção (Benner, 2001).

Assim, avalio a problemática que motivou a realização deste projeto de intervenção bastante pertinente, centrada em necessidades muito específicas da população-alvo, e nas quais a intervenção de enfermagem sendo previamente planeada e estruturada pode dar respostas mais mensuráveis e sensíveis aos problemas, traduzindo-se em ganhos em saúde para estes doentes oncológicos. Os objetivos inicialmente propostos revelaram-se adequados face à problemática em estudo e serviram de força motivacional para planificar e estruturar todo o percurso de aprendizagem inerente ao âmbito deste trabalho académico.

3.1. Pontos fortes e Pontos fracos

Na fase de planeamento deste projeto de intervenção, ainda no 2º semestre deste percurso académico, foram especuladas quais as condições internas e externas à realização deste projeto, quer de cariz profissional ou pessoal, que poderiam ter influencia sobre o sucesso ou insucesso futuro do projeto delineado, através da realização de uma análise SWOT, como técnica de elaboração diagnóstica que evidencia aspetos positivos e negativos, conforme define a sigla: *S(Strengths)* - forças; *W(Weaknesses)* - fraquezas; *O(Opportunities)* - oportunidades; *T(Threats)* - ameaças. Estes aspetos

considerados são agora ponto de partida para a avaliação da implementação do projeto final. As forças e as oportunidades revelaram-se indispensáveis no alcance de pontos fortes deste projeto, e por sua vez as fraquezas e as ameaças acabaram por influenciar os pontos fracos que foram surgindo ao longo deste trajeto.

Ao longo do percurso de estágio foram vários os aspetos favoráveis ao processo de aprendizagem e que reconheço como pontos fortes. Em primeiro lugar, começo por destacar o facto de ter realizado estágio numa das maiores instituições de referência nacional dedicada à prestação de cuidados da pessoa com cancro, dando-me a oportunidade de contactar com contextos clínicos diferenciados e de excelência. Em ambos os serviços de estágio, foi possível interagir e partilhar experiências/conhecimentos com enfermeiros peritos, mestres e especialistas na intervenção ao doente oncológico com CCP, constatando que a intervenção de enfermagem é especializada e baseada na melhor evidência disponível, sendo evidente a importância que o enfermeiro especialista assume dentro da equipa multidisciplinar, como uma mais-valia para a disciplina de Enfermagem e para as pessoas que dela usufruem. Nesta perspetiva, as experiências vivenciadas nesta realidade de atuação consistiu uma motivação para aprender e aplicar as melhores práticas de cuidados na intervenção diária futura no meu contexto de trabalho. Ou seja, este período de estágio foi bastante rico em desenvolvimento pessoal e profissional no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico.

A abertura e a receptividade das equipas de enfermagem dos diferentes contextos de estágio possibilitaram-me a participação sempre ativa nas dinâmicas de cuidados. O conhecimento, as orientações e a perícia das enfermeiras orientadoras foram transmissores muito significativos para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais de intervenção de enfermagem de qualidade. A realçar o apoio, o envolvimento, a disponibilidade dos meus colegas de trabalho, da Enfermeira Chefe e principalmente das *Nurse Navigator* do serviço onde exerço funções, que se revelaram aspetos muito positivos para o desenvolvimento, aprimoramento, implementação e continuidade deste projeto.

Outro ponto forte a considerar neste percurso de aprendizagem diz respeito à possibilidade de desenvolver o autoconhecimento, o pensamento crítico e reflexivo através da análise das experiências vividas e do trabalho desenvolvido quer a nível prático

ou acadêmico. Os momentos de reflexão crítica promovidos nas orientações tutoriais, quer pelos orientadores, quer pelos colegas de curso, permitiram a partilha de experiências e reorganizar os meus objetivos e algumas atividades elaboradas, revelando-se positivo na melhoria das práticas de cuidados e consequente implementação do projeto delineado.

Não poderia deixar de destacar a minha motivação pessoal e profissional de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico como um ponto forte, tendo em conta o imensurável gosto profissional pela área de intervenção de Oncologia. E ainda, os doentes como elementos fundamentais na realização deste projeto, pois desempenharam um papel substancial para a sua conclusão, quer pelas aprendizagens que me proporcionaram através das suas histórias de vida e de doença, quer pela total disponibilidade em colaborar nas atividades propostas, revelando significado e reconhecimento pelos enfermeiros e pela Enfermagem.

No entanto, os obstáculos e as dificuldades também fazem parte de qualquer processo de aprendizagem e convém referi-los para eventuais melhorias de projetos futuros.

Logo desde início deste projeto, tive noção que a escassa experiência na área de intervenção em radioterapia poderia ser uma fraqueza ao longo do meu percurso de estágio e implementação do projeto. Contudo, encarei este aspeto como uma motivação extra para o desenvolvimento de competências teórico-práticas e comunicacionais na identificação de necessidades e implicações do tratamento de RT, em particular no doente oncológico de cabeça e pescoço, mobilizando conhecimentos e estratégias de aprendizagem que se foram desenvolvendo e aprimorando ao longo dos estágios e durante a implementação da consulta de enfermagem no meu serviço, até conseguir ultrapassar este ponto fraco e atingir os objetivos a que me propus.

Outro aspeto que se revelou como ponto fraco durante o percurso de aprendizagem foi a obtenção de resultados limitados na revisão *scoping* efetuada. Foi notável a lacuna na publicação de trabalhos de investigação na área de enfermagem em radioterapia, assim como com doentes oncológicos de cabeça e pescoço. Deste modo, foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica de literatura cinzenta mais extensa, o que

me obrigou a despender bastante tempo para seleção adequada da mesma e isso, traduziu-se em dificuldade e atraso na concretização de algumas atividades planeadas.

Gostava ainda de lamentar as respostas negativas que obtive na fase inicial de seleção de campos de estágio clínico, na área de intervenção deste projeto, por considerar que teria sido benéfico na minha aquisição de competências e resultados na qualidade de cuidados, poder ter tido contacto com a realidade de outras instituições de saúde, aumentando o leque de oportunidades de aprendizagens.

Durante o período de implementação da consulta de enfermagem no Centro de oncologia onde trabalho, apenas tive a oportunidade de acompanhar 5 clientes com CCP que iniciaram tratamento com radioterapia, o que em certa medida posso considerar um ponto fraco. Um maior número de doentes nesta amostra, poderia ter-se revelado mais significativo nas experiências vivenciadas e melhores competências adquiridas. No entanto, este foi um fator externo não controlável, como tal, não é possível referir sugestões de melhoria.

3.2. As competências do Enfermeiro Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: vertente de Oncologia adquiridas nos estágios clínicos

Segundo Benner (2001), o enfermeiro desenvolve as suas competências de forma gradual ao longo do tempo de experiência profissional, sob influência da capacidade de aquisição de conhecimentos, reflexão crítica, características individuais, e mesmo pelo contexto profissional. Desta forma, os estágios clínicos proporcionaram para além da aprendizagem teórico-prática, a possibilidade de fazer reflexões críticas sobre a prestação dos cuidados realizados como oportunidade para a aquisição de conhecimento, análise das intervenções e melhoria da prática de cuidados. Aspectos elementares para a prática de cuidados enquanto enfermeiro especialista, ao qual são exigidos cuidados diferenciados e de excelência (OE, 2019).

Em suma, a realização dos ensinamentos clínicos permitiu a aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista (OE, 2019), de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem na pessoa em situação de doença crónica e paliativa (OE, 2018) e de competências de enfermeiro oncologista descritas pela EONS (2022), e ainda foram desenvolvidas as **competências de mestre em Enfermagem**,

preconizadas para o 2º ciclo de estudos de Bolonha (descritores de Dublin) de acordo com o Decreto-Lei nº 74/2006 do Diário da República:

- Possui conhecimentos e capacidade de compreensão sustentados nos conhecimentos obtidos no 1º ciclo de estudos, que desenvolve e aprofunda permitindo o desenvolvimento profissional ou aplicações originais em contexto de investigação;

- Aplica os conhecimentos adquiridos para a resolução de problemas em novas situações e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares;

- Integra conhecimentos, lida com assuntos complexos, desenvolve soluções ou emite juízos em situações de informação limitada ou incompleta;

- Comunica as suas conclusões, os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

- Capacidade de aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), “os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (p. 4744). Assim, o enfermeiro especialista é reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (OE, 2019). As competências Comuns do Enfermeiro Especialista, englobam as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, recomendação, liderança, incluindo a responsabilidade de interpretar, difundir e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita incrementar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, 2019).

De acordo com o regulamento nº429/2018, que define o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica,

o avanço do conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os

seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização (Regulamento nº 429/2018, p.19360).

Por sua vez, o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa é aquele capaz de identificar as necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva ou terminal, bem como dos seus familiares/cuidadores, e também gerar, implementar e avaliar os planos de cuidados, numa abordagem abrangente e complacente, numa avaliação holística do indivíduo e seus familiares/cuidadores na satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e tomadas de decisão, aliviando o sofrimento, maximizando a sua qualidade de vida, com vista a preservar a sua dignidade (OE, 2018).

Perante a evolução das diferentes atividades ao longo dos estágios foi possível desenvolver as seguintes competências: **Comuns ao enfermeiro especialista** (OE, 2019) - A. Responsabilidade profissional, ética e legal (A1 e A2), B. Melhoria da qualidade (B2 e B3), D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D1 e D2); **Específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa** (OE, 2018) - Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica; Cuida da pessoa com doença crónica, incurável ou grave, progressiva e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de doença.

O Enfermeiro Especialista em Oncologia é definido pela *European Oncology Nursing Society* como o enfermeiro qualificado que tem autoridade e total responsabilidade para prestar cuidados fundamentais de enfermagem às pessoas com diagnóstico de cancro. A prestação direta de cuidados nos estágios clínicos ao doente oncológico (módulo 3 - Tratamento do cancro e segurança do doente oncológico), a realização da revisão *scoping*, as sessões de divulgação de resultados do projeto a outros profissionais (módulo 6 -

Comunicação em oncologia), a implementação da consulta de enfermagem de RT (módulo 4 - Apoiar a pessoa durante a trajetória da doença oncológica), a elaboração deste relatório e respetiva discussão pública a que me proponho (módulo 7 - Liderança e Gestão em enfermagem oncológica), permitiu-me basear a minha *práxis* clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, na evidência científica mais atual e aplicada ao cuidado oncológico (módulo 8 - Integração da evidência científica nos cuidados em Oncologia), são algumas das atividades realizadas que me permitiram adquirir competências de **Enfermeira Especialista em Oncologia** (EONS, 2022).

A *Enfermagem* enquanto profissão e disciplina científica autónoma consiste hoje num campo de atuação e de investigação próprio, no qual o conhecimento surge através da investigação e é aplicado para desenvolver a prática baseada na evidência, e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados e contribuir para a organização de políticas de saúde (OE, 2021).

Atento por isso, que todo o trabalho desenvolvido ao longo deste percurso de aprendizagem em contexto de mestrado e especialização em enfermagem, contribuiu para o meu enriquecimento pessoal e profissional, admitindo a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crónica e paliativa.

3.3. Contributo do projeto de intervenção na melhoria da qualidade de cuidados

A Ordem dos Enfermeiros estabelece como fundamental a elaboração de projetos de melhoria contínua de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos por seis categorias de enunciados descritivos relativas à *satisfação dos clientes*, à *promoção da saúde*, à *prevenção de complicações*, ao *bem-estar e ao autocuidado dos clientes*, à *readaptação funcional* e à *organização dos serviços de enfermagem* (OE, 2012). A implementação deste projeto de intervenção junto dos doentes oncológicos de cabeça e pescoço no percurso do seu tratamento com radioterapia foi de encontro aos enunciados supracitados promovendo a excelência do exercício do enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica em pessoa em situação crónica e

paliativa e, assim permitiu a melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no Centro de Oncologia onde exerce funções de enfermeira.

Para tal procurou-se estabelecer parcerias com o cliente e sua família através da informação, explicação e envolvimento no processo de tomada de decisões, promovendo a otimização das capacidades da pessoa/ família/ cuidador no planeamento do processo de cuidados (promoção do autocuidado e prevenção de complicações no percurso de tratamento). O bem-estar do cliente foi alcançado através do ensino, instrução e treino acerca da prevenção de complicações decorrentes da RT, recomendações para manutenção do autocuidado e readaptação funcional, maximizando a autonomia e *empowerment* dos clientes.

Os critérios relacionados com a organização dos serviços de enfermagem foram o rigor técnico e científico na estruturação da consulta de enfermagem e definição da intervenção adequada através da elaboração de um manual de boas práticas sobre a consulta de enfermagem para os doentes oncológicos de cabeça e pescoço propostos para RT, da construção de instrumentos de suporte para a realização dessa consulta e, por fim, da formação da equipa acerca destes instrumentos.

A trajetória da doença oncológica traz quase sempre sintomas associados que obrigam os doentes a alterações nos seus comportamentos, com vista a aquisição de mestria na gestão e adesão ao regime terapêutico que lhe é associado, e assim manter a funcionalidade da pessoa no seu quotidiano, avaliando os sintomas da doença e prevenindo complicações associadas (Santos, 2013). A autogestão tem vindo a ser conceptualizada como parte integrante do conceito de autocuidado, e conseqüentemente cada vez mais associado à TDAE de Orem, que numa das suas teorias destaca os requisitos de autocuidado nos desvios de saúde e a necessidade de a pessoa reaprender a autocuidar-se durante um processo de doença (Orem, 2001).

Assim, na consulta de enfermagem o enfermeiro tem o papel fulcral de ajudar o doente oncológico e sua família a compreender o processo de doença em que estão envolvidos, tornando-os capazes de enfrentar a doença e lidar com as possíveis complicações associadas não só à doença, mas também aos tratamentos a que será sujeito, no caso concreto deste projeto de intervenção, os doentes oncológicos de cabeça e pescoço propostos para RT (Andrade *et al.*, 2014).

A implementação da consulta de enfermagem de radioterapia junto desta população foi o primeiro passo dado no caminho até à meta de excelência dos cuidados pretendida, no qual se deseja aplicar uma estruturação de acompanhamento destes doentes oncológicos em consultas de enfermagem de seguimento semanais até alta clínica ou sempre que se justifique, em prol de atenuar as repercussões da vivência da doença oncológica na qualidade de vida da pessoa e sua família. Tendo em conta a literatura mais atual e a pertinência da elaboração de projetos como este ou futuros trabalhos semelhantes, considera-se a possibilidade de a instituição eleger futuramente uma *Nurse Navigator* para a patologia de CCP, tendo em conta as múltiplas necessidades de cuidados e as repercussões a nível físico, emocional, psicológico e social nestes clientes.

Com a concretização deste projeto pretendi contribuir para: o desenvolvimento do conhecimento e para a melhoria da qualidade de cuidados no âmbito da intervenção de enfermagem na área de Radioterapia, especificamente nos doentes oncológicos com CCP, aprofundando conhecimentos acerca da toxicidade aguda e tardia, intervenções preventivas e de controlo sintomático, identificação das necessidades da pessoa de uma forma holística e definição de estratégias de capacitação para o autocuidado. Sequentemente, divulgar a importância do papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente oncológico submetido a tratamento de RT e sensibilização e envolvimento da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar, para o contributo de uma resposta de cuidados de saúde mais eficaz e expressiva para os clientes.

A título pessoal, dentro do contexto profissional, considero que a elaboração deste projeto de intervenção poderá ser uma porta para a mobilização do conhecimento adquirido na área de intervenção de radioterapia, ainda tão pouco explorada no nosso país, através da partilha com pares pela eventual redação de artigos em revistas de enfermagem, participação em congressos ou integração de grupos de trabalho científico, onde se evidencie a importância da intervenção e da própria disciplina de Enfermagem, algo que me sensibiliza desde o início do meu curso de licenciatura.

3.4. Considerações Éticas

O alicerce fulcral na implementação do projeto foram os princípios norteadores da prestação dos cuidados de enfermagem vigentes no Código Deontológico dos Enfermeiros. No decorrer de todo o percurso de aprendizagem considero que foram respeitadas as questões éticas e os princípios gerais nomeadamente: o dever de informação (artigo 105º), respeitando, defendendo e promovendo o direito da pessoa ao consentimento informado (alínea b); o dever de sigilo (artigo 106º) assumindo o dever de considerar confidencial toda a informação do indivíduo e da sua condição clínica (alínea a) e manter o anonimato da pessoa em situações de investigação ou controlo da qualidade dos cuidados (alínea d); e o respeito pela intimidade (artigo 107º) garantindo a sua privacidade (alínea b) (Lei nº 156/2015).

Em todos os contactos e abordagens realizadas, quer com a equipa, quer com os doentes, apresentei-me no papel de enfermeira em estágio de especialidade no serviço, estando também devidamente identificada e solicitando sempre o consentimento verbal para a minha intervenção e utilização de qualquer tipo de informação e dados, zelando sempre pela privacidade e anonimato da pessoa.

Todos os estágios clínicos realizados foram submetidos a aprovação prévia pelas instituições envolvidas. Por sua vez, não foi necessário solicitar autorização à Comissão de Ética das respetivas instituições para a implementação do projeto, confirmado junto das mesmas.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, os “enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” (Decreto-Lei nº 161/96). Os enfermeiros no exercício das suas funções devem assegurar a prestação de cuidados adequada de acordo com os recursos disponíveis, atendendo a ética e garantindo que os clientes recebem informação adequada para consentirem os cuidados ou procedimentos, incluindo a participação em investigação (Nunes, 2013).

CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS FUTURAS

A implementação da consulta de enfermagem ao doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para RT resultou de um longo caminho de aprendizagem que se iniciou no primeiro e segundo semestre do presente curso, através da aquisição de conhecimentos teóricos e discussão dos mesmos face à sua aplicabilidade na prática e possíveis barreiras. Seguidos pela realização dos estágios, que foram excelentes oportunidades para sair da zona de conforto e exposição a diversos estímulos que incitaram ao crescimento pessoal e profissional. Durante este percurso a interação/partilha constante com o professor orientador e orientadores dos locais de estágio, foi essencial para o desenvolvimento do presente trabalho, culminando com a redação deste relatório de estágio. Este foi um percurso exigente e extenuante, mas muito gratificante pelas competências desenvolvidas e objetivos alcançados.

Após implementação deste projeto planeado, pretende-se que a equipa de enfermagem dirija a sua intervenção e processo educativo a estes doentes/família com base em instrumentos de apoio, como seja o manual de boas práticas da consulta de enfermagem que foi construído (Apêndice VI), que inclui considerações sobre a RT na área da cabeça e pescoço, os efeitos secundários expectáveis e respetivos cuidados inerentes, o guia informativo a fornecer aos clientes na consulta, e desta forma uniformizar procedimentos como a avaliação inicial, plano de cuidados e ensinamentos concretos a realizar na consulta, promovendo a intervenção coerente e consistente de todos os enfermeiros da equipa, garantindo a qualidade dos cuidados prestados no serviço de Oncologia.

A aquisição de competências de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, foi facilitada pela observação da prática nos campos de estágio selecionados, bem como pela participação nos cuidados prestados nestas instituições de referência na área da radioterapia em Portugal, e ainda pela elaboração dos referidos instrumentos de apoio à prática de cuidados para o meu local de trabalho, promovendo a qualidade e excelência da profissão de Enfermagem.

Porém, delinear e implementar este projeto de intervenção não foi isento de limitações. A falta de experiência no ramo da investigação foi uma das maiores dificuldades sentidas por mim no decorrer deste processo, mas que penso ter ultrapassado gradualmente com alguma persistência e dedicação no desenvolvimento

deste projeto de ação. Na realização da Revisão *Scoping* deparei-me com a escassez de estudos acerca da intervenção de enfermagem ao doente oncológico de cabeça e pescoço que é submetido a RT, e esta insuficiente evidência científica trouxe-me alguma ansiedade na fase inicial de pesquisa, mas que fui ultrapassando ao passo que percebia que o desenvolvimento deste projeto me estava a trazer novas aprendizagens pelas práticas observadas e participação nas mesmas e, com isso foi possível contribuir para o sucesso da consulta de enfermagem a esta população alvo.

Depois deste percurso realizado, e relatado neste documento, sinto que poderei contribuir para a cooperação entre elementos da equipa multidisciplinar ou até mesmo de outros contextos ou instituições, potenciando o desenvolvimento do papel da enfermagem enquanto elemento dinamizador na área de Radioterapia e na qualidade dos cuidados prestados.

Por fim, a elaboração deste projeto ao longo desta UC, foi mais um passo dado no meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura mestre e especialista conforme missão e critérios da OE, com pensamento crítico-reflexivo e postura ativa na tomada de decisão no meu contexto de trabalho, pela fundamentação da intervenção com a prática baseada na evidência, indo de encontro a uma Enfermagem distinta com obtenção de ganhos em saúde pela qualidade dos cuidados prestados e satisfação dos clientes que deles usufruem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorim, A., Freitas, J., Silva, A., Valério, E., Alves, E., Magalhães, B. & Soares, E. (2022). *Domínios de Intervenção dos Enfermeiros em Radioterapia*. Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. ISBN: 978-989-53475-1-3.
- Andrade, O. B. de. (1975). Manual de normas e procedimentos do serviço de enfermagem de saúde pública. *Revista De Saúde Pública*, 9 (4): 455–466. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101975000400002>.
- Andrade, K., Francz, A., Grellmann, M., Belchior, P., de Oliveira, J. & Wassita, D. (2014). Consulta de enfermagem: avaliação da adesão ao autocuidado dos pacientes submetidos à radioterapia. *Revista Enfermagem Uerj*, 22 (5): 622-628. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.11227>.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Tanner, C., Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. 2ª ed. New York: Springer.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação - Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Burin, C. (2019). *O papel do enfermeiro na adesão ao autocuidado de pacientes expostos à radioterapia*. Santa Cruz do Sul: UNISC. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11624/2479>.
- Cabete, D. (2012). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people*. Saarbrücken: LAP Lambert Academic Publishing.
- Coelho, Y., Bissoli, A., Sime, M., Bastos-Filho, T. (2015). *CAApp: Um Aplicativo Móvel de Comunicação Aumentativa e Alternativa para Pessoas com Deficiência Motora Severa*. In: XV Workshop de Informática Médica - XXXV Congresso da Sociedade Brasileira de Computação, 2015. Recife: Anais.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). *Combater a Desigualdade: Da evidência à ação*. Edição portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-09- 7. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf.

- Decreto-Lei n.º 161/1996 de 4 de setembro. Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros. (REPE). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.
- Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março de 2006. Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1ª Série – Nº74. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>.
- Epstein, N. E. (2014). Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surg Neurol Int*; 5 (7), 295-303. DOI: 10.4103/2152-7806.139612.
- Esteves, L., Cunha, I., Bohomol, E., & Negri, E. (2018). O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira Enfermagem*, 71 (4): 1842-1853.
- European Oncology Nursing Society (EONS). (2018). *The EONS cancer nursing education framework*. EONS. Disponível em <https://cancernurse.eu/education/cancer-nursing-education-framework>.
- European Oncology Nursing Society (EONS). (2022). *Cancer Nursing Education Framework*. EONS. 5ª ed. Disponível em: www.cancernurse.eu/education/cancer-nursing-education-framework/
- Ferlay J., Colombet M., Soerjomataram I., Parkin DM., Piñeros M., Znaor A. & Bray F. (2021). Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer*, 149 (4): 778–789. Doi: 10.1002/ijc.33588.
- Florêncio, D. & Santos, A. (2018). *Cuidados de enfermagem para pacientes oncológicos em tratamento de radioterapia: uma revisão de literatura*. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, 23 (2): 140-145.
- Frade, A. (2017). *Otimização da comunicação na pessoa com cancro da laringe, submetida a Laringectomia Total – Intervenções de Enfermagem especializadas no período peri-operatório*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Especialidade Médico-cirúrgica: área de intervenção em Enfermagem Oncológica. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro Instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (3): 371-375.

- Galvão, A. & Baptista, G. (2022). *Cuidar em Oncologia: Reflexões para a prática clínica*. Capítulo 2 – Literacia em doença crónica e autocuidados: oncologia. Euromédice, Edições médicas: Algés, 19-27. ISBN: 978-989-8808-0.
- Gonçalves, M., Cerejo, M. & Martins, J. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, (Série IV:14): 17-26. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17023>.
- Gonzaga D. & Conceição S. (2018). Intervenções de Enfermagem para Clientes em Radioterapia – Revisão Integrativa. *Revista Pró-UniversUS*, 09 (1): 38-45.
- Haggood, S. (2000). Cancro da cabeça e pescoço. In: Otto, Sherley E. *Enfermagem em Oncologia*. (2ªEd.) Lisboa: Lusodidata, p.255-260.
- Hospital da Luz de Lisboa (HLL). (2020). *Regulamento: Radioterapia*. Lisboa. p. 1 -19. Documento interno: HL.LIS.REG.000483.1
- *Internacional Agency for research on Cancer: The Global Cancer Observatory*. (2021). Portugal Source Globocan 2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>.
- Kara, H., Arıkan, F., Kartoz, F. & Sahin, A. F. K. (2022). Nurse-led Oral Mucositis Management: Impact on Health Outcomes of Patients Receiving Radiotherapy for Head and Neck Cancer and Lung Cancer: A Prospective Study. *Research Square*: 1 – 16. DOI: 10.21203/rs.3.rs-1734361/v1.
- Kirca, K. & Kutlutürkan, S. (2017). Symptoms of patients with head and neck cancers undergoing radiotherapy. *European Journal of Cancer Care*, 26 (6): e12584. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.12584>.
- Lei n.º 156/2015. Código Deontológico do Enfermeiro. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
- Leite, F., Ferreira, F., Cruz, M., Lima, E. & Primo, C. (2013). Diagnósticos de Enfermagem relacionados aos efeitos adversos da radioterapia. *Rev Min Enferm*, 17(4): 940-945. DOI: 10.5935/1415-2762.20130068.
- Lima F., Soares T., Ueno T., Garcez J., Martinez-Riera J., Aguiar V. (2021). Comunicação como instrumento de enfermagem no cuidado interpessoal do usuário. *Rev Recien*, 11(34): 78-87. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.78-87>.

- Martins, M., Marta, C., Silva, P., Siqueira, A., Gallasch, C. & Peregrino, A. (2018). Nursing Consultation in the Head and Neck Cancer Radiotherapy: a Cost-Health Utility Relationship Analysis. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é fundamental*, 10 (3): 746-752. Rio de Janeiro: UFERJ. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.746-752>.
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários: Guia de decisão clínica*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas. ISBN 978-989-752-689-3.
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem ESS, IPS. ISBN: 978-989-98206-1-6. Disponível em: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Consideracoes_eticas_na_investigacao_aca.pdf.
- Oliveira, C., Nakamura, D., Lima, J., Jorge, L., Yong, P. & Silva, A. (2019). *Manual Multiprofissional em Oncologia: Enfermagem*. Capítulo 32 – Assistência de Enfermagem em Radioterapia. Editora Atheneu: Oncologia do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, 183 – 188. ISBN: 978-85-388-0924-1.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007a). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007b). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Divulgar. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Acedido a 10/02/2023. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro_cj_deontologia_2015_web.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem médico-cirúrgica*. Aprovados em Assembleia extraordinária do colégio da Especialidade de Enfermagem médico-cirúrgica. Leiria. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). Parecer do Conselho de Enfermagem nº61/ 2017: Atribuição de tempo para a passagem de turno. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. In: Diário da República, 2ª Série, nº 135 de 16 de julho de 2018. Regulamento nº 429/2018. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. In: Diário da República, 2.ª série, nº 26 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento nº 140/2019. 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf
- Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of Practice*. Mosby: St. Louis.
- Pimenta, A., Souza, P., Brito, N., Silva, C., Oliveira, M. & Silva, R. (2019). *Manual Multiprofissional em Oncologia: Enfermagem*. Capítulo 1 – Consulta de Enfermagem Ambulatorial ao paciente com indicação de Quimioterapia e/ou Radioterapia. Editora Atheneu: Oncologia do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, 5 – 8. ISBN: 978-85-388-0924-1.

