



5º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica

Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica

**A Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço Submetida
a Cirurgia: Intervenção de Enfermagem na Preparação para a Alta**

Relatório de Estágio

Cristiana da Fonseca de Jesus

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



5º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica

Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica

**A Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço Submetida
a Cirurgia: Intervenção de Enfermagem na Preparação para a Alta**

Relatório de Estágio

Cristiana da Fonseca de Jesus

Docente Orientadora: Patrícia Alves

Docente Co - Orientadora: Sandra Neves

2015



“Cuidar...

- *situa-se na encruzilhada do que faz viver e morrer...*
 - *é comunicar vida*
 - *é deixar existir*
 - *é desenvolver o que permite viver...*
 - *é compensar o que coloca obstáculo à vida...*
- *é acompanhar as grandes passagens da vida... os momentos difíceis... a doença*
- *é mobilizar as capacidades da vida existentes e/ou restantes...*
 - *é ajudar a nascer... e a renascer...*
 - *é acompanhar a morte...*
 - *é criar no quotidiano” (Collière, 2001, p.440).*

AGRADECIMENTOS

À Professora Sandra Neves pelo apoio dado, disponibilidade e paciência, na orientação deste trabalho.

À Professora Patrícia Alves pelo apoio e orientação na construção deste relatório.

A todos os enfermeiros orientadores dos locais de estágio pela disponibilidade para me receberem.

A todas equipas de enfermagem dos locais de estágio, pelo excelente acolhimento nos seus serviços.

Aos meus pais pela força e apoio dados para que chegasse ao fim deste percurso.

Ao Hugo pelo seu amor e apoio absoluto.

O meu agradecimento a todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho.

RESUMO

Com a cirurgia, a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, pode sofrer alterações estéticas e funcionais significativas, tendo implicações consideráveis na sua vida (Miguel, Gudiño, Silva, 2014). É fundamental “perceber as alterações e o impacto sofrido, para melhor compreender e ajudar a pessoa (...) a realizar uma readaptação saudável à família e comunidade” (Santos, 2011, p.88).

O enfermeiro será um elemento facilitador desta adaptação, ao longo do internamento, inserido num processo estruturado de preparação da alta. A partir da reflexão sobre a minha prática a cuidar destes doentes, surgiu a necessidade de trabalhar esta preparação da alta, nascendo como questão de partida para este percurso: “Quais as intervenções de enfermagem na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço submetida a cirurgia?”

Para dar resposta à questão e desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, foi utilizada a metodologia de projeto, tendo sido delineado e realizado um estágio em três locais: unidade de convalescença; serviço de urologia; serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia e endocrinologia. Ao longo deste percurso foi feita pesquisa no motor de busca EBSCO, recorrendo às bases de dados CINAHL e MEDLINE. Foi feita observação da prática, prestados cuidados ao longo do estágio e consequentemente elaboradas diversas reflexões escritas sobre as intervenções utilizando o ciclo de Gibbs. Produzidos documentos de apoio à prática de cuidados (instrumentos de orientação e de preparação para a alta), de forma a promover a sua melhoria, tendo sido feitas sessões de formação à equipa de enfermagem para os divulgar.

A realização deste relatório, visa analisar crítica e reflexivamente o percurso académico realizado.

Com este percurso, foi possível desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, área de especialização em enfermagem oncológica, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados ao doente com doença oncológica de cabeça e pescoço e consequentemente, ao crescimento como pessoa e profissional.

Palavras-Chave: Preparação para a alta, alta da pessoa, cancro de cabeça e pescoço, intervenções de enfermagem

ABSTRACT

The person with oncologic disease of head and neck, with the surgery, may suffer aesthetic and functional changes that will have considerable impact in its life (Miguel, Gudiño, Silva, 2014). It is essential "to understand the changes and the sustained impact, to better understand and help the person (...) to carry out a healthy readjustment to family and community" (Santos, 2011, p.88).

The nurse will be a facilitating adaptation element during confinement, inserted in a structured process for preparing for discharge. From the reflection of my practice on taking care of these patients, the need has arisen to work this discharge preparation, leading to the following question as a starting route, "What should be the nursing interventions in preparation for discharge of the person with oncologic disease of head and neck that underwent surgery?"

To answer the question and develop skill of specialist nurse in medical-cirurgic nursing, project methodology was used, having been set and held an internship at three sites: convalescence unit; urology service; head and neck, otolaryngology and endocrinology surgery service. During this route research was made in the EBSCO search engine, accessing the CINAHL and MEDLINE databases. Practice was observed and care were provided during the internship, consequently various reflections on the interventions using Gibbs cycle were written. Support documents were written to promote the improvement on the practice of cares (instruments of guidance and preparation for discharge), training sessions for nursing staff took place to disclose those support documents.

This report aims at analyzing and criticizing reflexively the academic route taken.

With this route it was possible to develop skills as specialist nurse in medical-cirurgic nursing, a specialization in oncologic nursing, contributing with improvements in the caring of patients with oncologic head and neck diseases, further leading to personal and professional growth.

Keywords: discharge planning, patient discharge, head and neck neoplasms, nursing

INDICE

INTRODUÇÃO	11
1. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS	17
1.1. Estágio numa unidade de convalescença	17
1.2. Estágio num serviço de urologia	28
1.3. Estágio num serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia e endocrinologia	32
2. AVALIAÇÃO	38
3. CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

APÊNDICES

Apêndice 1 – Análise reflexiva de acordo com o ciclo de Gibbs sobre a participação numa conferência familiar

Apêndice 2 – Análise reflexiva de acordo com o ciclo de Gibbs sobre a participação em reuniões de equipa de uma unidade de convalescença

Apêndice 3 – Revisão da literatura

Apêndice 4 – Plano da sessão de formação “Cuidados à pessoa com traqueotomia/traqueostomia”

Apêndice 5 – Folheto “Cuidados à traqueotomia”

Apêndice 6 – Teste de avaliação de conhecimentos sobre a sessão de formação “Cuidados à pessoa com traqueotomia/traqueostomia”

Apêndice 7 – Ficha de avaliação da sessão de formação “Cuidados à pessoa com traqueotomia/traqueostomia”

Apêndice 8 – Análises da avaliação efetuada pelos formandos da sessão de formação “Cuidados à pessoa com traqueotomia/traqueostomia”

Apêndice 9 – Análise reflexiva de acordo com o ciclo de Gibbs sobre o estágio num serviço de urologia

Apêndice 10 – Estudo de situação

Apêndice 11 – Documentos produzidos no serviço de urologia

Apêndice 12 – Questionário de levantamento de necessidades da equipa de enfermagem na preparação para a alta, num serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia e endocrinologia

Apêndice 13 – Análise dos resultados do questionário de levantamento de necessidades da equipa de enfermagem na preparação para a alta, num serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia e endocrinologia

Apêndice 14 – Instrumento de orientação para a preparação para a alta da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço submetida a cirurgia

Apêndice 15 - Instrumento de preparação para a alta da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço submetida a cirurgia

Apêndice 16 – Relatório do focus grupo

Apêndice 17 – Plano da sessão de formação “Intervenção de enfermagem na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço submetida a cirurgia”

Apêndice 18 – Análise da avaliação efetuada pelos formandos da sessão de formação “Intervenção de enfermagem na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço submetida a cirurgia”

Apêndice 19 – Análise reflexiva segundo o ciclo de Gibbs acerca dos documentos de preparação para a alta produzido

INTRODUÇÃO

Este trabalho, sob a forma de Relatório de Estágio, surgiu no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 3º Semestre do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, da área de especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica e de intervenção em Enfermagem Oncológica, tendo tido como suporte o projeto de formação desenvolvido no 2º Semestre do mesmo curso.

A doença oncológica é, dentro das doenças crónicas, uma das “mais temidas e com maior impacto ao nível biopsicossocial e familiar” (Carvalho, 2011, p.16). Esta causa na pessoa e família uma significativa necessidade de adaptação, visto que, o seu prognóstico e tratamentos a realizar “representam uma ameaça à saúde e à integridade do corpo” (Costa, Leite, 2009, p.356).

De acordo com uma previsão efetuada pela International Agency for Research on Cancer, na União Europeia, até 2030, “e tendo como base apenas o envelhecimento da população, determina um aumento dos novos casos de cancro em 13,7%. As previsões para Portugal são semelhantes e apontam para um acréscimo de 12,6%” (Direção Geral de Saúde, 2013, p.5).

Face ao diagnóstico de cancro, a pessoa é colocada “perante um desafio ou uma ameaça à sua integridade física e psicológica. Quando este cancro tem como localização a zona da cabeça ou pescoço o desafio torna-se ainda maior pelo facto de esta região se encontrar muito exposta e de as pessoas considerarem a face como algo que as identifica perante os outros” (Gonçalves, Guterres, Novais; 2010, p.9).

“Este tipo de tumor apresenta um impacto acrescido relativamente a outros tumores, pois afeta adultos relativamente jovens, ainda numa idade ativa, que se reflete na sua vida familiar, social e laboral” (Gonçalves et al, 2010, p.8).

Em consequência da cirurgia e dos restantes tratamentos, a pessoa vai poder ver as suas necessidades de respiração, alimentação e comunicação alteradas (Santos, 2011). Também as restantes necessidades humanas básicas podem sofrer alterações, dependendo como cada pessoa vivência o processo de doença. De acordo com Santos (2011), pelas alterações na comunicação e na própria imagem corporal, a função social pode estar comprometida, levando a mudanças nas relações sociais e, até mesmo, nas profissionais. Segundo o mesmo autor, também

a dinâmica familiar vai sofrer um forte impacto, não só pela mudança do papel social da pessoa no seio da família, como pelas implicações financeiras que a própria doença pode causar. O casal pode, também, ver a sua relação conjugal e sexual sofrer modificações, tanto, pela possível presença de um estoma como pelas alterações estéticas que, podem levar a um afastamento da pessoa ou mesmo do próprio conjugue (Santos, 2011).

Com o aumento da esperança de vida, “tem-se assistido ao aumento da incidência e da prevalência de problemas de saúde na população e, inerentemente, ao aumento das necessidades em cuidados de saúde (...)” (Ferreira; Mendes; Fernandes; Ferreira; 2011, p. 122).

As instituições hospitalares não possuem “recursos que lhe permitam uma prestação de cuidados até à completa recuperação das capacidades dos doentes, de forma a poderem assumir todas as atividades da sua vida diária”. (Ferreira et al, 2011, p.122). Face a isto, são frequentes os processos de alta precoces, sem que esteja garantida a continuidade de cuidados e “assegurado que o doente e eventuais cuidadores estão suficientemente habilitados e informados acerca dos cuidados indispensáveis para o restabelecimento do seu estado de saúde” (Ferreira et al, 2011, p.122). Como refere Lopes (2013, p.103), “a continuidade de cuidados na comunidade (em casa da pessoa ou nas instituições) é importante porque pode prevenir reinternamentos e algumas complicações após a alta”.

Também no contexto onde desenvolvo a minha atividade profissional, é sentida a dificuldade pela equipa de enfermagem em preparar, em tempo útil, a alta, de forma a ser assegurada a continuidade de cuidados no domicílio. Face a isto, surgiu a necessidade de desenvolver competências com vista à melhoria dos cuidados no âmbito da preparação para a alta da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço.

Para ser conseguido o desenvolvimento de competências que suportaram a melhoria dos cuidados na preparação para a alta, foi realizado um estágio em três locais, o primeiro numa unidade de convalescença, o segundo num serviço de urologia e o terceiro num serviço de cirurgia de cabeça e pescoço,

otorrinolaringologia e endocrinologia, local onde desenvolvo a minha atividade profissional.

Com a realização do relatório de estágio pretende-se fazer uma análise crítica acerca das tarefas realizadas ao longo dos vários locais de estágio, com vista ao desenvolvimento de competências e à concretização do projeto de formação, no meu local de trabalho, no sentido da promoção da melhoria da qualidade de cuidados na preparação para a alta.

Ao longo deste percurso, ancorei-me no modelo teórico de enfermagem de Virgínia Henderson, tendo sido complementado com a filosofia de cuidados de Marie-Françoise Collière. A sua escolha deveu-se ao facto da primeira ser a utilizada na instituição onde desenvolvo a minha atividade profissional e a segunda, de forma a complementar a perspetiva de Virginia Henderson, ampliando a conceção de pessoa e da intervenção de enfermagem.

Para Virginia Henderson, a pessoa é definida como sendo aquela que “precisa de assistência para obter saúde e independência ou a morte pacífica. Corpo e mente são inseparáveis. O doente e a família são vistos como uma unidade” (Tomey & Alligood, 2004, p. 115).

Na conceção de Collière (1999, p. 290), a pessoa é vista como aquela que deve ser entendida na sua totalidade, pelo que, a “competência de enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida a alguém procurando quais os meios mais adaptados para o conseguir”. A intervenção de enfermagem deve ter em conta o contexto de vida da pessoa e as suas atividades (Collière, 1999).

“A enfermeira ajuda o doente a manter ou criar um projeto de saúde que, fosse ele forte, conhecedor e cheio de amor pela vida, levaria a cabo sem ajuda” (Henderson, 2007, p.6). Para Henderson (2007, p.69), é função da enfermeira “assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou para morte serena) que ele poderia realizar sozinho, se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento, necessários”. É também, “função da enfermeira ajudar o individuo a tornar-se

independente o mais rapidamente possível” (Henderson, 2007, p.69). Collière (2001, p.383) acrescenta que “é trabalho de enfermagem compensar temporariamente o que uma família já não pode fazer, substituir, intermediar uma situação: cuidar é acompanhar passagens difíceis da vida, tanto para as pessoas cuidadas como para as famílias”.

Preparar a pessoa para a alta envolve reunir os recursos para a tornar o mais autónoma possível no regresso ao domicílio, e sempre que não o seja capaz, fornecer-lhe os apoios necessários à satisfação das suas necessidades humanas básicas, indo assim, ao encontro da definição de enfermagem de Virgínia Henderson. A Ordem dos Enfermeiros (2012a, p.11), acrescenta que com os cuidados de enfermagem pretende-se ajudar “a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde (...)”, para além disso, promove-se “a aprendizagem de forma” a “aumentar o reportório de recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde”.

Segundo Henderson (2007, p.6), (...) a principal responsabilidade da enfermeira é ajudar os doentes com os seus padrões de vida quotidianos, ou naquelas atividades que eles realizam habitualmente sem ajuda; estas são: a respiração, a alimentação, a eliminação, o repouso, o sono e o movimento, a limpeza do corpo e a manutenção da sua temperatura e vestuário apropriado. A enfermeira também ajuda a prover as atividades que fazem da vida mais do que um processo vegetativo, nomeadamente: relações sociais, aprendizagem e ocupações, quer as recreativas quer as produtivas”. Por outras palavras, a enfermeira ajuda o doente a manter ou criar um projeto de saúde que, fosse ele forte, conhecedor e cheio de amor pela vida, levaria a cabo sem ajuda.

O processo de preparação para a alta envolve um planeamento dos cuidados, seguindo o processo de enfermagem, para tal, é necessário existir um plano estruturado das intervenções a realizar de forma a que haja uma continuidade de cuidados. Como refere Henderson (2007, p.6), “todo o cuidado de enfermagem eficaz é, de certo modo, planeado. Um plano escrito força aqueles que o fazem a pensar nas necessidades individuais (...)”.

Segundo Bull e Roberts (2001), citado por Lopes (2013, p.106), existem quatro etapas para que a alta seja preparada adequadamente: conhecer e identificar precocemente as necessidades de cuidados após a alta; planear a data da alta e partilhar com a equipa, pessoa internada e família; preparar a saída do hospital (medicação, cuidados necessários

após a alta, articulação com a comunidade); preparar a alta/transição para o ambiente natural sem que haja complicações ou reinternamentos. Uma preparação para a alta eficaz previne possíveis complicações e reinternamentos não programados. Segundo Graham, Leff & Arbaje (2013), as readmissões não são influenciadas pelo dia em que a alta é dada.

A preparação para a alta deve incluir a pessoa e o cuidador em todo o processo, para que sejam percebidas as suas reais necessidades de cuidados e, desta forma, estruturar a intervenção de enfermagem para que esta aconteça em segurança. Como refere Collière (1999, p.244), o processo de cuidados de enfermagem, depende de um trabalho que se constrói, a partir de uma constante mobilização de elementos que entram em interação com vista a definir as necessidades vitais de uma pessoa, de uma família ou de um grupo, que é preciso suprir, a fim de desencadear a ação que as pode satisfazer ou compensar.

No caso específico da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, pelas alterações que sofre, a preparação para a alta deva ser feita o mais precocemente possível, de forma a perceber as suas necessidades de cuidados, e a implementar uma intervenção ajustada, forma a suprir as mesmas em tempo útil, capacitando doente e família de forma a que a transição internamento domicílio decorra em segurança. Fox, Persaud, Maimets, Brooks, O'Brien & Tregunno (2013) acrescentam que, uma preparação para a alta precoce pode reduzir os reinternamentos.

Como refere Collière (2001, p.134), “partir de preocupações das pessoas, das suas inquietações, das suas preocupações, da expressão dos seus desejos, das suas expectativas, dá a possibilidade de apreender o que indicam como prioritário, o que mais as toca”. O enfermeiro deve conhecer estas alterações, no sentido de preparar melhor a pessoa e a família/cuidador para as mesmas, devendo informar, esclarecer, desmistificar medos e receios e dar “soluções criativas para os problemas que possam surgir” (Santos, 2011, p.94).

Com a realização do relatório de estágio pretende-se, analisar crítica e reflexivamente as tarefas executadas, com base na evidência científica, ancorada no referencial teórico de enfermagem selecionado, e espelhando os princípios éticos pelos quais me guiei no percurso; apresentar os resultados obtidos neste percurso e

as competências desenvolvidas; evidenciar a contribuição do trabalho desenvolvido para a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados.

A conceção do relatório de estágio passou por várias etapas. O seu início surgiu com o desenvolvimento do projeto de formação, em seguida a realização do estágio em três locais, de forma a ser possível o desenvolvimento das várias competências e a melhoria dos cuidados no local onde desenvolvo a minha atividade profissional e, finalmente, a elaboração do relatório propriamente dito. Este é composto por uma introdução, onde são abordados os conceitos principais do relatório; uma descrição das várias tarefas desenvolvidas ao longo dos diferentes locais de estágio; uma avaliação do percurso desenvolvido, abordando os pontos fracos e fortes de cada local de estágio; uma conclusão, onde é feita uma perspetiva para o futuro do projeto desenvolvido.

1. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

O estágio desenvolvido, dividiu-se por três locais. O primeiro aconteceu numa unidade de convalescença entre 29 de Setembro de 2014 e 31 de Outubro de 2014, local escolhido pela sua forte intervenção na identificação das necessidades da pessoa e cuidador na preparação para a alta. O segundo ocorreu num serviço de Urologia de 3 de Novembro a 17 de Dezembro de 2014, onde é feita uma preparação para a alta baseada num processo estruturado e organizado. O terceiro local de estágio escolhido um serviço foi um serviço de cirurgia oncológica de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia e endocrinologia de 5 de Janeiro a 13 de Fevereiro de 2015, local onde desenvolvo a minha atividade profissional.

Para cada local de estágio foram delineados objetivos e desenvolvidas várias atividades, que serão apresentadas e analisadas de seguida, com base na evidência científica e no referencial teórico de Virgínia Henderson e de Marie-Françoise Collière.