- Pinto, R., Rodrigues, A. & Oliveira, P. (2014). Multiple symptoms in people with head and neck neoplasia: a descriptive study. *Online brazilian journal of nursing*, 13 (4): 591-601. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5091>.
- Primo, C., Cesar, F., Lima, E., Caniçali, R. & Leite, F. (2016). Assistência de enfermagem a pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(1): 3820–3831. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3820-3831>.
- Queirós, P., Vidinha, T. & Almeida Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3): 157-164. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>.
- Raimundo, D., Guedes, M., Luzial, N., Peixoto, M., dos Santos, M. & da Silva, C. (2014). Assistência de enfermagem a clientes com câncer na cabeça e no pescoço com ênfase nos tumores de cavidade oral no estado do rio de janeiro. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(4): 1496–1504. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1496-1504>.
- Ramos, A., Ramos, L., Marques, F., Leal, F. (2017). Parar-refletir-aprender: o contributo do ciclo de Gibbs para a aprendizagem dos estudantes no CLE. 4º Congresso nacional de práticas pedagógicas no ensino superior. Setúbal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/20617>.
- ROCHE. (2022). Info Cancro. Portugal. Disponível em: <https://www.infocancro.pt/tipos-de-cancro/>
- Rodrigues, A. & Oliveira, P. (2016). *Oncologia para Enfermagem*. São Paulo: Manoele.
- Rodriguez, C., Rowe, M. (2010). Use of a speech-generating device for hospitalized postoperative patients with head and neck cancer experiencing speechlessness. *Oncology Nursing Forum*, 37(2): 199-205.
- Rolfe, G. (2014). Understanding advanced nursing practice. *Nursing Times*, 110 (27): 20-23.
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15: 1-37. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

- Santos, M., Sousa, C., & Turrini, R. (2012). Percepção dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática sobre o cuidado pós-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 46 (SI): 78-85.
- Santos, V. (2013). Representações do senso comum e autogestão da doença oncológica: Revisão sistemática da literatura. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Disponível em: https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=30592.
- Souza, N., Santos, I., Bushatsky, M., Figueiredo, E., Melo, J. & Santos, C. (2017). Atuação de enfermeiros em serviços de radioterapia. *Revista Enfermagem Uerj*, 25: 1 – 7. Rio de Janeiro. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.26130>.
- Thomas, L., Moore, E., Olsen, K. & Kasperbauer, J. (2012). *Long-Term Quality of Life in Young Adults Treated for Oral Cavity Squamous Cell Cancer*. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 121(6): 395–401. DOI: <https://doi.org/10.1177/000348941212100606>.
- Wong, S. *et al.* (2013). *Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of acute and late radiation reactions from the MASCC Skin Toxicity Study Group*. *Support Care Cancer*, 21: 2933–2948. DOI 10.1007/s00520-013-1896-2.

APÊNDICES

Apêndice I

REVISÃO SCOPING

Intervenções de enfermagem que permitem capacitar o doente oncológico com cancro de cabeça e pescoço proposto para radioterapia: uma Revisão *Scoping*

Patrícia Sofia Ribeiro Branco (11020)

Discente do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente oncológica - ESEL

pbranco@campus.esel.pt

Lisboa, julho, 2022

Resumo

Introdução: O cancro é uma das doenças mais temidas pela humanidade, envolvendo uma complexidade de emoções e reações. Atualmente, com a deteção precoce do cancro e tratamentos mais eficazes, o decurso desta doença tem melhorado significativamente, assistindo-se a um aumento do número de pessoas sobreviventes de cancro. O doente oncológico de cancro de cabeça e pescoço é uma população que merece enfoque na intervenção de enfermagem, pelas complicações decorrentes dos tratamentos a que são sujeitos, com destaque para a radioterapia como um dos principais métodos terapêuticos nestes doentes. Portanto, torna-se fundamental explorar a literatura sobre esta temática e utilizar a melhor evidência com o objetivo de atender às necessidades deste grupo de pessoas no que respeita à melhor intervenção de enfermagem na prevenção e resolução dos efeitos adversos inerentes à radioterapia. O doente procura a consulta de enfermagem como forma de obter informações sobre a manutenção do seu autocuidado e enfrentar melhor o tratamento. Assim estas consultas personalizam os cuidados de enfermagem na área da radioterapia e, conseqüentemente, melhoram a qualidade e excelência do atendimento em saúde. **Objetivo:** mapear a evidência disponível sobre os problemas e complicações resultantes da radioterapia no doente oncológico com cancro de cabeça e pescoço e respetivas intervenções de enfermagem na prevenção das mesmas para a capacitação do autocuidado desta população. **Métodos de revisão:** Esta revisão *scoping* estruturou-se com base na metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute (JBI)*. Foram utilizadas as bases de dados MEDLINE e CINAHL, usando os critérios de inclusão presentes na mnemónica “PCC”. Esta revisão considerou os estudos que incluam adultos com cancro de cabeça e pescoço (População) e as Intervenções de enfermagem para capacitar para autocuidado (Conceito), na Consulta de enfermagem; radioterapia (Contexto). O processo de extração de dados foi realizado com recurso a um instrumento adaptado do “*template data extraction instrument*” do *JBI*. Após a extração e a síntese dos dados, estes são apresentados por meio de tabelas. **Resultados:** A elaboração prévia de diagnósticos e intervenções de enfermagem permite nortear o planeamento de cuidados pelos enfermeiros, permitindo a intervenção individualizada e contribuindo para a eficácia da consulta de enfermagem de radioterapia. **Conclusões:** A realização desta revisão *scoping* permitiu perceber que os estudos nesta área são bastante residuais, destacando-se a necessidade de mais investigação e de pesquisa mais aprofundada acerca do tema.

Palavras – Chave: cancro de cabeça e pescoço; doente oncológico; radioterapia; Enfermagem Oncológica; intervenções de enfermagem.

**Nursing interventions that enable the training of patients with head and neck cancer proposed for radiotherapy:
a *Scoping Review***

Abstract:

Background: On the modern society of nowadays, the word cancer means anxiety and distress, carrying along a broad spectrum of emotions and reactions. Currently, with the improvement in medicine practice, we have been seeing a significant increase of the number of patients that survive to cancer disease, mainly due to an earlier diagnosis and efficient treatments. Despite the breakthrough, neck and head oncology population require a different approach on nursing intervention to ensure that complications from radiotherapy treatment do not compromise the outcome of the treatment. It's therefore imperative to explore the literature on this subject and use the best evidence, with the goal of supporting patients on their needs in terms of better nursing intervention, focusing on the prevention and resolution of the adverse effects related with radiotherapy itself. In order to get additional knowledge and the best advice on their condition, selfcare and how to better face the treatment, patient seeks for support on the nursing appointments. These nursing appointments allow the customization of the nursing care on radiotherapy area, which clearly improves the quality and excellence of health care service.

Objective: mapping the available data on complication and problems resulting from radiotherapy on patients with neck and head cancer, as well as the corresponding nursing interventions on their prevention for the self-care of this population of patients.

Revision Methods: this *scoping* review is structured, based on the methodology proposed by Joanna Briggs Institute (JBI). Using the inclusion criteria present on “PCC” mnemonics, MEDLINE and CINAHL databases were used for this study. Study wise, this review has been considered the adults with neck and head cancer (population) and the nursing interventions to capacitate the self-care (concept), on nursing appointment; radiotherapy area (context). The data extraction process has been done with a customized tool from the “*template data extraction instrument*” of JBI. After the data extraction and summary, this data is presented through tables.

Results: the earlier formulation of diagnosis and nursing interventions facilitate the planning of nursing care, allowing a customize intervention, which contributes to the overall efficiency of the radiotherapy nursing appointment.

Conclusions: The conduction of this *scoping review* showed that the studies on this subject are quite residual, highlighting the need of additional research on the subject.

Keywords: Head and neck neoplasms; Oncology patient; Radiotherapy; Oncology Nursing; Nursing interventions.

Introdução:

O cancro da cabeça e pescoço (CCP) inclui um grupo bastante heterogéneo de entidades, englobando as neoplasias que afetam a cavidade oral, a faringe, laringe, fossas nasais, seios perinasais e glândulas salivares. São a sexta causa de cancro mais comum do mundo, com cerca de 650000 novos casos e 350000 mortes por ano, a nível mundial. Os tumores de cabeça e pescoço apresentam-se frequentemente com disseminação ganglionar cervical, bem como metastização à distância, sendo a localização mais comum, por ordem: pulmão, fígado e osso (ROCHE, 2022).

De acordo com os últimos dados estatísticos de 2015, em Portugal, “a incidência de carcinoma da cabeça e pescoço foi de 52 novos casos por 100.000 habitantes na população masculina, por ano, e de 8 novos casos por 100.000 habitantes na população feminina, com taxas de mortalidade de 20/100.000 e 3/100.000, respetivamente. Anualmente, há cerca de 3.000 novos casos de cancro da cabeça e pescoço em Portugal, 85% dos quais em fumadores ou ex-fumadores, com taxas de incidência e mortalidade das mais elevadas na Europa” (SNS, 2018). Este cancro apresenta uma taxa de cura elevada, que ronda os 80%, quando diagnosticado precocemente (SNS, 2018). Surge, assim, a problemática do cancro como doença crónica, cujo diagnóstico precoce e tratamento tem apresentado conhecido sucesso. O tratamento do CCP

pode ser local (cirurgia e radioterapia) ou sistémico (quimioterapia). A radioterapia (RT) é uma das modalidades terapêuticas mais utilizadas, e consiste em usar radiação ionizante produzida por aparelhos ou emitida por radioisótopos naturais sobre o tumor, de uma forma homogénea, minuciosa e incisiva, para proteger ao máximo as estruturas vizinhas e desta forma minimizar os efeitos adversos (Leite, Ferreira, Cruz, Lima, Primo, 2013). Apesar da eficácia do tratamento, este induz no doente, manifestações clínicas agudas ou crónicas como reações na pele (radiodermite, eritema), mucosite, disfagia, xerostomia, náuseas, anorexia, fadiga, diarreia, entre outros, que podem vir a comprometer o tratamento, pela necessidade de interrupção temporária ou desmotivação do doente. Por isso, a prevenção e controlo destes efeitos adversos é fundamental (Leite *et al.*, 2013).

Os enfermeiros desempenham um papel imprescindível no acompanhamento dos doentes durante o tratamento de RT, sendo responsáveis por identificar as dificuldades e os medos dos doentes e seus familiares, e encontrar estratégias para superar esses problemas. O doente oncológico necessita de um acompanhamento holístico e contínuo, mas acima de tudo individualizado e diferenciado durante a fase de doença, e a equipa de enfermagem é responsável por manter as suas necessidades básicas num nível satisfatório, promovendo a

manutenção do autocuidado (Gonzaga & Conceição, 2018).

A consulta de enfermagem é uma atividade específica e objetiva dos enfermeiros, que usando método científico conseguem identificar problemas de saúde, intervir e pôr em prática intervenções de enfermagem que contribuam para a promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação do indivíduo, família ou comunidades. Concluiu-se, assim, que a consulta de enfermagem é de extrema importância para os doentes oncológicos com CCP submetidos a RT, na medida em que pode influenciar a adesão ao tratamento, o esclarecimento de dúvidas sobre o plano terapêutico, bem como minimizar os efeitos adversos decorrentes do tratamento (Andrade *et al.*, 2014).

Tendo em conta esta problemática, realizei uma pesquisa preliminar na MEDLINE e na CINAHL (via EBSCOhost), e as revisões da literatura enquadradas

nesta temática são muito escassas. Assim, com este protocolo de revisão *Scoping* pretendo mapear os estudos existentes na literatura focados nas intervenções de enfermagem para a capacitação do doente oncológico com CCP e prevenção de problemas/complicações resultantes da radioterapia, tanto na consulta de enfermagem, como em serviços ambulatoriais ou de internamento hospitalar, que possam dar resposta à questão colocada. A Revisão *Scoping* desenvolvida neste trabalho, através da metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute (JBI) for Scoping Reviews*, teve como objetivo mapear a evidência disponível sobre os problemas e complicações resultantes da radioterapia na pessoa com CCP e respetivas intervenções de enfermagem na prevenção das mesmas para a capacitação desta população. Esta revisão teve como ponto de partida a seguinte questão de investigação:

"Quais as intervenções de enfermagem que permitem capacitar o doente oncológico com cancro de cabeça e pescoço proposto para radioterapia?"

População: Doente oncológico com cancro de cabeça e pescoço;

Conceito: Intervenções de enfermagem para capacitar para autocuidado;

Contexto: Consulta de enfermagem; Radioterapia.

Método de Revisão

CrITÉRIOS de inclusão

De acordo com a metodologia proposta pelo *JBI*, foram definidos critérios de elegibilidade com base na mnemónica “PCC” - População, Conceito, Contexto da revisão de literatura pretendida. Assim, serão incluídos os estudos que envolvam adultos¹, doentes oncológicos com cancro de cabeça e pescoço (**População**), e intervenções de enfermagem na capacitação para o autocuidado (**Conceito**) e consulta de enfermagem; radioterapia (**Contexto**). Na revisão foram incluídos estudos realizados em qualquer zona geográfica do mundo, publicados em português, espanhol e em inglês² entre 2012 e 2022, acessíveis em texto integral sem custo para o investigador. Iniciou-se a pesquisa pelos últimos 5 anos, mas pelo défice de artigos científicos encontrados para dar resposta à questão de investigação, houve necessidade de alargar o período temporal como forma de aceder à maior evidência possível.

Tipos de fontes de informação

Considera-se qualquer evidência científica de estudos primários qualitativos e quantitativos, e fontes secundárias como

revisões da literatura, relatórios, teses ou dissertações entre outros. A literatura cinzenta também foi considerada.

Estratégia de pesquisa

O método de revisão *scoping* foi utilizado para mapear as evidências subjacentes à área temática em estudo. De acordo com a recomendação de metodologia proposta pelo *JBI*, foi utilizada uma estratégia de pesquisa em três etapas. A primeira etapa resultou da pesquisa livre nas bases de dados científicas *CINAHL* e *MEDLINE* (via EBSCOhost) de modo a listar as palavras mais utilizadas nos títulos e resumos dos artigos existentes na temática pretendida e, assim foram identificados os termos em linguagem natural e os termos indexados, validados na *Medical Subject Headings (MeSH 2021)* e na *Cinahl Subject Headings*, conforme demonstra a Tabela 1 abaixo. Antecedendo os termos indexados surgem com as expressões “MM” (Major concept) e “MH” (Exploded concept) ou ambos.

¹ A CINAHL e a MEDLINE definem “todos os adultos”, as pessoas com idade igual ou superior a 19 anos.

² A seleção dos idiomas foi estabelecida de acordo com a minha aptidão para ler e analisar artigos nestes idiomas.

	LINGUAGEM NATURAL	LINGUAGEM INDEXADA	
		CINAHL	MEDLINE
POPULAÇÃO	Doente Oncológico/ Cancer patient	MH "Cancer Patient"	MH "Cancer Patient"
	Cancro/ Cancer Cabeça e Pescoço/Head and neck	(MM "Head and Neck Neoplasms+") OR (MM "Squamous Cell Carcinoma of Head and Neck")	(MM "Head and Neck Neoplasms+") OR (MH "Squamous Cell Carcinoma of Head and Neck")
Conceito	Intervenções de enfermagem/ nursing interventions	(MM "Nursing Interventions") (MH "Nursing Care") (MH "Nursing Role")	(MH "Nursing") (MH "Nursing Care") (MH "Nurse's Role")
	Capacitação para o autocuidado/ empowerment for self care	(MH "Empowerment") (MH "Self Care")	(MH "Empowerment") (MH "Self Care")
CONTEXTO	Consulta de enfermagem/ Nursing Consultation	X "nursing consultation" (MH "Oncologic Nursing")	X "nursing consultation" (MH "Oncology Nursing")
	Enfermagem Oncológica/ Oncology Nursing	(MH "Radiation Oncology Nursing")	
	Radioterapia/ Radiotherapy	(MH "Radiotherapy")	(MH "Radiotherapy")

Tabela 1: Grelha Lógica de termos de pesquisa em linguagem natural e indexada

Na segunda etapa, os termos incluídos na linguagem indexada foram combinados numa estratégia de pesquisa única, adaptada de acordo com as especificidades de cada base de dados utilizada. Numa pesquisa inicial percebeu-se que o uso dos termos "Empowerment" e "Self Care" enviesava os resultados obtidos, levando a nenhuns resultados de

interesse na temática de estudo desta investigação, pelo que se optou pela sua remoção da pesquisa final. A pesquisa na base de dados CINAHL, utilizando os restantes termos identificados em linguagem natural e termos indexados pela CINAHL *headings*, com a aplicação dos operadores booleanos *OR* e *AND*, resultou na pesquisa apresentada pela tabela 2.

Pesquisa	Termos de pesquisa
S1	Cancer patient
S2	Head and Neck neoplasms
S3	Squamous Cell Carcinoma of Head and Neck
S4	S1 OR S2 OR S3
S5	Nursing
S6	Nursing Care

S7	Nurse's Role
S8	S5 OR S6 OR S7
S9	Oncology Nursing
S10	nursing consultation
S11	Radiotherapy
S12	S9 OR S10 OR S11
S13	S4 AND S8 AND S12

Tabela 2: Pesquisa efetuada na CINAHL

Por sua vez, na base de dados MEDLINE foram pesquisados os termos identificados em linguagem natural e termos indexados, através da opção *Medical Subject Headings* (MESH)

empregando também os operadores Boleanos *OR* e *AND*, e o resultado da pesquisa encontra-se apresentado na seguinte Tabela 3.

Pesquisa	Termos de pesquisa
S1	Cancer patient
S2	Head and Neck neoplasms
S3	Squamous Cell Carcinoma of Head and Neck
S4	S1 OR S2 OR S3
S5	Nursing Interventions
S6	Nursing Care
S7	Nursing Role
S8	S5 OR S6 OR S7
S9	Oncology Nursing
S10	nursing consultation
S11	Radiotherapy
S12	S9 OR S10 OR S11
S13	S4 AND S8 AND S12

Tabela 3: Pesquisa efetuada na MEDLINE

Após pesquisa combinada, tanto na CINAHL como na MEDLINE os artigos obtidos, foram sujeitos à aplicação dos critérios de inclusão para a seleção dos resultados, com os seguintes filtros: “*Full*

Text”, data de publicação desde 2012 a 2022, idiomas Português, Inglês e Espanhol, “*all adults*” e destaque de título “*head and neck neoplasms*”. Após esta filtragem, foram identificados na CINAHL 6

artigos e na MEDLINE 108 artigos. Na fase seguinte, foram excluídos os estudos duplicados nas duas bases de dados ou cujos títulos não tinham interesse para a atual pesquisa, restando 3 artigos na CINAHL e 3 artigos na MEDLINE. Por fim, procedeu-se à leitura e análise dos resumos desses 6 artigos até obtenção final de 3 estudos elegidos para leitura integral, que continham os critérios de inclusão definidos e interesse ao estudo.

Optou-se por incluir mais 2 artigos resultantes de pesquisa livre no Google Académico, que mostraram ter interesse para a temática em estudo. Para esquematização, foi utilizado o diagrama de fluxo PRISMA-ScR do *JB1* durante esse processo, para obtenção final de 5 artigos para análise e discussão de resultados em resposta à questão de investigação, como ilustrado na figura 1.

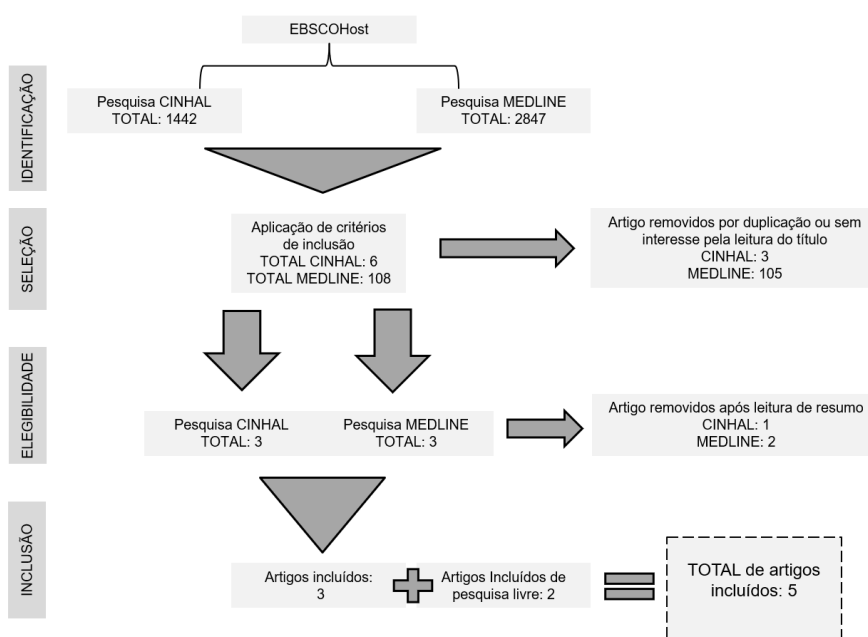


Figura 1: Fluxograma da identificação dos artigos para a revisão *Scoping*

A terceira fase de pesquisa ocorre a partir da lista das referências bibliográficas de cada estudo selecionado, para a identificação de fontes de informação adicionais. Foi realizada pesquisa no Google Académico e nos Repositórios Científicos de Acesso Livre em Portugal, utilizando as palavras-chave e os termos de indexação, e desta forma, foi conveniente acrescentar dois artigos resultantes desta pesquisa, que abordam a temática, mesmo não sendo direcionada à

população alvo em estudo, mas podem ajudar a dar resposta à questão de investigação desta revisão *Scoping*, ficando esta revisão com 5 artigos incluídos para análise e obtenção de resultados.

Extração de dados

A extração de dados foi realizada com recurso a um instrumento previamente elaborada por mim, enquanto investigadora principal, adaptado do “*template data extraction instrument*” do

JBÍ, para a presente revisão (Anexo 1). No decorrer deste processo, não se verificou necessidade de contactar os autores dos estudos encontrados para esclarecimentos adicionais.

Apresentação dos resultados

Após a extração dos dados, os mesmos encontram-se apresentados de forma a responder à questão de pesquisa, e assim, as evidências encontradas na literatura são apresentadas em resumo lógico de forma descritiva, considerando o objetivo da revisão *scoping* e respondendo à questão de investigação, com recurso a uma tabela por cada artigo incluído e analisado (Anexo 1).

Análise e discussão dos resultados

Os artigos incluídos neste estudo surgiram entre 2013 e 2018. Os principais conteúdos encontrados permitiram mapear a evidência disponível sobre a intervenção de enfermagem na capacitação do doente oncológico com cancro de cabeça e pescoço proposto para radioterapia, a ter como referência nas consultas de Enfermagem. Desta forma, foram extraídos e analisados dados dos 5 artigos, tal como se apresenta em forma de tabelas no anexo I como forma de sintetizar as ideias chave que responderam à questão de investigação, permitindo a interpretação sistematizada desses artigos.

Nos artigos analisados pode constatar-se que a intervenção de enfermagem junto desta população alvo, traduz-se em redução dos efeitos adversos expectáveis

pelo tratamento com radioterapia. A realização do Processo de Enfermagem, de forma organizada e adequada à individualidade de cada doente, acarreta uma quantidade expressiva de diagnósticos e intervenções de enfermagem, que asseguram proteção ao doente oncológico e aos próprios profissionais de saúde.

A identificação dos principais sintomas experienciados pelos doentes oncológicos de cabeça e pescoço é considerada o ponto de partida para a determinação de intervenções de enfermagem concretas no planeamento dos cuidados para prevenção e controlo desses mesmos sintomas, e desta forma, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Os sintomas adversos mais evidenciados nos estudos selecionados foram fadiga ou perda de energia, dificuldade em dormir, alteração de imagem corporal, alterações no sabor dos alimentos, boca seca, diminuição da salivação, feridas na boca, dor, dificuldade de deglutição, preocupação e sensação de tristeza, dificuldade de concentração, perda de peso, sentir-se sonolento ou tonto, problemas dentários e mudança no tom de voz (Kırca & Kutlutürkan, 2017).

Durante o tratamento com radioterapia, o doente oncológico pode ser invadido por sentimentos de angústia e impotência, além das possíveis complicações já citadas, pelo que a atuação do enfermeiro na realização da consulta de enfermagem torna-se indispensável, e baseia-se na orientação, prevenção, tratamento e

reabilitação durante todo o percurso de radioterapia através de educação para a saúde destes doentes e suas famílias (Primo *et al.*, 2016). O apoio social também facilita os comportamentos do doente para encarar a sua situação clínica, evitando o isolamento dos mesmos no decorrer do seu tratamento. É importante ouvir as pessoas, e permitir que expressem os seus sentimentos abertamente, pois o sentimento de partilha possibilitará maior controle da situação e resultados positivos (Primo *et al.*, 2016).

Os diagnósticos e as intervenções de enfermagem mais prevalentes relacionam-se com nutrição, promoção do autocuidado, autoestima e integridade da pele, sendo a maioria das intervenções focadas nestas necessidades. É notório que a abordagem da sexualidade, bem como o domínio de crenças é pouco explorado pelos profissionais dificultando a execução de um cuidado completo e holístico (Gonzaga & Conceição, 2018). Outros diagnósticos de enfermagem significativos para os doentes oncológicos de cabeça e pescoço sob radioterapia são deglutição alterada, dor, comunicação verbal alterada pela localização do tumor; processo familiar disfuncional por uso de álcool e tabaco, stress do papel de cuidador, risco de baixa auto-estima e ansiedade desencadeada pela necessidade de cuidados em casa e dependência de outros para o autocuidado (Raimundo *et al.*, 2014).

Os estudos analisados, no que dizem respeito à organização da prestação de

cuidados de enfermagem evidenciam que a utilização de uma terminologia padronizada para diagnósticos e intervenções de enfermagem que suportam a consulta de enfermagem de radioterapia, permite selecionar as ações de enfermagem adequadas às necessidades específicas decorrentes das complicações da radioterapia.

Os principais efeitos adversos decorrentes da radioterapia em doentes oncológicos de cabeça e pescoço são a mucosite, a radiodermite, o trismo, a xerostomia e a osteorradionecrose, sendo que os seus sinais e sintomas afetam as necessidades humanas básicas destes doentes (Leite *et al.*, 2013).

No que respeita às complicações Xerostomia e Mucosite, utilizando a linguagem padronizada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, foi possível definir os diagnósticos de “Salivação diminuída” e “Inflamação da membrana mucosa oral” e as intervenções de enfermagem associadas (Primo *et al.*, 2016). Surgiram também a possibilidade de outros diagnósticos de enfermagem associados à mucosite como Inflamação em mucosa oral; Edema em mucosa oral; Eritema em mucosa oral; Dor em mucosa oral; Ulceração em mucosa oral; Hemorragia em mucosa oral. E ainda, associados a xerostomia como Cavidade oral seca; Dificuldade de mastigação; Dificuldade de deglutição; Dificuldade de articulação (Leite *et al.*, 2013).

Na xerostomia as intervenções visam principalmente a estimulação da secreção salivar e humificação da mucosa. Sugere-se: Explicar ao doente o que é diminuição da salivação; Explicar as causas da diminuição da salivação; Explicar as possíveis complicações da diminuição da salivação; Incentivar a ingestão de líquidos com frequência; Incentivar a ingestão de líquidos antes de dormir; Incentivar o uso de pastilha elástica de mascar sem açúcar; Incentivar o uso de saliva artificial antes das refeições e antes de dormir; Encaminhar para avaliação odontológica da cavidade oral, Instilar água com algumas gotas de limão na mucosa oral; Motivar a higiene da cavidade oral; Manter os lábios lubrificados; Promover ingestão de alimentos pastosos; Promover a ingestão de alimentos frios; Evitar comer alimentos duros e secos, Avaliar a alimentação do doente; Ouvir as queixas do doente com atenção; Avaliar a cavidade oral quanto a sinais de candidíase; Encaminhar para avaliação odontológica devido ao risco de cárie dentária; Promover estilo de vida saudável para prevenção do isolamento social (Primo *et al.*, 2016).

Na mucosite oral, onde os principais sinais e sintomas encontrados são sensibilidade, eritema e ulceração na mucosa oral e que variam de acordo com o nível de mucosite, a principal atenção por parte dos enfermeiros de radioterapia prende-se com a promoção de uma higiene oral adequada, disfagia e dificuldade de mastigação, a nutrição e hidratação e alterações na fala, bem como

indiretamente distúrbios do sono e até depressão (Primo *et al.*, 2016). Sugere-se: Explicar ao doente o que é inflamação da membrana da mucosa oral; Explicar as causas da inflamação da membrana da mucosa oral; Explicar as possíveis complicações da inflamação da mucosa oral; Demonstrar como escovar os dentes, língua, mucosa oral e gengivas indicando escova extra macia e creme dental com pH neutro; Motivar a higiene oral da cavidade oral; Evitar colutório bucal que contenha álcool na composição; Manter os lábios lubrificados; Examinar a cavidade oral uma vez por semana; Incentivar a ingestão de líquidos com frequência; Promover a ingestão de alimentos pastosos e líquidos; Evitar comer alimentos duros, picantes, ácidos ou quentes; Evitar a ingestão de líquidos quentes ou ácidos; Administrar analgésicos conforme prescrição; Encaminhar para avaliação odontológica da cavidade oral; Avaliar o nível de inflamação conforme escalas aprovadas de toxicidade oral; Avaliar a alimentação do doente; Ouvir as queixas do paciente com atenção; Gargarejar com chá de camomila ou bicarbonato de sódio ou gluconato de clorexidina (Primo *et al.*, 2016).

Quanto à radiodermite esta ocorre por exposição à radiação e caracteriza-se por eritema inicial, edema progressivo, hiperemia, descamação seca ou húmida e ulceração, dependendo da dose da radiação. Manifesta-se como eritema, que pode ou não evoluir para dermatite. Os diagnósticos de enfermagem relacionam-se com Inflamação da derme; Eritema de

pele; Risco de dermatite (Leite *et al.*, 2013). Não foram estudadas intervenções associadas.

O trismo radioinduzido, que pode surgir ao longo do tratamento ou até seis meses após o seu término, acarreta um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes, pois além de dificultar a mobilidade mandibular, compromete tanto a higiene oral, como a fala e a nutrição. Os músculos mastigatórios, quando dentro do campo de radiação, apresentam edema, destruição celular e fibrose. Os diagnósticos de enfermagem relacionam-se com Dor no músculo mastigatório; Edema em músculo mastigatório; Dificuldade de fonação; Higiene oral prejudicada; Dificuldade em alimentar-se (Leite *et al.*, 2013). Não foram estudadas intervenções associadas.

Quanto à osteorradionecrose, esta é uma das complicações mais graves da radioterapia, uma vez que a radiação ionizante torna os canais vasculares mais estreitos, o que diminui o fluxo sanguíneo, bem como os osteócitos e osteoblastos viáveis no osso afetado. Os seus sinais e sintomas incluem edema, eritema de tecidos moles, exposição do osso necrótico, trismo, ulceração, dor, parestesia ou fratura patológica. Os diagnósticos de enfermagem relacionam-se com Necrose do osso; Dor no osso; Edema no osso; Fratura óssea; Supuração óssea; Perda da estrutura óssea (Leite *et al.*, 2013). Não foram estudadas intervenções associadas.

As intervenções de enfermagem direcionadas às complicações da radioterapia e que visam a educação do doente oncológico na promoção do seu autocuidado, traduzem-se em redução do stress e melhor capacidade para enfrentar as complicações que cada pessoa vivencia, mudando a sua perceção, de modo a que o que poderia ser considerado uma ameaça seja percebido mais como benéfico (Primo *et al.*, 2016). Ou seja, a intervenção de enfermagem é determinante para manutenção da qualidade de vida destes doentes, sendo que na sua maioria referem melhoria das suas queixas após as intervenções implementadas (Raimundo *et al.*, 2014). Desta forma, um registo detalhado da evolução dos sintomas nestes doentes, será promotor da qualidade dos cuidados prestados, minimizando o sofrimento do doente e seus cuidadores. O enfermeiro, principalmente aquele formado em oncologia, é imprescindível na avaliação e acompanhamento destes doentes, através de medidas simples como inspeção da cavidade oral, orientações para higiene oral ou autoexame (Raimundo *et al.*, 2014).

Assim, com os resultados obtidos nesta Revisão *Scoping* valida-se a importância da sistematização da linguagem e uniformização das práticas, que fortalece a compreensão da relevância de elaborar diagnósticos de enfermagem no processo de cuidados, facilitando a correta identificação de um diagnóstico e assim implementar adequadas intervenções em prol de um cuidado individualizado de

acordo com as reais necessidades do doente. Deste modo, os diagnósticos relacionados com os efeitos adversos da radioterapia, estando previamente elaborados, poderão nortear o raciocínio clínico do enfermeiro no planeamento das intervenções de enfermagem, contribuindo para a efetividade da implementação da consulta de enfermagem de radioterapia (Leite *et al.*, 2013).

Limitações do estudo

Como limitações encontradas no decorrer deste estudo, salienta-se o facto de se incluir nele apenas artigos publicados em português, inglês e espanhol e de a pesquisa ter sido realizada somente em duas bases de dados. Considera-se, assim, a pertinência de alargar os critérios de pesquisa e o número de bases de dados, por forma a aumentar a amostra teórica.

Conclusão

Esta pesquisa de revisão *Scoping* decorreu durante os meses de abril, maio, junho e julho de 2022, e foi um ponto de partida para o mapeamento e análise das

principais evidências disponíveis na literatura mundial no âmbito das intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado e capacitação do doente oncológico com CCP na consulta de enfermagem de radioterapia nas várias tipologias de estudos encontrados.

Este estudo permitiu identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem que podem ser usados pelos enfermeiros na consulta de enfermagem de radioterapia, direcionada ao doente oncológico com CCP, porém principalmente no que concerne às intervenções uniformizadas verifica-se a existência de poucos resultados, e desta forma será preciso estimular o desenvolvimento de novos estudos com este objetivo, explorando mais profundamente o processo de enfermagem na sua globalidade.

No entanto, este trabalho potenciou novos conhecimentos com realce para a evidência mais recente neste tema, com resultados significativos na melhoria de práticas clínicas, quer pelo autor, quer por outros que pretendam usufruir dos resultados atingidos ou eventualmente dar continuidade a esta investigação.

Referências Bibliográficas:

- Andrade, K., Francz, A., Grellmann, M., Belchior, P., de Oliveira, J. & Wassita, D. (2014). Consulta de enfermagem: avaliação da adesão ao autocuidado dos pacientes submetidos à radioterapia. *Revista Enfermagem Uerj*: 22 (5), 622-628. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.11227>
- Gonzaga D. & Conceição S. (2018). Intervenções de Enfermagem para Clientes em Radioterapia – Revisão Integrativa. *Revista Pró-UniverSUS*: 09 (1), 38-45.
- Kırca, K. & Kutlutürkan, S. (2017). Symptoms of patients with head and neck cancers undergoing radiotherapy. *European Journal of Cancer Care*. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.12584>
- Leite, F., Ferreira, F., Cruz, M., Lima, E. & Primo, C. (2013). Diagnósticos de Enfermagem relacionados aos efeitos adversos da radioterapia. *Rev Min Enferm*: 17(4), 940-945. DOI: 10.5935/1415-2762.20130068
- Peters M. et al (2020) Chapter 11: Scoping Reviews. In JBI Manual for Evidence Synthesis (2020). Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>
- Primo, C., Cesar, F., Lima, E., Caniçali, R. & Leite, F. (2016). Assistência de enfermagem a pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*: 8(1), 3820–3831. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3820-3831>
- Raimundo, D., Guedes, M., Luzial, N., Peixoto, M., dos Santos, M. & da Silva, C. (2014). Assistência de enfermagem a clientes com câncer na cabeça e no pescoço com ênfase nos tumores de cavidade oral no estado do rio de janeiro. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*: 6(4), 1496–1504. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1496-1504>
- ROCHE. (2022). Info Cancro. Portugal. Disponível em: <https://www.infocancro.pt/tiposde-cancro/>
- Sistema Nacional de Saúde (SNS). (2018). *Dia do Cancro da Cabeça e Pescoço*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/07/26/dia-mundial-do-cancro-da-cabeca-e-pescoco/>

<i>Instrumento de extração de dados e resultados</i>	
Questão: "Quais as intervenções de enfermagem que permitem capacitar o doente oncológico com cancro de cabeça e pescoço proposto para radioterapia?"	
Primo, C., Cesar, F., Lima, E., Caniçali, R. & Leite, F. (2016). Assistência de enfermagem a pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia. <i>Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online</i> : 8(1), 3820–3831. DOI: https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3820-3831	
Título:	Assistência de enfermagem a pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia
Ano de publicação:	2016
Autor(es):	Primo <i>et al.</i>
Data da pesquisa:	23 junho 2022
País de origem do estudo:	Brasil (Universidade Federal do Rio de Janeiro).
Objetivos:	O objetivo deste estudo passou por elaborar os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionadas com as complicações mais frequentes resultantes da radioterapia em doentes com CCP.
Tipo de estudo/ Metodologia:	É um estudo descritivo exploratório, desenvolvido em três fases, primeira resultou de revisão de literatura em bases de dados LILACS e MEDLINE, e a segunda após leitura integral dos artigos selecionados, foram identificadas as complicações citadas em pelo menos 50% da amostra total, e por último foram definidos diagnósticos e intervenções de enfermagem de acordo com a classificação CIPE.
Resultados:	No final deste estudo, foram formulados dois diagnósticos “Salivação diminuída” e “Inflamação da membrana mucosa oral” e 40 intervenções de enfermagem correspondentes a esses diagnósticos.
Conclusões: Implicações para a Enfermagem:	A realização deste estudo permitiu organizar a prática de cuidados dos enfermeiros na consulta de enfermagem de radioterapia, através do uso de terminologia uniformizada de diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem, e assim contribuir para a qualidade dos cuidados prestados.

Instrumento de extração de dados e resultados

Questão: "Quais as intervenções de enfermagem que permitem capacitar o doente oncológico com cancro de cabeça e pescoço proposto para radioterapia?"

Raimundo, D., Guedes, M., Luzial, N., Peixoto, M., dos Santos, M. & da Silva, C. (2014). Assistência de enfermagem a clientes com câncer na cabeça e no pescoço com ênfase nos tumores de cavidade oral no estado do rio de janeiro. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*: 6(4), 1496–1504. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1496-1504>

Título:	Assistência de enfermagem a clientes com câncer na cabeça e no pescoço com ênfase nos tumores de cavidade oral no estado do rio de janeiro.
Ano de publicação:	2014
Autor(es):	Raimundo <i>et al.</i>
Data da pesquisa:	23 junho 2022
País de origem do estudo:	Brasil (Universidade Federal do Rio de Janeiro)
Objetivos:	O Objetivo deste estudo foi levantar os Diagnósticos de Enfermagem em doentes com cancro da cavidade oral (CCO) e, ainda analisar variáveis como idade, sexo, alcoolismo, tabagismo, domicílio urbano ou rural, escolaridade, e localização da doença na cavidade oral.
Tipo de estudo/ Metodologia:	É um Estudo retrospectivo e analítico sobre 36 doentes com CCO, atendidos no Ambulatório de Enfermagem da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, entre julho e dezembro de 2008, que permitiu observação, descrição e classificação dos fenómenos em estudo.
Resultados:	Dos 36 doentes, a média de idade foi de 65anos, e a maioria do sexo masculino (30 doentes). Quanto à localização do cancro, foram encontrados 11 doentes com cancro na língua e 25 doentes em outras partes da boca. No que respeita ao tratamento a que se encontravam sujeitos, 16 doentes realizavam radioterapia, 7 doentes era administrada quimioterapia e apenas 3 foram submetidos a cirurgia. Foram identificados 33 diagnósticos de enfermagem nestes doentes, sendo os mais significativos: deglutição alterada, dor, comunicação verbal alterada pela localização do tumor; processo familiar disfuncional por uso de álcool e tabaco, stress do papel de cuidador, risco de baixa auto-estima e ansiedade desencadeada pela necessidade de cuidados em casa e dependência de outros para o autocuidado.
Conclusões: Implicações para a Enfermagem:	Concluiu-se que a intervenção de enfermagem é determinante para manutenção da qualidade de vida destes indivíduos, sendo que a maioria dos doentes referiram a melhoria das suas queixas após as intervenções implementadas (que este estudo não especifica quais foram). Desta forma, um registo detalhado da evolução dos sintomas nestes doentes, será promotor da qualidade dos cuidados prestados, minimizando o sofrimento do doente e seus cuidadores. O enfermeiro, principalmente aquele formado em oncologia, é imprescindível na avaliação e acompanhamento destes doentes, através de medidas simples como inspeção da cavidade oral e orientações para higiene oral e autoexame.

Instrumento de extração de dados e resultados

Questão: "Quais as intervenções de enfermagem que permitem capacitar o doente oncológico com cancro de cabeça e pescoço proposto para radioterapia?"

Kirca, K, Kutlutürkan, S. (2017). Symptoms of patients with head and neck cancers undergoing radiotherapy. *European Journal of Cancer Care*. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.12584>

Título:	Symptoms of patients with head and neck cancers undergoing radiotherapy.
Ano de publicação:	2017
Autor(es):	Kirca & Kutlutürkan
Data da pesquisa:	11 julho 2022
País de origem do estudo:	Turquia
Objetivos:	O objetivo deste estudo foi determinar os sintomas vivenciados pelos doentes com CCP que estão a ser submetidos a radioterapia.
Tipo de estudo/ Metodologia:	Este foi um estudo descritivo, realizado em duas clínicas de oncologia de radiação entre junho de 2013 e outubro de 2013, em que foram incluídos 47 doentes com CCP submetidos exclusivamente a radioterapia (RT). Foram obtidas características pessoais e relacionadas com a doença usando um Formulário de Informações Pessoais, enquanto os dados relacionados com os sintomas foram recolhidos através da <i>Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)</i> , ambos instrumentos foram aplicados em quatro etapas: antes do tratamento, no meio do tratamento, no final do tratamento e em entrevistas por telefone 1 mês após o término do tratamento.
Resultados:	Os sintomas mais experienciados pelos doentes em estudo foram: fadiga ou perda de energia, dificuldade em dormir, alteração imagem corporal, alterações no sabor dos alimentos, boca seca, dor, preocupação e tristeza, dificuldade de concentração e dificuldade de deglutição, perda de peso, sensação de irritabilidade, perda de apetite, sensação de sonolência ou tonturas e feridas na boca. Outros sintomas expressos, não incluídos na MSAS foram diminuição da salivação, problemas dentários e mudança no tom de voz.
Conclusões: Implicações para a Enfermagem:	A determinação dos sintomas vivenciados pelos doentes com CCP que recebem RT, bem como a frequência, gravidade e níveis de angústia que esses sintomas provocam, pode ser considerado importante na identificação de intervenções de enfermagem eficazes no planeamento de cuidados de enfermagem para o controle desses sintomas, e por sua vez, contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados prestados. Infelizmente, o estudo não aborda as respetivas intervenções de enfermagem, mas é um ponto de partida para o seu planeamento futuro.

Instrumento de extração de dados e resultados

Questão: "Quais as intervenções de enfermagem que permitem capacitar o doente oncológico com cancro de cabeça e pescoço proposto para radioterapia?"

Leite, F., Ferreira, F., Cruz, M., Lima, E. & Primo, C. (2013). Diagnósticos de Enfermagem relacionados aos efeitos adversos da radioterapia. *Rev Min Enferm*: 17(4), 940-945. DOI: 10.5935/1415-2762.20130068

Título:	Diagnósticos de Enfermagem relacionados aos efeitos adversos da radioterapia
Ano de publicação:	2013
Autor(es):	Leite <i>et al.</i>
Data da pesquisa:	27 maio 2022
País de origem do estudo:	Brasil
Tipo de estudo/ Metodologia:	Trata-se de um estudo exploratório-descritivo realizado em três etapas. Primeiro realizada revisão da literatura sobre efeitos adversos da radioterapia utilizando livros e textos da área de Oncologia clínica, manuais do Ministério da Saúde e artigos científicos extraídos das bases de dados LILACS e Base de dados de enfermagem (Bdenf). Após encontradas as manifestações clínicas, sinais e sintomas das necessidades humanas básicas afetadas pelos efeitos adversos da radioterapia, as investigadoras elaboraram os diagnósticos de enfermagem, utilizando termos do Modelo de Sete Eixos da CIPE® versão 2011 e da literatura da área.
Objetivos:	Os autores considerando a importância da consulta de enfermagem na radioterapia, desenvolveram este estudo com o objetivo de elaborar diagnósticos de enfermagem relacionados com os efeitos adversos da radioterapia.
Resultados:	No final deste estudo, foram elaborados 97 diagnósticos de enfermagem a partir de termos da CIPE®. Para o efeito adverso da mucosite, foram construídos 24 diagnósticos, para a radiodermite, foram elaborados 12 e para o evento do trismo, 25 diagnósticos. Quanto à xerostomia, foram organizados 17 diagnósticos e, no que se refere à osteorradionecrose, 19 diagnósticos de enfermagem.
Conclusões: Implicações para a Enfermagem:	Este estudo concluiu que os enfermeiros validam a importância da sistematização da linguagem e uniformização das práticas, e fortalece a compreensão da relevância de elaborar diagnósticos de enfermagem no processo de cuidados, facilitando a correta identificação de um diagnóstico e assim implementar adequadas intervenções em prol de um cuidado individualizado de acordo com as reais necessidades do doente. Deste modo, os diagnósticos relacionados com os efeitos adversos da radioterapia, estando previamente elaborados, poderão nortear o raciocínio clínico do enfermeiro no planejamento das intervenções de enfermagem, contribuindo para a efetividade da implantação da consulta de enfermagem de radioterapia.

Instrumento de extração de dados e resultados

Questão: "Quais as intervenções de enfermagem que permitem capacitar o doente oncológico com cancro de cabeça e pescoço proposto para radioterapia?"

Gonzaga D. & Conceição S. (2018). Intervenções de Enfermagem para Clientes em Radioterapia – Revisão Integrativa. Revista Pró-UniverSUS: 09 (1), 38-45.

Título:	Intervenções de Enfermagem para Clientes em Radioterapia – Revisão Integrativa
Ano de publicação:	2018
Autor(es):	Gonzaga & Conceição
Data da pesquisa:	23 junho 2022
País de origem do estudo:	Brasil
Objetivos:	O objetivo desta pesquisa foi identificar e analisar as intervenções de enfermagem mais prevalentes para os clientes submetidos a radioterapia e ainda, investigar as diferenças dos cuidados prestados pelos enfermeiros consoante o diagnóstico clínico destes doentes, e tornar-se assim um estudo relevante para a área de oncologia.
Tipo de estudo/ Metodologia:	Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, onde foram exploradas as principais bases de evidências científicas nos idiomas português, inglês e espanhol, por dois revisores entre os meses de maio e julho de 2016, utilizando associações de descritores em saúde. As bases escolhidas foram BDNF, LILACS e MEDLINE e foram selecionados 32 para a leitura do texto completo e destes, somente 10 foram incluídos no estudo por responderem à questão de investigação.
Resultados:	Os diagnósticos e as intervenções de enfermagem mais prevalentes foram organizados segundo os Padrões Funcionais de Saúde de Marjory Gordon, com destaque para a nutrição, promoção do autocuidado, autoestima e integridade da pele, sendo a maioria das intervenções focadas nessas necessidades. No total foram identificadas 51 intervenções de enfermagem, de acordo com os diagnósticos formulados.
Conclusões: Implicações para a Enfermagem:	Este estudo concluiu que a realização do processo de Enfermagem, pela organização adequada de diagnósticos e intervenções de enfermagem, acarreta uma redução dos efeitos adversos decorrentes da RT no doente oncológico, assegurando a qualidade dos cuidados prestados, com benefícios tanto para o profissional como para o doente que deles usufrui.

Apêndice II

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO A DE ESTÁGIO CLÍNICO

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO A DE ESTÁGIO CLÍNICO

Estágio com Relatório

Mestranda Patrícia Branco – 11020



O primeiro local de estágio foi o [REDACTED], um hospital público do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com natureza de entidade pública empresarial, situado na região da Grande Lisboa – contexto clínico A. Trata-se de uma instituição criada em 1923, com quase cem anos de história dedicada ao tratamento, estudo e investigação do cancro que presta cuidados de saúde altamente especializados e diferenciados, encarando o doente em primeiro lugar e no seu todo. É considerado um Centro de Referência Nacional no tratamento de vários tipos de cancro pelo Ministério da Saúde, bem como acreditado internacionalmente pela *Organization of European Cancer Institutes* como *Clinical Cancer Center* e pela Sociedade Europeia de Oncologia Médica (ESMO) como Centro Integrado de Oncologia e Cuidados Paliativos.

O [REDACTED] trata e acompanha doentes oncológicos referenciados por centros de saúde e hospitais do SNS da Região de Lisboa e Vale do Tejo, Ribatejo, Alentejo, Algarve e Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Esta instituição rege-se pela missão de prestar cuidados de saúde de excelência em todas as vertentes de intervenção, promovendo e contribuindo para o ensino pré e pós-graduado e incentivo à investigação, modelado por princípios científicos, de humanização, motivação e pertença para os cidadãos e profissionais. É reconhecida como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde oncológicos diferenciados e de qualidade, em tempo útil com eficiência e humanismo (IPOLFG, 2022).

Assim, como forma de dar resposta ao objetivo geral que me propus para este contexto de estágio de adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais de enfermeiro mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na capacitação para o autocuidado do doente oncológico de cabeça e pescoço, proposto para tratamento com radioterapia, foram selecionados dois serviços desta instituição que me permitissem complementar aprendizagens e prestar cuidados de enfermagem promotores do autocuidado nesta população, baseados na avaliação abrangente do doente e sua família. Durante as dez semanas de estágio foram alternados turnos, entre o Serviço de Cirurgia Oncológica de

Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia (ORL) e Endocrinologia, 17 turnos, que se destaca pela sua intervenção na identificação das necessidades do doente oncológico de cabeça e pescoço e sua família, nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social e, conseqüentemente, na área educativa e de reabilitação para a promoção de autocuidado; e o Serviço de Radioterapia, 13 turnos, onde é realizado um acompanhamento dos doentes de cabeça e pescoço submetidos ao tratamento de radioterapia através de uma consulta de enfermagem estruturada que permite identificar as necessidades e as complicações resultantes deste tratamento, promovendo medidas preventivas e de intervenção que minimizem as toxicidades resultantes da radioterapia, e assim capacitar o doente e sua família para o autocuidado.

O serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, ORL e Endocrinologia, localiza-se no piso 5 do pavilhão central do [REDACTED]. Dispõe de 41 camas para internamento, 2 quartos de isolamento, uma enfermaria de recuperação pós-cirúrgica com 6 camas, uma sala de trabalho de enfermagem, uma sala de médicos, uma sala de tratamentos, vários gabinetes médicos, gabinete da enfermeira chefe, secretariado clínico, uma sala de acolhimento dos doentes, gabinete da assistente social, espaços de armazenamento e arrecadação de materiais, copa e refeitório dos doentes e copa dos profissionais.

A equipa multidisciplinar do serviço é composta por quatro equipas médicas: Cirurgia de Cabeça e Pescoço, ORL, Medicina Interna e Endocrinologia; um Psiquiatra e uma Psicóloga (que dão apoio ao serviço), um Nutricionista, uma Assistente Social, dois Administrativos, 46 Enfermeiros e 17 Assistentes operacionais. A carreira de enfermagem estrutura-se nas categorias de enfermeiro, enfermeiro especialista e enfermeiro gestor. A equipa de Enfermagem é gerida por uma enfermeira chefe. Em termos de organização funcional do Serviço, a equipa de Enfermagem está organizada sob a forma de seis equipas, sendo 4 equipas de horário rotativo, uma equipa de horário fixo de manhã e uma equipa de enfermeiros especialistas (três de especialidade médico-cirúrgica e uma de especialidade de reabilitação). A enfermeira especialista de reabilitação apenas faz turnos de manhãs e pode desempenhar funções exclusivas de especialista, ou assumir cuidados gerais conforme necessidade do serviço. No que respeita às enfermeiras especialistas médico-cirúrgica, uma delas faz apenas turnos fixos de manhãs e as outras duas fazem *roulement*, sendo que os seus horários são adaptados de forma aleatória a alguma das outras equipas, também de acordo com a necessidade do serviço. Estas 3 enfermeiras desempenham cuidados gerais de enfermagem na enfermaria que complementam com a realização de cuidados especializados no projeto de intervenção médico-cirúrgica existente no serviço e que consiste na capacitação do doente pós-cirúrgico para o autocuidado: avaliação da competência no autocuidado à ostomia respiratória - cuidados traqueais; avaliação da competência do doente na realização da sua higiene oral - cuidados de higiene oral; avaliação da competência do doente para otimizar a comunicação – estratégias comunicacionais. Nas restantes equipas, cada uma tem um chefe

de equipa que nos turnos de tarde, noite e fins-de-semana desempenha funções de responsável de turno. Nos turnos da manhã dos dias úteis este papel é desempenhado de forma rotativa por 2 elementos da equipa designados como enfermeiros de referência (IPO, 2017).

Os cuidados de enfermagem regem-se pela filosofia do cuidar que a instituição adotou segundo o modelo teórico de enfermagem de Virgínia Henderson, a qual definiu a pessoa como figura central do cuidado, e o enfermeiro terá a função de assistir o indivíduo nas suas necessidades básicas de satisfação e independência para a sua saúde ou recuperação. Segundo esta teórica todas as necessidades humanas básicas encontram-se interrelacionadas, e a satisfação de cada uma delas difere de pessoa para pessoa dependendo de fatores psicológicos, sociais, culturais e a própria perceção individual. Este modelo teórico identifica 14 necessidades a ter em conta na prestação de cuidados, sendo elas:

- Respirar normalmente;
- Comer e beber adequadamente;
- Eliminar os resíduos corporais;
- Mover-se e manter posturas corretas;
- Dormir e descansar;
- Vestir-se e despir-se, seleccionando vestuário adequado;
- Manter a temperatura corporal, adaptando o vestuário e modificando o ambiente;
- Manter a higiene e a proteção da pele;
- Evitar perigos ambientais e impedir que prejudiquem os outros;
- Comunicar com os outros, expressando emoções, necessidades, receios e opiniões;
- Viver segundo crenças e valores;
- Trabalhar de forma a obter realização e satisfação;
- Praticar desporto ou participar em diferentes atividades recreativas;
- Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e à saúde, utilizando os meios disponíveis. (Henderson, 2007).

Cada pessoa será um todo completo com as suas necessidades humanas fundamentais mantidas, e quando uma delas não está satisfeita, a pessoa não é um todo completo e independente, e nesse sentido cabe ao enfermeiro incidir a sua prática naquilo que falta à pessoa atendendo a modos de intervenção como substituir, completar, reforçar ou aumentar capacidades como o objetivo de tornar a pessoa mais completa e o mais independente quanto possível (Henderson, 2007).

O percurso do doente neste serviço inicia-se no momento de admissão para cirurgia, programada ou não, seguindo-se o acompanhamento de enfermagem no momento pré-

cirúrgico, com incidência sobre a avaliação inicial da pessoa e ensinos pré-operatórios, levar e buscar o doente ao bloco operatório, e posteriormente nos cuidados pós-cirúrgicos de acordo com a especificidade de cada cirurgia e preparação para a alta com ensinos de capacitação do autocuidado, promovendo a autonomia da pessoa para o regresso a casa. Como forma de uniformização de cuidados, e fontes de apoio à prática existem alguns protocolos sobre as diversas cirurgias existentes no serviço, bem como outros protocolos com o objetivo de demonstrar a importância dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: Ensinos pré-operatórios; Avaliação neuro-circulatória: retalho; Deficiência Sensorial não compensada.

No que respeita aos registos de enfermagem, estes são realizados no sistema de informação "Sclínico" no qual é registado o processo de cuidados do doente tendo como referência a linguagem CIPE, para congruência de toda a equipa. Neste programa informático está disponível o acesso a toda a informação relacionada com o doente, como consultas, exames, informação médica, descrição cirúrgica, assistente social, registos de enfermagem de qualquer serviço da instituição, entre outros, facilitando a comunicação interprofissional em prol da individualização de cuidados e assegurando a continuidade dos mesmos e assistência ao doente e sua família. Quanto à prescrição da medicação é efetuada de forma eletrónica no sistema informático GHAF (Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia), onde os enfermeiros consultam e assinam a medicação a administrar aos doentes, bem como a dieta prescrita para cada um. A distribuição de medicação no hospital é feita por dose unitária, em que todos os dias por volta das 17 horas o carro de terapêutica do serviço é substituído pela farmácia, com a terapêutica que o doente necessita para as 24 horas seguintes (IPO, 2017).