1.1. Estágio numa unidade de convalescença

O primeiro local de estágio foi uma unidade de convalescença de um hospital com as valências de convalescença, cuidados paliativos e demências. A unidade de convalescença tem duas alas, sendo que onde decorreu o estágio tem dezasseis quartos atribuídos à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e quatro privados, num total de trinta e seis camas. Os primeiros quartos são duplos e os restantes individuais. A equipa multidisciplinar é constituída por onze enfermeiras, catorze assistentes operacionais, três médicas e uma gestora de clientes. Para além desta equipa, a unidade tem o apoio da equipa de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, da fala e de uma dietista. Visto que a unidade é de convalescença, os internamentos provenientes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados têm a duração de cerca de um mês, podendo ser prolongados se assim se justificar.

Neste local de estágio delineou-se como objetivo geral desenvolver competências de enfermeiro especialista na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica, tendo sido definidos vários objetivos específicos para o alcançar. Assim, foram estabelecidos quatro objetivos específicos sendo estes: observar a dinâmica da equipa na preparação para a alta; identificar possíveis fatores com

influência no processo de preparação para a alta; identificar as necessidades da pessoa com doença oncológica e família/cuidador na preparação para a alta; consolidar conhecimentos acerca da preparação para alta.

Objetivo 1 - Observar a dinâmica da equipa na preparação para a alta

Para atingir este objetivo, foi feita uma observação da dinâmica da equipa multidisciplinar na identificação das necessidades da pessoa e cuidador e dos recursos a mobilizar na preparação para a alta, e uma participação nas conferências familiares e nas reuniões de equipa.

Em relação à primeira atividade, esta foi desenvolvida ao longo do estágio, tendo sido observadas as várias intervenções da equipa multidisciplinar com vista a ser alcançado um objetivo comum, uma preparação para a alta segura para a pessoa e cuidador. Para dar suporte a esta observação foram definidas linhas orientadoras com base na revisão da literatura efetuada. Estas linhas passavam por observar se a preparação para a alta se iniciava na admissão; se era feito um plano de alta, onde era incluída a pessoa e a família; se era feita uma avaliação das necessidades de ambas e um plano de atuação, e quais os recursos e estratégias usados; se era entregue uma carta de alta com a informação importante para a continuidade de cuidados.

Pude observar e participar no acolhimento da pessoa à unidade, momento chave para a colheita de dados fundamentais para o processo de preparação para alta, tal como refere Andrietta, Moreira & Barros (2011). De acordo com os mesmos autores é no acolhimento e ao longo do internamento, que são recolhidos as informações pertinentes para a criação de um plano de alta, nomeadamente, as limitações da pessoa, família, cuidador e do meio e os recursos disponíveis. Era desde a admissão ao serviço que a preparação para a alta era iniciada, sendo uma mais-valia para que a alta acontecesse sem complicações.

Quando a pessoa dá entrada na unidade, é feita o seu acolhimento, sendo preenchido um impresso próprio onde estão incluídas, a sua identificação e da pessoa de referência, antecedentes pessoais, alergias, o uso de próteses, e uma avaliação das funções de respiração, circulação, nutrição, volume de líquidos,

eliminação, tegumentos, reparação, atividade motora e sensação. Através da colheita de dados é possível identificar as necessidades alteradas e planejar os cuidados ao longo do internamento e para a alta.

Confrontando com as recomendações da literatura, considero que um elemento que poderia ser acrescentado a esta colheita de dados, seria a identificação dos recursos disponíveis na comunidade, uma vez que os mesmos poderão prestar apoio à pessoa aquando do seu regresso ao domicílio. Como refere Ferreira et al (2011), através da preparação para a alta, é possível serem identificados e mobilizados os serviços de saúde e de apoio adequados à pessoa e família, promovendo a sua recuperação e adaptação no regresso ao domicílio.

Para além do momento do acolhimento, ao longo do internamento, pude constatar a aproximação da equipa de enfermagem ao cuidador e família, de forma a conhecer o contexto em que a pessoa está inserida para, assim, avaliar as suas necessidades de cuidados e os recursos disponíveis a nível de apoios. Como refere Wroblewski et al (2014) no desenvolvimento de uma abordagem centrada na pessoa, é fundamental envolver ativamente e em colaboração a pessoa e a família na tomada de decisão e no planeamento dos cuidados. Os cuidadores tinham um papel preponderante em todo o processo de preparação para a alta, sendo inseridos, não só na tomada de decisão, como na colaboração nos cuidados à pessoa.

A equipa atua no sentido de conhecer a família e o cuidador, incluindo-a no plano de alta, nomeadamente, através da realização de conferências familiares. Apesar de não existir na unidade um plano de alta ou um documento de registo das intervenções realizadas, a comunicação entre os vários elementos da equipa, permitia a continuidade de cuidados, pela transmissão da informação pertinente acerca do processo em curso. No entanto, a falta deste instrumento, pode ser sentida aquando da alta, visto que, segundo Andrietta et al (2011), as informações transmitidas no momento da alta e a capacidade de estas serem compreendidas pela pessoa, devem ser registadas em documento próprio.

O código deontológico do enfermeiro, reconhece como seu dever, garantir a continuidade cuidados, através do registo das intervenções e observações realizadas, para que haja transmissão de informação entre os profissionais ao longo

do internamento e no pós-alta, daí que, seja fundamental a existência de um instrumento de registo do processo de preparação para a alta (Ordem dos Enfermeiros, 2012c). Henderson (2007, p. 70), acrescenta que “ um plano escrito desenvolvido pelas pessoas implicadas faz-se para a unidade e para a continuidade de cuidados; no entanto, deve ser sujeito a modificações (...) conforme o exigido pelas diferentes necessidades” da pessoa.

Em todas as altas que pude assistir foi entregue uma carta de alta, onde estava incluído: um resumo do internamento; as necessidades humanas básicas alteradas na pessoa; uma avaliação da dor; os tratamentos ou cuidados que necessita; o local para onde vai; a identificação do cuidador; a terapêutica prescrita; a articulação efetuada para a continuidade de cuidados. A informação incorporada na carta de alta permite não só, a transmissão de dados pertinentes para a continuidade de cuidados, como sintetizar o ensino realizado à pessoa e ao cuidador. Como refere Cain, Neuwirth, Bellows, Zuber & Green (2012), o fornecimento, à pessoa e ao cuidador, de uma carta de alta é um dos elementos fulcrais para que a alta aconteça em segurança.

Com esta experiência colhi, não só, dados para incluir no instrumento de preparação para a alta a desenvolver no meu local de trabalho, como identifiquei as necessidades de cuidados da pessoa no pós-alta, e ainda percebi a importância da carta de alta como vetor para a continuidade de cuidados.

A segunda atividade, passou pela participação em conferências familiares (Apêndice 1) e nas reuniões de equipa (Apêndice 2), tendo efetuado análises reflexivas, de acordo com o ciclo de Gibbs, sobre as experiências aqui vividas.

Tive a oportunidade de participar em três conferências familiares e em cinco reuniões de equipa. Das conferências familiares onde participei destaquei uma, que teve como objetivo principal a preparação para a alta. Na conferência familiar pude identificar alguns fatores com influência no processo de preparação para a alta, nomeadamente, a vontade da pessoa, as alterações nas necessidades humanas básicas, as condições habitacionais e o apoio prestado pela família e pela comunidade.

Nas conferências familiares, eram reunidas a equipa multidisciplinar e o cuidador e se necessário, a pessoa, para serem definidas estratégias para preparar o regresso ao domicílio, ou se o mesmo não fosse possível, a inclusão em outras unidades (média e longa duração) ou instituições de saúde. A realização destes momentos de decisão e definição de estratégias de intervenção eram fundamentais para estabelecer prioridades na reabilitação da pessoa, de forma a que a sua alta acontecesse no tempo previsto, uma vez, que os internamentos tinham a duração de cerca de um mês. Para além disso, eram úteis para identificar as adaptações necessárias a realizar no contexto familiar e social da pessoa, e os recursos a mobilizar nesse sentido. Como refere Wroblewski et al (2014), a realização de reuniões de equipa, onde a família e a pessoa podem estar incluídas, pode ser uma estratégia eficaz no planeamento dos cuidados necessários no pós-alta. Estes momentos, visam a inclusão da pessoa e do cuidador na tomada de decisão e no planeamento dos cuidados. Aqui, é possível o cumprimento do princípio da autonomia, princípio este que, “prescreve o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões que sejam verdadeiramente autónomas e livres” (Queirós, 2001, p. 57).

A falta de comunicação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar e as lacunas na transmissão da informação, podem, segundo Nosbusch, Weiss & Bobay (2010), Suzuki et al (2012), e Ashbrook, Mourad & Sehgal (2013), ser fatores que tornam a preparação para a alta ineficaz, daí que o trabalho em equipa, neste processo, seja fulcral para alcançar resultados satisfatórios. O código deontológico do enfermeiro reconhece como seu dever, “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”, de forma a cada profissional contribuir para ser atingindo um objetivo comum. (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.104)

Com a experiência vivida nas conferências familiares, tive a oportunidade de verificar que estes momentos de inclusão da pessoa e do cuidador na tomada de decisão, são fundamentais para que a preparação para a alta aconteça adequadamente, percebendo-se as suas reais necessidades de cuidados e a respetiva articulação a realizar para colmatar estas necessidades. Este modelo de

prestação de cuidados pode ser uma mais valia a incluir no meu local de trabalho, de modo a inserir a pessoa e o cuidador no processo de preparação para a alta.

As reuniões de equipa têm como objetivo fazer o planeamento das intervenções da equipa, ao longo do internamento, no sentido de ser promovida a reabilitação da pessoa e a preparação para a alta. Como a maioria das pessoas aqui internadas provém da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, também é nas reuniões de equipa que são discutidas as possibilidades de prolongamento do internamento, com vista a que a pessoa consolide ganhos na sua autonomia ou que a alta seja melhor preparada. Mais uma vez, aqui se via a atuação dos vários elementos da equipa para alcançar um objetivo comum, havendo um envolvimento de todos no processo de preparação para a alta.

Nas reuniões em que estive presente, a principal temática abordada foi o planeamento dos cuidados ao longo do internamento, com vista à reabilitação da pessoa. No que toca à preparação para a alta, foram discutidos os recursos de apoio necessários no domicílio; a necessidade de serem feitas adaptações estruturais na habitação; as consultas a marcar, os ensinamentos a realizar à pessoa e família; o local de destino, quando a pessoa não tem condições para ir para casa, nomeadamente, unidades de média e longa duração.

A participação nas reuniões de equipa, permitiu-me verificar que a inclusão de todos os elementos da equipa multidisciplinar no processo de preparação para a alta, é fundamental para a que a mesma aconteça em segurança, visto que, cada um dá o seu contributo para que seja atingido um objetivo comum. Como refere Henderson (2007, p.3), a enfermeira vai ter aqui um papel fundamental, na medida em que esta “ajuda os outros membros, tal como eles, por sua vez, a ajudam a planear e executar o plano global, quer ele seja para a melhoria da saúde quer para a recuperação da doença, (...)”.

Objetivo 2 - Identificar possíveis fatores com influência no processo de preparação para a alta

As atividades que referi anteriormente contribuíram para este objetivo, visto que nestas consegui identificar alguns fatores que podem influenciar a preparação

para a alta. No caso da conferência familiar em que participei, o facto de a reabilitação da pessoa não estar a decorrer adequadamente devido à presença de dor e de não estarem reunidas as condições físicas no domicílio que permitissem a movimentação da pessoa, foram fatores para adiar o seu regresso a casa, sendo fundamental a sua resolução para o mesmo acontecer.

Para além disso, verifiquei uma outra situação em que a não adesão da pessoa a tornar-se independente na satisfação das necessidades humanas básicas, também era um fator influente para que a sua alta não acontecesse. Apesar da equipa de enfermagem ter estabelecido um plano de ensino faseado, esta recusava realizar os cuidados ao seu estoma de eliminação, pondo essa responsabilidade na esposa, que também ela, tinha uma doença oncológica em processo de diagnóstico.

Face a esta decisão da pessoa, não será dever do enfermeiro respeitá-la e encontrar alternativas para que os cuidados sejam mantidos? Ou deverá o enfermeiro criar estratégias para incentivar a pessoa a ser independente na satisfação das necessidades humanas básicas?

Cada pessoa, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012a, p.9), “desenvolve processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos da sua natureza individual, podendo atingir um entendimento no qual cada um de nós vivencia um projeto de saúde”. Aqui está implícito o direito de autonomia da pessoa, em que esta pode fazer as suas escolhas e traçar o seu plano de vida. Assim, “a autonomia indica a capacidade humana em dar leis a si próprio ou a condição de uma pessoa ou de uma coletividade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submete” (Nunes, 2009, p.48).

Cabe ao enfermeiro criar condições propícias para que a pessoa desenvolva as suas competências, ajudando-a, neste caso, a tornar-se independente na satisfação das necessidades humanas básicas, se for esta a sua vontade. Segundo Queirós (2001, p. 18), “o objetivo da enfermagem é principalmente o de promover a saúde e a qualidade de vida e providenciar um ambiente humano e seguro”. Collière (1999, p. 287) acrescenta que, “o campo de competência da enfermagem situa-se como um prolongamento, uma substituição daquilo que os utilizadores dos cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprios, ou lhes é assegurado pelos

que o cercam”. Ferreira & Dias (2005, p.67) dizem ainda que, “ao enfermeiro cabe o papel de facilitar o desenvolvimento da energia interior do utente, a aquisição das informações e de todos os meios para que por si próprio e dentro das suas possibilidades, as possa satisfazer”

Como refere Andrietta et al (2011), uma preparação para a alta inadequada conjuntamente com a não adesão da pessoa à informação, são fatores que podem levar ao reinternamento, daí que seja fundamental a implementação de um plano de alta com vista à melhoria da qualidade de vida da pessoa. Os mesmos autores acrescentam que, melhorar os resultados do plano de alta, através das intervenções de enfermagem e da educação, reduz os custos com a hospitalização e as recorrências à urgência.

Um plano de ensino faseado, respeitando o ritmo e a capacidade de aprendizagem da pessoa, em que é realçada a importância da autonomia no cuidado ao estoma, pode ser uma estratégia para envolver a pessoa no autocuidado. É função do enfermeiro, fornecer informação à pessoa “geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2012a, p.15). Henderson (2007) salienta que, o ensino é a intervenção mais significativa num plano de cuidados, de forma a promover a autonomia da pessoa.

Identificar os possíveis fatores com influência no processo de preparação para a alta, permiti-me, no meu local de trabalho, desenvolver uma intervenção de forma a despistar os mesmos.

Objetivo 3 - Identificar as necessidades da pessoa com doença oncológica e família/cuidador na preparação para a alta

Para alcançar este objetivo foi iniciada uma lista com as necessidades de cuidados, identificadas através da prestação de cuidados a uma pessoa com doença oncológica, ao longo do estágio e da revisão da literatura realizada. Esta foi completada com a realização do segundo estágio. Esta atividade permitiu perceber as reais necessidades de cuidados da pessoa com doença oncológica, de forma a serem desenvolvidas intervenções dirigidas às mesmas.

Pude verificar que, o apoio à pessoa por parte da comunidade e da família/cuidador eram elementos fundamentais a ter em conta na preparação para a alta, tal como, o estabelecimento da independência da pessoa na satisfação das suas necessidades humanas básicas. Através do estabelecimento precoce de um plano de alta, era possível reunir estes apoios para que os mesmos estivessem aptos a auxiliarem a pessoa no momento de regressar ao domicílio. Como refere Graham, Gallagher & Bothe (2013), a falta de apoio social e da capacidade de autogestão são situações que exigem um planeamento antecipado, coordenação e preparação para que a alta aconteça em segurança.

Ao longo do estágio, tive oportunidade de prestar cuidados a cinco pessoas com doença oncológica, destas, a maioria faleceu durante o internamento por se encontrarem numa fase avançada de progressão da doença, uma foi transferida para a unidade de cuidados paliativos daquela instituição e uma teve alta para o domicílio. Foi na última que incidi a minha intervenção.

A todas as pessoas a quem prestei cuidados, apresentei-me e informei-as acerca dos meus objetivos, tendo assegurado o sigilo das informações recolhidas e solicitado o seu consentimento para as minhas intervenções. Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2015, p. 73), é dever do enfermeiro:

- a) informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;
- d) informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

A pessoa a quem prestei cuidados era uma senhora com o diagnóstico de neoplasia do colo do útero, a quem tinha sido realizada uma colostomia. Esta, ao longo do internamento, ficou independente na satisfação das necessidades humanas básicas, nomeadamente, nos cuidados à colostomia, através do ensino realizado acerca dos mesmos. No entanto, por apresentar diminuição da força muscular, associada a uma perda significativa de massa muscular e de peso, utilizava a cadeira de rodas para se movimentar.

As intervenções de enfermagem na preparação para a alta centraram-se na identificação das necessidades da pessoa e na mobilização dos recursos necessários.

As necessidades de cuidados identificadas ao longo do estágio foram: apoio e presença por parte da família/cuidador, junto da pessoa; apoio da comunidade, nomeadamente, do centro de saúde da área de residência, na realização de pensos ou outros tratamentos.

Apesar de não estar prevista, foi solicitada pela equipa de enfermagem uma sessão de formação acerca dos cuidados à pessoa com traqueotomia/traqueostomia, após terem identificado esta temática como lacuna na sua formação. A mesma foi realizada no sentido de contribuir para a formação da equipa nesta área para, assim, realizarem o ensino à pessoa e cuidador acerca dos cuidados à traqueotomia/traqueostomia a ter domicílio, após a alta.

Esta formação foi divulgada no serviço, de forma a dar conhecimento e a envolver a equipa na sua realização. Foi elaborado um plano de sessão (Apêndice 4), tendo como preocupação focar os assuntos que a equipa referiu, em conversas informais, como sendo os que sente maior necessidade de formação. Participaram oito enfermeiras e duas médicas, tendo o grupo colocado questões e esclarecido dúvidas acerca da formação apresentada. No sentido de se perceber se mantinham as dúvidas referidas, foi aplicado um teste de avaliação de conhecimentos (Apêndice 6), em que a totalidade dos elementos respondeu acertadamente às questões. No final da sessão, para perceber o que melhorar em formações futuras, foi entregue uma ficha de avaliação da sessão (Apêndice 7), cuja análise está em apêndice 9. Tendo sido destacados como aspetos positivos da sessão: a aplicabilidade dos conteúdos; a clareza; a sua utilização prática; a experiência do formador. A avaliação dada aos conteúdos, aos meios e ao formador situou-se entre o bom e o muito bom.

É dever do enfermeiro desenvolver processos de formação contínua, partindo da reflexão sobre a sua prática e identificando as áreas em que sente maiores lacunas formativas, “procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas” (Ordem dos enfermeiros, 2012b,

p.23). É dever do enfermeiro especialista contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, sendo que, a formação é um elemento para este objetivo ser atingido.

Com esta formação pude, não só, desenvolver as minhas competências formativas, como contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem do local onde desenvolvi este estágio, aspeto este que consta das competências comuns do enfermeiro especialista.

Como forma de complementar o ensino efetuado ao longo do internamento foi, ainda, criado um folheto informativo acerca dos cuidados à traqueotomia/traqueostomia, a ser fornecido à pessoa e ao cuidador no momento da alta (Apêndice 5). A sua criação surgiu da necessidade identificada, de desenvolver um documento adicional ao ensino realizado no internamento, de forma a ser conseguida a continuidade de cuidados no domicílio. O mesmo foi bem aceite pela equipa de enfermagem e reconhecida a sua importância.