Este serviço é Centro de Referência no Projeto Intervenção Precoce no Cancro Oral implementado pela Direção-Geral de Saúde (DGS), o que atribuiu ao [REDACTED] a responsabilidade terapêutica dos carcinomas da cavidade oral. São realizadas por profissionais experientes as mais variadas e complexas cirurgias nas áreas de otorrinolaringologia e cabeça e pescoço, desde a oncológica à reconstrutiva da laringe, faringe, nariz e seios peri-nasais, pescoço, glândulas salivares, traqueia, base do crânio, tiroideia, e mais recentemente os retalhos livres microvascularizados, quer antebraquiais, de reto abdominal, ou de perónio e ainda, técnicas cirúrgicas mais avançadas para reabilitação vocal dos laringectomizados totais ou parciais, recorrendo também a próteses fonatórias. O cancro oral e da orofaringe, da tiroideia e das glândulas salivares, tumores do couro cabeludo, da face e das cervicais são os mais frequentes neste serviço, que exigem complementaridade de especialistas em cirurgia geral, cirurgia maxilo-facial, otorrinolaringologia e estomatologia, dada a complexidade e especificidade dos cancros que diagnostica e trata. Pode-se afirmar que é um centro de excelência em cirurgia nestas especialidades clínicas, e como tal, a estratégia terapêutica seguida para cada doente é decidida em consultas multidisciplinares, que envolvem, conforme a patologia, médicos oncologistas, radioterapeutas,

endocrinologistas, especialistas em medicina nuclear, radiologistas e anatomo-patologistas, prestando cuidados centrados na pessoa e na continuidade de cuidados adequados a cada pessoa de forma única e com qualidade (IPOLFG, 2022).

O Serviço de Radioterapia encontra-se localizado no pavilhão da Radioterapia, sendo este serviço o primeiro da Europa contruído com proteção eficaz contra as radiações em 1933, e assim pioneiro na administração de radioterapia ao doente oncológico (IPOLFG, 2022). Este é o maior serviço de ambulatório do IPOLFG, com uma circulação diária de aproximadamente 250 a 300 doentes.

A radioterapia (RT) é utilizada no tratamento do cancro e algumas doenças benignas, através de radiação ionizante adequada sobre a massa tumoral, evitando tanto quanto possível atingir as áreas adjacentes, minimizando a destruição de tecidos saudáveis e consequentemente, reduzir os efeitos adversos deste tratamento. O tratamento de radioterapia pode dividir-se em RT externa e braquiterapia, consoante for administrada radiação a determinada distância do doente ou colocada próxima do tumor, respetivamente.

Este serviço é constituído pelas áreas da Radioterapia externa, Braquiterapia e Física e está equipado com seis modernos aceleradores lineares para tratamentos de RT externa, um *microSelectron* para tratamentos de braquiterapia e um aparelho de tomografia computadorizada (TC) 4D *Siemens Somatom Definition AS* para planeamento dos tratamentos, permitindo a reprodutibilidade diária dos mesmos na localização anatómica, no volume tumoral, na intensidade de radiação e posicionamento do doente com recurso a acessórios de imobilização, tais como as máscaras termoplásticas, o plano inclinado e os colchões moldáveis a vácuo. Atualmente são utilizadas como técnicas de tratamento de radioterapia externa: Radioterapia conformacional 3D, Radioterapia de intensidade modulada, Arcoterapia volumétrica modulada, Gating respiratório, Radiocirurgia, Radioterapia estereotáxica, Radioterapia guiada por imagem, Irradiação total da pele e Irradiação total corporal; e como técnicas de braquiterapia: Intracavitária com alta taxa de dose (HDR); Intersticial com alta taxa de dose (HDR) e Implante prostático de sementes de iodo-125.

Os recursos humanos são altamente qualificados e trabalham em equipa multidisciplinar, no total de 109 profissionais, constituída por onze médicos radioncologistas, e seis médicos internos de medicina, oito físicos, 54 técnicos de radioterapia, 12 enfermeiros, 11 assistentes operacionais e sete assistentes técnicos. A radioncologia integra as diferentes consultas multidisciplinares de decisão terapêutica do IPOLFG.

A equipa de enfermagem, liderada pela Enfermeira gestora, desenvolve o seu projeto de intervenção centrado no doente, pela proximidade e excelência dos cuidados prestados na promoção do autocuidado da pessoa submetida a tratamentos e prevenção de complicações resultantes dos mesmos. Os enfermeiros dispõem de uma sala de acolhimento, para receção e acompanhamento dos doentes internados, ou com instabilidade hemodinâmica, ou

dependentes de terceiros que necessitem de vigilância permanente e de uma sala de tratamentos, onde são realizados tratamentos a lesões cutâneas resultantes da radioterapia, entubações nasogástricas, cuidados orotraqueais, entre outros. Este espaço físico também é usado para a realização das consultas de enfermagem, que já decorrem neste serviço desde 2011, destacando a diferenciação dos cuidados de enfermagem. A intervenção da equipa de enfermagem pretende dar resposta às necessidades das pessoas submetidas ao tratamento de RT e prestar cuidados de excelência com o objetivo de amenizar o seu impacto nas pessoas e seus familiares/cuidador, através de um atendimento de qualidade com orientações reais, sistematizadas e adequadas ao tratamento proposto. O serviço funciona em regime de ambulatório, entre as 8h e as 21h dos dias úteis.

O acompanhamento dos doentes no serviço de radioterapia inicia-se após referenciação do radioncologista, que decorrente da avaliação médica abrangente da situação de doença da pessoa, define e programa o tratamento de RT mais adequado. Seguidamente, os enfermeiros agendam a consulta de enfermagem de primeira vez, idealmente na primeira semana de tratamento e consecutivamente, a primeira subsequente na 15ª sessão de RT e as consultas de seguimento semanais até que lhe seja dada alta de enfermagem, que pode ou não coincidir com o término do tratamento, dependendo da toxicidade aguda que apresente ao momento. Apesar destes agendamentos, todas as pessoas e famílias são informadas que a qualquer momento poderão solicitar observação e/ou apoio de enfermagem ao longo do seu percurso no tratamento de RT. Ou seja, o acompanhamento de enfermagem é ajustado às necessidades emergentes individuais da pessoa ou tratamento, sempre que necessário.

A gestão de agendamentos é partilhada por toda a equipa multidisciplinar através do aplicativo informático "*ARIA oncology information system for Radiation Oncology*", que concentra a informação mais essencial da pessoa, diagnóstico e tipo de tratamento, e regista todo o percurso do doente desde que faz a admissão no secretariado, passando pelas consultas médicas, unidade de radioterapia, agendamentos de enfermagem ou TC de planeamento. Esta aplicação potencia alguma autonomia à equipa de enfermagem nos seus agendamentos, promovendo um acompanhamento o mais precoce e adaptado às necessidades de todos os doentes submetidos a RT e consequentemente à qualidade do exercício profissional no cumprimento do processo de enfermagem, indo de encontro aos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: melhorar a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A equipa de enfermagem segue a sua atuação de acordo com as normas de boas práticas e protocolos de intervenção inerentes à instituição, existindo um guia orientador de integração ao serviço para enfermeiros, assim como um manual de apoio – Educação para o tratamento de radioterapia, que rege a orientação uniformizada das consultas de enfermagem, no que

diz respeito aos ensinamentos realizados para a capacitação do autocuidado do doente e sua família e ainda aos registos de enfermagem no sistema de informação “SClinic” pelo levantamento de diagnósticos e intervenções padronizados pela equipa. O foco dos enfermeiros no serviço de radioterapia é acompanhar o doente/família em todas as dimensões biopsicossocial e espiritual, desde o planeamento e início do tratamento até à sua completa reabilitação e alta, esclarecendo dúvidas e desmitificando medos, mitos e ansiedades, e sempre que considerem pertinente, encaminhando para outros profissionais da equipa multidisciplinar de acordo com as necessidades identificadas.

Bibliografia:

- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- IPOFG. (2017). *Manual de Integração de enfermeiros: Serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, ORL e endocrinologia*. Lisboa.
- IPOLFG. (2021). *Manual de Acolhimento e Integração do IPO Lisboa*. (3ªed.) Lisboa: Edição e Conceção Gráfica.
- IPOLFG. (2022). Acedido em outubro 2022 em <https://www.ipolisboa.min-saude.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice III

ANÁLISE REFLEXIVA DA PRÁTICA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

ANÁLISE REFLEXIVA DA PRÁTICA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Estágio com Relatório

Mestranda Patrícia Branco – 11020



INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), realizei estágio clínico no Serviço de Radioterapia do [REDACTED] com o objetivo de desenvolver competências especializadas de prestação de cuidados promotores do autocuidado ao doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para tratamento com radioterapia. Propus-me a observar, participar e realizar consultas de enfermagem a esta população alvo do meu projeto de intervenção de mestrado, como forma de identificar as intervenções de enfermagem para a capacitação do doente oncológico de cabeça e pescoço e sua família, realizadas por enfermeiros peritos em radioterapia. A elaboração de uma reflexão individual sobre estes momentos de aprendizagem para a realização de consultas de enfermagem, utilizando uma metodologia descritiva e de análise reflexiva, segundo o processo reflexivo de Gibbs fundamentado pela evidência científica e bibliografia adequada à temática, foi contributo para o meu desenvolvimento pessoal, académico e profissional de novas competências no domínio da abordagem holística da pessoa e família ao longo do percurso saúde-doença.

O Ciclo de Gibbs é um exercício metodológico que sustenta o processo reflexivo, organizado e sistematizado em seis etapas: descrição de uma situação, pensamentos e sentimentos que estiveram envolvidos na mesma; avaliação, do que correu bem e do que poderia ter sido melhor; análise, onde se procura perceber mais profundamente a situação; conclusão e plano de ação que explicita as melhorias futuras em situações semelhantes. (Ramos, Ramos, Marques, Leal, 2017).

Com a realização desta reflexão individual pretendo analisar o meu comportamento profissional, de forma a saber gerir e a tomar as decisões adequadas, em especial, em situações mais difíceis ou de conflito, com o doente, a família ou a equipa multidisciplinar, adequando as competências profissionais de enfermeira especialista, através de comunicação verbal e não-verbal, em benefício de todos os envolvidos.

Este trabalho organiza-se em introdução seguida do corpo de trabalho onde são descritas situações vivenciadas em contexto de estágio clínico nas consultas de enfermagem de radioterapia. Por fim, seguem-se a conclusão e as referências bibliográficas. Este trabalho académico foi realizado de acordo com as normas de trabalhos escritos da ESEL e segundo a *American Psychological Association* para as referências bibliográficas.

1. A PRÁTICA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM ANALISADA PELO PROCESSO REFLEXIVO DE GIBBS

O estágio no serviço de Radioterapia foi rico em distintas situações de aprendizagem, pelo que optei por refletir um pouco sobre vários momentos ou pormenores vivenciados nas consultas de enfermagem, como forma de analisar e demonstrar o desenvolvimento e o aprimorar de competências de comunicação e de relação terapêutica com o doente oncológico e família, no seu percurso de tratamento. De acordo com a autora Benner (2001), o enfermeiro ao longo do seu percurso profissional na disciplina de Enfermagem passa por “cinco níveis sucessivos de proficiências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito” (Benner, 2001, p. 39), e para tal, conta com a experiência profissional como base do desenvolvimento de competências, porém o conhecimento prático é adquirido com a vivência de situações reais.

Desta forma, a reflexão crítica é um instrumento fulcral que o enfermeiro deve, e utiliza efetivamente, para refletir sobre as suas práticas diárias e principalmente para evoluir profissionalmente. A “reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correto que está presente na história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico”. (Benner, 2001, p. 14).

Como forma de responder ao objetivo específico a que me propus de identificar as necessidades do doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia e sua família, nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social, tive a oportunidade de observar várias consultas de enfermagem presenciais (de primeira vez e subsequentes) quer pela enfermeira orientadora, quer por outros enfermeiros peritos do serviço, tanto a doentes da minha população alvo, como de outras patologias oncológicas. O facto destas consultas estarem muito bem estruturadas, sustentadas por documentos de apoio à prática foi facilitador no processo de aprendizagem. Diariamente, enquanto enfermeira na minha prática clínica confronto-me com a tarefa de identificar as necessidades dos clientes da forma mais eficaz quanto possível e para tal, tenho vindo a aprender a harmonizar momentos favoráveis e facilitadores para a escuta ativa e partilha de informações. A realização de consulta de enfermagem de radioterapia era uma tarefa nova e desconhecida da minha prática

profissional, como tal, constituía uma nova aprendizagem envolta em ansiedades e receios, o que me levou a pesquisar literatura de apoio facilitadora deste processo. Segundo Lima *et al.* (2021) para que os enfermeiros possam desenvolver e aperfeiçoar as competências de comunicar com os seus clientes, primeiro terão de se autoconhecer e perceber quais são as suas limitações ou barreiras de linguagem verbal e não-verbal, por forma a mobilizar a melhor estratégia de comunicação.

Nas primeiras consultas de enfermagem que participei, em observação, procurei perceber a dinâmica da consulta, as práticas e estratégias das colegas enfermeiras, os registos de enfermagem realizados e, assim perceber quais eram as intervenções promotoras da capacitação do doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia.

Uma das minhas principais preocupações para realizar de forma autónoma estas consultas era a abordagem que deveria ter ao doente e sua família, pois reconheço que a forma como se coloca questões acerca da vida pessoal, familiar, social, história clínica pode ser fulcral para obter as informações mais importantes e fidedignas para a avaliação inicial do processo de enfermagem ou identificar as necessidades reais da pessoa a vivenciar um processo terapêutico associado a doença oncológica. Além disso, a forma como são explicadas as etapas do tratamento, os possíveis efeitos adversos associados e os cuidados que a pessoa deve adotar durante este processo é crucial para envolver a pessoa no seu autocuidado e não comprometer a continuidade de tratamento, pelas dificuldades que podem vir a surgir após cada sessão de radioterapia. Inicialmente, tinha receio de revelar na minha postura alguma fragilidade e nervosismo, pela inexperiência que tinha nestas consultas de enfermagem, e preocupava-me não ter alguma resposta que o doente necessitasse, mas foi algo que fui ultrapassando com a observação da prática da equipa de enfermagem e com a pesquisa bibliográfica que fui realizando ao longo do estágio para aprender mais sobre esta nova temática. Por isso, o desenvolvimento de estratégias de comunicação com os doentes é fundamental na formação profissional da disciplina de Enfermagem, permitindo uma atuação rumo à excelência dos cuidados prestados. (Ferreira & Alves, 2019).

Na fase inicial de estágio, comecei por realizar pesquisa bibliográfica sobre as etapas da consulta de enfermagem e os seus metaparadigmas - “pessoa”, “ambiente”, “saúde” e “cuidado de enfermagem”, que são elementos orientadores da Enfermagem, conferindo-lhe valor único e insubstituível (Melo, 2021), e consulta dos procedimentos institucionais como ferramentas de aprendizagem. A consulta de enfermagem é um processo intencional, profissionalizado e organizado de interação com o cliente, que permite sistematizar o processo de Enfermagem, assegurando que o cuidado de enfermagem é adequado, individualizado e efetivo (Melo, 2021).

No que respeita ao ambiente adequado à consulta de enfermagem, percebi que proporcionar um espaço com privacidade é facilitador de um ambiente que permite ao doente expressar os seus sentimentos ou expor as suas fraquezas sem julgamentos e olhares

indiscretos de pessoas externas à relação terapêutica estabelecida na consulta. Infelizmente, pelo facto de o gabinete de consulta ser o mesmo que uma sala de pensos, fui assistindo a situações em que a consulta foi interrompida, ou por outro profissional que precisou de entrar na sala para buscar material, ou por outros doentes que batiam na porta em busca de informações, ou mesmo por telefonemas. Estes momentos eram o suficiente para quebrar a linha de raciocínio do enfermeiro, ou então para desviar a atenção do doente, e até mesmo para se tornar um momento constrangedor para o doente que falava de algum assunto mais sensível e opta por desistir de o abordar. Tive a oportunidade de assistir a boas práticas por parte de alguns enfermeiros do serviço, que providenciavam privacidade ainda antes do início da consulta com o uso de uma sinalética na porta do gabinete a avisar que decorria uma consulta naquele espaço ou até mesmo optando por não atender o telefone a meio da consulta, devolvendo a chamada apenas no final da mesma.

No que respeita à postura do enfermeiro durante a consulta, percebi que é basililar adequar o tom de voz calmo e sereno, demonstrando presença simpática e escuta ativa, permitindo pausas e silêncios e mantendo uma postura corporal que transmita receptividade, incentivando a partilha de emoções com expressões como *“percebo como se sente...”* ou *“continue...”*, validando que é natural ter reações emocionais às dificuldades encontradas, principalmente durante um processo de saúde-doença oncológica. A questão de falta de tempo e recursos que os enfermeiros vão tendo no seu dia-a-dia profissional influencia negativamente esta boa prática de cuidados. Algumas vezes pude assistir a situações em que os doentes mostravam interesse/ necessidade de expressar os seus sentimentos, falar de experiências pessoais e familiares, desabafar as suas angústias com um profissional, mas os enfermeiros sentiam-se pressionados a terminar a conversa em algum momento, por já ultrapassar o tempo “considerado possível” para aquela consulta, por já terem novos doentes em espera para próximas consultas. Em reflexão com a enfermeira orientadora, percebe-se a frustração destes profissionais por não terem capacidade para mostrar mais disponibilidade de apoio emocional e afetivo aos seus doentes, alcançando mais sucesso e efetividade na qualidade dos cuidados prestados. Esta aprendizagem marcou o meu percurso de estágio, percebendo a importância da total disponibilidade por parte da equipa de enfermagem para manter o acompanhamento ao doente e sua família, para o sucesso da consulta de enfermagem.

Tive oportunidade de perceber que o principal objetivo das consultas de enfermagem é proporcionar aos doentes submetidos a radioterapia um atendimento diferenciado, útil e de qualidade, com uma abordagem de todas as dimensões da pessoa, e para isso é necessário estabelecer uma interação eficaz entre o enfermeiro e o doente, avaliando as suas necessidades e propondo meios de o ajudar a melhorar ou manter a sua condição de saúde antes, durante e após tratamento.

As principais intervenções identificadas na consulta de enfermagem foram:

- ✓ Informar e esclarecer o doente e sua família sobre o funcionamento do serviço, percurso interno do doente, conteúdo e periodicidade das consultas de enfermagem;
- ✓ Validar a informação que a pessoa tem sobre o tratamento, efeitos secundários e cuidados a ter no decorrer da radioterapia, esclarecendo a informação necessária;
- ✓ Acompanhar o doente e sua família desde o planeamento/início do tratamento até ao seu término ou alta;
- ✓ Identificar fatores de risco para o desenvolvimento de efeitos secundários;
- ✓ Capacitar o doente e sua família para a resolução de problemas decorrentes da doença ou do tratamento;
- ✓ Prestar cuidados de enfermagem adequados aos efeitos adversos decorrentes da radioterapia, quer a nível de ensinamentos ou tratamento efetivo;
- ✓ Encaminhar para outros profissionais da equipa multidisciplinar quando identificadas necessidades fora do âmbito da enfermagem.

De realçar que, estas intervenções de enfermagem identificadas e observadas na prática clínica da equipa de enfermagem vão de encontro à fundamentação encontrada na literatura atual. O Enfermeiro tem um papel importante no acompanhamento do doente submetido a tratamentos de radioterapia, desde a admissão até à alta, pois torna-se o elo entre o cliente, a família, os médicos, os técnicos, os psicólogos, os nutricionistas e demais profissionais que possam ser envolvidos. A sua intervenção passa por proporcionar ao cliente e sua família uma educação apropriada, vigiar e avaliar os efeitos secundários do tratamento no cliente e, assegurar que todas as medidas de promoção de cuidados que foram recomendadas estão a ser aplicadas com a eficácia desejada (Souza *et al.*, 2017).

Consolidadas algumas aprendizagens e após me sentir mais confiante e capaz, tive a oportunidade de realizar, de forma autónoma, cinco consultas de enfermagem de primeira vez a doentes oncológicos de cabeça e pescoço que estavam a iniciar tratamento com radioterapia. Sempre com supervisão e apoio moral da minha enfermeira orientadora, que foi uma pessoa muito significativa no meu desenvolvimento de competências no decurso do meu estágio clínico. A referir que solicitei sempre autorização aos doentes para poder estar presente nas consultas e na realização das mesmas, o que me foi sempre consentido, pelo que considero que desenvolvi uma prática profissional correta, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

A cada consulta que fazia, sentia-me mais confiante e desenvolvia estratégias de comunicação e interação com os doentes e suas famílias cada vez mais eficazes, que me foram permitindo obter histórias clínicas o mais completas possíveis e registar de forma sistemática todas as informações do doente e do seu processo de doença. A consulta prévia do processo clínico, foi uma estratégia facilitadora da minha interação com o cliente, permitindo-me estruturar a tomada de decisão e adequando a resposta oferecida direcionada

a individualidade de cada pessoa. O acesso a informação clínica e pessoal atualizada de cada cliente, é o ponto de partida para o processo de enfermagem e respetiva intervenção no percurso terapêutico do cliente, com efetividade nos cuidados prestados (Amorim *et al.*, 2022).

A elaboração de notas de campo das consultas realizadas, conjugadas com a reflexão da minha prática no final de cada consulta, em parceria com a minha enfermeira orientadora, como forma de melhorar alguns aspetos que consideramos importantes, foi decisivo para ultrapassar as dificuldades inicialmente identificadas. A realização de registos de enfermagem em sistema informático em “SClínico” foi também uma aprendizagem a valorizar no meu percurso de estágio, pois reconheço que facilita a perceção da evolução do estado do doente desde o primeiro contato até ao término do tratamento ou alta de enfermagem, por parte de toda a equipa multidisciplinar, reforçando o valor da disciplina de Enfermagem e promovendo a continuidade dos cuidados.

No que respeita a sentimentos demonstrados por parte dos doentes e suas famílias, como a ansiedade e o medo que sentem perante a situação de doença e a expectativa do tratamento, foi muitas vezes perceptível que interferem com a recetividade das informações que lhe são transmitidas. A utilização de estratégias para tranquilizar o doente, como assentir que é normal sentir receios e medo, uma vez que a gestão de todos os factos associados ao diagnóstico de uma doença oncológica são geradores de *stress* na vida da pessoa, ou explicar que a equipa de profissionais de saúde que acompanhará todo o processo, é uma equipa com uma vasta experiência em radioterapia, foram promotoras de tranquilidade ao doente e sua família.

Nas primeiras consultas que realizei, estruturei mentalmente a minha prática para “debitar” ao doente a lista quase infinita de sintomas adversos resultantes da radioterapia na região de cabeça e pescoço, com as respetivas orientações de cuidados a ter. Mas por várias vezes, a determinado momento da consulta, tive a perfeita noção que não era propício fornecer mais informações. Houve doentes que tiveram a capacidade de ouvir e assimilar todas essas informações durante a primeira consulta, porém em diversas situações, houve outros doentes que não conseguiram apreender tudo de uma só vez.

Recordo uma situação concreta, de um doente, do sexo masculino de 60 anos de idade, que tinha colocado uma Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG) profilática antes do início de radioterapia, pela enorme probabilidade de perda de via oral no decorrer do tratamento. E este era o seu único foco de preocupação e desalento, porque dizia ser uma pessoa que sempre gostou muito de uma boa comida e que alimentar-se bem era dos maiores prazeres da sua vida. Sempre que se tentou abordar outros possíveis efeitos adversos, era perceptível a sua desatenção e desinteresse. Percebemos que o doente iria precisar de tempo para refletir a situação que estava a vivenciar e, sobre as informações que iria necessitar, para melhor se adaptar à situação. Optamos por direcionar esta consulta de enfermagem para os cuidados alimentares, desmistificando as preocupações do doente, explicando todas as

possibilidades e etapas do tratamento até poder ou não perder a via oral, mostrando disponibilidade total para o ajudar em cada etapa, ou até pedir ajuda a outros grupos profissionais que o pudessem auxiliar a ultrapassar todo este processo. Foi combinada uma próxima consulta de enfermagem para a semana seguinte, e foi sugerido ao doente que fosse anotando num papel, as dúvidas e questões que lhe fossem surgindo, para que as pudesse esclarecer junto dos enfermeiros na próxima vez, e nunca deixar que isso fosse mais uma fonte de ansiedade no seu dia-a-dia. Em situações como esta, aprendi que é fundamental dar tempo para o doente assimilar, caso contrário este não vai conseguir identificar os aspetos importantes da sua doença ou tratamento porque nem o entendeu, nem o memorizou.

Como forma de consolidar a informação transmitida e permitir aos doentes e suas famílias lembrar as recomendações fornecidas pelo enfermeiro na consulta de enfermagem, seria benéfico a existência de um folheto informativo direcionado ao doente oncológico a iniciar tratamento com radioterapia. Esta foi uma lacuna identificada neste serviço de Radioterapia. Os colegas enfermeiros reconheceram que a existência de um folheto informativo seria útil e facilitadora para capacitar o doente para a promoção do seu autocuidado, pela prevenção das possíveis complicações, diminuir a ansiedade associada ao tratamento, e permitir que o doente termine o seu tratamento com o mínimo de danos possíveis. Segundo Santos, Sousa & Turrini (2012) as orientações fornecidas aos clientes devem obedecer a uma escrita clara e detalhada, com informação essencial e objetiva de modo que os clientes e os seus familiares compreendam a informação transmitida, promovendo sentimentos de confiança e de segurança ao longo do percurso terapêutico. Esta constatação veio corroborar um dos objetivos específicos a que me propus no meu projeto final de mestrado de “Elaboração de um folheto informativo para o doente oncológico de cabeça e pescoço” acerca do tratamento, toxicidade aguda e tardia, cuidados durante o tratamento de radioterapia e como poderá colaborar ativamente nos cuidados que lhe irão ser prestados. Este será um material de apoio à prática clínica da equipa de enfermagem do serviço onde trabalho atualmente, mas o qual também pretendo partilhar com a equipa de enfermagem do serviço de Radioterapia onde realizei este estágio clínico, como contributo e agradecimento por me receberem tão bem e me permitirem aprender ativamente no desenvolvimento das minhas competências profissionais enquanto futura enfermeira especialista.

Por fim, agora refletindo sobre todas estas questões, considero que os momentos iniciais não foram fáceis de gerir, mas no final do estágio tive o sentimento agradável de ter conseguido alcançar os objetivos pretendidos. A gestão de emoções em situações novas e desconhecidas, que envolvem sentimentos como o sofrimento, medo, angústia, ansiedade são difíceis de gerir, mas considero relevante, enquanto profissional de saúde, ter consciência que as nossas emoções podem influenciar a criação de obstáculos no processo comunicativo e na intervenção adequada e que as aprendizagens de melhores estratégias são essenciais para ultrapassar estas dificuldades. A disponibilidade e a atenção dispensada pela minha

orientadora de estágio, ao longo da minha permanência no serviço, permitiu que me sentisse integrada e motivada ao longo do estágio e, sem dúvida, contribuiu de forma muito positiva para o desenvolvimento das minhas competências técnicas, humanas e relacionais.

2. CONCLUSÃO

A realização desta reflexão sobre as aprendizagens adquiridas em contexto de consultas de enfermagem de radioterapia permitiu-me refletir sobre a importância da eficiência destas consultas para o doente oncológico/família, mas também para a minha prática futura enquanto enfermeira especialista.

Pensando em planeamento de situações futuras na minha prestação de cuidados reconheço a necessidade fundamental de desenvolver competências teórico-práticas e comunicacionais na minha formação profissional, em contexto de oncologia e mais concretamente em radioncologia para o futuro da minha prática clínica.

Agora, consigo concluir que foi imprescindível envolver-me e acreditar no que fazia durante a realização das consultas de enfermagem, pois só assim me foi possível estabelecer uma relação terapêutica efetiva com o doente e sua família, simplificando o processo de promoção do autocuidado e capacitação dos intervenientes na autogestão de cuidados durante os tratamentos de radioterapia. Reconhecer dúvidas, necessidades e transmitir informações adequadas à individualidade de cada pessoa, é o ponto de partida para a eficácia da intervenção de enfermagem nas suas consultas, promovendo segurança, bem-estar e envolvimento dos doentes no seu percurso terapêutico.

A comunicação eficaz com o doente/ família influencia positivamente os cuidados de enfermagem, conferindo confiança na relação terapêutica, daí a necessidade de investir constantemente na sensibilização, formação e treino das habilidades de comunicação (Lima *et al.*, 2021). Neste estágio clínico tive oportunidade de aprofundar as minhas competências de comunicação com o doente oncológico, essencial na relação de ajuda que se constrói no acompanhamento com este no seu percurso de tratamento, facilitando o processo de transição que se encontra a vivenciar. A comunicação terapêutica é essencial para a prática de enfermagem, visto que permite, de forma consciente e intencional, identificar e responder às necessidades individuais de cada pessoa, contribuindo, simultaneamente, para a melhoria da qualidade dos cuidados (Lima *et al.*, 2021).