Objetivo 4 - Consolidar conhecimentos acerca da preparação para alta

Para atingir este objetivo foi realizada uma revisão narrativa da literatura com base nos descritores definidos (discharge planning, patient discharge, head and neck neoplasms, nursing), recorrendo ao motor de busca EBSCO e utilizando as bases de dados MEDLINE e CINAHL. Foram encontrados 1052 artigos, dos quais, após a aplicação dos critérios de inclusão (texto completo; limite temporal: 2010 - 2014; língua inglesa; resumo disponível; população - Adultos), foram selecionados 22 (Apêndice 3).

Através da revisão da literatura efetuada, foram recolhidos conhecimentos que deram suporte à elaboração das várias atividades realizadas ao longo dos vários locais de estágio, permitindo uma reflexão sobre a prática de cuidados e a melhoria da prática baseada na melhor evidência disponível.

Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2015, p.91), para a excelência do exercício, é dever do enfermeiro, manter uma “atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias”, daí que, as bases de dados sejam ferramentas úteis para a procura de conhecimentos que suportem uma prática baseada na evidência.

1.2. Estágio num serviço de urologia

O segundo estágio aconteceu num serviço de urologia de um hospital central, sendo este composto pela valência de internamento e pelo bloco de exames. Esta unidade tinha uma dotação de dezoito camas e três macas extra, para além de quatro camas que lhe estavam atribuídas no serviço de cirurgia. Ao nível da equipa, tinha vinte e um enfermeiros distribuídos pelas duas valências, oito assistentes operacionais e uma equipa de urologistas. O serviço tinha, ainda, o apoio de uma dietista.

Com a realização deste estágio pretendia-se alcançar o seguinte objetivo geral: desenvolver competências de enfermeiro especialista na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia. Para atingir este objetivo, foram delineados dois objetivos específicos: observar a dinâmica da equipa multidisciplinar na preparação para a alta; treinar competências na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia

Objetivo 1 - Observar a dinâmica da equipa multidisciplinar na preparação para a alta

Este objetivo é comum ao primeiro local de estágio, visto que, me pareceu fundamental observar, identificar e colaborar nas boas práticas de ambas as equipas, para poder mobilizar as aprendizagens e competências no terceiro local de estágio.

Para alcançar este objetivo, foi realizada uma observação da dinâmica da equipa multidisciplinar na identificação das necessidades da pessoa e família/cuidador e dos recursos a mobilizar na preparação para a alta, com base em linhas orientadoras já referidas no primeiro local de estágio.

Face a esta atividade, contemplo as observações realizadas e as aprendizagens obtidas resultantes da análise reflexiva executada no âmbito do objetivo seguinte, para as poder relacionar com o estudo de situação efetuado (Apêndice 10).

A minha observação centrou-se na aplicação, que é feita pelos enfermeiros, do programa de preparação para a alta desenvolvido no serviço, dirigido à pessoa submetida a prostatectomia radical. Este programa visa a aplicação de uma checklist de ensino no pré e pós-operatório, de forma a instruir a pessoa e o cuidador acerca dos principais cuidados a ter após a alta. O mesmo é iniciado no acolhimento da pessoa ao serviço e continuado ao longo do internamento, passando ainda, por um follow-up telefónico após a alta. Para além destas atividades, é feita a articulação com o centro de saúde da área de residência e realizada uma carta de alta.

Para atingir este objetivo, participei nas várias fases do programa de todos as pessoas internadas no serviço, ao longo do estágio, submetidos a prostatectomia radical, de forma a identificar as necessidades da pessoa e cuidador na preparação para a alta, e os recursos mobilizados pela equipa para as colmatar. Assim, pude reunir o máximo de experiências numa preparação para a alta estruturada, em que o registo das intervenções realizadas e a promoção da continuidade de cuidados são fulcrais.

Esta experiência permitiu-me identificar a articulação e as intervenções da equipa multidisciplinar numa preparação para a alta estruturada, nomeadamente, através do registo das mesmas e conseqüente avaliação. Através desta experiência, colhi aprendizagens para poder implementar no meu local de trabalho uma preparação para a alta estruturada, através da identificação das necessidades de cuidados da pessoa, o estabelecimento e registo de um plano de intervenção, com a sua respetiva avaliação, e a articulação com outras unidades de saúde para que exista uma continuidade de cuidados no domicílio.

Objetivo 5 - Treinar competências na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica, submetida a cirurgia

Este objetivo foi munido de várias atividades, sendo estas: a prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica e família/cuidador, identificando as suas necessidades de cuidados, participando na sua preparação para a alta e na efetivação da mesma; elaboração de um estudo de situação, com a realização do respetivo plano de alta e análise reflexiva do mesmo. De acordo com Henderson (2007, p.71), ao prestar cuidados de enfermagem, “a enfermeira qualificada tem uma

oportunidade de ouvir o doente ou cliente; de identificar-se com ele e com a sua família, avaliar as suas necessidades e construir uma relação pessoal de ajuda, essencial para uma enfermagem mais eficaz”.

Dentro das várias pessoas a quem prestei cuidados, selecionei uma sobre a qual realizei um estudo de situação (Apêndice 10), com o respetivo plano de alta. Estudo de situação este, sobre o qual procedi a uma análise reflexiva (Apêndice 9). Foi informada a pessoa acerca dos meus objetivos, para que fosse conseguido o seu consentimento para as minhas intervenções, tal como, é preconizado no código deontológico do enfermeiro. Como refere Ferreira & Dias (2005, p. 61), “o processo de cuidados de enfermagem assenta num encontro entre quem presta e quem recebe cuidados, sendo que a comunicação eficaz entre estes dois interlocutores, determina o ambiente em que os cuidados são prestados e recebidos”.

De modo a ser conseguida a satisfação da pessoa em relação aos cuidados de enfermagem prestados, foram seguidas as indicações dos padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros, nomeadamente: o respeito pelas suas “capacidades, crenças, valores e desejos (...); a procura constante da empatia nas interações” com a pessoa; “ o estabelecimento de parcerias” com a pessoa “no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes significativos (...)” da pessoa “ no processo de cuidados; o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo” na pessoa, “provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidade do processo de assistência de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2012a, p.14).

Com vista à promoção da saúde da pessoa, foi fornecida “informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2012a, p.15). Esta informação foi fornecida, tendo em conta as capacidades cognitivas da pessoa e as suas características pessoais. Como refere Henderson (2007, p.11), “os cuidados de enfermagem que o indivíduo necessita são afetados pela sua idade, cultura, equilíbrio emocional e pelas suas capacidades psicológicas e intelectuais”. A enfermeira deve ter “o conhecimento e a competência técnica necessária para identificar e responder as necessidades de aprendizagem dos doentes e responder apropriadamente às suas perguntas (...)” (Henderson, 2007, p.67).

Para conseguir efetuar o treino de competências na preparação para alta, para além de o ter feito em relação à pessoa sobre a qual realizei o estudo de situação, participei no processo de todos os indivíduos submetidos a prostatectomia total, visto serem os que estavam inseridos no programa do serviço. Aqui identifiquei as necessidades de cuidados da pessoa e cuidador, apliquei a checklist de ensinamentos com as respetivas intervenções, construí a carta de alta, realizei a articulação com os centros de saúde da área de residência e o follow-up telefónico às 48 horas e ao décimo dia pós alta. Esta experiência permitiu-me não só promover a continuidade de cuidados, como, preparar a pessoa e o cuidador para os cuidados a ter no pós-alta, de forma a despistar possíveis complicações, tendo aqui o follow-up telefónico uma intervenção primordial. O apoio no pós-alta pode ser eficaz na redução de internamentos não previstos e para uma alta segura (Cain et al, 2012, Costantino, Frey, Hall & Painter, 2013).

O acompanhamento telefónico permitia, também, validar o ensino acerca da terapêutica prescrita, de forma a prevenir possíveis efeitos adversos e reinternamentos associados à não adesão a esta. Segundo Robinson, Howie-Esquivel & Vlahov (2012), de forma a evitar possíveis complicações associadas à não adesão à terapêutica, deve atuar-se e monitorizar-se quatro áreas: avaliação da pessoa; ensino sobre a terapêutica, efeitos adversos e como atuar no caso de desenvolver alguma sintomatologia; melhorar o acompanhamento em relação à terapêutica prescrita; melhorar o controlo das condições gerais da pessoa.

No sentido de contribuir na preparação para a alta das pessoas internadas neste serviço, conjuntamente, com uma necessidade referida pela orientadora do estágio e uma lacuna identificada no programa de preparação para a alta, criei uma tabela de registo das marcações do follow-up telefónico e um documento para ser entregue, com as datas das consultas e tratamentos a realizar após a alta, e os contactos do serviço (Apêndice 11). Os documentos criados visaram evitar a perda de informação referente às intervenções realizadas, nomeadamente, a alguns aspetos do ensino efetuado.

Este estágio permitiu experienciar a utilização de uma preparação para a alta estruturada, com documentos de registo das intervenções realizadas, de forma a que a continuidade de cuidados seja assegurada. Para além disso, através do

follow-up telefónico foi possível despistar possíveis complicações e validar o ensino realizado no internamento. Como refere Costantino et al (2013), o apoio sistematizado no período pós-alta, nomeadamente, através do contato telefónico com a pessoa, pode ser fundamental para reduzir os reinternamentos não previstos, uma vez, que é possível despistar possíveis complicações e intervir de forma a estas serem solucionadas. Contudo, segundo Showalter, Rafferty, Swallow, DaSilva & Chuang (2011), não basta um processo de alta padronizado para que sejam evitadas as readmissões, é necessário que seja feito um acompanhamento efetivo á pessoa e cuidador por parte da equipa.

1.3. Estágio num serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia e endocrinologia

O terceiro estágio aconteceu num serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia e endocrinologia, num centro de oncologia, a onde desenvolvo a minha atividade profissional. Este serviço possui um total de quarenta e uma camas que dão resposta à pessoa das três especialidades clínicas, desde que é submetida a cirurgia e ao longo da evolução da doença oncológica. No serviço existe uma sala de recuperação que, recebe a pessoa no momento do pós-operatório imediato. A equipa multidisciplinar é constituída por trinta e quatro enfermeiros, dezassete assistentes operacionais, uma dietista, uma assistente social, quatro assistentes técnicos, um médico de medicina interna, dezassete cirurgiões e uma equipa de endocrinologistas que presta apoio aos doentes da especialidade.

A realização deste estágio visou atingir o seguinte objetivo geral: promover a melhoria da qualidade na intervenção de enfermagem, no processo de preparação para a alta da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, submetida a cirurgia. Para alcançar este objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos: contribuir para a otimização da intervenção de enfermagem na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia; promover a adesão da equipa de enfermagem a um planeamento de alta estruturado. Neste estágio foram desenvolvidas diversas atividades de forma a concretizar os objetivos delineados no projeto de formação.

Objetivo 6 - Contribuir para a otimização da intervenção de enfermagem na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia

Ao longo deste estágio foram desenvolvidas as seguintes atividades para responder a este objetivo: efetuado um questionário de levantamento das necessidades da equipa acerca da preparação para a alta (Apêndice 12); entregue o questionário à equipa de forma a esta ser envolvida no projeto de formação no serviço; elaboração de um instrumento de sistematização da preparação para a alta, com vista à integração, na carta de alta da instituição, das informações referentes a este processo (Apêndice 15).

Estava, ainda, prevista a elaboração de um folheto, para a pessoa e família, com as informações necessárias à continuidade de cuidados no domicílio, no entanto, uma vez que é entregue uma carta de alta com essas informações, optou-se por não realizar um documento que duplicasse a informação já contida na primeira.

A realização do questionário visou a identificação das necessidades da equipa de enfermagem na preparação para a alta, nomeadamente, ao nível da sua intervenção no processo (Apêndice 12). Este foi entregue a um total de trinta e dois enfermeiros, tendo sido devolvidos trinta e um questionários preenchidos (Apêndice 13). A entrega dos questionários foi acompanhada de uma explicação do seu objetivo, tal como, do projeto a implementar, de forma a envolver a equipa neste. O seu preenchimento foi feito de forma anónima, de modo a ser respeitada a privacidade dos participantes, tal como, a sua recolha.

Os resultados dos questionários revelaram como sendo uma das principais lacunas do serviço, a falta de um instrumento de registo do processo de preparação para a alta, nomeadamente, das intervenções efetuadas. Como refere Pereira (2013, p.117), “a falta de registo detalhado sobre as ações programadas e executadas, associada à falta de hábito em comunicar a informação sobre a preparação (...) dificultam a continuidade do processo”.

Com a contribuição dos resultados obtidos nos questionários, foi desenvolvido um documento de orientação das intervenções da equipa no processo de

preparação para a alta (Apêndice 14) e um instrumento, que permite identificar as necessidades da pessoa e família e conseqüentemente registrar as várias intervenções efetuadas (Apêndice 15). Os dois instrumentos foram desenvolvidos com o intuito de estruturar a preparação para a alta, de modo a sintetizar toda a informação referente a este processo. De acordo com Nosbusch, Weiss & Bobay (2010), a falta de sistemas integrados de registo, pode ser uma barreira ao sucesso da preparação para a alta.

Para validar os conteúdos dos instrumentos foi realizado um focus grupo com quatro elementos da equipa, com perícia na preparação para a alta, tendo sido adicionadas a este as sugestões de melhoria dadas (Apêndice 16). A escolha deste método deveu-se ao facto de esta ser uma técnica de rápida aplicação e eficácia, na colheita de dados sobre um tema, neste caso, sobre o instrumento desenvolvido. Por outro lado, esta técnica permite sensibilizar os participantes para o instrumento, havendo, assim, uma intenção de os alertar para a importância da mudança dos cuidados prestados, através da reflexão crítica (Backes, Colomé, Erdmann & Lunardi, 2011). A realização do focus grupo, permitiu conhecer a opinião e colher os contributos dos vários elementos, para o enriquecimento dos instrumentos. Por outro lado, deu a possibilidade de conhecer uma técnica eficaz para a colheita de dados.

Na realização destes instrumentos o contributo dos estágios anteriores e da revisão da literatura foram determinantes, visto que, através destes pude colher aprendizagens que suportaram a sua construção, nomeadamente, na identificação das necessidades de cuidados da pessoa com doença oncológica; na definição de intervenções dirigidas à preparação para a alta e a sua avaliação; e à articulação com outras instituições de saúde para a promoção da continuidade de cuidados.

Os vários itens incluídos nos instrumentos permitem dar suporte à atuação da equipa de enfermagem, nomeadamente, na colheita de dados sobre as necessidades da pessoa e família/cuidador, no planeamento dos cuidados, nas intervenções realizadas com vista à continuidade dos cuidados e na avaliação dos resultados obtidos. Os mesmos estão organizados de acordo com os conteúdos do documento de colheita de dados e da carta de alta da instituição, tendo como suporte o modelo conceptual de enfermagem de Virgínia Henderson. Com o documento de preparação para a alta, pretende-se a sua articulação com a carta de

alta de enfermagem da instituição, de forma a permitir o planeamento estruturado da alta, estando acessível a toda a equipa.

A sua estrutura visa, ainda, salientar as necessidades humanas básicas que sofrem mais alterações na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, decorrentes da cirurgia, nomeadamente, os cuidados à ferida cirúrgica, à traqueotomia/traqueostomia, a alimentação, a higiene, a comunicação e a sexualidade. Preparar a alta da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, deve ter em conta as alterações que vão acontecer a curto e a longo prazo (Baehring & McCorKle, 2012).

Foi utilizado o modelo teórico de Virginia Henderson, por ser o usado na instituição, de forma a identificar as necessidades humanas básicas em que a equipa vai necessitar de intervir, na preparação para a alta. A escolha deste modelo, também permitiu uniformizar a linguagem utilizada no instrumento, indo ao encontro da usada nos documentos da instituição. Foi ainda, tida em conta a filosofia de cuidados de Collière, de forma a tornar o instrumento mais abrangente, sendo incluído o enquadramento familiar e socioeconómico da pessoa, para que a intervenção de enfermagem seja individualizada. Como refere Collière (1999, p.245), se o processo de cuidados se inicia por um levantamento das necessidades vitais e pela procura de uma forma de lhes responder, há que fazer apelo a conhecimentos diversos e de naturezas diferentes para perceber os sinais do processo saúde-doença e compreender a sua significação (...).

A sua estrutura foi criada, de forma a ser o mais acessível possível, no caso do instrumento de orientação, para consulta, e no documento de preparação para a alta, para preenchimento. Esta visa ainda, incluir os itens chave para uma alta segura que, segundo Soong (2013), são: o internamento; os cuidados de saúde primários; a medicação; o acompanhamento pós-alta; o início dos cuidados; a comunicação; o ensino. Por outro lado, através dos seus conteúdos, é possível reduzir o erro na preparação para a alta, nomeadamente, para os enfermeiros com menos experiência, uma vez que, sintetiza todos os aspetos a ter em conta e a serem abordados neste processo. Segundo Benner (2001), ao enfermeiro iniciado, devem ser fornecidas regras para conduzir as suas intervenções, daí que, um instrumento como o realizado, pode ser útil para orientar a sua prática de cuidados.

Com estes documentos pretende-se orientar as intervenções da equipa de enfermagem na preparação para a alta, tendo como base as boas práticas de cuidados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007, p.4) as boas práticas advêm 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.

O instrumento desenvolvido propõe a colheita de informação pertinente, para que sejam desenvolvidas intervenções eficazes que tornem a pessoa competente para a autonomia no domicílio. Estas intervenções visam os princípios éticos da beneficência, não-maleficência, da justiça e do respeito pela autonomia, uma vez que, pretendem atingir o bem-estar da pessoa através de cuidados equitativos, dando-lhe espaço para a tomada de decisão acerca dos recursos a mobilizar, para que a sua alta aconteça em segurança (Butes, Galhanas, Rodrigues, Silva & Deodato, 2010).

Os aspetos passíveis de serem melhorados, nos documentos, prendem-se com a tentativa de os tornar menos extensos. Tendo em conta a importância do seu conteúdo, poderá ser uma medida de difícil execução.

Pretende-se a apresentação dos documentos à enfermeira diretora da instituição, para que seja aprovada a sua aplicação. A sua utilização, no futuro, vai permitir estruturar a atuação da equipa de enfermagem na preparação para a alta de forma a rentabilizar os recursos existentes. O instrumento já contempla um formato passível do registo informático, que se encontra em implementação na instituição.

Objetivo 7 - Promover a adesão da equipa de enfermagem a um planeamento de alta estruturado

Para responder a este objetivo foram realizadas quatro sessões de formação/discussão acerca do processo de preparação para a alta, onde foi feita a divulgação e treino do instrumento realizado, através da discussão de um caso. Divulgou-se a formação no serviço, de forma a promover a adesão da equipa à mesma. Foi, ainda, efetuado um plano de sessão com os conteúdos abordados (Apêndice 17).

Com as sessões de formação/discussão pretendeu-se que os formandos fossem capazes de identificar as necessidades habituais da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, tal como as intervenções de enfermagem na preparação para a alta. Por outro lado, estes momentos de formação permitiram a divulgação e aplicação dos instrumentos realizados através da sua utilização num caso prático. O enfermeiro chefe participou também nestes momentos, de forma a poder acompanhar todo o processo que envolve o projeto de formação. A estas sessões assistiram 26 enfermeiros dos 30 que estavam ativos no serviço (excluí-se enfermeiros em licença de férias).