Por fim, realço que a concretização do meu projeto não seria possível sem a aquisição das competências que desenvolvi na realização deste estágio clínico, que superou as minhas expectativas e foi uma mais-valia no meu processo de aprendizagem e no desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista, e como elemento dinamizador da equipa de enfermagem do meu serviço, pela capacitação da mesma na realização da consulta de enfermagem de radioterapia ao doente oncológico de cabeça e pescoço. Esta consulta passará a ser sustentada pelo “Manual de Boas práticas” que contruí baseado nos

conhecimentos adquiridos já referidos anteriormente e na evidência científica mais atual sobre a temática. É desta complementaridade entre os diferentes elementos que compõem a equipa, que se pode esperar a qualidade dos cuidados prestados pela Enfermagem.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorim C., Barlem E., Piexak D., Avancini R., Lima F., Alves B. (2021). Comunicação de notícias difíceis: facilidades, dificuldades e estratégias utilizadas pelos estudantes de enfermagem na formação. *Texto Contexto Enfermagem*: 30, 1 – 14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0044>.
- Amorim, A.; Freitas, J.; Silva, A.; Valério, E.; Alves, E.; Magalhães, B. & Soares, E. (2022). *Domínios de Intervenção dos Enfermeiros em Radioterapia*. Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. ISBN: 978-989-53475-1-3.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferreira, M. & Alves, P. (2019). Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. *OncoNews*: 38(XII), 6-14.
- Lima F., Soares T., Ueno T., Garcez J., Martinez-Riera J., Aguiar V. (2021). Comunicação como instrumento de enfermagem no cuidado interpessoal do usuário. São Paulo. *Rev Recien*: 11(34), 78-87. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.78-87>.
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários: Guia de decisão clínica*. (1ªed.) Lisboa: Lidel Edições Técnicas ISBN 978-989-752-689-3.
- Ramos, A., Ramos, L., Marques, F., Leal, F. (2017). Parar-refletir-aprender: o contributo do ciclo de Gibbs para a aprendizagem dos estudantes no CLE. 4º Congresso nacional de práticas pedagógicas no ensino superior. Setúbal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/20617>.
- Souza, N., Santos, I., Bushatsky, M., Figueiredo, E., Melo, J. & Santos, C. (2017). Atuação de enfermeiros em serviços de radioterapia. *Revista Enfermagem Uerj*: 25, 1 – 7. Rio de Janeiro. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.26130>.

Apêndice IV

ESTUDO DE CASO

**13º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA,
VERTENTE ONCOLÓGICA**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**ESTUDO DE CASO: O IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA
NO AUTOCUIDADO DA PESSOA E FAMÍLIA, E NO
CONTEXTO DE VIDA**

Patrícia Sofia Ribeiro Branco

Lisboa
dezembro 2022



**13º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA,
VERTENTE ONCOLÓGICA**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**ESTUDO DE CASO: O IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA
NO AUTOCUIDADO DA PESSOA E FAMÍLIA, E NO
CONTEXTO DE VIDA**

Patrícia Sofia Ribeiro Branco - 11020



Professor Orientador:
Professor Doutor Óscar Ferreira



Lisboa
dezembro 2022

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEMC - Especialista em enfermagem médico-cirúrgica

EONS - *European Oncology Nursing Society*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GCO - *Global Cancer Observatory*

h – Hora

IPOLFG – Instituto Português 

Kg – Quilogramas

LT - Laringectomia total

MCDT - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

mg – Miligramas

mL - Mililitro

m² – Metro quadrado

NOC - *Nursing Outcomes Classification*

ORL – Otorrinolaringologia

Sic – “assim, tal e qual”

SNG - Sonda nasogástrica

Sr^{o/a}. – Senhor(a)

TDAE – Teoria do défice do autocuidado de enfermagem

TC – Tomografia computadorizada

UC – Unidade Curricular

INDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. DESCRIÇÃO DA PESSOA, FAMÍLIA, CONTEXTO DE VIDA.....	6
1.1. Dados Sociodemográficos	6
1.2. Enquadramento Socioeconómico	7
1.3. Rede de apoio familiar	8
1.4. Apoio Comunitário	9
1.5. Experiências de Vida	9
2. HISTÓRIA DE SAÚDE.....	10
2.1. Antecedentes pessoais e familiares.....	10
2.2. Medicação Habitual	10
2.3. História de doença atual	10
2.4. Impacto da doença oncológica na sua vida	18
3. PLANO DE CUIDADOS.....	21
4. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM.....	29
CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

ÂPENDICE I - Avaliação da competência no autocuidado à ostomia respiratória

ÂPENDICE II - Avaliação da competência do doente para otimizar a comunicação

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), propus-me à elaboração de um estudo de caso de uma pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, à qual prestei cuidados de enfermagem em contexto de estágio desta UC.

O estudo de caso é “uma exploração de um sistema delimitado ou de um caso, obtido por meio de uma detalha da coleta de dados, envolvendo múltiplas fontes de informações”, que permite conhecer aprofundadamente a complexidade e o dinamismo individual da pessoa, proporcionando uma intervenção personalizada. (Galdeano, Rossi, Zago, 2003, p.372). Esta metodologia é recomendada pela *European Oncology Nursing Society (EONS)*, como método de avaliação do conhecimento e aquisição de competências práticas no cuidado à pessoa com doença oncológica, pois a realização de um estudo de caso requer uma pesquisa aprofundada da pessoa em estudo, permitindo compreendê-la na sua globalidade de forma holística. (EONS, 2018).

Este estudo de caso surge como indicador de avaliação a um dos objetivos específicos que defini para a realização deste estágio, sendo esse: prestar cuidados de enfermagem promotores do autocuidado ao doente oncológico de cabeça e pescoço, baseados na avaliação abrangente do doente e sua família, no serviço de internamento.

Assim, procurou-se através do estudo de caso fazer um levantamento e compreensão dos problemas e necessidades da pessoa e sua família, tendo em conta o contexto de vida envolvente, como forma a adquirir conhecimentos e estratégias de intervenção para a planificação dos cuidados e consequente resolução dos problemas identificados. Desta forma, foi selecionado o caso do Senhor (Srº.) D., pelo diagnóstico que apresenta ir de encontro à temática que desenvolvo nesta UC, traduzindo-se em interesse académico e pessoal. Por outro lado, foi considerado em concordância com a orientadora de estágio que a análise reflexiva desta situação clínica poderia levar à aquisição de conhecimentos teórico-práticos fundamentais para o desenvolvimento de competências no âmbito do processo educativo do doente com doença oncológica com défice do seu autocuidado, necessitando de capacitação para alta clínica. Por questões de privacidade e respeito pelo doente, opta-se pelo anonimato.

Primeiramente, foi pedido o consentimento informado verbal do doente, explicando o âmbito deste trabalho académico e garantindo a confidencialidade da informação recolhida, bem como o sigilo profissional a que obedece a ética deontológica de enfermagem. O Srº D. aceitou, sem exitar, responder-me a algumas questões. A anamnese para o estudo de caso foi realizada através de entrevistas informais ao longo dos dias de prestação de cuidados no serviço de cirurgia e avaliação não-verbal do doente, complementada com pesquisa e análise do processo clínico e exames complementares de diagnóstico. O Srº. D. foi submetido a uma cirurgia de laringectomia total (LT), pelo que se encontra traqueostomizado e como tal, a sua

comunicação encontra-se alterada, o que foi sem dúvida um desafio para mim desenvolver estratégias de comunicação com o doente para obter informações indispensáveis à realização de um estudo de caso, mas infelizmente esta condição do doente trouxe limitações à exploração mais aprofundada de alguns temas, uma vez que o doente precisava de escrever o que pretendia transmitir. Também surgiu a oportunidade de conversar com a esposa e a filha durante um período de visitas no internamento. Este momento foi relevante para o estudo de caso pois facilitou a compreensão dos fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais que afetam a pessoa com doença oncológica e os seus familiares e assim incluir a família no processo de cuidados de enfermagem.

A intervenção de enfermagem será apoiada pela Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem (TDAE), de Dorothea Orem, uma vez que se procederá à identificação das necessidades de saúde, à elaboração de estratégias e planeamento de ações, perspetivando a resolução de problemas potenciais e reais com resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem.

Este estudo caso organiza-se em introdução seguida do corpo de trabalho onde se engloba a descrição da pessoa, a família e o contexto de vida, história de saúde, o plano de cuidados elaborado e a intervenção de enfermagem de acordo com a sistematização do processo de enfermagem à luz da teórica de enfermagem Dorothea Orem. Na última parte do estudo caso seguem-se a conclusão e as referências bibliográficas. Este trabalho académico foi realizado de acordo com as normas de trabalhos escritos da ESEL e segundo a *American Psychological Association* para as referências bibliográficas.

1. DESCRIÇÃO DA PESSOA, FAMÍLIA, CONTEXTO DE VIDA

A pessoa selecionada para a realização deste estudo de caso, aceitou participar no mesmo por consentimento informado esclarecido verbalmente, com garantia de total confidencialidade. O Sr^o. D. M. N., do género masculino, caucasiano, nascido a 04 de maio de 1953, natural de Vila Verde no norte do país, atualmente com 69 anos de idade reside no Cacém com a esposa M. de 67 anos de idade, também ela natural do norte de Portugal, mais concretamente de Guimarães. O Sr^o. D. mudou-se para Lisboa, ainda muito novo com 16 anos, na companhia do irmão mais velho em busca de emprego e melhores condições de vida. Gosta de ser tratado por Sr^o. D.

A colheita de dados realizada teve como suporte a Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem, na qual o autocuidado é o conceito principal. A TDAE foi desenvolvida entre 1959 e 1985 pela teórica de Enfermagem Dorothea Orem. Para Orem (2001), o autocuidado pode ser definido como a prática de atividades que promovem o desenvolvimento das pessoas que as realizam em seu próprio benefício, dentro de espaços de tempo específicos, com o objetivo da manutenção da vida, saúde e bem-estar pessoal.

O impacto da doença oncológica foi objetivado através da avaliação individualizada e personalizada dos requisitos universais para o autocuidado, que existem em todos os seres humanos independentemente da idade e que influenciam diretamente os processos de vida e as suas funções vitais, correspondendo às atividades de vida diária: a manutenção de uma ingestão suficiente de água, ar e nutrientes; os cuidados associados aos processos de eliminação; o equilíbrio entre atividade e repouso; o equilíbrio entre solidão e interação social; a prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar e o desejo de normalidade, por forma a perceber as reais necessidades do doente. Posteriormente, foi concretizada a análise fundamentada da prática de enfermagem pelo modelo teórico de Dorothea Orem.

1.1. Dados Sociodemográficos

O Sr^o. D. reside no Cacém desde que casou com a esposa, a Sr^a M., há 44 anos, com quem diz ter um casamento feliz, apelidando a esposa de “minha princesa” (sic). Deste casamento, resultou o nascimento de uma filha, a S. atualmente com 44 anos, e um filho, o M. de 38 anos de idade. A esposa do Sr^o. D. tem o diagnóstico de Esquizofrenia há aproximadamente 10 anos, medicada e controlada clinicamente, mas que faz com que seja dependente do marido na concretização de algumas atividades do dia-a-dia nestes últimos anos. Desta forma, a pessoa de referência do Sr^o. D. é a sua filha mais velha, que reside na mesma rua que os pais e presta um apoio mais próximo, funcionando como pilar indispensável aos pais.

O Sr^o. D. apenas frequentou o 4^o ano de escolaridade, que refere como sendo o normal na sua época para quem não tinha famílias de poder financeiro avantajado. Terminados os

estudos viu-se obrigado a trabalhar na agricultura com os pais, o que foi determinante para a sua decisão de abandonar o norte do país e rumar até à capital em busca de uma vida melhor. Praticamente toda a sua vida trabalhou na área da restauração ou hotelaria. Nos últimos 40 anos trabalhou como empregado de mesa num restaurante na zona dos Restauradores, no centro de Lisboa, que refere terem sido os melhores anos da sua vida e onde identifica o seu talento e gosto por aquilo que fez diariamente durante anos a fio. Atualmente, e desde maio de 2017 que se encontra reformado pela segurança social, tendo-se dedicado mais a si e à sua família. É católico não praticante, refere que a sua religião não interfere com cuidados de saúde. Diz que o seu passatempo preferido é ver futebol, quase sempre através da televisão, mas quando surge a possibilidade refere que gosta muito de ir ao estádio ver o seu clube de coração, o Benfica.

1.2. Enquadramento Socioeconómico

O Sr^o. D., e a sua esposa residem já há cerca de 30 anos num apartamento T3, no segundo andar de um prédio de oito, com elevador, com saneamento básico, água canalizada, e gás natural, porém sem sistemas de aquecimento ou arrefecimento. Utilizam essencialmente aquecedores portáteis na altura de inverno. Encontra-se localizado numa zona de fácil acesso a todo o tipo de bens e serviços, como pequenos comércios, correios, escolas, espaços ao ar livre e até o centro de saúde. Foi nesta área geográfica que desenvolveu a sua família, onde viu os filhos crescer e agora também as suas netas, por isso diz gostar de viver ali, onde consegue realizar as tarefas do seu quotidiano com serenidade e conforto. O casal considera ser uma localidade bastante agradável para viverem. Esta família pertence a uma classe social média-baixa. O Sr^o. D. menciona que os rendimentos familiares não são abundantes, apenas permitem pagar as contas e despesas das necessidades mais indispensáveis e essenciais do dia-a-dia, não sobrando muito para situações de lazer. A esposa M. também se encontra reformada por invalidez devido ao seu diagnóstico do foro psiquiátrico. Neste contexto, foi levantada a necessidade de intervenção social por parte da equipa multidisciplinar, sendo articulado com a assistente social a avaliação dos recursos sociais necessários para colmatar as dificuldades financeiras de forma a não comprometerem o processo de tratamento. Foi proporcionada uma reunião da assistente social com o doente, sua esposa e sua filha, na qual foram apuradas as necessidades desta família e apresentados os recursos socioeconómicos disponíveis na comunidade, tais como a Associação Portuguesa de Limitados da Voz, o MovApLar (Movimento de Apoio aos Laringectomizados) da Liga Portuguesa contra o Cancro, assim como apoios financeiros diretos do Estado português. Infelizmente não pude estar presente nesta reunião, apenas tive acesso posterior às notas clínicas descritas pela assistente social no processo clínico informático do doente.

1.3. Rede de apoio familiar

O Sr^o. D. nasceu e cresceu numa pequena aldeia do norte do país, onde refere ter tido uma infância feliz, porém dura, com poucos estudos e muito trabalho pesado na agricultura para ajudar os seus pais, e os rendimentos da família, que além de ser pobre era numerosa. Teve quatro irmãos e três irmãs, além de si. Quase todos optaram por deixar a terra natal e partir em busca de melhores condições de vida. O Sr^o. D. e o seu irmão mais velho partiram para Lisboa, e outros acabaram por emigrar para os Estados Unidos, França ou Luxemburgo, apenas um irmão e uma irmã se mantiveram em Vila Verde. Todos eles constituíram as suas próprias famílias, com os respetivos filhos. O irmão que vive em Lisboa, é aquele com quem mantém contacto mais próximo, e respetiva cunhada e dois sobrinhos. Este irmão é proprietário de um restaurante no centro de Lisboa, no entanto, apesar de partilharem a mesma área profissional, o Sr^o. D. refere que nunca quis trabalhar no restaurante do irmão, por receio que eventuais conflitos profissionais pudessem destruir a relação fraternal que construiu ao longo dos anos com este irmão.

Em tempos, por volta dos seus 20 anos de idade, como forma de fuga ao serviço militar obrigatório, ainda emigrou para os Estados Unidos, onde foi ter com outro irmão para trabalhar com ele, como camareiro/empregado mesa em cruzeiros, mas onde apenas se aguentou durante 3 anos, não se identificando com o estilo de vida e percebendo que não era aquilo que queria para o seu futuro, regressou a Lisboa de onde nunca mais saiu.

Com os pais e com os restantes irmãos, foi mantendo contatos esporádicos, essencialmente em épocas festivas ou férias de verão, quando se encontravam todos na terra natal. Refere que sempre todos se deram bem, mas a distância não permitia relações mais próximas e entrelaçadas. Os pais faleceram já alguns anos. Primeiro o pai, com “cancro da garganta tal com eu” (sic), uns anos depois a mãe de idade avançada e após “três AVC quase seguidos” (sic) e mais recentemente também perdeu um dos irmãos, aquele que vivia em Vila Verde, com 55 anos de idade e com diagnóstico de cancro do pâncreas.

Atualmente, o seu seio familiar mais próximo é constituído pelo casal e seus dois filhos e duas netas. O filho mais novo, de 38 anos de idade, vive com a companheira na Amadora, “não é casado, isso hoje em dia já não se usa” (sic), brinca o Sr^o. D. quando se refere à atual situação familiar do filho. Este apesar de viver um pouco mais distante da casa dos pais, mantém contatos frequentes, principalmente aos fim-de-semana, e trabalha como vendedor de eletrodomésticos numa grande loja nacional. A filha mais velha, de 44 anos de idade, é casada e tem duas filhas, de 24 e 14 anos de idade. Estes como vivem na mesma rua, também num apartamento T3, sendo vizinhos, mantêm-se bastante presentes no dia-a-dia dos pais/avós, sendo os pilares familiares e afetivos do Sr^o. D. e sua esposa. A filha S. e o seu marido trabalham para um grande clube de futebol de Lisboa, e segundo o Sr^o. D. refere com orgulho que eles estão bem empregados e com bons contratos de trabalho, permitindo-lhes viver bem e estáveis financeiramente. As netas são “as meninas dos meus olhos” (sic) refere

o Sr^o. D. com alguma emoção demonstrada nos olhos e exibindo várias fotografias delas no seu smartphone. Ambas estudam ainda, a mais velha já está na universidade a fazer licenciatura em gestão. Sempre que falava nas suas netinhas era bem perceptível o carinho e afeto que tem por elas.

1.4. Apoio Comunitário

O Sr^o D. realiza o seguimento do seu estado de saúde/doença no Centro de Saúde do Cacém, onde tem a sua médica de família e monitoriza a sua saúde com regularidade de acordo com as indicações médicas, exames complementares de diagnóstico e rastreios. Também tem proximidade com o hospital referenciado da sua área de residência, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, onde realiza consultas de especialidade médica, recorre ao serviço de urgência em situações agudas e onde foi intervencionado cirurgicamente por situações clínicas que o justificaram e que serão abordadas mais à frente. Atualmente, valoriza muito o Instituto Português ██████████ (IP ██████ G), como estrutura de saúde relevante e determinante no apoio e resolução da sua atual situação de doença oncológica. Outros apoios da comunidade que valoriza são os amigos e vizinhos, que refere como sendo pilares importantes na sua vida pelo apoio emocional e social que prestam informalmente.

1.5. Experiências de Vida

Relativamente às experiências de vida, o Sr^o. D. refere a mudança para Lisboa, ainda muito jovem, como aquele marco que provavelmente foi o mais significativo na sua vida, uma vez que lhe proporcionou uma melhor qualidade de vida, crescimento pessoal e profissional e aliado a isso, os recursos económicos necessários para constituir a sua família, comprar casa e alguns bens pessoais. Também evidencia o seu casamento, o nascimento dos filhos, e mais tarde das netas como momentos da sua vida envoltos de muitas emoções e afetos, sendo a sua família uma força anímica para viver e enfrentar a sua vivência da doença oncológica.

Destaca como experiências de vida desfavoráveis, o processo de doença oncológica do seu pai, que resultou na morte do mesmo. E mais tarde a morte da mãe e do irmão, também marcaram a sua vida, pela perda de entes queridos que nunca se está preparado para aceitar. O diagnóstico de esquizofrenia da esposa, também marcou a sua família, pelas limitações que esta doença trouxe ao dia-a-dia da mesma. Porém, o seu primeiro diagnóstico de doença oncológica em 2018, de neoplasia maligna do colon, motivo que o obrigou a ser submetido a cirurgia, a qual complicou com derrame pleural e coleção suprafrénica no pós-operatório, é descrito pelo Sr^o. D. como a situação da sua vida mais difícil, uma vez que temeu o pior como desfecho. Comovido, o Sr^o. D. confessa que “a primeira vez que nos dizem que temos cancro

não é nada fácil de aceitar e enfrentar” (sic), a ideia da possibilidade de morte, medos, dúvidas e muitas questões fisiopsicológicas acompanharam-no ao longo de todo o processo, principalmente nos momentos em que surgiram as adversidades pós-cirúrgicas. Porém, como a decisão terapêutica passou na altura, apenas por cirurgia de remoção do tumor e foi considerado curado após o procedimento, o Srº D. refere ter ficado mais descansado, nunca imaginando que poucos anos depois iria estar com um novo diagnóstico de cancro.

2. HISTÓRIA DE SAÚDE

2.1. Antecedentes pessoais e familiares

No que respeita ao estado de saúde, o Srº. D. tem como antecedentes pessoais de saúde hipertensão arterial, dislipidemia, hipertrofia benigna da próstata, acidente vascular cerebral (AVC) isquémico vertebro-basilar em 2008, 2011 e 2018 sem sequelas associadas, neoplasia maligna do colon em 2018 submetido a hemicolecomia direita complicada de derrame pleural, coleção suprafrénica e embolia pulmonar no pós-operatório. Também já foi submetido a herniorrafia inguinal bilateral há vários anos, não conseguindo especificar a data.

Tem história familiar de cancro, sendo que o pai e um dos irmãos faleceram por diagnóstico de doença oncológica, como já foi referido anteriormente. Não foi possível aferir outros antecedentes familiares significativos, uma vez que o Srº D. não sabia especificar.

Nega hábitos tabágicos e apenas ingere álcool (vinho) às refeições. Refere alergia ao pó e ao pólen, e desconhece outras alergias medicamentosas ou alimentares.

2.2. Medicação Habitual

O Srº. D. encontra-se medicado com a seguinte medicação habitual, que cumpre diariamente: comprimido oral de amlodipina 10 miligramas (mg) ao jantar, comprimido oral de clopidogrel 75 mg ao almoço, comprimido oral de atorvastatina 40 mg ao jantar, comprimido oral de silodosina 8 mg ao jantar, comprimido oral de losartan 50mg + Hidroclotiazina 12,5mg ao pequeno-almoço.

2.3. História de doença atual

Em janeiro de 2022, o Srº. D. teve infeção respiratória por covid, com sintomatologia marcada, mas sem necessidade de internamento e refere agora que desde então, ficou sempre com alguma dispneia e disfonia, mas que foi agravando com o tempo, mais acentuado nos últimos cinco meses também com disfagia para líquidos e por fim também a sólidos. Este agravamento gradual levou-o a recorrer ao serviço de urgência do hospital de residência a 05 setembro de 2022, onde foi observado por Otorrinolaringologia (ORL) que identificou uma

lesão volumosa do seio piriforme direito, banda ventricular e região retrocricóideia. Desta forma, no dia seguinte foi submetido a traqueotomia de urgência e biópsia do seio piriforme nesse mesmo hospital. Realizou uma tomografia computadorizada (TC) do pescoço e tórax pós cirurgia para vigilância imagiológica da situação clínica, e este revela que a cânula de traqueotomia se encontra em contacto com o tronco braquicefálico, pelo que foi realizada revisão de traqueotomia com cricotireotomia e colocação de cânula shilley número 6 XL com cuff no dia 15 setembro de 2022. Entretanto foi referenciado para o IP [REDACTED]G para seguimento da situação oncológica e realização de cirurgia definitiva, e manteve-se internado no hospital da área de residência.

O resultado da biópsia realizada veio a revelar Carcinoma pavimento-celular invasivo faringolaringeo direito (seio piriforme direito, banda ventricular e região retrocricóideia) com histologia de estadiamento T3/4N2bM0, que de acordo com a *American Joint Commission on Cancer* utiliza três critérios, os quais “T” indica o tamanho do tumor primário, “N” revela se existe disseminação para gânglios linfáticos e “M” refere-se à existência de metástases em outras partes do corpo, sendo que quanto maiores forem os números mais avançado será o estadio do tumor.

A primeira consulta de ORL no IP [REDACTED]G acontece no dia 23 setembro, onde é feita uma recolha de história clínica, meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) já realizados e efetuado o exame objetivo ao doente para avaliação pré-cirúrgica. Nesta consulta, foi proposta a cirurgia de Laringectomia total com faringectomia parcial, hemitiroidectomia direita, esvaziamento ganglionar cervical bilateral e eventual colocação de prótese traqueo-esofágica para reabilitação vocal pós-cirúrgica. Foi decidido por acordo entre equipas médicas de ambos os hospitais que o Srº D. se manteria internado no hospital da área de residência até à véspera do dia de cirurgia, onde realizaria os exames pré-operatórios necessários. A consulta de anestesia foi realizada no dia 11 outubro, onde foi validada a informação clínica do doente e verificados os resultados de MCDT's realizados como TC tórax, Raio-X tórax, eletrocardiograma e análises clínicas, tendo ficado apto para cirurgia.

A transferência para o IP [REDACTED]G aconteceu no dia 19 outubro, dia de véspera de cirurgia, ficando internado no piso 5, serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, ORL e endocrinologia onde foi realizado o seu acolhimento e preparação pré-cirúrgica quer pela equipa médica como pela equipa de enfermagem. Infelizmente não pude assistir a esta etapa do percurso do Srº D. por não coincidir com turno de estágio.

No dia 20 outubro, o Srº D. foi submetido a cirurgia LT com faringectomia parcial, hemitiroidectomia direita, esvaziamento ganglionar cervical bilateral e colocação de prótese fonatória Provox 17.8 por punção traqueoesofágica, tal como previsto inicialmente. Não foram descritas complicações associadas à cirurgia. As primeiras 24 horas pós-operatório o doente ficou em vigilância hemodinâmica na sala de recobro do piso 5. Segundo as notas de enfermagem que pude ler, este recobro decorreu sem intercorrências e de acordo com o plano

de cuidados habitual à tipologia de cirurgia. O Srº D. encontrava-se em dependência total no seu autocuidado, esteve monitorizado e apresentava pensos cirúrgicos externamente limpos e secos, hemodrenos cervicais bilaterais com drenagem de conteúdo hemático, sonda nasogástrica (SNG) em drenagem passiva com drenagem de conteúdo aquo-bilioso, e sonda vesical com saída de urina amarelada.

O meu primeiro contacto com este senhor aconteceu no turno da manhã do dia 23 outubro, já em enfermaria, encontrava-se em 3º dia pós-operatório. Um senhor consciente e orientado, com fácies cabisbaixo, pele corada e hidratada com edema cervical e mandibular moderado. Estava ainda deitado no leito quando cheguei à enfermaria para iniciar cuidados aos doentes. Apresentei-me e sucintamente expliquei o contexto académico em que me encontrava, justificando a minha presença na prestação de cuidados com um fardamento diferente dos demais enfermeiros. Aquele senhor de cabelo grisalho focou-se no que eu dizia e rapidamente aprovou a minha presença com um aceno de cabeça e um sorriso, completando com o comentário “a enfermeira é do norte, não é?” (sic) e naquele preciso momento senti a sua empatia e cumplicidade para poder iniciar uma relação terapêutica com o Srº. D. Durante breves minutos trocamos confidencialidades sobre as nossas origens nortenhas, que eram comuns e de localização geográfica muito próximas. A partir deste momento, percebi que gostava de conhecer melhor este senhor, e a realização de um estudo de caso seria um bom ponto de partida. Em concordância com a minha enfermeira orientadora, analisando a história clínica do doente, e posteriormente obtendo o consentimento verbal informado do Srº. D., este foi então o doente selecionado para este trabalho académico. O facto de o Srº. D. ser laringectomizado e apresentar a comunicação alterada devido a essa condição, inicialmente temi que pudesse ser fator de insucesso para a realização deste trabalho, mas depois encarei como um desafio ao desenvolvimento das minhas competências e aprendizagens na otimização da comunicação com estes doentes.

O doente submetido a LT perde por completo a capacidade de fala fisiológica, devido à remoção das cordas vocais na cirurgia, que são indispensáveis à fonação. Assim, logo no pós-operatório imediato, é quando o doente tem a real noção da perda da fala com altos níveis de ansiedade associada a esta limitação, alteração da imagem e baixa autoestima decorrente de todo o processo de doença, e por isso, para oferecer cuidados holísticos ao doente, os cuidados de enfermagem devem estar direcionados à área da comunicação, encontrando em conjunto com o doente e sua família, a forma mais adequada e prática de comunicação não-verbal (Martín et al., 2015). É fundamental promover um ambiente calmo e adequado, com disponibilidade para esclarecimento de todas as dúvidas, proporcionando informação e métodos alternativos, que dependendo do estado de doença, idade, nível cultural e características próprias de cada doente, podem ir desde o simples papel e caneta para escrever até aplicações informáticas mais sofisticadas, cada vez mais disponíveis nas lojas virtuais da internet (Alonso et al., 2018).

Nesse primeiro dia de prestação de cuidados diretos ao Sr^o. D. iniciei a avaliação do estado geral do doente, focando-me mais na avaliação física como forma mais fácil de ganhar confiança e aprovação por parte do doente para a relação terapêutica futura. O Sr^o. D. encontrava-se hemodinamicamente estável, pela avaliação dos sinais vitais dentro dos parâmetros habituais e com a dor controlada com analgesia em esquema. A respiração estava mantida por traqueostomia com uma cânula shilley número 8, por onde expelia secreções amareladas e viscosas em moderada quantidade através de acessos de tosse eficazes. Foram monitorizados o peso corporal de 70 quilogramas (kg) e a altura de 167 centímetros, o que define um índice de massa corporal de 25,7 kg/m², que de acordo com a Organização Mundial de Saúde significa que o Sr^o. D. tem um peso adequado à sua altura. Apresentava pele e mucosas hidratadas e coradas, e ferida cirúrgica cervical bilateral exposta com agrafos, ligeiramente edemaciada e ruborizada, mas sem sinais de infeção. Apresentava dois drenos de aspiração por vácuo com drenagem de conteúdo hemático, na região cervical bilaterais protegidos por pensos simples. Após cuidados de higiene no duche do doente, procedi à realização dos pensos, verificando que os locais de inserção dos drenos se encontravam sem sinais de infeção, optou-se por manter penso simples esterilizado. Apresentava um cateter venoso periférico puncionado no antebraço direito, permeável e obturado, sem sinais inflamatórios no local de inserção e protegido por penso estéril. O Sr^o D. encontrava-se independente no seu autocuidado para higiene, vestir e despir, movimentação e eliminação. Havia sido desalgaliado no dia em que saiu da sala de recobro, atualmente urinando espontaneamente na casa de banho. O transito intestinal ainda não estava retomado desde o dia de véspera de cirurgia. O autocuidado alimentar-se e beber estava comprometido, pela presença de SNG para alimentação. Encontrava-se a cumprir protocolo de serviço de progressão de alimentação por sonda, com ingestão de alimentação química por perfusão continua a 83 mililitros (ml) por hora (h), num total de 1500ml diário, com pausa noturna.

Sucintamente, o que se encontra protocolado no serviço para doentes que se alimentem por SNG é o seguinte: na manhã após cirurgia a SNG é clampada e administra-se ao doente um chá açucarado, que sendo bem tolerado, é critério para iniciar alimentação química continua por sonda a um ritmo de 55ml/h durante 24h, em seguida progride para um ritmo de 83ml/h durante mais 24h. No dia seguinte, inicia-se administração de bólus de alimentação química nos horários de refeição. A quantidade de volume total a administrar, bem como a tipologia de alimentação química é definida pela nutricionista, de acordo com a avaliação nutricional que faz do doente e necessidade de aporte alimentar identificada. A nutricionista também define, através da sua monitorização nutricional dos doentes, quando o doente pode progredir para dieta não-química de entubado, também por bólus no horário das refeições. Os doentes submetidos a cirurgias de laringe e faringe só aproximadamente a partir do 15^o dia pós-cirurgia é que podem iniciar treino de deglutição para remover posteriormente a SNG e

iniciar dieta oral. Esta decisão é da responsabilidade da equipa médica, de acordo com avaliação da evolução de cicatrização das suturas cirúrgicas.

O Sr^o. D. como não se alimentava oralmente e tinha indicação para não deglutir saliva pelo risco de complicações nas suturas cirúrgicas internas, acumulava sialorreia de característica translúcida em grande quantidade na cavidade oral, pelo que foi instruído a expelir a mesma com a maior frequência possível, para evitar a deglutição. Estes cuidados orais são ensinados pela equipa de enfermagem, para que os doentes mantenham a cavidade oral higienizada com bochecho de colutório oral neutro fornecido pelo serviço. O Sr^o. D. ainda precisava de uma ajuda parcial na realização dos cuidados orais, uma vez que apresentava edema mandibular, tinha receio de abrir a boca e ficar com dores. Foi desmistificada esta ideia e reforçados ensinamentos sobre a importância de realizar cuidados orais e fornecidas algumas dicas técnicas para facilitar este procedimento.

Nesta fase pós-cirúrgica, o Sr^o. D. apresentava-se ainda bastante renitente à aprendizagem de estratégias de promoção do seu autocuidado. A presença de traqueostomia definitiva ainda não era uma ideia bem aceite por ele, chegou mesmo a questionar “este buraco não vai mesmo poder ser fechado nunca?” (sic) apontando para a cânula, mas recusando-se a tocar e a manipular os materiais da mesma. Por ser ainda uma cirurgia recente, optou-se por dar mais tempo e espaço ao doente para se consciencializar da sua condição clínica.

Tive a oportunidade de acompanhar este doente ao longo dos turnos de estágio seguintes até à alta clínica. O segundo contacto com o Sr^o. D. aconteceu no dia 26 outubro, no turno da tarde, sendo que o doente mantinha boa evolução pós-operatória. Alimentava-se de forma autónoma com bólus de alimentação química, com boa tolerância gástrica apenas referindo enfartamento pós-prandial. Foi incentivado a mobilizar-se mais vezes pelo serviço, estimulando assim o esvaziamento gástrico, mas que o Sr^o. D. dizia não gostar muito de andar a passear pelo serviço, e na verdade acomodava-se muito ao leito. Os hemodrenos cervicais já tinham sido removidos no dia 24 outubro, sem intercorrências. Apresentava agora apenas sutura cirúrgica cervical bilateral exposta, que mantinha características anteriormente referidas. Mantinha sialorreia translúcida moderada, mas já se encontrava autónomo e realizava os cuidados orais de forma eficaz. Verificava-se uma alteração significativa nas secreções que expelia pela traqueostomia, que tinham mudado de características para esverdeadas/purulentas, evidenciando alguma possibilidade de infeção. Por este motivo, foi colhida amostra de secreções para análise de bacteriologia, que ficou a aguardar resultado.

No que dizia respeito aos cuidados traqueais, o Sr^o. D. mantinha-se pouco receptivo aos ensinamentos da equipa de enfermagem e dependente total nestes cuidados. Questionei-o diretamente do porquê de não querer mexer na traqueostomia, aproveitando a empatia que o doente demonstrava por mim e demonstrando total disponibilidade da minha parte, para que mostrasse os seus sentimentos e preocupações. O Sr^o. D. confessa “isto faz-me muita

impressão, nunca pensei ter uma coisa destas na vida” (sic), evidenciando um fâcies triste e quase choroso. Foi-lhe reforçado que esta é uma condição indispensável à sua sobrevivência, e que aos poucos teria de a encarar e aceitar para aprender a cuidar desta ostomia e poder ter alta para retomar algumas atividades do seu dia-a-dia e estar perto da sua família. Constantemente procurei mostrar-lhe aspetos positivos além da sua doença oncológica para o motivar a cuidar de si. Mas o Sr^o. D. não era uma pessoa fácil de convencer e muitas vezes como aparente forma de escape, brincava e fazia comentários irónicos para desanuviar os momentos, como por exemplo “enquanto estiver internado, as enfermeiras fazem e eu vejo”, “depois quando for para casa eu faço”, “enquanto estiver aqui, vocês tratam melhor de mim”, “eu fico aqui sempre convosco então” (sic). O Sr^o. D. já estava no seu 6^o dia pós-operatório, e após alguma insistência consegui convencê-lo a irmos até ao espelho, para ele manipular pelo menos a cânula interna. Finalmente o Sr^o. D. foi capaz de o fazer e com sucesso. No final, acabou por admitir que até não é assim tao difícil, que apenas “tenho de meter na cabeça que tenho de o fazer” (sic).

No dia seguinte, voltei a fazer turno da tarde e acompanhei novamente este doente. O meu foco principal nesta etapa de internamento do Sr^o. D. era incentivar e promover o autocuidado à ostomia respiratória, preparando o processo de alta clínica. Tinha ficado acordado com o doente que neste dia, iríamos avançar para a manipulação da cânula interna, acordo que o mesmo cumpriu com distinção. Sentiu-se capaz de observar ao espelho todo o processo técnico e ainda limpou ambas as cânulas e treinou o encaixe das mesmas. Neste dia, eu e a minha enfermeira orientadora de estágio, especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EEMC), iniciamos o preenchimento de um instrumento de avaliação interno do serviço, projetado pela equipa de enfermeiras especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, que permite avaliar a progressão do doente na competência no autocuidado à ostomia respiratória, que disponibilizo em apêndice I deste trabalho académico, sem identificação do doente.

Segundo Orem (2001) as pessoas podem beneficiar da enfermagem quando têm limitações derivadas ou relacionadas com a saúde que comprometem o envolvimento na manutenção do autocuidado. Além de que as atividades de autocuidado implicam a interiorização de motivação, a observação e sensatez de comportamentos de acordo com o défice dos requisitos universais do autocuidado, para que esses défices sejam total ou parcialmente eliminados quando as pessoas têm as capacidades humanas necessárias, predisposição e vontade (Orem, 2001).

Assim, nesta fase de cuidados era imprescindível, fornecer ao Sr^o. D. informações e ensinamentos para se tornar autónomo no seu autocuidado. Mesmo com todas as limitações apresentadas por este senhor, a utilização de reforços positivos e encorajamento nos pequenos progressos permitiu o sucesso gradual da aprendizagem e aquisição da competência do autocuidado. Tal como Orem (2001) refere, a presença de palavras de ânimo,

estímulo e segurança do enfermeiro podem ser necessárias para que o doente se sinta capaz de controlar e dirigir a sua ação de autocuidado.

No dia 27 de outubro saiu o resultado da bacteriologia das secreções colhidas no dia 25, com resultado positivo para *Pseudomonas Aeruginosa*, pelo que nesse dia iniciou antibioterapia dirigida com piperacilina + tazobactam 4500mg endovenoso, prescrito de 6 em 6 horas, com duração de infusão de 3h em cada administração. Esta foi mais uma situação geradora de stress e ansiedade no Sr^o. D., primeiro porque fez recordá-lo as complicações pós-cirúrgicas da hemicolecomia em 2018 e os sentimentos de medo e receios voltaram a surgir na sua cabeça. Depois, porque todo este tempo que era necessário à perfusão de antibiótico, limitava a sua mobilidade e autonomia e isso podia vir a traduzir-se em retrocessos na evolução do seu estado de reabilitação pós-cirúrgica. Foi prestado apoio emocional e desmistificadas estas ideias construídas pelo Sr^o. D., para manter a sua motivação e o sucesso dos cuidados prestados até então.

Na tarde de dia 01 novembro, voltei a fazer turno no serviço de cirurgia e pude dar continuidade à prestação de cuidados. O Sr^o. D. mantinha o seu estado geral, autónomo no seu autocuidado, apresentava melhorias significativas do edema cervical e mandibular, com a sutura cervical bilateral exposta, sem sinais de infeção, já com agrafos alternados que haviam sido removidos na manhã do dia 31 outubro, conjuntamente com dois pontos intra-traqueostoma, sem intercorrências. A sua autonomia nos cuidados traqueais também se encontrava bastante melhorada, precisando apenas de ligeira supervisão ou validação junto dos enfermeiros de pequenos passos do procedimento. O Sr^o. D. já era capaz de manter a limpeza da via aérea eficaz, expelindo as secreções através de acessos de tosse eficazes e através de uma limpeza adequada e cuidada dos dispositivos de traqueostomia. O reconhecimento da evolução positiva das suas competências trazia animo e confiança crescente ao Sr^o. D. para se sentir capaz de cuidar de si mesmo após a alta clínica.

No dia 03 novembro, foi concretizado a primeira avaliação por parte da terapeuta da fala da instituição, que descreveu em notas clínicas que foi realizada a sensibilização para a reabilitação vocal, com total recetividade por parte do doente, que reunia condições físicas e mentais para tal, e dessa forma, o seguimento por esta terapêutica iria acontecer em regime ambulatorio após alta.

No dia 04 novembro, 15^o dia pós LT, após avaliação da equipa médica que verifica a boa evolução cicatricial das suturas cirúrgicas, sem evidência de qualquer fistula traqueo-esofágica, houve indicação para remoção de SNG e início de treino de deglutição para iniciar dieta oral líquida/ mole, que doente tolerou muito bem, sem disfagia ou dor associada. Estava assim dado mais um passo importantíssimo na recuperação cirurgia, concretamente no autocuidado: alimentar-se, aproximando-se a possibilidade de alta.

O meu último turno na prestação de cuidados ao Sr^o. D. aconteceu no dia 05 novembro, turno da tarde, no qual já se estimava uma alta clínica para breve, e o próprio doente

manifestava uma vontade enorme desse momento. Neste dia, o Sr^o. D. já se encontrava independente na totalidade do seu autocuidado, por isso, em conjunto com a minha orientadora de estágio, foi realizada a avaliação final da competência do doente de acordo com o projeto de serviço das enfermeiras EEMC, mais concretamente para a otimização da comunicação e autocuidado à ostomia respiratória, garantindo que o doente se encontrava apto para ter alta, sem risco para o seu autocuidado e possíveis complicações associadas ao eventual défice do mesmo. O Sr^o. D. mostrava-se competente para otimizar a sua comunicação através de mimica labial e gestos, assim com escrita com papel e caneta, sendo que raramente utilizava o telemóvel como estratégia de comunicação. No entanto, foi envolvida a filha que se encontrava presente a realizar visita ao pai, sendo explicado quais as possíveis estratégias alternativas de comunicação, que solicitou a instalação da aplicação informática “Magic Contact Lite” no seu smartphone, assim como no do pai, responsabilizando-se por incentivá-lo a usar a aplicação mais vezes como forma de facilitar a comunicação em família. O instrumento de avaliação desta competência utilizado no serviço, foi preenchido e foi concluído que o doente e sua família estariam aptos para uma comunicação eficaz no domicílio. Disponibilizo este instrumento preenchido em apêndice II deste trabalho académico, sem identificação do doente.

A avaliação da competência no autocuidado à ostomia respiratória também foi concluída neste dia, pelo preenchimento do instrumento de avaliação de EEMC já referido anteriormente e apresentado em apêndice I. O Sr^o. D. foi considerado capaz de realizar de forma independente os cuidados traqueais, uma vez que cumpriu todos os passos de execução do procedimento de forma eximia.

Ao longo do internamento foram realizados todos os ensinamentos necessários à capacitação do Sr^o. D. para a alta clínica, verificando-se progressão positiva na autonomia dos cuidados pós-operatórios ensinados. Os enfermeiros centram a sua prática na antecipação das necessidades, procurando adequar o ensino, a informação e as orientações aos requisitos dos doentes. Todos os esclarecimentos e medidas adotadas no processo de cuidados prestados ao Sr^o. D. foram cruciais nesta fase de adaptação às diversas transformações decorrentes da sua atual doença oncológica e respetiva cirurgia, impulsionando o seu envolvimento nesse processo de aprendizagem. Não podendo ser esquecido o contributo da relação terapêutica estabelecida com este doente na prestação de cuidados de enfermagem, como uma parceria indispensável à valorização e respeito das suas capacidades, com o intuito de promover a proatividade e capacitação do doente para o autocuidado na realização do seu projeto de saúde. O cuidado de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente ou grupo de pessoas, família ou comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Todo o acompanhamento que fiz na evolução da autonomia do autocuidado do Sr^o. D. neste processo pós-cirúrgico permitiu-me adquirir competências técnicas e relacionais

enquanto futura enfermeira EEMC na prestação de cuidados a doentes oncológicos de cabeça e pescoço. De acordo com Benner, “as enfermeiras especializadas não propõem apenas informações, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar a doença e mesmo novas perspectivas ao doente, graças às possibilidades e ao saber que decorrem de uma boa prática de enfermagem” (Benner, 2001, p.104).

No dia 07 de novembro, O Srº. D. teve alta clínica do serviço de cirurgia por reunir condições de recuperação e reabilitação pós-cirúrgica que lhe permitiam regressar ao domicílio em segurança e com a sua autonomia restabelecida. No entanto, é sabido que o momento de alta clínica acarreta ao doente e sua família algumas incertezas, medos e ansiedade de não serem capazes de manter o bem-estar do doente e haver alguma possibilidade de pôr em risco a situação de saúde-doença. Desta forma, no IP [REDACTED] G o processo de cuidados não se finaliza no dia da alta, existe um período de follow-up que decorre em regime ambulatorio nas consultas externas de ORL, onde o doente oncológico é acompanhado pela respetiva equipa médica e por uma enfermeira. Nestas consultas, é realizada uma vigilância pós-cirúrgica, validados e reforçados ensinamentos de promoção de autocuidado efetuados ao longo do internamento e eventual reencaminhamento multidisciplinar, caso se justifique alguma intervenção especializada. Através da manutenção de uma relação terapêutica com estes doentes, a instituição demonstra que apesar do doente recuperar no domicílio, tem garantido um vínculo com os profissionais de saúde, ao qual poderá sempre recorrer, em caso de necessidade. Isto constitui uma prática essencial na extinção do medo e da ansiedade.

No dia da alta, o Srº. D. tinha já agendada a reunião multidisciplinar de decisão terapêutica para tratamento adjuvante no dia 8 de novembro e a primeira consulta externa de seguimento, médica e de enfermagem, para dia 22 de novembro. Infelizmente, não me foi possível acompanhar esta consulta de follow-up, por incompatibilidade horaria de estágio clínico.

2.4. Impacto da doença oncológica na sua vida

O cancro por se tratar de uma doença complexa necessita de uma abordagem abrangente no seu tratamento, que vise obter a cura ou pelo menos a qualidade de vida da pessoa com cancro. Atualmente, o cancro é considerado um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial, sendo que se estima, de acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde, que a doença oncológica seja a principal causa de morte e desta forma, uma das principais limitações ao aumento da esperança média de vida no século XXI (Ferlay et al., 2021). Anualmente, há cerca de 3.000 novos casos de cancro da cabeça e pescoço em Portugal, com taxas de incidência e mortalidade das mais elevadas na Europa. Este cancro apresenta uma taxa de cura elevada, que ronda os 80%, quando diagnosticado precocemente (Ferlay et al., 2021). Concretamente nos doentes oncológicos com cancro de laringe, segundo

dados do *Global Cancer Observatory (GCO)* foram identificados 529 novos casos e 329 mortes devido a esta tipologia de cancro em 2020 (GCO, 2021).

Para a avaliação mais pormenorizada do diagnóstico do estado de saúde do Sr^o. D. utilizei o Referencial Teórico de Dorothea Orem, que identifica os requisitos para o autocuidado. Orem (2001) define o autocuidado como o planeamento de atividades de aprendizagem que visam aumentar os conhecimentos e capacidades individuais ou coletivas face às dificuldades e limitações que a pessoa encontra em alguma fase do seu processo de saúde-doença. Os requisitos universais do autocuidado existem em todos os seres humanos independentemente da idade e influenciam diretamente os processos de vida e as suas funções vitais, correspondendo às atividades de vida diária. Ou seja, será a intervenção de enfermagem a contribuir para a resolução de problemas reais e a prevenção de problemas potenciais relacionados com as atividades de vida, compensando esse défice de autocuidado na pessoa. (Orem, 2001).

Quando a pessoa não tem capacidade para cuidar de si própria, o défice de autocuidado determina a necessidade da intervenção de enfermagem capacitando a pessoa para desenvolver esse autocuidado, e em simultâneo conduz à ativação de sistemas de enfermagem, que se definem como ações desempenhadas pelos enfermeiros que perspetivam minimizar as limitações do doente com défice de autocuidado. (Orem, 2001).

Desta forma, a teoria dos sistemas de enfermagem, enfatiza a enfermagem como uma ação humana que identifica três tipos de prática: um sistema totalmente compensatório, no qual o enfermeiro substitui a pessoa no autocuidado; um sistema parcialmente compensatório, no qual enfermeiro ajuda a realizar aquilo que a pessoa não é capaz de fazer por si própria; e um sistema de apoio-educativo, no qual o enfermeiro identifica a capacidade que a pessoa tem para a prática do autocuidado, e apenas necessita de ensinar e supervisionar a realização das ações de autocuidado. (Orem, 2001).

Na perspetiva da teoria de Orem (2001) o termo requisito de autocuidado significa as ações que são dirigidas à provisão de autocuidado. Os requisitos estão divididos em três categorias distintas: requisitos universais do autocuidado, requisitos de autocuidado de desenvolvimento e requisitos de autocuidado de desvio na saúde.

Os requisitos universais do autocuidado, preconizados por Orem, estão relacionados, de uma maneira geral, com as atividades de vida diária do indivíduo a ser assistido. A análise aos requisitos universais do autocuidado do Sr^o. D. permite evidenciar que relativamente à:

- ❖ Manutenção de uma inspiração adequada para estabelecer o processo respiratório – **encontra-se alterado**;
- ❖ Manutenção de uma ingesta suficiente de água – **encontra-se alterado**;
- ❖ Manutenção de uma ingesta suficiente de alimentos – **encontra-se alterado**;
- ❖ Provisão de cuidados associados com processos de eliminação – não se encontra alterado;

- ❖ Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso – **encontra-se alterado**;
- ❖ Manutenção do equilíbrio entre o estar só e a interação social – **encontra-se alterado**;
- ❖ Prevenção dos perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano - não se encontra alterado;
- ❖ Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, limitações conhecidas e desejo de ser normal (de acordo com a genética, características constitucionais e talentos dos indivíduos) – não se encontra alterado.

Analisando os requisitos do autocuidado que surgem alterados pela condição atual de pós-cirurgia do Sr^o. D., para a minha intervenção de enfermagem foi necessário ao longo dos dias de prestação de cuidados em estágio recorrer aos três tipos de práticas referidas, numa fase inicial uma intervenção compensatória e, posteriormente uma intervenção de apoio-educativo, cujo foco principal de intervenção foi a promoção e a capacitação da pessoa para o autocuidado, verificando sempre uma evolução positiva com ganhos em saúde para a autonomia deste doente.

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento referem-se aos eventos ou situações novas que ocorrem na vida humana, porém com o propósito de desenvolvimento e, para o seu cumprimento necessitam dos requisitos universais de autocuidado (Orem, 2001). Na situação do Sr^o. D. os requisitos de autocuidado de desenvolvimento não se encontram alterados, uma vez que este senhor consegue satisfazer as atividades indispensáveis à manutenção da vida, saúde e bem-estar, mantendo o controlo pessoal da sua vida e o direito à sua autonomia. Os requisitos de autocuidado de desvio na saúde referem-se aos cuidados ou tomadas de decisão em relação ao problema de saúde ou diagnóstico com o propósito de recuperação, reabilitação e controle (Orem, 2001). O Sr^o. D. quando foi admitido para cirurgia possuía capacidades e habilidades que lhe permitiam realizar as atividades de autocuidado. Após ter sido submetido à cirurgia proposta, este doente perdeu a autonomia no autocuidado: higiene, vestuário, alimentar-se, sanitário, posicionar-se, transferir-se, gestão do regime terapêutico, comunicação, limpeza das vias aéreas, assim como défice no conhecimento para os cuidados pós-operatórios, cuidados à ostomia respiratória, cuidados às feridas cirúrgicas, entre outros. Como forma de ultrapassar as alterações resultantes deste desvio de saúde na vida do Sr^o. D., foi estruturado um planeamento de cuidados com vista a capacitação do doente para tomadas de decisão significativas na sua recuperação ou readaptação (potenciar a participação nos cuidados, partilhar o poder de decisão, comunicar não verbalmente, mediar processos de mudança) de forma a capacitá-lo a adotar medidas promotoras de autocuidado e de gestão do seu processo de doença e tratamento.

3. PLANO DE CUIDADOS

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® 2015), o autocuidado consta pela “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.42). Na sequência da realização deste estudo de caso e iniciando o acompanhamento dos cuidados de enfermagem prestados ao Srº. D. a partir do 3º dia pós-operatório, procedi à construção do plano de cuidados de enfermagem com recurso à CIPE® e à Classificação dos Resultados em Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC) (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2020) que mostraram ser fundamentais, para avaliação da evolução do autocuidado deste doente, e assim atingir os resultados pretendidos no processo de enfermagem.

- **Diagnóstico de Enfermagem:**

Limpeza das vias aéreas:

Limpeza das vias aéreas comprometida, em grau moderado

Potencial para melhorar o conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas

- **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Avaliar limpeza das vias aéreas
- ✓ Vigiar as secreções
- ✓ Vigiar tosse
- ✓ Incentivar a tossir
- ✓ Avaliar potencial para melhorar a capacidade

- **Avaliação de resultados:**

Com o objetivo de manter a via aérea permeável e permitir a respiração eficaz. Inicialmente doente teve alguma dificuldade em manter limpeza da via aérea adequado, porém com os ensinamentos e incentivos realizados, doente tornou-se capaz de mobilizar e expelir as secreções de forma autónoma e eficaz.

- **Diagnóstico de Enfermagem:**

Autocuidado:

Autocuidado da ostomia respiratória, dependente

- **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Avaliar autocuidado da ostomia respiratória

- ✓ Ensinar sobre ostomia respiratória
- ✓ Ensinar sobre dispositivos de traqueostomia
- ✓ Assistir no autocuidado ao estoma
- ✓ Assistir na troca de cânula de traqueostomia
- ✓ Vigiar estoma
- ✓ Vigiar pele periférica ao estoma
- ✓ Vigiar adaptação à traqueostomia

▪ **Avaliação de resultados:**

A presença de uma ostomia respiratória exige vigilância e cuidados para cicatrizar a ferida cirúrgica e manter integridade cutânea. A cicatrização decorreu sem intercorrências, foram removidos os pontos aquando da indicação médica, ficando com cicatriz e a pele peri-estoma íntegra. Durante o internamento foram realizados os respetivos ensinamentos sobre a ostomia, dispositivos de traqueostomia, cuidados traqueais, cumprido com sucesso um plano progressivo de aprendizagem e treino com o doente. Nos dias antes da alta clínica, o doente tornou-se independente no autocuidado da ostomia respiratória.

▪ **Diagnóstico de Enfermagem:**

Autocuidado: alimentar-se

Dependência no autocuidado alimentar-se, em grau elevado

▪ **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Avaliar autocuidado alimenta-se
- ✓ Providenciar dispositivos para se alimentar
- ✓ Alimentar a pessoa através de sonda
- ✓ Otimizar sonda nasogástrica
- ✓ Vigiar refeição
- ✓ Incentivar o reforço hídrico

▪ **Avaliação de resultados:**

Diagnóstico definido com o objetivo de cumprir dieta instituída, promovendo uma alimentação correta e equilibrada, adequada à recuperação pós-cirúrgica. Inicialmente, o doente foi alimentado por SNG com alimentação entérica química, progredindo para bólus de alimentação para entubados e, numa fase posterior após treino de deglutição e avaliação médica, retomou dieta oral com tolerância e apetite de forma autónoma. Houve sempre um acompanhamento médico e de nutricionista nesta progressão de dieta.

- **Diagnóstico de Enfermagem:**

Autocuidado: posicionar-se/ transferir-se

Dependência no autocuidado posicionar-se/ transferir-se, em grau reduzido

- **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Avaliar autocuidado posicionar-se
- ✓ Avaliar autocuidado transferir-se
- ✓ Incentivar no autocuidado posicionar-se

- **Avaliação de resultados:**

Diagnóstico definido com o objetivo de promover a mobilidade e a postura corporal correta do doente. Desde o 3º dia pós-operatório, que o doente conseguiu posicionar-se no leito com alternância de decúbitos, tal como transferir-se entre superfícies autonomamente apenas com supervisão.

- **Diagnóstico de Enfermagem:**

Autocuidado: uso do sanitário

Dependência no autocuidado uso do sanitário, em grau reduzido

- **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Avaliar autocuidado uso do sanitário
- ✓ Assistir no autocuidado uso do sanitário
- ✓ Providenciar dispositivos para o uso do sanitário

- **Avaliação de resultados:**

Diagnóstico definido com o objetivo de garantir a eliminação de resíduos ou substâncias tóxicas formadas no metabolismo. Desde o 3º dia pós-operatório, que o doente conseguiu realizar o autocuidado uso do sanitário de forma autónoma usando o urinol ou indo à casa de banho.