Estava prevista a realização de um questionário de avaliação dos conhecimentos consolidados nas sessões de formação, no entanto, optou-se por efetuar esta avaliação através da aplicação dos mesmos num caso prático, onde foram criados dois grupos, um que desenvolvesse uma carta de alta e outro um plano de alta utilizando o instrumento criado. Com este formato de avaliação, foi possível à equipa identificar as suas necessidades na preparação para a alta, nomeadamente, a nível dos aspetos a mobilizar para este processo. Para além disso, foi aplicada uma ficha de avaliação da sessão, para perceber os aspetos passíveis de melhoria na dinamização da formação/discussão (Apêndice 18).

Por fim, foi realizada uma análise reflexiva acerca do instrumento elaborado, através da sua aplicação numa situação da prática (Apêndice 19). Esta atividade permitiu a reflexão sobre os aspetos a melhorar no instrumento e a sua aplicabilidade na prática de cuidados. Identificou-se que a sua extensão poderá ser um obstáculo à adesão da equipa, no entanto, o facto de o seu preenchimento ser feito através de escolha múltipla poderá ser uma mais-valia à sua utilização. A sua adaptação ao formato digital utilizado na instituição, também pode ser uma mais valia à sua aplicação no contexto da prática de cuidados.

Este local de estágio foi o culminar de um percurso de grande aprendizagem e de experiências diversificadas, fundamentais para o enriquecimento pessoal e profissional, enquanto futura enfermeira especialista.

2. AVALIAÇÃO

O percurso realizado, baseado na experiência obtida nos diversos locais de estágio e na revisão da literatura efetuada, pretendeu promover o crescimento formativo e profissional, com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, área de intervenção em enfermagem oncológica. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2), especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Das competências a desenvolver foram selecionadas as comuns para o enfermeiro especialista, as específicas para o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), e as definidas pela European Oncology Nursing Society (2013).

As competências comuns do enfermeiro especialista, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessorial (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3). Foram assim, desenvolvidas competências nos diferentes domínios.

A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal - competência A2: “promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.5)

Para responder a esta competência, em todos os locais de estágio, foram prestados cuidados de enfermagem, respeitando a individualidade da pessoa, as suas escolhas e opções de cuidados, cumprindo a confidencialidade dos dados e informações referentes a si quando observada a dinâmica das equipas na prestação de cuidados.

Nesta competência estão implícitos os deveres do enfermeiro, incluídos no código deontológico, para com os valores humanos, os direitos à vida e à qualidade

de vida, o direito ao cuidado, o dever à informação, ao sigilo e ao respeito pela intimidade (Ordem dos Enfermeiros, 2012c). Visto ser dever do enfermeiro, foram respeitados os valores e direitos da pessoa em todos os contextos da prática, de modo a ser cumprida a sua individualidade e autonomia no poder de decisão sobre os cuidados que lhe foram prestados.

B. Domínio da melhoria continua da qualidade – competência B2: “concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.6)

Para desenvolver esta competência, foi realizado e aplicado um questionário para identificar as necessidades da equipa de enfermagem em relação à preparação para alta, de forma a ser desenvolvido um instrumento de orientação de boas práticas, com base na evidência científica disponível. Foram, também, feitas sessões de formação de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Após ter sido identificada uma oportunidade de melhoria da prática de cuidados a nível da preparação para a alta e recolhidas as necessidades da equipa de enfermagem, foi acedida à melhor evidência científica disponível, de forma, assim, a responder às mesmas, através da criação de documentos de orientação e uniformização das intervenções.

Através da criação dos instrumentos de preparação para a alta, pretendeu-se melhorar a prática da equipa de enfermagem, tendo sido monitorizados e avaliados os resultados obtidos com as intervenções realizadas, verificando-se uma melhoria neste processo, em que se apurou que este processo passou a desenvolver-se de um modo mais estruturado.

C. Domínio da gestão dos cuidados – competência C1: “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.7)

Ao nível desta competência, foi envolvida a equipa no projeto de formação de forma a otimizar a sua atuação na preparação para a alta. Disponibilizei-me para prestar assessoria à equipa, esclarecendo dúvidas sobre a temática, tal como, na

realização do plano de alta e no preenchimento da carta de alta da instituição, que durante o terceiro estágio sofreu alterações.

Pretendeu-se assim, ter um papel ativo na gestão dos cuidados prestados pela equipa, de forma a garantir a segurança e a qualidade destes, promovendo a articulação entre os vários elementos para alcançar os objetivos propostos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

D. Domínio das aprendizagens profissionais – competência D2: “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.10)

Para responder a esta competência foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre a mais recente evidência científica acerca da temática, recorrendo às bases de dados disponíveis, que deu suporte à realização dos estágios, à construção do relatório e às análises reflexivas sobre a prática de cuidados realizadas. As sessões de formação realizadas no primeiro e terceiro estágio, também foram fundamentais para desenvolver o autoconhecimento.

Através das sessões de formação realizadas, foi possível favorecer a aprendizagem das equipas, promovendo o seu processo de formação contínua definido como dever do enfermeiro, pelo código deontológico. A formação contínua, visa, não só a constante atualização de conhecimentos como, a melhoria das práticas das equipas, refletindo-se no aumento da qualidade dos cuidados.

A Ordem dos Enfermeiros (2010, p.3), definiu como competências específicas, aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. Dentro das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, pretendeu-se desenvolver a competência L5: “cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.3).

Para responder a esta competência, foram selecionados campos de estágio com atuações em áreas de cuidados diferenciadas e dispare entre si, de forma a aumentar o leque de experiências de contextos da prática. Para além disso, foram prestados cuidados de enfermagem, colaborando com os diferentes membros da equipa multidisciplinar, de modo a identificar as necessidades da pessoa e do cuidador, de forma a promover a sua autonomia.

Foram identificadas as necessidades de cuidados da pessoa e do cuidador, nas suas diversas vertentes, com vista a serem delineadas intervenções personalizadas, em que ambos foram incluídos na tomada de decisão, para que assim, fossem atingidos os objetivos propostos.

Para além das mencionadas, foram desenvolvidas competências acrescidas. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.3), estas são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas. Uma vez que a área de intervenção deste projeto é em enfermagem oncológica, selecionou-se competências definidas pela European Oncology Nursing Society (2013), para complementar este percurso. Assim, como competência do enfermeiro, em oncologia, pretendeu-se desenvolver um planeamento da alta adequado, envolvendo os prestadores de cuidados e outros profissionais, nomeadamente, a assistente social, para tal, foi necessário ser capaz de: avaliar as necessidades de suporte da pessoa e família e fornecer-lhes os apoios necessários; identificar a capacidade de aprendizagem e adaptar os ensinamentos às diferentes fases do processo; mobilizar os recursos existentes na equipa multidisciplinar para que seja prestado o melhor apoio possível à pessoa e família; planejar, reunir, coordenar e avaliar a utilização dos diferentes recursos no apoio à pessoa, de forma adequada (tradução do autor) .

Para dar resposta ao desenvolvimento desta competência, foi feito o treino ao nível da preparação para a alta, nos diferentes campos de estágio, efetuando o seu planeamento, através da identificação das necessidades de cuidados da pessoa e cuidador, da mobilização e articulação com os recursos necessários e da avaliação

das intervenções efetuadas. Foi ainda, avaliada a capacidade de aprendizagem da pessoa e cuidador, e realizado ensino acerca dos cuidados de acordo com esta.

O desenvolvimento desta competência permitiu um conhecimento amplo da pessoa e do cuidador, de forma a serem reunidos os recursos necessários às suas necessidades, com vista à melhoria da sua qualidade de vida e à promoção da autonomia.

O papel do enfermeiro especialista na preparação para a alta torna-se importante, para que este processo se desenvolva adequadamente, de modo a prevenir que os problemas de saúde da pessoa se exacerbem, evitando reinternamentos desnecessários, custos elevados e maus resultados para a sua recuperação (Jeangawang, Malathum, Panpakdee, Brooten & Nityasuddhi, 2012).

Visto que com o culminar deste percurso, pretende-se alcançar o grau de mestre em enfermagem, foram também selecionadas as competências do 2º ciclo, sendo que este grau é conferido aos que possuam, segundo o decreto lei nº115/2012 (p. 4761), conhecimentos e compreensão a um nível que:

- i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
- ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Para desenvolver as competências do 2º ciclo, foi feito um percurso, ao longo dos vários estágios, baseado na evidência científica, em que foram incluídos os novos conhecimentos adquiridos, de forma a ser construído um pensamento crítico-reflexivo acerca das experiências vivenciadas. Com isto, pretendeu-se desenvolver soluções para situações da prática de cuidados, que foram surgindo nos diferentes contextos clínicos, de forma a prestar cuidados de qualidade e a dar resposta às necessidades da pessoa e cuidador. O desenvolvimento destas competências permitiu, ainda, a melhoria da capacidade de transmissão de conhecimentos no seio da equipa multidisciplinar, com vista ao aperfeiçoamento dos cuidados prestados.

Com este percurso de desenvolvimento de competências foi possível passar do nível de competente para proficiente. Segundo Benner (2001, p.54) “a enfermeira proficiente apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados”. Esta sua capacidade em compreender globalmente o problema “melhora o seu processo de decisão que se torna cada vez menos trabalhoso, porque a enfermeira possui, agora, uma perspetiva que lhe permite saber quais dos muitos aspetos e atributos são importantes” (Benner, 2001, p.55).

Com o desenvolvimento das competências propostas, pude, não só melhorar a minha prática profissional, na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica e família/cuidador, a nível da preparação para a alta, como, criar ferramentas para promover a melhoria dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, uniformizando a sua atuação neste processo. Por outro lado, pude aumentar a minha capacitação para uma prática baseada na evidência, tendo como suporte, não só, o conhecimento científico disponível, como, a análise reflexiva das experiências vividas no contexto de trabalho. Através de um pensamento crítico acerca dos cuidados prestados, é possível melhorá-los e apreender conhecimentos que melhorem a prática clínica.

Os vários estágios permitiram, não só vivenciar experiências que suportaram o desenvolvimento das competências propostas, como aumentar o meu suporte cognitivo e relacional. Em todos eles, colhi contribuições para poder preparar melhor a pessoa e o cuidador para o regresso ao domicílio, após uma experiência de doença que tantas alterações provoca.

Visto que a doença oncológica causa tantas mudanças na vida da pessoa e dos que a rodeiam, o enfermeiro tem aqui um papel preponderante como facilitador destas mesmas mudanças. Como refere Collière (1999, p.285), a ação de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, limitar a doença e, por outro, em relação a tudo que revitaliza alguém que esteja doente. A mesma autora refere que, pertence à função de enfermagem elaborar, não a partir de uma tipologia classificatória, mas do esclarecimento baseado na dinâmica de um pensamento construtivo que não receia procurar o desconhecido do outro, este diagnóstico dos cuidados vitais a assegurar quando alguém, devido a doença..., acidente..., velhice..., sofrimento..., deixou de ter possibilidade de se cuidar (Collière, 2001, p.189).

Do estágio desenvolvido numa unidade de convalescença, destaco como pontos positivos, a possibilidade que tive de observar e participar numa prestação de cuidados centrados na pessoa, em que toda a equipa multidisciplinar reúne esforços para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis. Foi-me dado espaço para me inserir na equipa multidisciplinar, de forma a adquirir experiências que suportassem os objetivos definidos para este estágio, tanto através da prestação de cuidados diretos, como da participação nas reuniões semanais de equipa e nas conferências familiares.

Destaco, apenas, como ponto fraco, o facto de, apesar de ser feita uma preparação para a alta precoce e mobilizados os recursos necessários, não está implementado um documento com as intervenções realizadas, o que poderia ser fundamental para evitar a perda de informação relativa ao processo. Assim, foi sugerida à orientadora que fosse ponderada a criação de um plano de alta.

Em relação às oportunidades dadas por este local de estágio, destaco a obrigatoriedade, por parte da instituição, de ser elaborada e entregue uma carta de alta a todas as pessoas e ainda, a realização semanal de reuniões de equipa, que me permitiu, no caso da primeira, identificar os pontos-chave a incluir neste documento, e na segunda, analisar e conhecer as estratégias adotadas pela equipa na mobilização de recursos para a preparação para a alta.

Como ameaça, destaco o facto de, durante o período em que decorreu o estágio, ter sido reduzido o número de pessoas aqui internadas com doença oncológica, o que exigiu a criação e implementação de estratégias para colher

oportunidades de aprendizagem. Estas estratégias permitiram fazer o paralelismo desta experiência para a realidade da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço.

No estágio decorrido num serviço de urologia, como pontos fortes, identifico o facto de estar instituído um programa sistematizado de preparação para a alta, que me permitiu participar em todas as fases do processo, nomeadamente: na identificação de necessidades de cuidados da pessoa e cuidador; na mobilização e articulação dos recursos; no ensino para promover a sua autonomia; na avaliação e validação dos resultados obtidos; e na realização de um follow-up após a alta, de forma a prevenir complicações e validar a informação dada no internamento.

Como ponto fraco, considero a pouca adesão da equipa multidisciplinar a uma preparação para a alta estruturada.

Das oportunidades deste estágio, destaco, o facto de ter tido a possibilidade de fazer a articulação com os cuidados de saúde primários, de forma a promover a continuidade de cuidados após a alta.

Como ameaça, saliento o facto da preparação para a alta ser feita de forma sistematizada, apenas, para a pessoa com doença oncológica submetida a prostatectomia radical, podendo ser uma mais valia para a equipa multidisciplinar e para a população aqui internada, o alargamento do programa a todos.

O serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia e endocrinologia, foi o alvo de intervenção. Nos estágios anteriores colhi experiências e boas práticas, que me permitiram intervir no último estágio. As ferramentas colhidas no primeiro e segundos estágios foram fundamentais na contribuição para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço e família, na preparação para a alta.

Este estágio, teve como pontos fortes o facto de ter conseguido a adesão da equipa de enfermagem ao projeto, com a sua colaboração no preenchimento dos questionários e na participação nas formações realizadas. A disponibilidade mostrada pelo enfermeiro chefe, para receber o projeto no serviço, também será fundamental para que seja possível a sua concretização na instituição. Destaco

ainda, o facto de a assistente social do serviço se ter mostrado disponível para a colaborar no projeto, através da articulação com as suas intervenções na preparação para a alta.

Apenas, como ponto fraco, destaco a duração do estágio, que limitou o treino da aplicação do instrumento no contexto de estágio, pelo que, foi feito à posteriori.

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de colaborar na implementação da carta de alta informatizada no serviço, o que aumentou o meu leque de experiências na preparação para a alta e na divulgação à equipa da importância de uma alta estruturada. Com esta oportunidade, pude, também, tornar-me um elemento de referência para a equipa em relação a este processo, esclarecendo-lhe dúvidas e auxiliando no procedimento.

Como ameaça a implementação do projeto de formação, julgo ser, o longo caminho que se avista para a autorização por parte da instituição para a sua implementação. A mesma vai passar por fundamentar a sua aplicabilidade, a curto prazo, de forma a este ser articulado com a carta de alta da instituição.

Com o percurso formativo até aqui percorrido, consegui reunir ferramentas fundamentais para melhorar a prática de cuidados tanto pessoais como de uma equipa, de forma a serem prestados cuidados de qualidade na preparação para a alta, com vista a promover a autonomia da pessoa e o seu regresso ao domicílio em segurança.

O projeto de formação, não só alertou a equipa para a importância da preparação para a alta, como, promoveu a reflexão sobre a prática de cuidados e os aspetos a melhorar.

3. CONCLUSÃO

A realização deste relatório de estágio prendeu-se com o culminar de um longo percurso académico, munido de várias experiências teórico-práticas. Este pretendeu, assim, responder ao desenvolvimento de competências decorrido ao longo dos vários estágios, que suportaram a intervenção que realizei no local onde desenvolvo a minha atividade profissional.

O papel do enfermeiro no processo de preparação para a alta marca presença nas suas várias fases. Desde o acolhimento ao serviço até que o internamento termine e mesmo no pós-alta, o enfermeiro vai atuar na colheita de dados que suportam o planeamento das suas intervenções e posterior avaliação das mesmas, tudo com o objetivo proporcionar a continuidade de cuidados e uma alta segura. A sua intervenção vai estar centrada na satisfação das necessidades de cuidados da pessoa e cuidador, de forma a o regresso a casa acontecer o mais rapidamente e nas melhores condições possíveis. Como refere Henderson (2007, p.5), “é esta necessidade de estimar as necessidades individuais, imediatas e a longo prazo, de cuidados físicos, apoio emocional e reeducação, que faz da enfermagem um serviço de maior importância”. A mesma autora acrescenta que, “para que possa haver um efetivo reconhecimento dos cuidados de enfermagem como tais, (...)” os enfermeiros “têm que demonstrar que os cuidados de enfermagem são a expressão e o cumprimento de um serviço indispensável em certas circunstâncias da vida das pessoas, serviço esse que não é coberto por outros grupos profissionais” (Collière, 1999, p.284).

A preparação para a alta envolve uma avaliação das necessidades de cuidados da pessoa e cuidador, de forma a que sejam combinados os recursos necessários para que estas sejam corrigidas. Esta deve ser iniciada logo no acolhimento ao serviço, para que sejam identificados os recursos necessários e feita a devida articulação atempadamente. Altas tardias têm implicações económicas para as instituições e causa insatisfação na pessoa e família (Page, 2010).

Ter acesso a informações acerca das complicações após a alta é uma mais-valia para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e dos ensinamentos a realizar à pessoa ao longo do internamento (Visser, Ubbink, Gouma & Godlings, 2012).

A pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço submetida a cirurgia, vai sofrer alterações a vários níveis que vão influenciar o seu regresso à sua rotina de vida quotidiana. Perante isto, o enfermeiro vai ter que ter uma intervenção sistematizada de forma a abranger as diferentes mudanças que vão acontecer na vida da pessoa, para que o seu impacto seja minimizado e o seu regresso à sua rotina de vida vá acontecendo faseadamente. Assim, a preparação para a alta destas pessoas, visa a promoção da sua autonomia nas várias necessidades humanas básicas, tendo em conta as alterações sofridas nestas, como consequência dos tratamentos a que foi submetida. O enfermeiro deve ter, assim, a capacidade de identificar a melhor estratégia a desenvolver para promover a autonomia da pessoa (Walker & Lachman, 2013).

Preparar a alta visa não só reunir os recursos necessários à continuidade de cuidados, como também a transmissão de informação pertinente à mesma. Uma alta sistematizada, utilizando documentos próprios de registo das intervenções realizadas é fundamental. Aqui o plano de alta e a carta de alta são instrumentos elementares. A primeira deve traduzir o planeamento efetuado e as respetivas intervenções. A segunda, deve conter as informações relevantes para que a continuidade de cuidados seja assegurada, refletindo as efetivas intervenções realizadas (Hansen, 2011).

Com o desenvolvimento de um instrumento de preparação para a alta, no local onde desenvolvo a minha atividade profissional, pretendeu-se orientar as intervenções da equipa de enfermagem na preparação para a alta, de forma a não ser desperdiçado tempo e recursos, como, a não haver perda de informação relativa a este processo. Para além disso, este documento, reúne todos os dados referentes à pessoa, cuidador e recursos da comunidade, que suportam a preparação para a alta. Pretendeu-se, assim, resgatar o papel do enfermeiro como mediador entre a pessoa, o cuidador, a restante equipa multidisciplinar e os recursos da comunidade. Segundo Noshbusch et al (2010), dar aos enfermeiros a responsabilidade de gerir a preparação para a alta melhora a experiência da pessoa, tornando a equipa de enfermagem mais responsável e economizando dinheiro à instituição.

Com as competências desenvolvidas ao longo dos vários estágios não só foi possível recolher ferramentas que deram suporte à intervenção, como, melhorar a

prática de cuidados a outros níveis, nomeadamente, ao nível da elaboração do processo de enfermagem personalizado e centrado nas reais necessidades de cuidados da pessoa e cuidador.

Foi-me possível melhorar as práticas da equipa na preparação para a alta, em que este processo passou a ser iniciado mais precocemente e ser dada mais importância ao papel da carta de alta. A introdução de uma carta de alta informatizada na instituição, também ajudou à adesão da equipa ao projeto, tendo tido um papel ativo na sua implementação no serviço. Como refere Graham et al (2013), o sucesso do planeamento da alta depende de os enfermeiros compreenderem a importância de uma alta eficaz e adequada.

A abordagem da pessoa, cuidador e do contexto onde se inserem passou a ser mais abrangente, estando atenta às suas necessidades para poder intervir o mais precocemente possível.

Por outro lado, foi melhorada a capacidade de busca do conhecimento atualizado e com a melhor evidência, de forma a dar suporte à prática de cuidados.

Assim, com o desenvolvimento das competências delineadas, foi-me possível adquirir ferramentas que suportam uma prática de cuidados baseada na evidência, de forma a prestar cuidados de qualidade à pessoa, cuidador e família em todos os contextos da prática clínica, tal como, por parte da equipa a onde estou inserida.

As perspetivas futuras a curto prazo, passam pela apresentação do documento à direção de enfermagem da instituição onde desenvolvo a minha atividade profissional, de modo a que este seja articulado com a carta de alta, para que seja feito uma preparação estruturada e sistematizada da alta.

Pretende-se ainda a publicação deste trabalho no formato de artigo, estando para isso, a ser feita uma revisão do seu formato, para posteriormente ser enviado para a coordenação editorial de uma revista, para a sua aprovação.

Julgo que o percurso desenvolvido foi de grande relevância para o desenvolvimento das competências propostas e, conseqüentemente, para a

melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço e sua família/cuidador.

Com este trabalho, julgo ter contribuído para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, uma vez que, pude reunir a evidência científica mais recente acerca do temática, como, ainda, produzir documentos que permitem orientar a prática dos cuidados de enfermagem, fomentando as boas práticas na preparação para a alta. Por outro lado, com a elaboração de um artigo baseado neste trabalho, será possível a divulgação do mesmo, contribuindo, assim, para o crescimento do conhecimento, proveniente, não só da investigação, como da experiência da prática de cuidados.

Preparar a alta da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, envolve encontrar os meios para a ajudar a adaptar-se a um processo de doença que, lhe vai trazer alterações profundas na sua vida. O enfermeiro vai desenvolver intervenções de forma a que a pessoa recupere a sua autonomia, melhorando assim, o seu processo de adaptação às alterações sofridas nas suas necessidades humanas básicas. Como refere Collière (1999, p.244), enquanto que a maior parte dos ofícios procedem de um encontro do homem e da matéria, e da reciproca familiarização de um pelo outro, o processo de cuidados de enfermagem procede de um encontro entre dois (ou mais seres vivos em que cada um detém elementos do processo de cuidados. Este processo situa-se na encruzilhada de um sistema de trocas, proveniente de diversas fontes, tendo em vista determinar a natureza dos cuidados a fornecer e os meios de os desencadear. É um processo elucidação – ação entre parceiros sociais com uma competência diferente e complementar, visando encontrar a sua forma de realização a partir de capacidades e recursos de cada um, num dado ambiente (domicílio, local de trabalho, instituição hospitalar ou extra-hospitalar).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrietta, M. P., Moreira, S. L., Barros, R. & Leite, A. L. B. (2011). Hospital discharge plan for patients with congestive heart failure. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 19 (6). 1445-1452. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011452188&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Ashbrook, L., Mourad, M., Sehgal, N. (2013). Communicating discharge instructions to patients: a survey of nurse, intern, and hospitalist practices. *Journal Of Hospital Medicine: An Official Publication Of The Society Of Hospital Medicine*. 8 (1). 36-41. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23071078&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Backes, D. S., Colomé, J. S., Erdmann, R. H. & Lunardi, V. L. (2011). Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*. 35(4). 438-442.
- Baehring, E. & McCorkle, R. (2012). Postoperative Complications in Head and Neck Cancer. *Clinical. Journal of Oncology Nursing*. 16 (6). E203-209. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011758595&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Butes, L., Galhanas, D., Rodrigues, M., Silva, A. & Deodato, S. (2010). Informar, quando? – Análise de caso. Princípios éticos, normas deontológicas e do direito. *Percursos*. Nº18. 8-19.
- Cain C. H., Neuwirth, E., Bellows, J., Zuber, C. & Green, J. (2012). Patient experiences of transitioning from hospital to home: an ethnographic quality improvement project. *Journal Of Hospital Medicine: An Official Publication Of The Society Of Hospital Medicine*. 7 (5). 382-387. Acedido Janeiro 8, 2015 em

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22378714&lang=pt-br&site=ehost-live>

Carvalho, J. (2011). A Transição do Homem Portador de Carcinoma da Próstata Submetido a Prostatectomia Radical. *Onco.News - Investigação e Informação em Enfermagem Oncológica*. 17. 9-17.

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (5ª edição). Lisboa: Lidel.

Collière, M. F. (2001). *Cuidar...a primeira arte da vida* (2ª edição). Loures: Lusociência.

Costa, P., Leite, R. (2009). Estratégias de Enfrentamento Utilizadas pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias Mutiladoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 55 (4). 355-364.

Costantino, M. E., Frey, B. & Hall, B.; Painter, P. (2013). The Influence of a Postdischarge Intervention on Reducing Hospital Readmissions in a Medicare Population. *Population Health Management*. 16 (5). 310-316. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012257316&lang=pt-br&site=ehost-live>

Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de Agosto. *Diário da República N.º 151 – I Série*. Ministério da Educação e Ciência.

Direção Geral da Saúde (2013). *Portugal Doenças Oncológicas em Números 2013: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Portugal: Direção Geral da Saúde.

European Oncology Nursing (2013). *Cancer Nursing Curriculum*. 4ª Edição. Bruxelas: European Oncology Nursing.

Ferreira, Manuel & Dias, Maria Olívia (2005). *Ética e a profissão. Relacionamento interpessoal em enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Ferreira, P. L.; Mendes, A. P.; I. R., Fernandes; R. R., Ferreira (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem Referência*. III Série. 5. 121-133.
- Fox, M. T., Persaud, M., Maimets, I., Brooks, D., O'Brien & K., Tregunno (2013). Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*. 13. 70. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23829698&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Gonçalves, G.; Guterres, J.; Novais, S. (2010). A Vivência da Transição numa Pessoa Laringectomizada. *Onco.News - Investigação e Informação em Enfermagem Oncológica*. 14. 7-17.
- Graham, J., Gallagher, R. & Bothe, J. (2013). Nurses discharge planning and risk assessment: behaviours, understanding and barriers. *Journal of Clinical Nursing*. 22. 2338-46. Acedido Janeiro 8, 2015, em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012170505&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Graham, L. E., Leff, B. & Arbaje, A. I. (2013). Risk of Hospital Readmission for Older Adults Discharged on Friday. *Journal of the American Geriatrics Society*. 61 (2). 300-301. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011934201&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Hansen, L. O. (2011). Hospital discharge documentation and risk of rehospitalisation. *BMJ Quality & Safety*. 20 (9). 773-778. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21515695&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Henderson, V. (2007). Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE. Loures: Lusodidacta.

Jeangsawang, N, Malathum, P., Panpakdee, O., Brooten, D. & Nityasuddhi, D. (2012). Comparison of Outcomes of Discharge Planning and Post-Discharge Follow-up Care, provided by Advanced Practice, Expert-by-experience, and Novice Nurses, to Hospitalized Elders with Chronic Healthcare Conditions. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 16 (4). 343-360. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011885841&lang=pt-br&site=ehost-live>

Lopes, V. (2013). Planeamento de altas: elo vital da continuidade de cuidados.. In M. G. Mestrinho & L. Antunes (Organizadores), *A investigação nos contextos de trabalho: desafios da experiência – um sentido para a reabilitação*, (103-110). Loures: Lusociência.

Miguel, S; Gudiño, M.; Silva, A. (2014). Impacto do Cancro de Cabeça e Pescoço na Qualidade de Vida. *Onco.News - Investigação e Informação em Enfermagem Oncológica*. 25. 23–30.

Nosbusch, J. M., Weiss, M. E. & Bobay, K. L. (2010). An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *Journal of Clinical Nursing*. 20 (5/6). 754-774. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010940107&lang=pt-br&site=ehost-live>

Nunes, L. (2009). *Ética: raízes e florescências em todos os caminhos*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*.
- Ordem dos Enfermeiros (2012a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*.
- Ordem dos Enfermeiros (2012b). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*.
- Ordem dos Enfermeiros (2012c). *Repe e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.
- Page, C. (2010). Nurse-led discharge. *Nursing Management*. 17 (8). 26-27. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21229868&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Pereira, I. C. B. F.(2013) – Regresso a casa: estrutura da ação de enfermagem. Lisboa: Universidade Católica.
- Queirós, Ana A. (2001). *Ética e enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Robinson, S., Howie-Esquivel, J. & Vlahov, D.(2012). Readmission Risk Factors after Hospital Discharge Among the Elderly. *Population Health Management*. 15 (6): 338-351. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011779811&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Santos, J. (2011). *Optimização das Ostomias de Ventilação: Um Guia para os Profissionais de Saúde que Cuidam de Pessoas Portadoras de Traqueostomia*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Showalter, J.W., Rafferty, C. M., Swallow, N. A., DaSilva, K. O. & Chuang, C. H. (2011). Effect of standardized electronic discharge instructions on post-discharge hospital utilization. *Journal Of General Internal Medicine*. 26 (7), 718-723. Acedido

Janeiro 8, 2015 em
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21499825&lang=pt-br&site=ehost-live>

Soong, C. (2013). Development of a checklist of safe discharge practices for hospital patients. *Journal Of Hospital Medicine: An Official Publication Of The Society Of Hospital Medicine* .8 444-449. Acedido Janeiro 8, 2015 em
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23554352&lang=pt-br&site=ehost-live>

Suzuki S. et al (2012). Effects of a multi-method discharge planning educational program for medical staff nurses. *Japan Journal of Nursing Science*. 9 (2): 201-215. Acedido Janeiro 8, 2015 em
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011767140&lang=pt-br&site=ehost-live>

Tomey, A.; Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.

Walker, C. A. & Lachman, V. D. G (2013). The discharge process for patients with an ostomy: an ethical perspective. *Medsurg Nursing*. 22 (1). 61-64. Acedido Janeiro 8, 2015 em
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011909479&lang=pt-br&site=ehost-live>

Wroblewski, D.M., Joswiak, M.E., Dunn, D.F., Maxson, P.M. & Holland, D.E.(2014). Discharge planning rounds to the bedside: a patient- and family-centered approach. *Medsurg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*.Vol. 23 (2). 111-116. Acedido Janeiro 8, 2015 em
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24933789&lang=pt-br&site=ehost-live>

Visser, A., Ubbink , D. T., Gouma, D. J. & Godlings, C. (2012). Questionnaire versus telephone follow-up to detect postdischarge complications in surgical patients: randomized clinical trial. *World Journal Of Surgery*. 36 (11), 2576-2583. Acedido Janeiro 8, 2015 em

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22890878&lang=pt-br&site=ehost-live>

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 – ANÁLISE REFLEXIVA DE ACORDO COM O CICLO DE GIBBS
SOBRE A PARTICIPAÇÃO NUMA CONFERÊNCIA FAMILIAR**

Introdução

A seguinte análise reflexiva foi produzida no sentido de demonstrar as aprendizagens desenvolvidas. É baseada numa experiência vivida em contexto de estágio, tendo como suporte o ciclo de Gibbs para estruturar a reflexão.

1. Descrição da experiência

Da experiência do estágio numa unidade de Convalescença, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, destaco a possibilidade que tive de participar numa conferência familiar e nas reuniões de equipa, com vista à preparação para a alta dos utentes aqui internados.

Na conferência que pude assistir, com o intuito de ser feita a preparação para a alta, participaram a utente, o seu filho, uma médica, uma enfermeira, a fisioterapeuta e a gestora de clientes.

Com esta conferência pretendia-se avaliar a capacidade da família para receber a pessoa no domicílio, tendo em conta as alterações na movimentação decorrentes de uma fratura do fémur. A Sr. M. vivia com o marido numa casa pequena, sem espaço para se deslocar em cadeira de rodas, o que implicava encontrar outras alternativas para se movimentar.

Apesar de ser sua vontade regressar a casa, pelas algias que apresentava à mobilização, a Sra. M. tinha dificuldade em realizar os exercícios propostos pela fisioterapeuta, o que atrasava a sua reabilitação e consequentemente a alta.

Para ultrapassar esta limitação na reabilitação, e como era sua vontade ter alta clínica, a Sra. M. solicitou ao filho que este lhe prestasse apoio na movimentação no domicílio. Visto que este tinha uma atividade laboral que o impedia de estar o dia todo junto da mãe, fez parte da intervenção da equipa multidisciplinar a gestão da situação.

Com vista a promover a participação da Sra. M. nos exercícios de reabilitação, a equipa delineou estratégias e negociou-as com esta e com o seu filho, de forma a alta acontecer o mais rápida e eficazmente possível. Assim, as

estratégias delineadas passaram pela intervenção dos vários elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente: a Sra. M. iria melhorar a capacidade de se movimentar, através da realização dos exercícios que lhe eram propostos; iria ser prescrita analgesia adequada à gestão da dor para níveis aceitáveis por si, que lhe permitissem realizar os exercícios de reabilitação; a enfermeira iria avaliar os níveis de dor e gerir a terapêutica analgésica a administrar e a evolução do grau de autonomia da pessoa; a gestora de cliente iria efetuar um pedido de prolongamento em uma semana do internamento; o filho iria organizar o seu horário para ter disponibilidade para prestar apoio à mãe; iriam ser aferidas as instituições da área de residência que pudessem prestar apoio à Sra. M.

2. Pensamento e sentimentos

Perante esta situação, o que pensei foi que existem vários fatores que podem influenciar a preparação para a alta e de que forma poderia desenvolver intervenções para os gerir. Para além disso, pensei, de que modo é possível contribuir para melhorar a autonomia da pessoa e a incentivá-la a participar na sua reabilitação.

Face à situação senti que devia adotar uma atitude de proatividade para com a pessoa, de forma a desenvolver a sua autonomia e, conseqüentemente, contribuir para que o seu regresso a casa aconteça com a melhor qualidade possível. Para tal, acompanhei-a a fazer treino de marcha nas deslocações do quarto ao refeitório, evitando a utilização da cadeira de rodas.

Esta vivência permitiu-me refletir sobre a complexidade do processo de preparação para a alta e a variedade de componentes que têm influência neste, elementos estes, que não tinha tido perceção antes desta situação, o que me fez sentir constrangida face à situação.

3. Avaliação

Com esta situação pude observar a atuação da equipa multidisciplinar na gestão do caso, havendo a colaboração de todos os seus elementos para que a alta ocorresse em segurança.

O ponto negativo foi o facto da conferência familiar ter acontecido próxima da data prevista de alta, o que fez com a data da alta tivesse que ser adiada, face aos fatores de atraso que surgiram.

4. Análise

Esta situação, permitiu-me ver os benefícios da realização de uma conferência familiar na preparação para a alta, com a inclusão da família no processo. Segundo Wroblewski, Joswiak, Dunn, Maxson & Holland (2014), a preparação para a alta é um processo que requer a colaboração e a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar, a pessoa e a família. A realização de reuniões de equipa, onde a família e a pessoa estão incluídas pode ser uma estratégia eficaz no planeamento dos cuidados necessários no pós-alta (Wroblewski, Joswiak, Dunn, Maxson & Holland, 2014).

Por outro lado, o facto da equipa multidisciplinar atuar com um objetivo comum, faz com que os resultados propostos sejam alcançados. Segundo Denson, Winefield & Beilby (2012), a preparação para a alta pode ser útil para promover um equilíbrio entre a segurança e a autonomia, com vista à promoção da independência na pessoa no domicílio.

5. Conclusão

Esta situação foi fundamental para perceber a relevância de uma preparação para a alta precoce, onde deve estar incluída a equipa multidisciplinar, a pessoa e a família, tendo alertado para a importância da sua inclusão em todo o processo de preparação para a alta para que este se desenvolva eficazmente. Por outro lado, pude assistir à importância do trabalho em equipa, e da comunicação e atuação dos vários elementos na definição de objetivos comuns.

6. Planear a ação

Em situações futuras, julgo que a utilização das conferências familiares poderá ser uma estratégia a implementar na preparação para a alta, visto que, esta pode ser uma mais valia na atuação junto da família e no delinear de estratégias de atuação.

7. Referências Bibliográficas

Denson, A., Winefield, L. & Beilby, J. (2013). Discharge-planning for long-term care needs: the values and priorities of older people, their younger relatives and health professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27 (1). 3-12. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011918001&lang=pt-br&site=ehost-live>

Wrobleski, D.M., Joswiak, M.E., Dunn, D.F., Maxson, P.M. & Holland, D.E.(2014). Discharge planning rounds to the bedside: a patient- and family-centered approach. *Medsurg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*.Vol. 23 (2). 111-116. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24933789&lang=pt-br&site=ehost-live>

**APÊNDICE 2 – ANÁLISE REFLEXIVA DE ACORDO COM O CICLO DE GIBBS
SOBRE A PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES DE EQUIPA DE UMA UNIDADE DE
CONVALESCENÇA**

Introdução

A análise reflexiva aqui produzida, tendo como base o ciclo reflexivo de Gibbs, pretende desenvolver o pensamento crítico sobre uma situação vivida em contexto de estágio. A mesma remete à experiência relativa à participação nas reuniões de equipa, ocorridas na unidade de convalescença onde foi desenvolvido o primeiro estágio.

1. Descrição da experiência

A segunda situação a destacar no primeiro estágio, foi a participação nas reuniões de equipa semanais, onde estavam presentes o diretor clínico da instituição, uma médica, uma enfermeira, as terapeutas ocupacionais e da fala, fisioterapeutas, a gestora de clientes e duas representantes da equipa de coordenação local para os Cuidados Continuados Integrados.

Nas reuniões em que estive presente, a 2, 9, 16, 23 e 30 de Outubro de 2014 o principal foco de atenção foi o planeamento dos cuidados ao longo do internamento, nomeadamente, dos tratamentos de fisioterapia. No que toca à preparação para a alta, foram discutidos os recursos de apoio necessários no domicílio; a necessidade de serem feitas adaptações estruturais na habitação; as consultas a marcar, os ensinamentos a realizar à pessoa e família; o local de destino, quando a pessoa não tem condições para ir para casa, nomeadamente, a transferência para unidades de média e longa duração.

A minha participação nas reuniões de equipa passou por partilhar com a restante equipa multidisciplinar as necessidades de cuidados identificadas, ao longo do estágio, de algumas das pessoas aqui internadas.

2. Pensamentos e sentimentos

A expectativa para as reuniões de equipa era elevada, visto ser aqui que se encontram os vários elementos para a discussão dos casos das pessoas internadas na unidade, nomeadamente, na preparação para a alta e no planeamento das intervenções a realizar ao longo do internamento para promoção da reabilitação da autonomia.