- **Diagnóstico de Enfermagem:**

Autocuidado: higiene

Dependência no autocuidado higiene, em grau reduzido

- **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Avaliar autocuidado higiene

- ✓ Providenciar dispositivos para o uso do autocuidado higiene
- ✓ Incentivar no autocuidado higiene
- ✓ Lavar a boca
- ✓ Aplicar creme hidratante

▪ **Avaliação de resultados:**

Diagnóstico definido com o objetivo de manter a pele limpa e íntegra. Desde o 3º dia pós-operatório, que o doente conseguiu realizar o autocuidado higiene com autonomia.

▪ **Diagnóstico de Enfermagem:**

Autocuidado: vestir-se

Dependência no autocuidado vestir-se, em grau reduzido

▪ **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Avaliar autocuidado vestir-se
- ✓ Providenciar dispositivos para o uso do autocuidado vestir-se
- ✓ Assistir no autocuidado vestir-se

▪ **Avaliação de resultados:**

Diagnóstico definido com o objetivo de manter a regulação da temperatura corporal, além de proporcionar conforto e boa aparência ao doente. Desde o 3º dia pós-operatório, que o doente conseguiu realizar o autocuidado vestir-se com autonomia.

▪ **Diagnóstico de Enfermagem:**

Ferida cirúrgica

Presente na região cervical bilateral

▪ **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Avaliar ferida cirúrgica
- ✓ Executar tratamento da ferida cirúrgica
- ✓ Vigiar penso da ferida cirúrgica

▪ **Avaliação de resultados:**

Este diagnóstico de enfermagem tem como objetivo a vigilância da cicatrização da ferida cirúrgica e manter a integridade cutânea. Ao longo do internamento, foi realizado tratamento à ferida cirúrgica, verificando-se uma evolução cicatricial sem intercorrências, foram

removidos pontos e grafos com indicação médica, ficando com cicatriz exposta e a pele íntegra.

▪ **Diagnóstico de Enfermagem:**

Ferida cirúrgica

Presente na região cervical esquerda por presença de dreno de aspiração de vácuo

Presente na região cervical direita por presença de dreno de aspiração de vácuo

▪ **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Avaliar ferida cirúrgica
- ✓ Executar tratamento da ferida cirúrgica
- ✓ Vigiar penso da ferida cirúrgica
- ✓ Otimizar sistema de drenagem
- ✓ Monitorizar líquido de drenagem
- ✓ Vigiar características de líquido de drenagem
- ✓ Remover sistema de drenagem

▪ **Avaliação de resultados:**

Este diagnóstico de enfermagem tem como objetivo a vigilância da cicatrização das feridas cirúrgicas presentes pela colocação de drenos de vácuo aspirativos durante a cirurgia, que permitiram eliminar líquidos abdominais resultantes da cirurgia, e além disso, garantir que a integridade cutânea seria mantida. Durante os primeiros dias pós-cirúrgicos, o líquido de drenagem foi diminuindo, e os drenos foram retirados por indicação médica. As respectivas feridas cirúrgicas dos locais de inserção dos mesmos, foram apresentando uma boa evolução cicatricial, até ficarem expostas.

▪ **Diagnóstico de Enfermagem:**

Comunicação

Comunicação comprometida

▪ **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Avaliar comunicação
- ✓ Avaliar capacidade no uso de dispositivos de comunicação
- ✓ Otimizar comunicação
- ✓ Referir para terapia da fala

▪ **Avaliação de resultados:**

Doente com alterações na comunicação pela presença de traqueostomia, mas com capacidade para manter comunicação por mimica e escrita com papel e caneta. Ao longo do internamento manteve comunicação eficaz com profissionais e visitas utilizando as estratégias aprendidas. O doente foi referenciado para terapia da fala, que iria ter continuidade de cuidados em regime ambulatorio para melhoria das estratégias de comunicação não-verbal e futuramente verbal, através de prótese traqueoesofágica.

▪ **Diagnóstico de Enfermagem:**

Conhecimento

Potencial para melhorar conhecimento sobre pós-operatório

▪ **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Avaliar conhecimento sobre pós-operatório
- ✓ Ensinar/educar e instruir sobre os cuidados pós-operatórios (vigilância do estado hemodinâmico, exercícios respiratórios, gestão da dor, mobilização precoce, dieta progressiva, cuidados à ferida operatória e sistemas de drenagens, vigilância da eliminação urinária e intestinal, cuidados orais, cuidados traqueais e estratégias de comunicação não-verbal)

▪ **Avaliação de resultados:**

O conhecimento sobre pós-operatório tem como objetivo capacitar o doente para os cuidados pós-operatórios, assim como torná-lo capaz de despistar eventuais complicações pós-operatórias. O doente esteve sempre muito disponível para a aprendizagem e apreendeu os ensinamentos realizados no pós-operatório.

▪ **Diagnóstico de Enfermagem:**

Ansiedade Presente

▪ **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Avaliar ansiedade
- ✓ Disponibilizar suporte emocional
- ✓ Promover a escuta ativa
- ✓ Incentivar a partilha de emoções e sentimentos

▪ **Avaliação de resultados:**

Este diagnóstico foi definido com o intuito de avaliar e reduzir o estado de ansiedade do doente. Em simultâneo permite estabelecer uma relação empática e de confiança com o mesmo, para que manifeste os seus medos e receios associados à sua doença e a este processo de internamento peri-operatório. Durante o internamento o doente teve alguns períodos de ansiedade devido à dificuldade em adaptação à sua nova condição de doença, com alteração da sua comunicação com os outros e presença de dispositivos de traqueostomia para manipular. Nos momentos de aprendizagem proporcionados pelos enfermeiros, era mais notória a presença de ansiedade no doente, pelo receio que este tinha de não ser capaz de aprender e assimilar os ensinamentos, limitando a sua autonomia no autocuidado no pós-alta. Foi sempre disponibilizado apoio emocional pelos enfermeiros ao longo do internamento, ajudando ao autocontrolo da ansiedade por parte do doente.

▪ **Diagnóstico de Enfermagem:**

Risco de infeção

Por presença de cateter venoso periférico, ferida cirúrgica e traqueostomia

▪ **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Avaliar risco de infeção
- ✓ Aplicar medidas de prevenção da contaminação
- ✓ Executar tratamento ao local de inserção de cateter venoso periférico, feridas cirúrgicas e traqueostomia
- ✓ Otimizar cateter venoso periférico
- ✓ Trocar cateter venoso periférico
- ✓ Vigiar sinais inflamatórios
- ✓ Vigiar penso do cateter

▪ **Avaliação de resultados:**

Este diagnóstico de enfermagem tem por objetivo prevenir contaminação e infeções associadas aos cuidados de saúde. Durante o internamento o local de inserção do cateter venoso periférico manteve-se sem sinais inflamatórios e foi trocado de 3 em 3 dias conforme protocolo do serviço ou sempre que a sua permeabilidade não estava mantida.

▪ **Diagnóstico de Enfermagem:**

Risco de úlcera de pressão:

Baixo Risco, Score 22 na Escala de Braden

▪ **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Avaliar risco de úlcera por pressão
- ✓ Vigiar sinais de úlcera por pressão
- ✓ Aliviar zona de pressão através de dispositivos
- ✓ Aplicar creme

▪ **Avaliação de resultados:**

A definição deste diagnóstico de enfermagem tem como objetivo prevenir úlceras por pressão em contexto hospitalar. Neste caso, o doente não desenvolveu nenhuma úlcera por pressão durante o internamento.

▪ **Diagnóstico de Enfermagem:**

Risco de queda

Baixo risco, Score 35 na escala de Morse

▪ **Intervenções de Enfermagem:**

- ✓ Avaliar risco de queda de 7 em 7 dias
- ✓ Baixar cama
- ✓ Gerir ambiente
- ✓ Ensinar sobre medidas de segurança
- ✓ Vigiar comportamento
- ✓ Oferecer dispositivo de chamada

▪ **Avaliação de resultados:**

A definição deste diagnóstico de enfermagem tem como objetivo prevenir quedas em contexto hospitalar. Neste caso, o doente não teve nenhuma queda durante o internamento.

4. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

A prestação de cuidados ao doente oncológico é uma atividade envolta em fragilidades e tensões impostas pela doença, pelos tratamentos, pelo sofrimento intrínseco da doença e pelas mais variadas alterações que ela transporta nos padrões de vida quotidiana, nomeadamente nas atividades de autocuidado. Para a teórica de Enfermagem Orem (2001) as pessoas podem beneficiar da enfermagem quando têm limitações causadas por doença que comprometem o envolvimento na manutenção do seu autocuidado. Ou seja, o enfermeiro é um dos principais responsáveis por desenvolver estratégias de intervenção centradas na pessoa e sua família, recorrendo à filosofia holística e humanizadora dos cuidados, privilegiando a relação, comunicação e o trabalho em equipa multidisciplinar.

Perante a complexidade do processo de saúde-doença da pessoa com cancro, torna-se indispensável recorrer a um modelo conceitual para orientar e reforçar a prática de cuidados fortalecendo uma melhor articulação entre a teoria e a prática. Tendo por base o modelo teórico de Dorothea Orem adotado neste projeto de estágio, torna-se mais fácil determinar as necessidades de manutenção e regulação do autocuidado, avaliando os fatores internos e externos que afetam a atividade funcional e de desenvolvimento pessoal do indivíduo, e assim produzir cuidados facilitadores do desenvolvimento dos poderes e capacidades do indivíduo para o envolvimento nos cuidados, por forma a determinar uma intervenção mais ajustada às necessidades de autocuidado presentes, e manter a pessoa motivada e capaz de desempenhar essas atividades (Orem, 2001).

Assim, analisando em concreto a situação do Sr^o. D. foram identificadas as suas necessidades e problemas que se relacionavam essencialmente com a adaptação funcional pelo receio de não conseguir autocuidar-se sozinho, com a gestão emocional pela alteração da imagem corporal e capacidade de comunicar verbalmente, traduzindo-se em limitações na manutenção das suas atividades de vida habituais. O Sr^o. D. manifestou várias vezes estas preocupações prevendo as limitações da sua adaptação no regresso a casa pós-alta. Ao longo do internamento, foi definido o plano de cuidados de enfermagem, já apresentado anteriormente, como forma de prestar cuidados eficazes e promotores da autonomia do doente preparando a alta o mais cedo quanto possível. A prestação de cuidados foi desenvolvida em parceria com o doente tendo por base a relação de ajuda, a empatia, a honestidade, a disponibilidade, a capacidade de escuta, a compreensão e o respeito.

O foco de enfermagem neste estudo de caso foi centrado na promoção e na capacitação para o autocuidado, planeando a alta do Sr^o. D. com a sua maior autonomia possível, focando-se a informação fornecida pelos enfermeiros em vários aspetos, tais como, higiene pessoal, instruções nutricionais, manutenção de mobilidade física, cuidados com a ostomia (vigilância e prevenção de sinais de infeção/ complicações), integridade da pele, estratégias de comunicação não-verbal, gestão do regime terapêutico, retoma da atividade diária, sinais para

recorrer ao serviço de urgência em caso de necessidade e a continuidade de cuidados pelo seguimento em consultas externas.

Nesta perspetiva, foram aplicadas estratégias de intervenção, tais como:

- ✓ Promover escuta ativa e incentivar a partilha de emoções e sentimentos, prestando apoio emocional e disponibilidade para que o Sr^o D. partilhasse os seus receios e as suas prioridades no seu processo de saúde-doença;
- ✓ Promover o envolvimento do doente e sua família na dinâmica dos cuidados;
- ✓ Ensinar/educar e instruir o doente e sua família para os cuidados perioperatórios e planeamento da alta, como a alimentação, cuidados traqueais (estoma e pele peri-estoma), cuidados de higiene oral e comunicação;
- ✓ Estimular o *empowerment*, prestando cuidados de enfermagem com vista à capacitação do doente e sua família para o autocuidado com a traqueostomia, higiene oral e técnicas de comunicação não-verbal;
- ✓ Incentivar o potencial do Sr^o. D. através de estímulos e reforços positivos frequentes, estimulando a sua autonomia no autocuidado;
- ✓ Ajustar as informações e ensinamentos realizados às necessidades do doente, avaliando constantemente a capacidade do doente para a apreensão da informação e ensinamentos realizados ao longo do internamento.
- ✓ Percecionar a vontade e motivação do doente para o processo de aprendizagem na educação para a saúde;
- ✓ Dar a conhecer os recursos comunitários existentes e disponíveis, no sentido de dar apoio ao doente e sua família no pós-alta, nomeadamente na aquisição de material para a realização dos cuidados traqueais, consultas de terapia da fala ou nutricionista, associações de apoio social a laringectomizados, entre outros.

Estas estratégias acima definidas permitiram consciencializar o Sr^o. D. para o seu processo de saúde/doença, gestão de sintomas e cuidados de promoção de saúde e continuidade de cuidados eficaz após a alta hospitalar. A equipa de enfermagem teve a preocupação de prestar cuidados centrados no doente, envolvendo a sua família (neste caso concreto a filha mais velha e a esposa), assim como na satisfação das necessidades identificadas e promovendo a transmissão de informação adequada às mesmas e uma tomada de decisão partilhada. A equipa de enfermagem, em parceria com a equipa multidisciplinar, teve sempre presente a importância da informação e do ensino na preparação para a alta, na promoção do autocuidado, ao reconhecerem o conceito de autocuidado de Orem como uma atividade que pode ser aprendida e que deve ser, refletidamente, desempenhada de forma contínua promovendo o bem-estar e qualidade de vida do doente e sua família. (Orem, 2001). Além disso, tendo em conta que o autocuidado requer não só aprendizagem e uso de conhecimento, mas também motivação permanente e habilidades

(Orem, 2001), o envolvimento do doente neste processo é realizado o mais precoce quanto possível no pós-operatório, neste serviço de cirurgia.

Desde o primeiro contacto com o Sr^o. D. que foi estabelecida uma relação de empatia muito importante para a sua confiança e envolvimento nos cuidados que lhe foram prestados, primordial no sucesso dos resultados de enfermagem obtidos no plano de cuidados que defini para si, em parceria com a enfermeira EEMC que me acompanhou neste estágio clínico. O Sr^o. D. teve alta completamente autónomo no seu autocuidado, dotado de conhecimento e habilidades que lhe davam confiança para continuar o seu caminho terapêutico resultante da sua atual doença oncológica, com a qualidade de vida que precisava, conforto e tranquilidade.

O reconhecimento do trabalho desenvolvido pela equipa multiprofissional do serviço de cirurgia e o sentimento de gratidão demonstrado múltiplas vezes pelo Sr^o. D. nos dias que anteciparam a alta, são estímulos motivadores para a continuidade do meu percurso profissional futuro enquanto enfermeira especialista, na vertente do doente oncológico.

CONCLUSÃO

É consensual que o objetivo dos cuidados de Enfermagem é facilitar a resposta da pessoa à doença e aos processos de vida. A realização deste estudo de caso como atividade de estágio desta UC foi, sem dúvida, uma mais-valia na avaliação e compreensão do impacto da doença oncológica na pessoa e na sua família. Permitiu-me ir de encontro ao objetivo a que me propus neste campo de estágio, de adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais de enfermeiro mestre e EEMC, na capacitação para o autocuidado do doente oncológico de cabeça e pescoço, percecionando as suas vulnerabilidades e défices no autocuidado e assim, identificar as suas necessidades, bem como da sua família, nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social. Assim, foi possível estruturar uma intervenção de enfermagem organizada e compensatória para a manutenção e maximização do bem-estar e da qualidade de vida do doente oncológico e prestar cuidados promotores do autocuidado no doente oncológico de cabeça e pescoço, baseados na avaliação abrangente do doente e sua família, decorrente da vivência de um processo cirúrgico no serviço de internamento.

A abordagem sistemática centrada na pessoa com doença oncológica e fundamentada pelas teorias de enfermagem, mais concretamente, uma intervenção individualizada que vai de encontro às necessidades da pessoa em determinada fase de doença oncológica, permite envolver a pessoa na tomada de decisão do seu processo de saúde-doença e respetivo plano terapêutico, e assim atingir o sucesso dos resultados em enfermagem.

O desenvolvimento de competências de comunicação, nomeadamente através da realização de entrevista informal, e uso de estratégias alternativas de comunicação não-verbal também contribuiu para o meu crescimento profissional, adaptando a abordagem à pessoa de uma forma holística, porém individualizada, analisando as suas necessidades de informação, educativas e de suporte, formulando intervenções educativas direcionadas a cada doente como ser único.

O sucesso da realização deste estudo de caso será mais um passo dado no meu desenvolvimento profissional como futura enfermeira especialista, conforme missão e critérios da Ordem dos Enfermeiros, com pensamento crítico-reflexivo e postura ativa na tomada de decisão no meu contexto de trabalho, pela fundamentação da minha intervenção na prática baseada na evidência, indo de encontro a uma Enfermagem distinta com obtenção de ganhos em saúde pela qualidade dos cuidados prestados e satisfação dos clientes que deles usufruem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, A., Durán, M. & Villanueva, S. (2018). *Cuidados de enfermería y complicaciones en el paciente laringectomizado*. Facultad de Enfermería de Valladolid: Grado en Enfermería.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.
- European Oncology Nursing Society (EONS). (2018). *The EONS cancer nursing education framework*. Disponível em <https://cancernurse.eu/education/cancer-nursing-education-framework>.
- Ferlay J., Colombet M., Soerjomataram I., Parkin DM., Piñeros M., Znaor A. & Bray F. (2021). Cancer statistics for the year 2020: An overview. *Int J Cancer*. 149 (4): 778–789. Doi: 10.1002/ijc.33588. Epub ahead of print. PMID: 33818764.
- Galdeano, L., Rossi, L. & Zago, M. (2003). Roteiro Instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 11 (3): 371-375.
- Global Cancer Observatory. (2021). *Portugal Source Globocan 2020*. Acedido em 30/10/2022. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>
- Martín, M., Morrondo, M.S. & Villamor, P. (2015). *Propuesta de guía de enfermeira para el cuidado integral del paciente laringectomizado*. Facultad de Enfermería de Valladolid: Grado en Enfermería.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2020). *NOC: Classificação dos resultados de enfermagem*. 6.^a ed. Rio de Janeiro: Gen Guanabara Koogan. ISBN: 9788595157385.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Edição portuguesa. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 9789295099357
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of practice*. 6^a Ed. St. Louis: Mosby.

APÊNDICE I – Avaliação da competência no autocuidado à ostomia respiratória

AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA NO AUTOCUIDADO À OSTOMIA RESPIRATÓRIA		AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA					
Nome: <u>[Redacted]</u>	Cama: <u>[Redacted]</u>	1º momento		2º momento		3º momento	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Cirurgia: <u>GT</u>		Data: <u>21/10/22</u>		Data: <u>11/11/2022</u>		Data: <u>05/11/2022</u>	
DIA DA AVALIAÇÃO		1º momento		2º momento		3º momento	
CONHECIMENTO		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1. Refere o que é uma laringectomia total		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Refere qual é a finalidade da laringectomia total		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Refere quais as consequências decorrentes da laringectomia total		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Refere que já lhe foi iniciado o ensino de cuidados traqueais		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Refere quais os dispositivos necessários no cuidado à laringectomia total		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Refere quando deve proceder à substituição do(s) dispositivo(s)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Refere como deve proceder à substituição do(s) dispositivo(s)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Refere quando deve proceder à limpeza do estoma e pele circundante		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Refere como deve proceder à limpeza do estoma e pele circundante		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade para a pessoa laringectomizada total		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXECUÇÃO		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
11. Organiza e prepara o material necessário para o cuidado à laringectomia total		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Lava as mãos		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Remove a fita ou velcro		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Remove o(s) dispositivo(s)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Limpa, seca o estoma e pele circundante		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Limpa o(s) dispositivos		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Insere o(s) dispositivo(s) com fita de velcro		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Aplica penso de proteção		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Fixa o(s) dispositivo(s)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Confirma o ajuste do(s) dispositivo(s)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Arruma material utilizado		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Lava as mãos		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auto-vigilância		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
23. Observa a ostomia respiratória		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Identifica as características das secreções		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total							
Recomendações da Enfermeira Médico-Cirúrgica							
1. Necessita de melhorar o conhecimento sobre a ostomia respiratória		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Necessita melhorar o procedimento de execução da higiene traqueal		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Necessita melhorar o conhecimento sobre o material a utilizar		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Existe registro no SClínico do procedimento		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apêndice V

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO B DE ESTÁGIO CLÍNICO

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO B DE ESTÁGIO CLÍNICO

Estágio com Relatório

Mestranda Patrícia Branco – 11020



O último campo de estágio foi o local de trabalho onde exerço funções de enfermeira, o Centro de Oncologia (CO) do [REDACTED] – contexto clínico B, que se situa no piso -1, do Edifício B do hospital e, que ocupa desde 2019 uma nova ala adjacente ao antigo espaço físico. O serviço constitui-se pelo Hospital de Dia de Oncologia (HDO), a Medicina Nuclear, a Radioterapia, duas salas de penso de apoio á Cirurgia Oncológica e vários gabinetes de consulta que são usados por toda a equipa multidisciplinar. O CO sendo um serviço de referência, oferece uma abordagem multidisciplinar e completa das doenças oncológicas, com a missão de obter eficácia nos melhores resultados em saúde para os seus clientes, contando com uma equipa multidisciplinar experiente e especializada. Esta é constituída por:

- Médicos:
 - 10 Médicos com especialidade em Oncologia Médica;
 - 1 Médico com especialidade em Genética Médica;
 - 4 Médicos com especialidade em Hematologia Clínica;
 - 4 Médicos com especialidade em Medicina Nuclear;
 - 2 Médicos com especialidade em Radioterapia.
- Enfermeiros:
 - 1 Enfermeira Chefe,
 - 10 Enfermeiros Generalistas;
 - 4 Enfermeiros com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de intervenção de Enfermagem Oncológica;
 - 1 Enfermeiro com especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
 - 1 Enfermeiro com especialidade em Enfermagem de Reabilitação;
- 6 Assistentes Operacionais
- Técnicos de Radioterapia
- Técnicos de Medicina Nuclear.

O CO agrega as especialidades não cirúrgicas responsáveis pelo diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas como a Oncologia médica, a Radioterapia e a Medicina Nuclear, assim como as especialidades direcionadas para a cirurgia oncológica (Cirurgia Digestiva,

Cirurgia da Mama, Neurocirurgia, Cirurgia Torácica, Cirurgia Plástica, etc.). Existe, também, uma inter-relação muito próxima com as especialidades envolvidas em exames de diagnóstico (como, por exemplo: anatomia patológica, imagiologia, patologia clínica, gastroenterologia e pneumologia, etc.) e as áreas não médicas de apoio, como nutrição, psicologia, assistente social, entre outras.

Importa também referir que este serviço dispõe de instalações modernas e acolhedoras, com equipamentos médicos e tecnologia inovadores, como por exemplo, Tomografia por Emissão de Positrões (PET), Câmara Gama, Cintigrafias, Ressonância Magnética, Fluorescência e Bioluminescência, o que permite uma resposta rápida no diagnóstico e tratamento do cancro.

O CO está organizado em centros funcionais especializados por patologia de tumor, em que cada centro envolve todas as especialidades que podem dar resposta no diagnóstico, tratamento e *follow-up* contínuo da pessoa com cancro. As equipas reúnem-se no sentido de coordenar a ação de forma integrada de acordo com a especificidade e individualidade de cada cliente. Sendo que as doenças oncológicas acarretam um enorme impacto biopsicossocial-cultural, espiritual e familiar, o CO pretende amenizar esta dificuldade pela prestação de cuidados de excelência aos seus clientes e famílias, cumprindo objetivos como diagnóstico rigoroso, planeamento detalhado e completo do plano terapêutico, e disponibilidade completa dos cuidados necessários ao longo do acompanhamento e vigilância da doença e tratamento.

A situação clínica de cada cliente é discutida em Consulta Multidisciplinar de Decisão Terapêutica (CMDT), em que participam médicos de várias especialidades, e na qual é feita a avaliação diagnóstica e a recomendação terapêutica. É um momento fundamental da assistência ao cliente, para início do processo terapêutico. O tratamento da doença oncológica pode envolver, de forma isolada ou em concomitância, terapêuticas locais (cirurgia e radioterapia) e sistémicas (quimioterapia e hormonoterapia, entre outras). A decisão e sequência dos tratamentos pode variar consoante o tipo de tumor, a sua caracterização e localização, bem como o estadiamento de cada doença.

A Oncologia Médica responsabiliza-se pela articulação das equipas multidisciplinares de decisão terapêutica em cada um dos centros especializados por tipo de cancro, assumindo o papel de coordenação dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades médicas e cirúrgicas ao doente oncológico em tratamento, acompanhando-o ao longo de todo o seu processo saúde-doença. Os médicos oncologistas estão distribuídos por áreas diferenciadas como cancro da mama, digestivo, ginecológicos, cabeça e pescoço/ otorrinolaringologia, testículo, urológicos, pulmão e melanoma. Na oncologia médica, a par do tratamento com quimioterapia, imunoterapia e hormonoterapia, a prevenção e o diagnóstico precoce é também tido como muito importante. Por sua vez, a Hematologia Clínica é a área clínica responsável pelo tratamento da grande maioria dos cancros hemato-oncológicos com

excelente capacidade diagnóstica e terapêutica, rapidez e capacidade de resposta em articulação com a equipa multidisciplinar. O hospital detém recursos para diagnóstico muito sofisticados que permitem responder rapidamente com administração de terapêutica de hematologia.

O HDO é um espaço amplo com unidades independentes equipadas com cadeirões articulados comandados, televisão individual e acesso à internet como forma de promover conforto e harmonia durante o tempo que o cliente permanece em tratamento. Também é permitida a companhia de uma pessoa significativa. As unidades individuais de tratamento estão situadas no centro do serviço, direcionadas para o jardim interno do hospital que ocupa a vista em frente ao serviço, que os clientes admiram como forma de se abstrair do tempo de tratamento. Existem ainda 3 quartos individuais, para tratamentos que exijam maior privacidade ao cliente ou para situações clínicas de clientes mais debilitados, e um outro quarto equipado com um aparelho para sessões de hipertermia – um moderno e inovador tratamento complementar à doença oncológica. Este tratamento consiste na aplicação de radiação infravermelha sobre o corpo inteiro da pessoa, produzindo calor que é distribuído pela corrente sanguínea. A subida da temperatura nos tecidos corporais entre os 38,5°C até 40,5°C provoca a estimulação de processos imunológicos, fortalecendo as defesas imunitárias contra várias doenças, entre elas o cancro. O espaço físico do HDO ainda contempla uma zona de trabalho da equipa de Enfermagem, a zona de apoio logístico, o gabinete da enfermeira chefe, dois gabinetes de enfermagem de atendimento ao cliente e família, um gabinete médico, a farmácia oncológica e a copa de apoio aos clientes.

Na Medicina Nuclear realizam-se exames como PET, Cintigrafias, Ressonância Magnética, Fluorescência e Bioluminescência que permitem a visualização, caracterização e a quantificação de processos biológicos que ocorrem a nível molecular no corpo humano utilizando moléculas com marcadores radioativos que evidenciam as células afetadas nas áreas do corpo onde a doença está presente, com o objetivo de a diagnosticar o mais rapidamente possível e definir o plano de tratamento.

A Radioterapia desenvolve a sua atividade no âmbito da radioncologia, no tratamento e prevenção de doenças oncológicas e de alguns tumores e de doenças benignas com radiações ionizantes, mediante as valências de Radioterapia Externa, e de Radioterapia Interna ou Braquiterapia garantindo resposta em tempo útil a clientes provenientes de Unidades de Saúde públicas e privadas. A radioterapia pode ser administrada isoladamente ou concomitante com outro tratamento, com um intuito radical ou definitivo, ou com um carácter pré-operatório, pós-operatório, “profilático”, paliativo chegando mesmo em alguns casos a ser administrada com um carácter de emergência “*life saving*” como por exemplo em casos de hemorragias intratáveis com outros meios, compressão medular e intracraniana grave e síndromes de veia cava superior.