O papel a ter nestas reuniões passava por observar a comunicação entre os vários elementos da equipa, na definição de objetivos e de intervenções para a preparação para a alta. Pude contribuir na dinâmica de preparação para a alta da equipa multidisciplinar, através da partilha das necessidades de cuidados identificadas ao longo do estágio, de forma a colher experiências que sustentem a minha intervenção. Julgo ter conseguido integrar-me na equipa de modo a me ser dado espaço para colaborar nas reuniões.

3. Avaliação

A vantagem de ter assistido a estas reuniões foi a possibilidade que tive de verificar como a equipa multidisciplinar gere e mobiliza os recursos na preparação para a alta, de forma a promover a continuidade de cuidados, tendo sido uma mais-valia no desenvolvimento das competências propostas.

Por outro lado, com a minha participação nas reuniões, julgo ter contribuído para que fossem identificadas as necessidades de cuidados das pessoas aqui internadas, no entanto, penso que poderia ter tido um papel mais ativo no planeamento de intervenções dirigidas às mesmas.

Destaco como ponto negativo, a não existência de um documento onde são compiladas as intervenções planeadas e realizadas para a preparação para a alta, que poderia ser útil para sintetizar a informação referente ao processo.

4. Análise

A participação nestas reuniões permitiu validar a intervenção da equipa multidisciplinar na promoção da continuidade de cuidados após a alta e comparar as estratégias de atuação na mobilização dos recursos, encontradas na revisão da literatura, com as efetuadas em contexto hospitalar. Face a isto, foi constatado que era feita uma avaliação dos recursos disponíveis na comunidade, de acordo com as necessidades de cuidados da pessoa, e realizada a articulação com estes.

De acordo com Hiroko, et al (2013), a continuidade de cuidados abrange as intervenções de enfermagem com vista à promoção da independência da pessoa e família. A continuidade de cuidados visa a implementação de uma abordagem

sistemática centrada na pessoa, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e a tornar o mais autónoma possível (Hiroko et al, 2013).

Verificou-se o empenho da equipa em traçar objetivos concretizáveis e fazer esforços para os mesmos serem alcançados, de forma a que seja conseguida uma alta segura. A intervenção dos vários elementos era transversal a toda a equipa pelo facto de partilharem objetivos comuns.

5. Conclusão

A criação de um documento de estruturação do processo de preparação para a alta revelou-se como sendo fundamental, para sintetizar as intervenções desenvolvidas pela equipa multidisciplinar. Como tal, foi sugerido à enfermeira responsável pela unidade a criação de um instrumento que reflita as intervenções na preparação para a alta, nomeadamente, durante as reuniões de equipa.

Esta atividade poderia ter sido iniciada ao longo do estágio, no entanto, não foi uma necessidade levantada pela equipa, daí que a mesma não tenha sido realizada.

6. Planear a ação

Julgo que, no contexto onde desenvolvo a minha atividade profissional, apesar de atualmente não serem realizadas reuniões de equipa para as discussões dos casos das pessoas aí internados, esta poderá ser uma estratégia a integrar de forma a ser desenvolvido um planeamento estruturado da alta.

A articulação que é feita entre os vários elementos da equipa multidisciplinar com vista a ser alcançado um objetivo comum foi, um dos aspetos mais relevantes a reter com esta experiência, visto que, com esta atuação é possível contribuir para uma preparação para a alta o mais eficaz possível. A importância de envolver toda a equipa no processo, é um aspeto a salientar nas sessões de formação a realizar no meu contexto profissional.

7. Referências Bibliográficas

Hiroko, N., et al (2013). Identifying structure and aspects that 'continuing nursing care' used in discharge support from hospital to home care in Japan. *International Journal of Nursing Practice*. 19. 50-58. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012092408&lang=pt-br&site=ehost-live>

APÊNDICE 3 - REVISÃO DA LITERATURA

Base de dados	Descritores	Crítérios de inclusão	Total de artigos encontrados	Total de artigos selecionados
CINAHL	Discharge planning	<ul style="list-style-type: none"> - Texto completo - Limite temporal: 2010 -2014 - Língua inglesa - Resumo Disponível - População: Adultos 	94	6
CINAHL	Patient discharge	<ul style="list-style-type: none"> - Texto completo - Limite temporal: 2010 -2014 - Língua inglesa - Resumo Disponível - População: Adultos 	237	4
CINAHL	Discharge Planning, Patient discharge	<ul style="list-style-type: none"> - Texto completo - Limite temporal: 2010 -2014 - Língua inglesa - Resumo Disponível - População: Adultos 	16	1
CINAHL	Discharge planning, head and neck neoplasms	<ul style="list-style-type: none"> - Limite temporal: 2010 – 2014 	2	0
CINAHL	Patient discharge, head and neck neoplasms	<ul style="list-style-type: none"> - Limite temporal: 2010 – 2014 	4	1
CINAHL	Discharge planning, head and neck neoplasms, nursing	<ul style="list-style-type: none"> - Limite temporal: 2010 – 2014 	2	0
CINAHL	Patient discharge, head and neck neoplasms, nursing	<ul style="list-style-type: none"> - Limite temporal: 2010 – 2014 	4	1 (repetido)

Medline	Patient discharge	<ul style="list-style-type: none"> - Texto completo - Limite temporal: 2010 -2014 - Língua inglesa - Resumo Disponível - População: Adultos <p>Título: Patient discharge</p>	684	14 (4 repetidos)
Medline	Patient discharge, head and neck neoplasms	<ul style="list-style-type: none"> - Texto completo - Limite temporal: 2010 -2014 - Língua inglesa - Resumo Disponível - População: Adultos 	5	2 repetidos na CINAHL
Medline	Patient discharge, head and neck neoplasms, nursing	<ul style="list-style-type: none"> - Texto completo - Limite temporal: 2010 -2014 - Língua inglesa - Resumo Disponível - População: Adultos 	4	1 repetido

**APÊNDICE 4 – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO CUIDADOS À PESSOA
COM TRAQUEOTOMIA/TRAQUEOSTOMIA**

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Cuidados À Pessoa Com Traqueotomia / Traqueostomia **FORMADOR:** Cristiana da Fonseca de Jesus

LOCAL: Ala Direita da Unidade de Convalescença – Piso 0 **DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros da Ala Direita

DURAÇÃO: 60 minutos (30 para apresentação, 30 para a avaliação da formação e esclarecimento de dúvidas)

DIVULGAÇÃO: afixado cartaz informativo na unidade

OBJETIVO GERAL: capacitar a equipa de enfermagem para a realização do ensino à pessoa / cuidador acerca dos cuidados à traqueotomia / traqueostomia no domicílio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Que os formandos sejam capazes de identificar as diferenças entre uma traqueotomia e uma traqueostomia
- Que os formandos sejam capazes de identificar as indicações para a realização de traqueotomia e de traqueostomia
- Que os formandos sejam capazes de identificar as complicações mais comuns na pessoa com traqueotomia/traqueostomia
- Que os formandos sejam capazes de distinguir as diferentes cânulas existentes
- Que os formandos sejam capazes de perceber os objetivos dos cuidados à pessoa com traqueotomia/traqueostomia
- Que os formandos sejam capazes de realizar a técnica dos cuidados à traqueotomia/traqueostomia
- Que os formandos sejam capazes de identificar os objetivos e as atividades a realizar para a preparação para a alta da pessoa com traqueotomia/traqueostomia

Conteúdos Programáticos	Atividades a Realizar	Tempo	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico-Pedagógicos de Apoio	Avaliação
Objetivos da Formação	Apresentação dos objetivos da formação	2 minutos	Método Expositivo	Computador Projeto	Ficha de Avaliação da Formação
Definição de Traqueotomia e de Traqueostomia	Apresentação das definições de traqueotomia e de traqueostomia	2 minutos	Método Expositivo	Computador Projeto	Teste de Avaliação (verdadeiro ou falso)
Indicações da Traqueotomia e da Traqueostomia	Apresentação das indicações para a realização de traqueotomia e traqueostomia	2 minutos	Método Expositivo	Computador e Projeto	Teste de Avaliação (verdadeiro ou falso)
Complicações mais Frequentes	Indicação das complicações mais comuns	2 minutos	Método Expositivo	Computador e Projeto	Teste de Avaliação (verdadeiro ou falso)
Tipos de Cânulas	Apresentação das diferentes cânulas existentes	5 minutos	Método Expositivo Demonstrativo Ativo	Computador Projeto Diversas Cânulas	Teste de Avaliação (verdadeiro ou falso)
Objetivos dos Cuidados	Indicação dos objetivos dos cuidados à pessoa com traqueotomia / traqueostomia	2 minutos	Método Expositivo	Computador Projeto	Teste de Avaliação (verdadeiro ou falso)
Cuidados de Higiene à Cânula	Apresentação da técnica dos cuidados à traqueotomia / traqueostomia	10 minutos	Método Expositivo e Demonstrativo	Computador Projeto Cânulas	Teste de Avaliação (verdadeiro ou falso)
Preparação Para a Alta da Pessoa com Traqueotomia / Traqueostomia	Indicação dos objetivos e das atividades a realizar para a preparação para a alta da pessoa com traqueotomia / traqueostomia Apresentação do folheto realizado, para entregar à pessoa e família na alta	5 minutos	Método Expositivo e Demonstrativo	Computador Projeto Folheto Informativo	Teste de Avaliação (verdadeiro ou falso)

APÊNDICE 5 – FOLHETO CUIDADOS À TRAQUEOTOMIA

CUIDADOS À TRAQUEOTOMIA

- **Substituição do Nastro**
- Com a ajuda da pinça, coloque o nastro novo sobre o antigo
- Dê um nó forte no nastro
- Em seguida, após confirmar que o novo nastro está bem fixo, corte a fita antiga

- **Introdução da cânula interna e do penso**
- Introduza a cânula interna na externa e rode-a até ouvir um clique
- Coloque o penso por baixo da cânula externa e fixe-o com adesivo
- Aplique, sempre, uma compressa ou um lenço a proteger a cânula

Elaborado Por: Enf^a Cristiana Jesus

Aluna do 5^o Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica

Outubro de 2014

Cuidados à Traqueotomia

Material Necessário:

- Taça Limpa
- Água da Rede Pública
- Compressas
- Fita de Nastro
- Penso Protetor
- Tesoura
- Pinça ou Escovilhão

Técnica

Antes de realizar os cuidados à sua traqueotomia deve:

Lavar as mãos

Reunir o material necessário

Estar junto a um espelho

Ter um saco ou balde para o lixo próximo de si

No final:

Deve voltar a lavar as mãos

Pôr no lixo o material sujo

Lavar e secar a taça

Limpeza da Cânula

- Coloque na taça água da rede pública
- Retire o penso sujo e coloque-o no lixo
- Retire a cânula interna, rodando-a para a direita
- Coloque a cânula interna na taça
- Com uma compressa húmida, limpe a pele à volta da cânula externa e a própria cânula
- Seque a pele

Se utilizar uma pinça para limpar a cânula interna:

- Desdobre uma compressa totalmente e com a ajuda da pinça introduza-a na cânula, até que esta saia pela extremidade oposta
- Repita o procedimento até a cânula ficar limpa
- Passe a cânula por água da rede pública
- Seque a cânula com uma compressa

Se utilizar um escovilhão para limpar a cânula interna:

- Introduza o escovilhão na cânula, várias vezes, até que esta fique limpa
- Passe a cânula por água da rede pública

**APÊNDICE 6 – TESTE DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE A
SESSÃO DE FORMAÇÃO CUIDADOS À PESSOA COM
TRAQUEOTOMIA/TRAQUEOSTOMIA**

Teste de Avaliação – Sessão de Formação: Cuidados à Pessoa com Traqueotomia / Traqueostomia

Responda com Verdadeiro (V) ou Falso (F) às seguintes afirmações.

1. A traqueotomia tem um caráter definitivo - _____
2. A traqueostomia é realizada quando a pessoa é submetida a uma laringectomia total - _____
3. A traqueostomia é sempre efetuada quando há necessidade de suporte ventilatório - _____
4. A hemorragia é uma das complicações mais comuns da traqueotomia e da traqueostomia - _____
5. A cânula dupla (fenestrada, não fenestrada, com e sem cuff) é a mais utilizada - _____
6. Os cuidados à cânula permitem a manutenção da permeabilidade da via aérea inferior - _____
7. O soro fisiológico é obrigatoriamente usado na higiene da cânula, mesmo quando os cuidados traqueais são realizados no domicílio pela pessoa ou pelo cuidador - _____
8. O material sujo usado na higiene da cânula deve ser colocado no saco preto (lixo não contaminado) - _____
9. Na traqueotomia podem ser retiradas ambas as cânulas (interna e externa) - _____
10. Na preparação para a alta da pessoa com traqueotomia / traqueostomia deve ser feito o ensino da técnica dos cuidados à cânula a si e ao cuidador - _____

**APÊNDICE 7 – FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO
CUIDADOS À PESSOA COM TRAQUEOTOMIA**

Avaliação da Ação de Formação pelo Formando

Ação de Formação: Cuidados à Pessoa com Traqueotomia/Traqueostomia

1. Assinale com um "X" o número da escala que considere adequado

1= Nada, Nenhum(a) 2= Pouco, Deficiente 3= Suficiente 4= Bom 5=Muito Bom

Conteúdos	1	2	3	4	5
1. Pertinência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Exploração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aplicabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Concordância com as expectativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Concordância com os objetivos propostos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meios					
6. Recursos informáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Outros Recursos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Espaço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formador					
9. Clareza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Saber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fluência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Esclarecimento de dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação					
13. Dos conteúdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Dos meios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Do formador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Do método de avaliação dos formandos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Da duração da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Do conjunto da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique os aspectos mais positivos

Sugestões/Comentários. Apresente críticas e sugestões que possam contribuir para aumentar a qualidade da Formação

**APÊNDICE 8 – ANÁLISE DA AVALIAÇÃO EFETUADA PELOS
FORMANDOS NA SESSÃO DE FORMAÇÃO CUIDADOS À PESSOA COM
TRAQUEOTOMIA**

		Nada/ Nenhum	Pouco/ Deficiente	Suficiente	Bom	Muito bom	Não Respondeu
Conteúdos	Pertinência				1	8	
	Exploração				6	3	
	Aplicabilidade				2	6	
	Concordância com as expectativas				2	6	1
	Concordância com os objetivos propostos				1	7	1
Meios	Recursos informáticos				4	4	1
	Outros recursos				5	3	1
	Espaço			1	5	1	2
Formador	Clareza				2	7	
	Saber				2	7	
	Fluência				4	5	
	Esclarecimento de dúvidas				1	7	1
Avaliação	Dos conteúdos				3	6	
	Dos meios				6	3	
	Do formador				2	7	
	Do método de avaliação dos formandos				4	5	
	Da duração da ação				4	5	
	Do conjunto da ação				1	8	

À questão “indique aspetos mais positivos” da sessão, responderam 3 formandos, tendo estes destacado como aspetos positivos: aplicabilidade dos conteúdos; clareza; utilização prática; experiência do formador. À questão “apresente críticas e sugestões que possam contribuir para aumentar a qualidade da formação”, responderam 0 formandos. Ao teste de avaliação verdadeiro/falso realizado, a totalidade dos formandos acertou nas respostas corretas.

**APÊNDICE 9 – ANÁLISE REFLEXIVA DE ACORDO COM O CICLO DE
GIBBS SOBRE O ESTÁGIO NUM SERVIÇO DE UROLOGIA**

Introdução

A metodologia aqui apresentada tem como suporte o ciclo reflexivo de Gibbs, indo permitir a reflexão sobre as experiências vividas num serviço de Urologia.

A escolha deste campo de estágio deveu-se a aqui existir um programa estruturado de preparação para a alta, e assim, permitir o desenvolvimento de competências neste domínio.

1. Descrição da experiência

No serviço de urologia onde desenvolvi o segundo estágio, tive a oportunidade de colaborar num programa de preparação para a alta aqui implementado, dirigido à pessoa submetida a prostatectomia radical. Este programa engloba o preenchimento de uma checklist com os ensinamentos a realizar desde o acolhimento até à data da alta, a realização da carta de alta, a articulação com o centro de saúde da área de residência para a continuidade de cuidados e um follow-up telefónico periódico.

Para além de ter cumprido as várias etapas do programa para as várias pessoas internadas no serviço, submetidas a prostatectomia radical, fiz a seleção de uma situação, em que preparei a sua alta, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de competências. Fiz, ainda um estudo de caso acerca da pessoa escolhida, tendo este contribuído para a sistematização do processo de preparação para a alta desenvolvido, e para a consolidação da aprendizagem realizada.

No estudo de situação selecionado, efetuei o acolhimento da pessoa ao serviço, utilizando o instrumento de colheita de dados em vigor na instituição, apliquei a checklist de ensinamentos à pessoa e cuidadora, efetuei a carta de alta e realizei o follow-up telefónico. A articulação com vista à continuidade de cuidados foi efetuada com a sobrinha do utente, uma vez, que esta é enfermeira na instituição, e ia ser a responsável pelos cuidados à

pessoa no pós alta, nomeadamente, ao nível dos cuidados à sutura operatória.

2. Pensamentos e sentimentos

Este estágio, permitiu-me mobilizar os conhecimentos desenvolvidos sobre a preparação para a alta, o que me levou a pensar que este foi fundamental para por em prática tudo o suporte adquirido no estágio anterior e na revisão da literatura efetuada.

Perante esta experiência, senti alguma inquietação, nomeadamente, pela exigência em mobilizar conhecimentos não só sobre a preparação para a alta, propriamente dita, como sobre especificidades relacionadas com os cuidados a prestar à pessoa com doença do foro da urologia.

3. Avaliação

A vantagem desta experiência foi o treino de competências no ensino no pré e pós-operatório sobre as alterações decorrentes da intervenção cirúrgica, na articulação com outras instituições de saúde e no follow-up pós-alta de forma a despistar possíveis complicações no pós-alta.

Como desvantagem, destaca-se o facto de o programa de preparação para a alta ser dirigido, apenas, à pessoa submetida a prostatectomia radical, visto que poderia ser um ganho para os utentes, a abrangência a outras situações, de modo a alta ser planeada de forma estruturada.

4. Análise

A experiência tida neste estágio permitiu o treino na realização de uma preparação para a alta desde o acolhimento, identificando os recursos a mobilizar e as intervenções a desenvolver para um plano de alta eficaz. Como refere Graham, Gallagher, Bothe (2013), os enfermeiros têm um papel fundamental na preparação para a alta, uma vez que, acompanham a pessoa ao longo de todo o internamento. Estes são envolvidos em todas as etapas

deste processo, sendo que, o acolhimento e a avaliação inicial são fundamentais para este procedimento.

Por outro lado, a realização do follow-up telefónico, permitiu validar a apreensão dos ensinamentos realizados, adaptação da pessoa ao período pós-alta e a eficácia da preparação para a alta efetuada. Segundo Costantino, Frey, Hall, Painter (2013), o apoio sistematizado no período pós-alta, reduz os reinternamentos não previstos.

De acordo com Denson, Winefield, Beilby (2012) a preparação para a alta pode ser útil para promover um equilíbrio entre a segurança e a autonomia, com vista à promoção da independência da pessoa no domicílio. Andrietta, Moreira, Barros (2011), defendem que melhorar os resultados da preparação para a alta, através das intervenções de enfermagem e da educação, reduz os custos com a hospitalização e as recorrências à urgência.