O Serviço de Radioterapia está atualmente equipado com um Acelerador Linear – ELEKTA (Modelo: SINERGY), um Acelerador Linear – ELEKTA (Modelo: Versa HD), um equipamento de Tomografia Computorizada – SIEMENS Somatom® (Modelo: Emotion 6), um equipamento de Braquiterapia de alta taxa de dose, um equipamento de Braquiterapia prostática de baixa taxa de dose para implantes em tempo real, sistemas de planeamento dosimétrico computadorizado tridimensional (planimetria) para radioterapia externa e braquiterapia, sistemas de dosimetria básica para controlo de qualidade da tecnologia existente, sistemas de dosimetria específicos de radioproteção contra radiações ionizantes e sistemas de rede de transmissão e registo de dados e imagem.

As técnicas standard de radioterapia utilizadas são: radioterapia conformacional 3D, radioterapia de intensidade modulada (IMRT), radioterapia guiada por imagem (IGRT), radioterapia estereotáxica fracionada craniana e corporal, radio cirurgia estereotáxica, a braquiterapia de alta e baixa taxa de dose. Todos estes tratamentos de radioterapia sendo cuidados standard na prática clínica, são supervisionados por um especialista em radioncologia e assessorados por um especialista em física médica.

A equipa do Serviço de Radioterapia é multidisciplinar, e além dos dois Médicos radioncologistas já referidos anteriormente, é ainda constituída por três Físicos Médicos, um Técnico de dosimetria, cinco Técnicos de Radioterapia, contando sempre que necessário, com a equipa de enfermagem, de auxiliares de ação médica e os elementos que fazem parte da equipa administrativa/assistentes de consulta do Centro de Oncologia.

A prestação de cuidados por parte da equipa de enfermagem é centrada na pessoa durante toda a trajetória da sua doença. O funcionamento do CO é assegurado desde as 8h até as 20h de segunda a sexta-feira. O horário de trabalho compreende 8 horas diárias e tem diferentes tipologias de horário dentro dessas 12 horas. No período das 20h às 8h e ao fim-de-semana a resposta a qualquer necessidade dos clientes é garantida através de contacto telefónico pela Linha 24 de Oncologia, fornecendo-se assim a disponibilidade total, 24 horas por dia, 365 dias por ano.

Cada colaborador do hospital tem um perfil informático protegido por *login* individual e intransmissível, onde pode aceder à plataforma geral L█████k onde se encontram disponíveis todas as aplicações informáticas de apoio à prática clínica. Aquelas que têm mais importância à prática de enfermagem são: a “Gestão de atendimento” – gere o sistema de marcações e senhas dos clientes e permite identificar o percurso do cliente desde que faz a sua admissão no hospital; o aplicativo “Sorion” – onde são realizados todos os registos clínicos acerca do cliente, exames complementares de diagnóstico e terapêutica realizados, ou seja, encontra-se todo o processo clínico do cliente; e o aplicativo “Oncofarm” – onde se encontra a prescrição dos protocolos de quimioterapia, imunoterapia e hormonoterapia, de visualização partilhada pela equipa médica, enfermeiros e farmacêuticos. Os registos de enfermagem e

validação de terapêutica não-oncológica são efetuados no aplicativo “Sorion”, por sua vez, a validação da terapêutica dos protocolos de oncologia é realizada no aplicativo “Oncofarm”.

Os enfermeiros do CO realizam as suas intervenções na Medicina Molecular, no Hospital de Dia de Oncologia, na Radioterapia, no Centro de Cancro da Mama, no Centro de Cancro Digestivo, no Centro de Cancro Ginecológico e no apoio à Cirurgia Oncológica. Encontra-se implementado o modelo de *Nurse Navigator*, a três enfermeiras especialistas, uma no Centro do cancro da Mama desde 2013, uma no Centro do cancro Digestivo desde 2019, e mais recentemente desde setembro 2022, uma enfermeira no Centro do cancro Ginecológico. Estas enfermeiras assumem o papel de elo de ligação ao doente oncológico no sentido de o orientar e apoiar ao longo de toda a trajetória de doença. O acompanhamento do cliente e sua família é prestado presencialmente em consulta de enfermagem, ou de forma não presencial através de telefone, facultando informação e orientações que capacitam a pessoa para o seu percurso terapêutico, gerindo a complexidade do diagnóstico de cancro e fazendo a articulação com a equipa multidisciplinar do CO, como forma de prevenção ou resolução das necessidades que o doente oncológico enfrenta perante o seu diagnóstico. Estas enfermeiras são ainda responsáveis por assegurar a continuidade de cuidados, conforme o plano de tratamento e as necessidades específicas de cada cliente.

Cada enfermeira *Nurse Navigator* tem uma agenda própria das suas consultas, e um contacto telefónico direto que fornece aos seus clientes. Nestes centros por patologia, as enfermeiras realizam consultas pré e pós-operatórias, quando o tratamento passa por uma intervenção cirúrgica, consulta pré-tratamento de quimioterapia e *follow-up* semanal por telefone, consulta pré-tratamento de radioterapia e consultas semanais para monitorização de radiotoxicidade e acompanhamento destes clientes, e consulta de suporte emocional para o cliente e família sempre que for identificada esta necessidade. Para outras patologias de doença oncológica, outros elementos aleatórios da equipa de Enfermagem realizam a primeira consulta no início do processo de tratamento e uma consulta de *follow-up* uma semana após tratamento, a partir daí o acompanhamento e monitorização de sintomas adversos são garantidos nos dias de tratamento no HDO. Na primeira consulta faculta-se o folheto com as informações relevantes referentes ao tratamento a realizar para que o doente possa conhecer, controlar e antecipar qualquer situação que dele possa decorrer, explica-se a dinâmica do serviço e disponibiliza-se os contactos telefónicos do CO.

No CO o serviço administrativo é assegurado por secretárias de *frontdesk* que estão no atendimento direto ao público e por um gestor de cliente que é a pessoa responsável pela coordenação de todo o processo administrativo do doente oncológico desde que inicia o seu processo de tratamento no hospital. Este gestor é definido de acordo com o médico assistente do cliente. Uma vez definido o plano de diagnóstico e tratamento, o gestor do cliente entra em contacto com o cliente, funcionando como elemento facilitador na ligação com o hospital. O agendamento de consultas, tratamentos, exames, assim como a elaboração de orçamentos

do plano terapêutico definido, e o contacto com seguradoras, sistemas complementares de saúde ou outras entidades deste tipo, que facilitam o percurso administrativo do cliente, são funções do gestor de cliente.

O [REDACTED] dispõe de uma aplicação móvel “M [REDACTED]”, que os clientes podem descarregar para os seus dispositivos móveis e registarem-se na mesma. Esta aplicação tem uma agenda onde os clientes podem verificar as suas marcações, fazer pedido de novas marcações, visualizar os resultados dos seus exames complementares de diagnóstico, entre muitas outras informações acerca do seu hospital. Além disso, já podem fazer admissão online para qualquer ato que venham realizar ao hospital, com emissão automática de senha de chamada. Quando a admissão é feita pessoalmente nos balcões de atendimento pelas administrativas do *frontdesk*, é também atribuído um número de chamada que o cliente pode acompanhar no ecrã da sala de espera, ou recebendo uma mensagem de texto no seu telemóvel. Este sistema de atendimento através do telemóvel pessoal do cliente, facilita a gestão do tempo entre os diferentes atos que o cliente tem agendados nesse dia, como por exemplo após a colheita de sangue para análises poder frequentar o bar do hospital até ser novamente chamado para consulta médica ou tratamento. Um pormenor que veio trazer conforto ao cliente durante o tempo que passa no hospital.

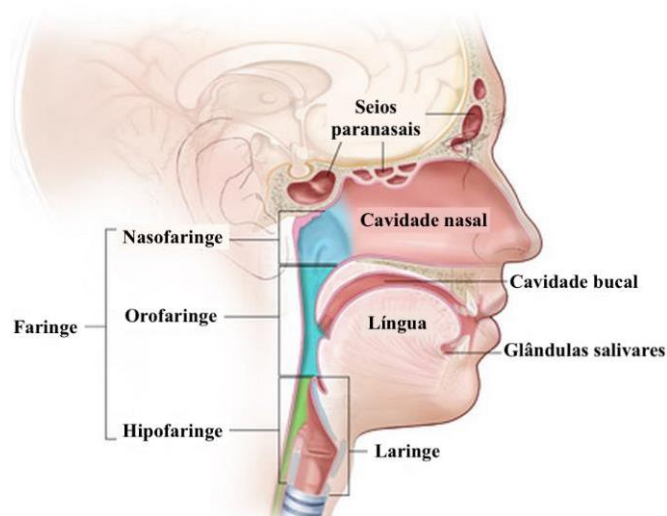
Por fim, é de realçar que o CO tem uma participação ativa e frequente em ensaios clínicos e outros projetos de investigação na área de oncologia, tal como na formação de profissionais de saúde nas diferentes etapas dos percursos académicos, contribuindo também para o desenvolvimento do conhecimento científico e aptidões profissionais.

Neste serviço o planeamento dos cuidados é orientado para as necessidades holísticas e centradas em cada cliente: são elas que determinam as especialidades envolvidas na abordagem à doença oncológica. E, desta forma, a implementação da consulta de enfermagem ao doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia será mais um passo dado na prestação de cuidados especializados e centrados na pessoa durante toda a trajetória da doença proporcionado aos clientes do [REDACTED], quiçá um dia eleger-se mais um enfermeiro *Nurse Navigator* nesta patologia de cancro.

Apêndice VI

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE CONSULTA DE ENFERMAGEM AO
DOENTE ONCOLÓGICO DE CABEÇA E PESCOÇO
PROPOSTO PARA RADIOTERAPIA

Manual de Boas Praticas de Consulta de Enfermagem ao doente oncológico de cabeça e pescoço proposto para radioterapia



Hospital [REDACTED]
Centro de Oncologia

Lisboa
janeiro 2023

13º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA,
VERTENTE ONCOLÓGICA

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Manual de Boas Práticas de
Consulta de Enfermagem ao doente oncológico de
cabeça e pescoço proposto para radioterapia**

Patrícia Sofia Ribeiro Branco - 11020

Enf.^a Orientadora:
Enf.^a Mestre e Especialista Albertina Santos

Professor orientador:
Prof. Dr. Óscar Manuel Ramos Ferreira

Lisboa
janeiro 2023

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ADN - Ácido Desoxirribonucleico

AEOP – Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa

CCP – Cancro de cabeça e pescoço

CTV - Volume alvo clínico

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

HLL – Hospital da Luz de Lisboa

HPV - Vírus do Papiloma Humano

IGRT - Radioterapia de Imagem Guiada

IMRT - Radioterapia de intensidade modulada

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEG - Gastrostomia Percutânea Endoscópica

PTV - Volume alvo planeado

RT – Radioterapia

RTE – Radioterapia externa

TC – Tomografia computadorizada

3D – Tridimensional

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO	11
2. RADIOTERAPIA EXTERNA	13
3. EFEITOS SECUNDÁRIOS DA RADIOTERAPIA EXTERNA.....	15
4. CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	17
4.1. Avaliação Inicial	21
4.2. Cuidados de Enfermagem promotores do autocuidado do Doente Oncológico de Cabeça e Pescoço proposto para Radioterapia Externa	22
4.2.1. Radiodermite	23
4.2.2. Radiomucosite oral	27
4.2.3. Xerostomia (Secura das mucosas).....	30
4.2.4. Disgeusia (Alteração do paladar).....	31
4.2.5. Perda ponderal / Cuidados alimentares.....	32
4.2.6. Trismo/ Osteorradionecrose mandibular.....	33
4.3. Consultas de Enfermagem de seguimento	35
5. CONCLUSÃO	37
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	39
Apêndice I – Fluxograma de Intervenção ao doente oncológico de cabeça e pescoço	
Apêndice II – Escala de monitorização de Radiodermite	
Apêndice III – Escala de monitorização de Radiomucosite Oral	
Apêndice IV – Guia informativo “Recomendações para Tratamento por Radioterapia: Cancro cabeça e pescoço”	

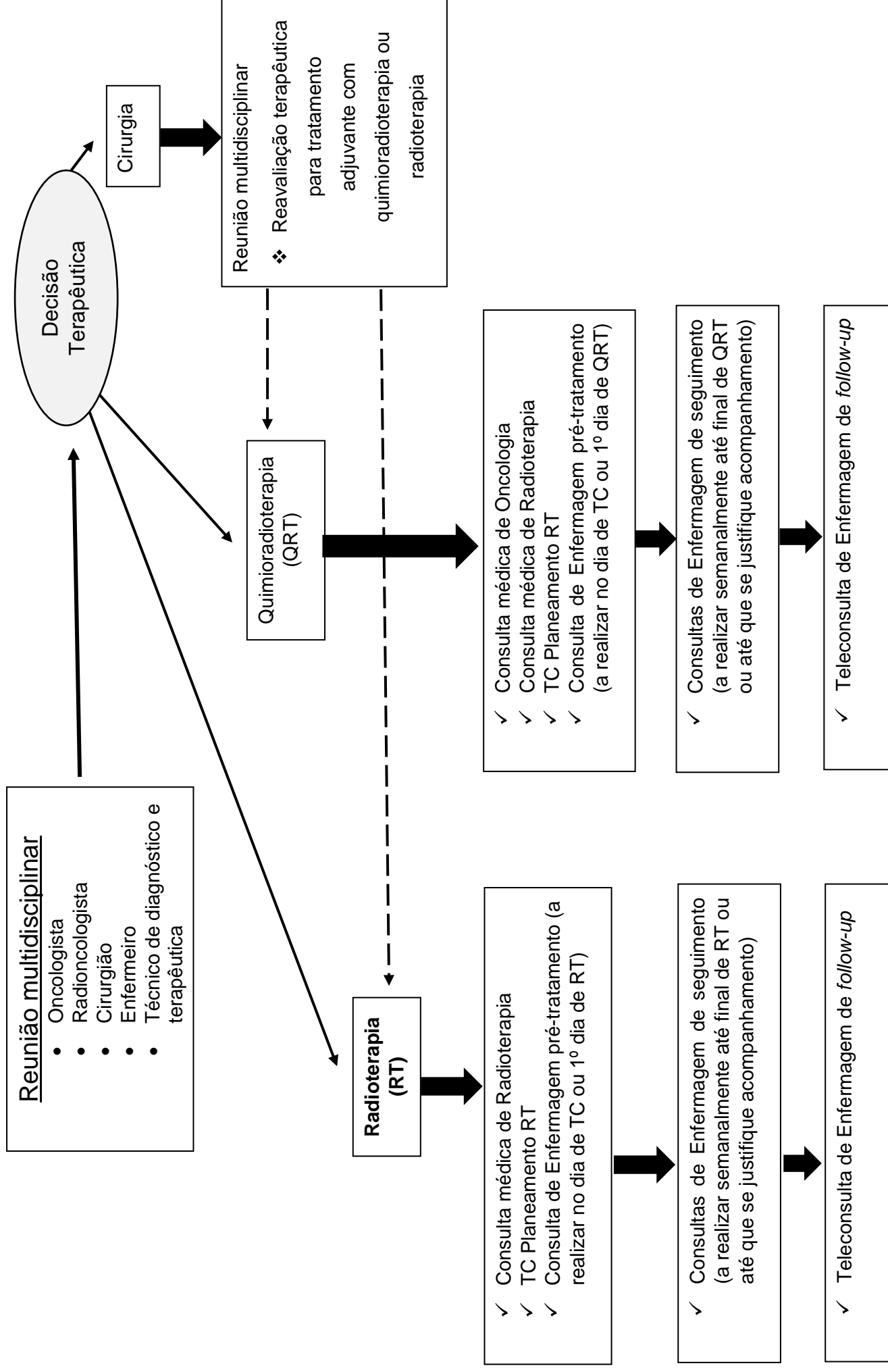
INTRODUÇÃO

(...)

Apêndice I

Fluxograma de Intervenção ao doente oncológico de
cabeça e pescoço

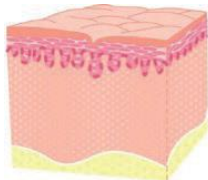
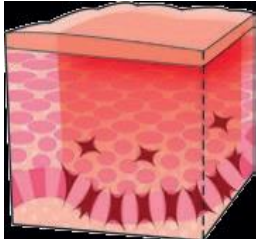
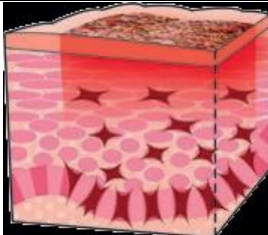
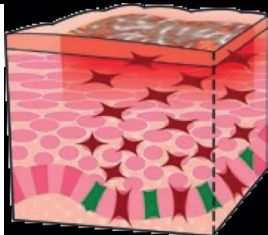
Apêndice I – Fluxograma de Intervenção ao doente oncológico de cabeça e pescoço



Apêndice II

Escala de monitorização de Radiodermite aguda

Apêndice II – Escala de monitorização de Radiodermite aguda

GRAU	Escala RTOG/EORTC ¹	Escala NCI CTCAE versão 5.0 ²	Efeito da RTE nas células
Grau 0	Sem alterações visíveis na pele	Sem alterações visíveis na pele	
Grau 1	<ul style="list-style-type: none"> Eritema ligeiro Descamação seca da pele Hipohidrose Alopecia 	<ul style="list-style-type: none"> Eritema ligeiro Descamação seca da pele 	
Grau 2	<ul style="list-style-type: none"> Eritema moderado Descamação húmida irregular Pele sensível Edema moderado 	<ul style="list-style-type: none"> Eritema moderado Descamação húmida irregular 	
Grau 3	<ul style="list-style-type: none"> Descamação húmida uniforme Edema marcado 	<ul style="list-style-type: none"> Descamação húmida uniforme Hemorragia induzida por pequenos traumas 	
Grau 4	<ul style="list-style-type: none"> Ulceração Hemorragia Necrose 	<ul style="list-style-type: none"> Consequências com risco de vida Necrose da pele Ulceração Hemorragia espontânea 	(Raramente visível)
<p>Adaptado de: National Cancer Institute. (2017). Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0. https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_8.5x11.pdf Radiation therapy oncology group (RTOG/EORTC). (2021). Acute Radiation Morbidity Scoring Schema. Disponível em: https://www.rto.org/Research Associates/Adverse Events Reporting/RTOC/EORTC. The Princess Royal Radiotherapy. (2011). Managing Radiotherapy Induced Skin Reactions St James's Institute of Oncology. A Toolkit for Healthcare Professionals.</p>			<ul style="list-style-type: none"> ★ Células epiteliais na membrana basal danificadas pela radiação. ✖ Células danificadas da membrana basal migrando para cima. 🌱 Novas células epiteliais geradas na membrana basal.

¹ Radiation Therapy Oncology Group/ European Organization for Research and Treatment of Cancer

² National Cancer Institute - Common Terminology Criteria for Adverse Events

Apêndice III

Escala de monitorização de Radiomucosite oral

Apêndice III – Escala de monitorização de Radiomucosite oral

GRAU	Escala RTOG/EORTC	Escala NCI CTCAE versão 5.0	WHO's ³ Mucositis Scale
Grau 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eritema ▪ Inflamação da mucosa ▪ Dor ligeira 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assintomático / sintomas ligeiros ▪ Sem necessidade de intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilidade da mucosa ▪ Eritema
Grau 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pseudomembranas dispersas ≤ 1.5 cm ▪ Dor moderada ▪ Tolera dieta mole/liquida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor moderada ou úlcera que não compromete a ingestão oral ▪ Pode ser necessário alterações dietéticas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eritema ▪ Úlceras ▪ Não ingere alimentos sólidos
Grau 3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pseudomembranas frequentes > 1.5 cm ▪ Dor severa ▪ Disfagia total 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor grave que interfere com a ingestão oral ▪ Necessário Intervenção médica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Úlceras com eritema extenso ▪ Requer dieta líquida
Grau 4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ulceração profunda ▪ Necrose ▪ Hemorragia espontânea 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consequências com risco de morte ▪ Intervenção urgente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Úlceras extensas ▪ Incapaz de alimentação oral

Adaptado de:

National Cancer Institute. (2017). Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0.

https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/ctcae_v5_quick_reference_5x7.pdf

Peterson, D., et al. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis treatment, and follow-up. *Ann Oncol.* (Suppl 5): v139-151.

Radiation therapy oncology group (RTOG/EORTC). (2021). Acute Radiation Morbidity Scoring Schema. Disponível em:

<https://www.rto.org/ResearchAssociates/AdverseEventsReporting/RTOC/EORTC>

³ Escala da World Health Organization

Apêndice IV

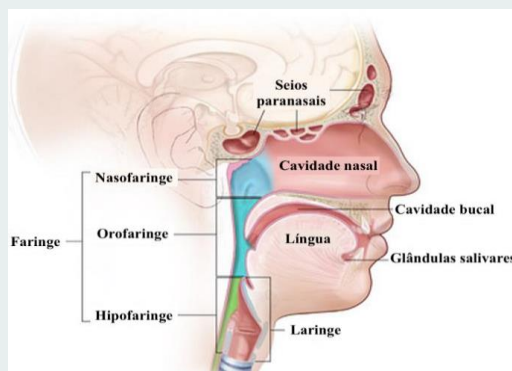
Guia Informativo “Recomendações para tratamento por
Radioterapia: Cancro cabeça e pescoço”

RECOMENDAÇÕES PARA TRATAMENTO POR RADIOTERAPIA

CANCRO CABEÇA E PESCOÇO



Centro de Oncologia



Fonte: Winslow, 2012

O que é a radioterapia

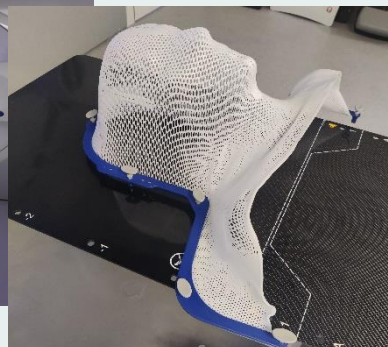
A radioterapia externa consiste na irradiação precisa de um alvo (tumor) com um feixe de radiação externo que é realizado por um equipamento chamado acelerador linear. Este tratamento não é invasivo e realiza-se em ambulatório.

Durante a sessão de radioterapia ficará deitado no aparelho, e é utilizada uma máscara de imobilização em plástico exclusiva para si, que mantém a sua cabeça fixa durante o tratamento para que a radiação não ultrapasse os limites da região tumoral. O seu uso não causa dor. Durante o tratamento também não irá ver nem sentir nenhuma radiação.

Os tratamentos de radioterapia são indolores. Cada sessão demorará no máximo 20 minutos, de segunda a sexta, durante cerca de 30 a 35 sessões.

A radioterapia poderá induzir problemas e sintomas agudos ou crónicos durante ou após a sua aplicação.

Por isso, é fundamental que em casa tome determinados cuidados para que o seu tratamento corra da melhor forma possível e possa reduzir ou minorar esses problemas.



Fonte: Ho [redacted], 2022

RADIODERMITE

A radiotoxicidade da pele é um dos efeitos mais frequentes e traduz-se por reações cutâneas provocadas pela radiação. A pele poderá ficar vermelha, irritada, seca, escurecida, com comichão ou com aspeto de queimadura.

Como prevenir?

- Fazer higiene da pele irradiada com água morna, sabonete hidratante de pH neutro e sem perfume. Faça espuma com as mãos e aplique levemente sobre a pele;
- No banho, não usar jato de água de chuveiro muito forte. Evitar banhos de mar ou piscina durante os tratamentos;
- Secar bem a pele apenas com leves toques de uma toalha suave, sem esfregar;
- Não utilizar lâmina de barbear, navalha ou cera para depilar o rosto. Para aparar a barba opte por máquinas elétricas adequadas. Não usar produtos com álcool;
- Evitar usar roupas apertadas e sintéticas e preferir roupas de algodão folgadas e leves na região do pescoço;
- Aplicar creme hidratante recomendado várias vezes ao dia, em pequenas quantidades e bem espalhado. Não usar protetor solar, perfume ou outros cremes/produtos de higiene que não tenham sido aconselhados pela equipa de saúde;
- Não aplicar qualquer creme na região a ser irradiada nas 2 horas que antecedem o seu tratamento.
- Evitar a exposição da pele a fontes de calor como o sol, lareiras, aquecedores, fogão, ou outras que possam irritar a pele.

MUCOSITE ORAL

É o aparecimento de aftas na boca ou pequenas feridas. Acontece devido à rápida divisão celular e baixa resistência à radiação das células da mucosa oral, faringe e laringe.

Como prevenir?

- Escovar os dentes, gengivas e língua após as refeições, usando uma escova de dentes macia e pasta de dentes neutra com fluor;
- Fazer bochechos com o composto prescrito pelo seu médico, várias vezes ao dia, de preferência após as refeições;
- Não ingerir alimentos nos 30 minutos após realizar os bochechos;
- Se usar prótese dentária, deve remove-la para realizar a higiene oral e os bochechos;

XEROSTOMIA/ HALITOSE

Durante o tratamento pode sentir a sua boca seca, como resultado da disfunção das glândulas salivares, alterando a quantidade e/ou a qualidade da saliva. Isso pode levar ao aparecimento de um hálito desagradável e ao acumular de secreções na sua boca.

Como prevenir?

- Aumentar a ingestão de líquidos e/ou aplicar saliva artificial;
- Estimular a produção de saliva: chupar rebuçados ou mastigar pastilha elástica sem açúcar (as substâncias doces diminuem a produção de saliva).

ALTERAÇÃO DO PALADAR (DISGEUSIA)

ODINOFAGIA E DISFAGIA

O tratamento pode causar dor na boca, alterações do paladar pela destruição das papilas gustativas, problemas dentários, dificuldade em engolir e conseqüentemente diminuir o seu apetite.

Como prevenir?

- Evitar alimentos que não gosta ou a que tenha aversão;
- Sentir o cheiro dos alimentos — o odor aumenta o gosto pelos mesmos;
- Adotar uma dieta leve e “macia”. Se preferir a dieta poderá ser mole ou líquida com o passar do tratamento;
- Realizar bochechos compostos antes das refeições, porque contém lidocaína que alivia a dor e facilita a ingestão de alimentos;

TRISMO

O trismo é uma contratura dolorosa da musculatura da mandíbula, que pode dificultar os movimentos da boca e da mastigação.

- Como forma de o contrariar, deve fazer reabilitação o mais precoce possível, logo desde o início da tratamento. Sugere-se uns exercícios simples a realizar várias vezes ao dia, em 10 repetições cada:

“Sorrir”

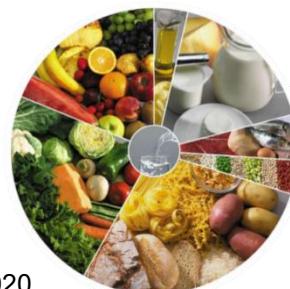
“Abrir e fechar a boca”

“Mandar beijinho”

PERDA DE PESO

Como prevenir?

- Escolher uma dieta diversificada e beber pelo menos 2 litros de líquidos por dia;
- Evitar alimentos e líquidos açucarados, picantes, ácidos (citrinos, tomate, vinagre, ananás), condimentados e bebidas alcoólicas ou gasificadas;
- Optar por comer mais vezes ao dia, diminuindo a quantidade de alimentos a cada refeição;
- Comer preferencialmente alimentos moles ricos em proteína, como a carne, o peixe ou os ovos (cremes de carne ou peixe, sopas bem passadas, purés, carne passada, papas, leite, iogurtes, pudins, queijo fresco) e com abundância de molhos, sempre acompanhados de líquidos (água, batidos, iogurtes líquidos, sumos frescos) e alimentos ricos em ferro, como a carne vermelha, leguminosas, beterraba, fígado ou vegetais escuros (espinafres, brócolos, agrião);
- Não ingerir alimentos muito quentes ou muito frios.



Fonte: DGS, 2020.

OUTROS EFEITOS POSSIVEIS

- ◆ EDEMA
- ◆ LIMITAÇÃO NA
MOBILIDADE CERVICAL
- ◆ EPILAÇÃO
- ◆ ROUQUIDÃO
- ◆ ALTERAÇÕES AUDITIVAS/
OTALGIAS

Para prevenir e resolver estes e outros problemas que possam surgir ao longo do seu tratamento, pode contar com a disponibilidade de toda a equipa multidisciplinar do Centro de Oncologia do [REDACTED], para que se sinta seguro e acompanhado!

Hospital [REDACTED]
Centro de Oncologia:
Hospital de Dia de Oncologia
Radioterapia
Medicina Nuclear

Linha direta Oncologia: 2 [REDACTED] 0

Correio Eletrónico:
enfermeiroshdm@h[REDACTED].pt

Mestranda Enfermeira Patrícia Branco
Orientadora de estágio Enfermeira Mestre e Especialista
Albertina Santos
Orientador de Mestrado Professor Doutor Óscar Ferreira