Cain, Neuwirth, Bellows, Zuber & Green (2012) acrescenta que, disponibilizar um número de telefone de atendimento, uma carta de alta padronizada para os cuidados de saúde primários, o retomar da terapêutica, o acompanhamento telefónico e a marcação de consultas antes da alta podem ser estratégias úteis para uma alta segura.

Este estágio permitiu-me, ainda, identificar necessidades da pessoa com doença oncológica na preparação para alta. No caso da pessoa sobre a qual realizei o estudo de situação, para além da necessidade de lhe serem realizados ensinamentos acerca dos cuidados a ter no domicílio, de forma a promover a sua autonomia, este referiu querer ter acesso a informação acerca dos seus direitos, enquanto pessoa com doença oncológica.

5. Conclusão

Independentemente de ter tido oportunidade de aplicar o programa do serviço de preparação para a alta a várias pessoas, julgo que, a sua aplicação e adaptação a outros utentes com outras patologias poderia ser

uma mais valia para o treino de competências. Foi, assim, sugerida à orientadora do campo de estágio, a adaptação do programa a todos os utentes do serviço.

6. Planear a ação

Apesar de segundo Showalter, et al (2011), um processo de alta padronizado, por si só, não ser suficiente para evitar as readmissões no pós-alta, penso que esta experiência de aplicação de um instrumento próprio de registo das intervenções para a preparação para a alta poderá, ser útil para a criação de um documento de sistematização no serviço a onde desenvolvo a minha atividade profissional.

7. Referências Bibliográficas

Andrietta, M. P., Moreira, S. L., Barros, R. & Leite, A. L. B.(2011). Hospital discharge plan for patients with congestive heart failure. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 19 (6). 1445-1452. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011452188&lang=pt-br&site=ehost-live>

Cain C. H., Neuwirth, E., Bellows, J., Zuber, C. & Green, J. (2012).Patient experiences of transitioning from hospital to home: an ethnographic quality improvement project. *Journal Of Hospital Medicine: An Official Publication Of The Society Of Hospital Medicine*. 7 (5). 382-387. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22378714&lang=pt-br&site=ehost-live>

Costantino, M. E., Frey, B. & Hall, B.; Painter, P. (2013). The Influence of a Postdischarge Intervention on Reducing Hospital Readmissions in a Medicare Population. *Population Health Management*. 16 (5). 310-316. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012257316&lang=pt-br&site=ehost-live>

Denson, A., Winefield, L. & Beilby, J. (2013). Discharge-planning for long-term care needs: the values and priorities of older people, their younger relatives and health professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27 (1). 3-12. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011918001&lang=pt-br&site=ehost-live>

Graham, J., Gallagher, R.& Bothe, J. (2013). Nurses discharge planning and risk assessment: behaviours, understanding and barriers. *Journal of Clinical Nursing*. 22. 2338-46. Acedido Janeiro 8, 2015, em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012170505&lang=pt-br&site=ehost-live>

Showalter, J.W., Rafferty, C. M., Swallow, N. A., DaSilva, K. O. & Chuang, C. H. (2011). Effect of standardized electronic discharge instructions on post-discharge hospital utilization. *Journal Of General Internal Medicine*. 26 (7), 718-723. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21499825&lang=pt-br&site=ehost-live>

APÊNDICE 10 – ESTUDO DE SITUAÇÃO

A realização do estudo de situação permitiu-me sistematizar o processo de cuidados à pessoa no âmbito da preparação para a alta, ajudando-me a consolidar conhecimentos e contribuindo para o desenvolvimento de competências nesta área, nomeadamente: cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Em relação à competência cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, o estudo de situação permitiu identificar as necessidades de cuidados da pessoa com doença crónica e o seu grau de dependência, de forma a permitir o estabelecimento de um plano de cuidados individualizado, adotando estratégias de atuação eficazes.

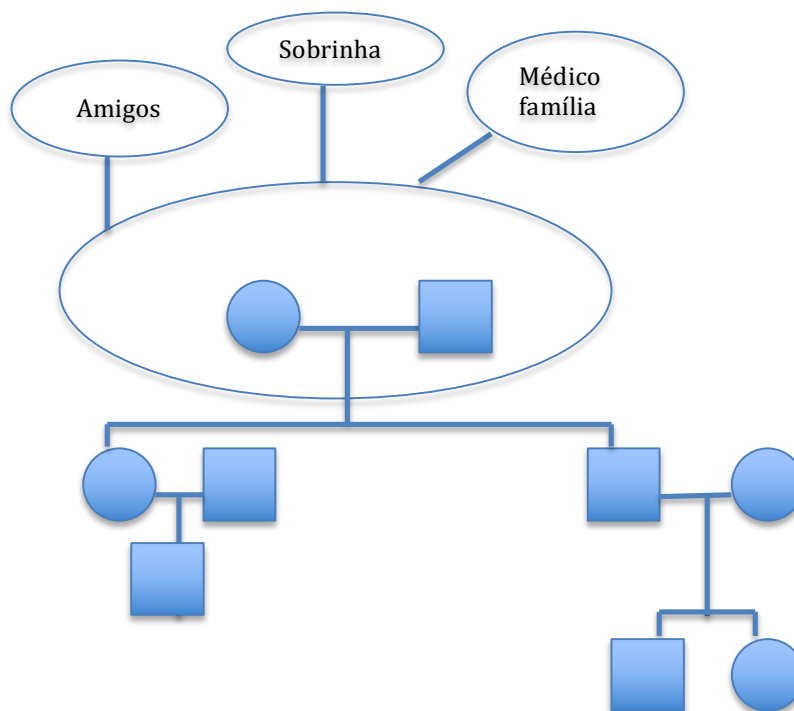
Face à competência desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, o estudo de situação permitiu o reconhecimento dos recursos e dos limites pessoais e profissionais no desenvolvimento de uma relação de ajuda, tal como dos factores que influenciam o relacionamento com a pessoa e a equipa multidisciplinar, desenvolvendo o autoconhecimento para gerir os vários elementos. Permitiu, ainda, a gestão de sentimentos e emoções com vista à obtenção de uma resposta eficaz às situações.

No que toca à competência basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, permitiu mobilizar os conhecimentos consolidados e rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, de forma a serem prestados cuidados especializados, seguros e competentes.

- **Caracterização da pessoa**

O estudo de situação selecionado remete para um utente do sexo masculino, nascido a 10/09/1946 (68 anos), de nacionalidade portuguesa, natural de Cascais e a residir em Lisboa na freguesia dos Olivais. O Sr. L. é casado e tem 2 filhos de 40 e 37 anos respetivamente, e tem 3 netos com 7, 9 e 13 anos. Atualmente está reformado, mas era engenheiro mecânico, sendo licenciado.

- **Genograma e Ecomapa**



Destaca como experiência de vida mais desfavorável o facto de ter cumprido o serviço militar em África, que lhe provocou stress pós-traumático. Pelo contrário, o nascimento dos netos foi a experiência mais favorável na sua vida, sendo a estes que vai buscar a força anímica para viver.

Tem como religião a católica, indo buscar à fé a esperança para ultrapassar a sua situação de doença.

Ao nível da necessidade comer e beber de forma adequada, cumpre uma dieta hipossalina, ao longo de 3 refeições diárias, não tendo alimentos que não goste.

No que toca à eliminação de resíduos corporais, evacua diariamente, e apesar da patologia prostática, não sofre alterações a nível da eliminação vesical.

Face à necessidade de se movimentar e manter uma postura correta realiza esta de forma autónoma, apresentando a força muscular mantida, fazendo caminhadas e corridas

Em relação ao sono, dorme cerca de 8 horas por noite, tendo por hábito deitar-se à 1h e acordar às 9h, não referindo insónias.

Na necessidade que envolve a escolha de roupa e vestir-se e despir-se é independente na sua satisfação, utilizando vestuário adequado à estação do ano.

Ao nível da necessidade manter a temperatura corporal dentro dos valores normais mediante a seleção de roupa e a modificação do ambiente, esta não se encontra alterada.

Para manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos, o utente realiza os cuidados de higiene diariamente e no período da manhã, apresentando a pele sem vestígios de desidratação.

Para evitar os riscos do ambiente e evitar lesar os outros, face à integridade sensorial, usa óculos e têm a acuidade auditiva mantida. Desconhece alergias. Não refere hábitos tabágicos e apenas consome álcool às refeições (1 copo de vinho). Faz a sua vigilância de saúde com o médico de família e na unidade de saúde familiar da área de residêcia-

Em relação à necessidade de comunicar com os demais, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões refere ter vários amigos com quem partilha as suas dúvidas, nomeadamente, em relação à cirurgia. Refere ter uma vida sexual ativa, daí que no acolhimento tenha sido abordada a questão de com a cirurgia ter um risco acrescido de impotência sexual, do qual o Sr. L. já tinha conhecimento.

A nível do realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um, o SR. L. refere ser católico, indo com frequência à igreja.

Na necessidade trabalhar de modo a sentir-se realizado, está atualmente reformado.

Face à necessidade de jogar ou participar em diversas formas de recreação, o Sr. L. ocupa os seus tempos livres com corridas, caminhadas, a ler, a ir à praia e a cuidar dos netos.

Face a aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e a utilizar os recursos de saúde disponíveis, o Sr. L. utiliza os recursos da comunidade.

- **Avaliação cognitiva e emocional**

Face à avaliação cognitiva e emocional realizada, o Sr. L. encontrava-se consciente, orientado no tempo e no espaço, sem sinais de demência, com humor eutímico. Referia ansiedade face ao diagnóstico e à cirurgia proposta, mas sem sinais, aparentes, de depressão.

- **Caracterização socioeconómica e familiar**

O Sr. L. vive com a sua esposa, que também se encontra reformada, em Lisboa num apartamento com saneamento básico. Não tem irmãos e o pai faleceu aos 80 anos com tumor do cólon. Tem dois filhos (uma filha de 37 anos e um filho de 40 anos) que vivem próximo, o que permite ao Sr. L. estar responsável por ir buscar os 3 netos à escola.

Tem vários amigos com quem mantém contacto frequente, tendo recorrido a estes para esclarecer dúvidas acerca da cirurgia proposta e dos efeitos da mesma, visto que vários apresentaram a mesma patologia.

Tem uma sobrinha enfermeira que vai estar responsável pelos tratamentos, nomeadamente, o penso e a remoção dos pontos da sutura operatória, após a cirurgia.

- **História de saúde e da doença atual**

O Sr. L. tem como antecedentes pessoais uma hipertensão arterial. Não teve internamentos anteriores, nem antecedentes cirúrgicos. Desconhece alergias medicamentosas, alimentares, de contacto ou outras.

O seu sistema de saúde é o sistema nacional de saúde, é acompanhado pelo seu médico de família e faz a sua vigilância de saúde na unidade de saúde familiar da sua área de residência.

Apesar de não apresentar sintomatologia, face a um aumento da PSA, realizou ecografia prostática, a onde foram detetadas alterações, foi encaminhado para o Hospital C.C. tendo aqui realizado biopsia e lhe diagnosticado um cancro da próstata. Face a isto, foi proposto para ser submetido a prostatectomia radical.

Foi admitido no serviço de urologia a 17 de Novembro de 2014 e a 18 de Novembro submetido a prostatectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral. Foi-lhe colocada uma sonda vesical e um dreno aspirativo de vácuo, tendo sido retirado o segundo a 21 de Novembro. Realizado penso diário da sutura abdominal, que se apresentava de bordos unidos e sem aparentes, sinais inflamatórios. Teve alta clínica a 22 de Novembro de 2014 para o domicílio, com indicação, em carta de alta de enfermagem, para realizar o penso operatório de 2/2 dias e retirar pontos a 1 de Dezembro de 2014. Ficou com marcação de consulta médica para o dia 9 de Dezembro de 2014, a onde iria ser desalgaliado.

O processo de preparação para a alta foi iniciado na data de acolhimento, tendo sido aqui identificados os apoios disponíveis e as suas necessidades de cuidados para ser estabelecido um plano de alta, e iniciada a carta de alta de enfermagem.

Foi contactado telefonicamente a 25 de Novembro de 2014, a onde referiu não ter acontecido qualquer intercorrência após o seu regresso ao domicílio, no entanto, destaca o facto de não estar adaptado à sonda vesical,

nomeadamente, para se deslocar ao exterior. Aqui foram-lhe dadas estratégias de forma a ser mais simples este processo, nomeadamente, através da utilização de roupa mais larga.

Foi novamente contactado telefonicamente a 1 de Dezembro de 2014, data em que lhe foram retirados os pontos, apresentando, segundo o próprio, a cicatriz operatória com boa evolução cicatricial. Manteve as queixas de inadaptação à sonda vesical, referindo que não sai de casa devido ao mesmo facto. Foi, novamente, incentivado a manter a sua vida social e relembradas as estratégias para tornar impercetível no exterior a algália e o saco de drenagem.

Fazia como terapêutica habitual, no domicílio: Itacand®, 1 comprimido ao pequeno-almoço; Sedoxil® 1mg ao pequeno-almoço (iniciou quando teve conhecimento do diagnóstico); Adalat® 60, 1 comprimido a seguir ao almoço; Nebilet®, 1 comprimido à noite; Perindopril®, 1 comprimido ao pequeno-almoço.

O Sr. L. no pré-operatório e no pós-operatório demonstrou ter percepção e estar informado acerca do diagnóstico e prognóstico da sua patologia, tal como das implicações da cirurgia nas suas necessidades humanas básicas, nomeadamente, ao nível da eliminação e da sexualidade.

A família, nomeadamente, a esposa, os filhos e os netos eram a sua principal fonte de energia afetiva e psíquica para que a recuperação acontecesse com sucesso.

- **Observação**

A 17 de Novembro, quando foi feito o acolhimento ao serviço, encontrava-se ansioso, face ao internamento e à cirurgia proposta, pelo que, após ser feito o acolhimento ao serviço e colhido sangue para tipagem do grupo sanguíneo foi-lhe permitido que passasse a noite no domicílio e regressa-se ao serviço no dia da cirurgia de manhã.

Parâmetros vitais no momento da admissão:

Tensão arterial – 173/89 mmHg (administrado Captopril em S.O.S).

Frequência Cardíaca – 53 ppm Temperatura corporal – 36°C Dor – 0

Tinha um peso de 84 kg e uma altura de 171cm.

As suas algias, no pós-operatório, mantiveram-se controladas com a analgesia prescrita, tendo sido usada a escala numérica de avaliação da dor.

- Plano de alta

PLANO DE ALTA			
Cuidador: Identificação: M. R. / I. R. Afinidade: Esposa /Sobrinha (enfermeira) Contacto: ##### / *****			
Apoios da Comunidade: Centro de Saúde: Unidade de Saúde Familiar J.E. Contacto: *****			
Factores de Risco que Possam Atrasar a Alta: Não tem			
Intervenção Cirúrgica: Prostatectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral (18/11/14)			
Indicações: retira a sonda vesical na consulta externa a 9/12/2014; realiza penso de 2/2 dias e retira os pontos a 1/12/2014			
Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados (Que o Sr. L. seja capaz)	Intervenções	Avaliação
Disposição para eliminação melhorada	- Vigiar as características da urina; - Vigiar a permeabilidade da sonda vesical	- Feito ensino sobre: a cor adequada da urina; o débito urinário; cuidados a ter com a sonda vesical para evitar a sua obstrução e para manter a sua permeabilidade - Fornecido um folheto com os contactos do serviço e informado que, se tiver uma diminuição acentuada do débito urinário ou obstrução da algália, se deverá dirigir ao serviço de urgência para que, seja observado por um urologista	- O Sr. L consegue nomear os cuidados a ter com a sonda vesical, de modo a ser assegurada a sua permeabilidade, e identifica a cor adequada da urina
Deficit de conhecimentos sobre os cuidados a ter com o saco coletor	- Indicar os cuidados a ter para manter o sistema fechado e estéril, evitando a quebra da conexão entre a sonda vesical e o sistema de drenagem - Indicar os cuidados a ter	- Feito ensino e treino sobre como manter o sistema fechado e estéril - Feito ensino e treino sobre os cuidados a ter quando, procede ao despejo do saco coletor (volume do saco, cuidados de higiene, prevenção da infeção)	- O Sr. L. é capaz de nomear os cuidados a ter, de forma a manter o sistema fechado e estéril - O Sr. L. é capaz de indicar os cuidados a ter quando necessita de despejar o sistema de drenagem

	<p>quando despeja o saco coletor</p> <p>- Nomear as medidas a tomar com o saco coletor quando sai ao exterior.</p>	<p>- Feito ensino acerca dos cuidados a ter, quando sai ao exterior (roupa larga, despejar o saco coletor quando estiver ao nível de 1000 ml)</p> <p>- Fornecido um folheto de orientação e incentivado a contactar o serviço sempre que surjam dúvidas</p>	<p>- O Sr. L. é capaz de indicar os cuidados a ter com o saco coletor, quando sai ao exterior</p>
Deficit no autocuidado para banho	<p>- Realize de forma independente os cuidados de higiene</p> <p>- Mantenha o penso da sutura abdominal seco, quando realiza os cuidados de higiene</p>	<p>- Incentivado a realizar os cuidados de higiene na casa de banho de forma independente, apesar de ter uma sutura abdominal e a sonda vesical.</p> <p>- Feito ensino sobre a importância de proteger o penso operatório com uma película impermeável, quando realiza os cuidados de higiene</p>	<p>- O Sr. L. expressou que realiza os cuidados de higiene de forma independente</p> <p>- O Sr. L. enumerou os cuidados a ter com penso operatório quando realiza os cuidados de higiene, de forma a que este se mantenha seco</p>
Deficit de conhecimento sobre que roupa utilizar, enquanto permanecer com a sonda vesical	<p>- Saiba que roupa deve utilizar enquanto permanecer com a sonda vesical</p>	<p>- Feito ensino sobre a importância de utilizar roupa larga, para que não seja visível a sonda vesical e o saco coletor no exterior</p>	<p>O Sr. L. demonstrou conhecimento sobre a roupa a utilizar, enquanto permanecer com a sonda vesical</p>
Adaptação às rotinas diárias comprometida	<p>- Retomar progressivamente as suas rotinas diárias, tendo em conta a sua condição atual</p> <p>- Manter a sua atividade física, ajustando-a à sua condição atual</p>	<p>- Encorajado a sair de casa</p> <p>- Transmitida confiança na capacidade do Sr. L. lidar com a sua condição atual</p> <p>- Reforçado o ensino sobre como prevenir a abertura do saco coletor e que este não seja visível no exterior</p> <p>- Efetuado ensino sobre atividade física ajustada à sua condição atual (substituir as corridas por caminhadas)</p> <p>- Feito ensino sobre a importância de não carregar pesos, nem fazer esforços</p> <p>- Feito ensino sobre os cuidados a ter nas</p>	<p>- O Sr. L. referiu, em relação ao facto de ir com sonda vesical para o domicílio, ter receio de que o saco coletor derrame urina e que a presença deste seja visível para as outras pessoas. Assim, foi desmistificado este receio e reforçado ensino sobre os cuidados a ter</p> <p>- O Sr. L. expressou estar a retomar as suas rotinas diárias, progressivamente, tendo em conta as limitações relacionadas com a sua condição atual</p> <p>- Referiu no follow-up telefónico realizado que, pratica</p>

		deslocações de carro (evitar viagens longas)	caminhadas curtas
Risco de interação social prejudicada	- Manter interação social com os amigos e familiares	- Incentivado a manter o convívio e interação com os seus amigos, netos, filhos e esposa, tal como, fazia antes da cirurgia	- No follow-up telefónico referiu que continua a visitar os seus amigos e estes a ele, tal como, a receber a visita da sua família
Risco de disfunção sexual	- Expresse adaptação à sua sexualidade, apesar do risco de impotência associado à cirurgia	- Feito ensino sobre como reconhecer os sinais de impotência e estratégias para gerir o retomar da sexualidade - Estimulada a expressão de medos e inseguranças - Fornecido o contacto da consulta de andrologia, de forma a ser encaminhado precocemente para esta, caso o doente/ casal identifique esta necessidade	- O Sr. L. expressou a sua adaptação à sua sexualidade
Risco de infeção da sutura abdominal	- Vigiar a sutura operatória, de modo a despistar a presença de sinais inflamatórios - Vigiar a temperatura corporal	- Feito ensino sobre possíveis sinais inflamatórios, presentes na sutura - Feito ensino sobre a importância de vigiar a temperatura corporal, de forma a despistar possíveis sinais de infeção - Fornecido um folheto com os contactos do serviço e informado que, se tiver febre, se deverá dirigir ao serviço de urgência	- A sobrinha do Sr. L. é enfermeira, pelo que, será ela que vai estar responsável pela realização do penso da sutura abdominal e pela sua vigilância - O Sr. L. referiu no follow-up telefónico que faz avaliação da temperatura corporal frequentemente

Com a realização do estudo de situação, tive a oportunidade de treinar competências na preparação para a alta da pessoa com doença oncológica. Este treino aconteceu, através do acolhimento da pessoa ao serviço, em que foram identificadas as suas necessidades; da realização do seu plano de alta, tendo como base a avaliação inicial efetuada, em que foram delineadas intervenções e avaliados os resultados obtidos; da realização da carta de

alta; da articulação efetuada com vista à promoção da continuidade de cuidados; do follow-up pós alta, em que foi possível validar o ensino realizado e despistar possíveis complicações.

Por outro lado, treinei competências a nível do ensino, tendo em conta as necessidades humanas básicas da pessoa e as suas características, de forma a prestar cuidados individualizados. Foi ainda, dado espaço ao Sr. L. para expressar os seus receios e dúvidas e lhe dadas estratégias para os ultrapassar.

Assim, com a realização do estudo de situação, consegui mobilizar os conhecimentos consolidados a nível da preparação para a alta, de forma proporcionar à pessoa uma alta o mais segura possível.

**APÊNDICE 11 – DOCUMENTOS PRODUZIDOS NO SERVIÇO DE
UROLOGIA**

**APÊNDICE 12 – QUESTIONÁRIO DE LEVANTAMENTO DE
NECESSIDADES DA EQUIPA DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO
PARA A ALTA, NUM SERVIÇO DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO,
OTORRINOLARINGOLOGIA E ENDOCRINOLOGIA**

Questionário



Este questionário surge integrado no desenvolvimento do projeto de estágio com o tema - A Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço Submetida a Cirurgia: Intervenção de Enfermagem na Preparação para a Alta, no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica e de Intervenção em Enfermagem Oncológica.

Com este documento pretende-se colher dados que permitam, em conjunto com as recomendações da literatura, estruturar uma intervenção de enfermagem adequada às necessidades da pessoa e família, na preparação para a alta.

Deste modo, solicito a vossa colaboração no preenchimento deste questionário, uma vez que esta é fundamental para a concretização deste projeto e para a promoção da qualidade dos cuidados prestados no serviço. A vossa participação é essencial para este projeto, visto que, enquanto enfermeiros do serviço, são quem melhor consegue identificar as necessidades do mesmo na preparação para a alta dos utentes aqui internados.

Os princípios do anonimato e do sigilo serão cumpridos ao longo de todo o questionário e do processo de tratamento de dados.

Agradeço a atenção despendida e encontro-me disponível para esclarecer qualquer dúvida que surja.

Cristiana Jesus

Questionário

Este questionário é composto por 10 questões de resposta obrigatória.

Sexo: _____

Idade: _____

Anos de Experiência Profissional: _____

Formação: Licenciatura _____ Mestrado _____ Doutoramento _____

Especialidade em Enfermagem _____ Pós – Graduação _____

1. Na sua prática profissional, quando inicia a preparação para a alta?

(Assinale a/as suas escolhas com X)

1.1 No dia da alta	
1.2 Na véspera do dia da alta	
1.3 No dia da admissão	
1.4 Ao longo do internamento	
1.5 Outra	
1.5.1 Qual? _____	

2. Quem envolve no processo de preparação para a alta? (Assinale a/as suas escolhas com X)

2.1 Doente	
2.2 Doente e família/cuidador	
2.3 Cuidador	
2.4 Enfermeiro do Centro de Saúde	
2.5 Enfermeiro Coordenador	
2.6 Enfermeiro Chefe	
2.7 Outros Profissionais	
2.7.1 Qual? _____	

3. A intervenção do enfermeiro na preparação para a alta inclui: (Assinale a/as suas escolhas com X):

3.1 O ensino ao doente sobre a higiene da cânula de traqueotomia	
3.2 O ensino ao doente sobre a técnica de alimentação pela SNG	
3.3 Os ensinios à família	
3.3.1 Especifique _____	

3.4 Os ensinios ao cuidador	
3.4.1 Especifique _____	
3.5 A avaliação e identificação das necessidades do doente	
3.6 A realização do plano de alta	
3.7 A realização da carta de alta	
3.8 A entrega da carta de alta ao doente e família/cuidador	
3.9 O encaminhamento para outra unidade de saúde	
3.10 O encaminhamento para a assistente social	
3.11 Outra	
3.11.1Qual? _____	

4. Quando inicia a elaboração da carta de alta? (Assinale a/as suas escolhas com X)

4.1 No dia da alta	
4.2 Na véspera do dia da alta	
4.3 No dia da admissão	
4.4 Ao longo do internamento	
4.5 Outra	
4.5.1Qual? _____	

5. Para si, qual é a importância da elaboração de uma carta de alta? (Assinale a/as suas escolhas com X)

5.1 Cumprir normas institucionais	
5.2 Assegurar a continuidade de cuidados	
5.3 Promover a articulação com as várias instituições de saúde	
5.4 Fornecer informação ao doente e família/cuidador acerca do internamento	
5.5 Outra	
5.5.1Qual? _____	

6. Que dados inclui na carta de alta (Assinale a/as suas escolhas com X)?

6.1 Nome do doente	
6.2 Nome do cuidador	

6.3 Nome do marido/esposa	
6.4 Telefone do Centro de Saúde da área de residência	
6.5 Contactos de Unidades de Cuidados Continuados	
6.6 Cuidados necessários	
6.7 Necessidades alteradas no doente	
6.8 Ensinos realizados ao doente e família/cuidador	
6.9 Cirurgia realizada	
6.10 Outro	
6.10.1 Qual? _____	

7. As intervenções que realiza no seu contexto profissional, com vista à preparação para a alta, julga serem as adequadas? Sim ____ Não ____ justifique a sua resposta _____

8. Que dificuldades identifica no seu contexto profissional na preparação para a alta? (Assinale a/as suas escolhas com X)

8.1 Falta de tempo	
8.2 Insuficiente ou ausente preparação instrumental do doente e família /cuidador para a prestação de cuidados a dispositivos (cânula de traqueotomia/PEG/SNG/outros)	
8.3 A articulação com outros profissionais de saúde	
8.4 A articulação com outras instituições	
8.5 Conhecimentos insuficientes sobre o processo de preparação para a alta	
8.6 Inexistência de um instrumento de registo do processo de preparação para a alta	
8.7 Inexistência de um plano de alta	
8.8 Desconhecimento da data da alta	
8.9 Altas não programadas	
8.10 Outras	
8.10.1 Quais? _____	

9. Face à dinâmica do serviço onde exerce funções, na preparação para a alta, identifica algum aspeto a melhorar? Sim ____ Não ____ Se sim, qual? _____

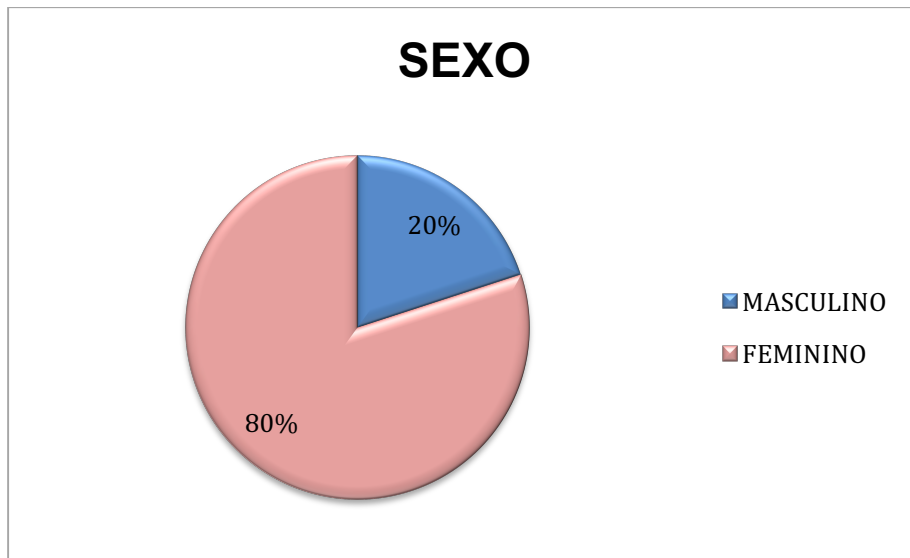
10. Quais são os dados mais relevantes a incluir num plano de alta?

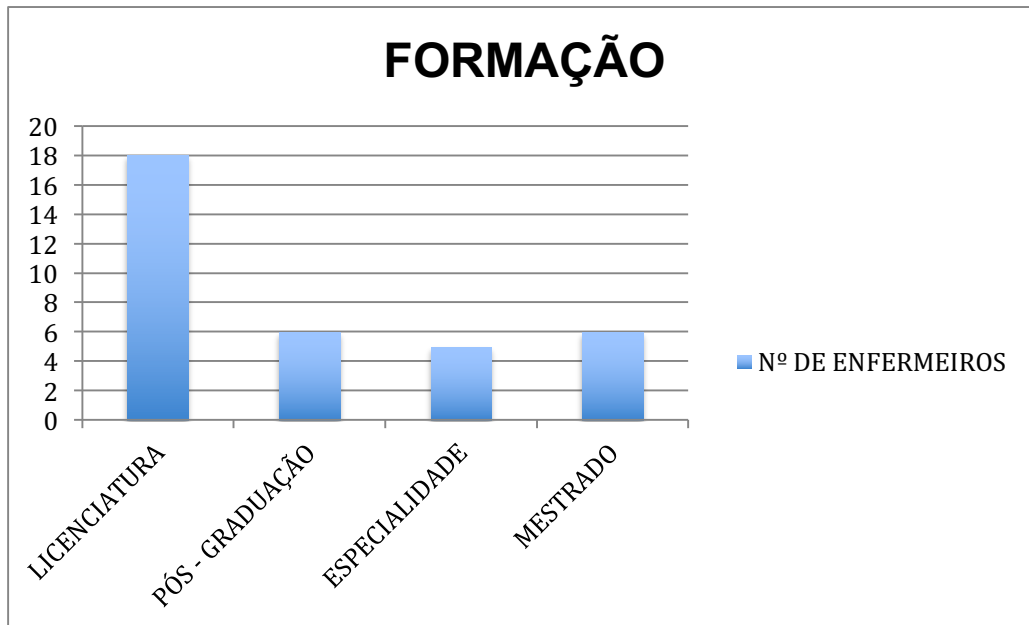
(Assinale a/as suas escolhas com X)

10.1 Nome do doente	
10.2 Nome do cuidador	
10.3 Nome do marido/esposa	
10.4 Telefone do Centro de Saúde da área de residência	
10.5 Contactos de Unidades de Cuidados Continuados	
10.6 Cuidados necessários no domicílio	
10.7 Necessidades alteradas no doente	
10.8 Ensinos a realizar ao doente e família/cuidador	
10.9 Articulação com outros profissionais de saúde	
10.10 Articulação com outras instituições de saúde	
10.11 Cirurgia realizada	
10.12 Outro	
10.12.1 Qual? _____	

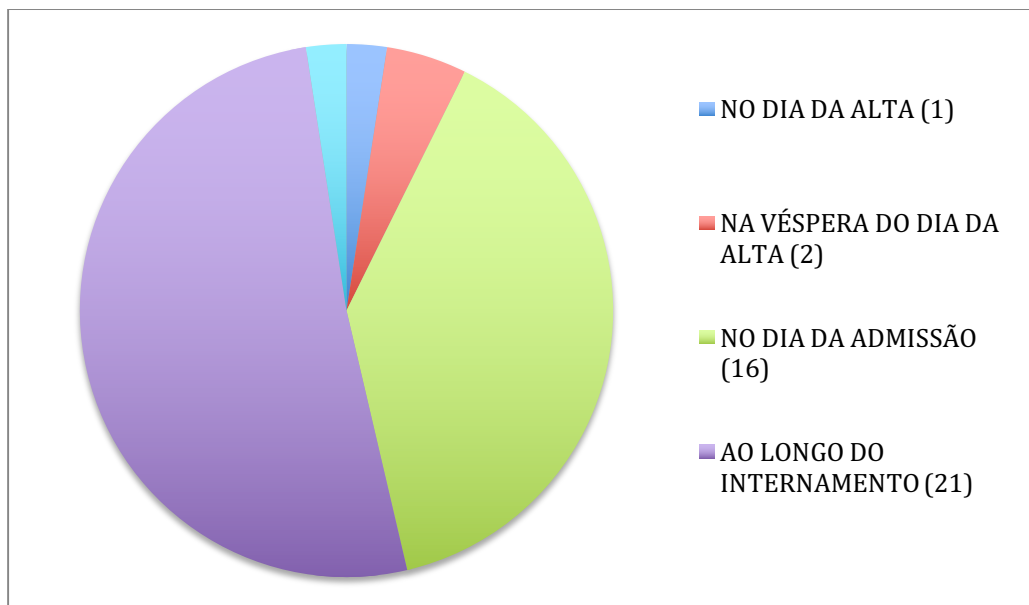
**APÊNDICE 13 – ANÁLISE DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE
LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DA EQUIPA DE ENFERMAGEM
NA PREPARAÇÃO PARA A ALTA**

Amostra: 30 enfermeiros





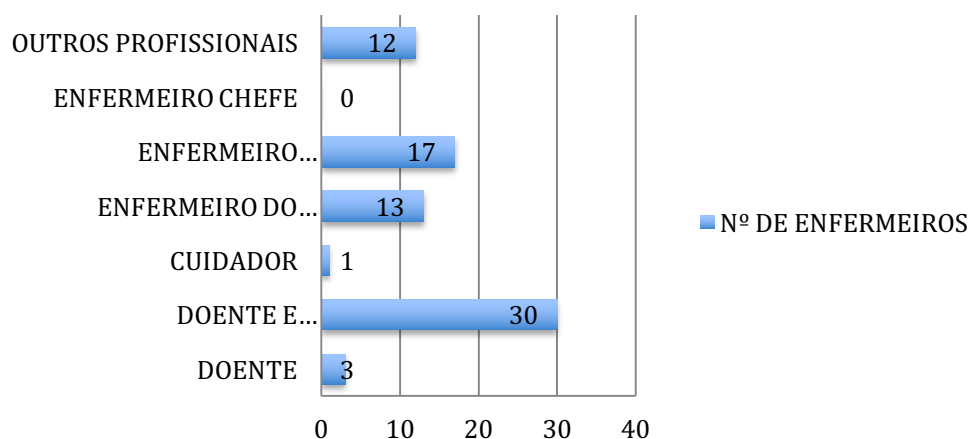
1. Na sua prática profissional, quando inicia a preparação para a alta?



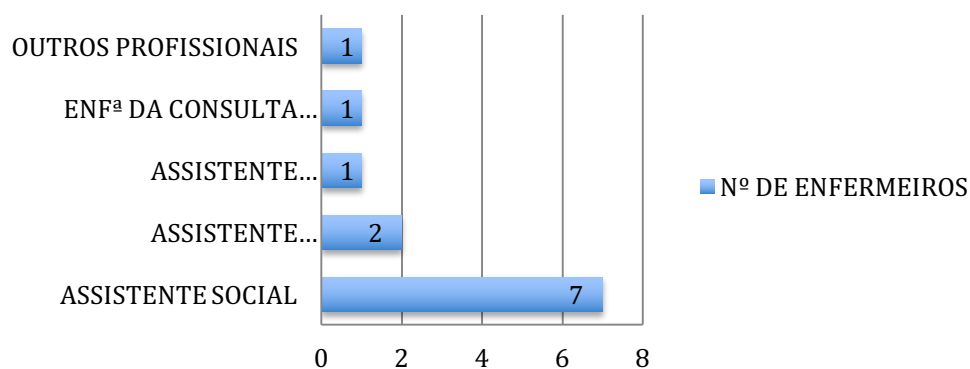
70% da amostra referiu iniciar a preparação para a alta ao longo do internamento e 53% no dia da admissão.

2. Quem envolve no processo de preparação para a alta?

PESSOAS ENVOLVIDAS NA PREPARAÇÃO PARA A ALTA



OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA PREPARAÇÃO PARA A A ALTA



100% da amostra refere envolver o doente e família/cuidador na preparação para a alta, 57% destacam o enfermeiro coordenador e 43% referem incluir o enfermeiro do centro de saúde. Dos 40% que envolvem outros profissionais na preparação para a alta, 23% destacam a assistente social e a dietista.

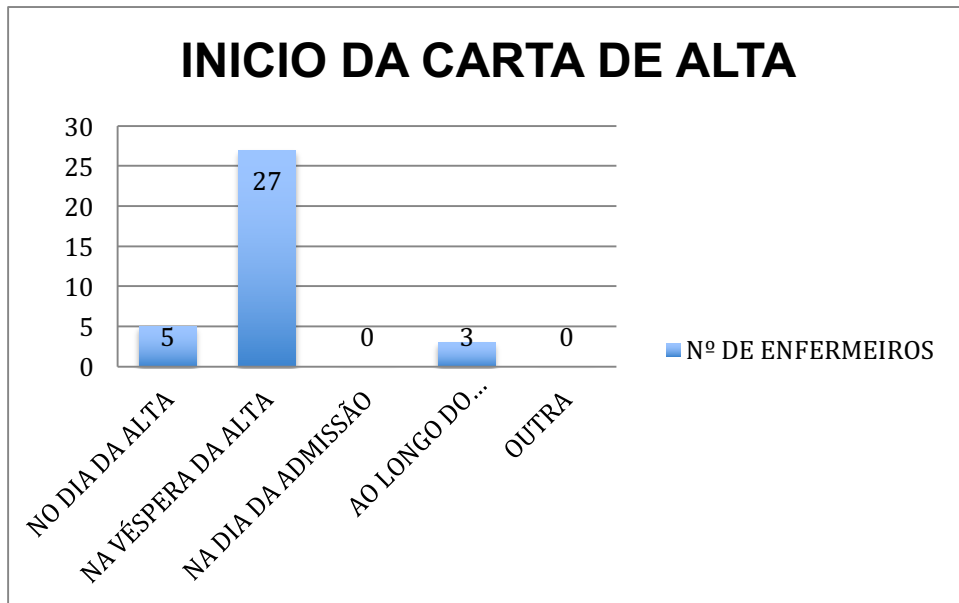
3. A intervenção do enfermeiro na preparação para a alta inclui:

3.1 O ensino ao doente sobre a higiene da cânula de traqueotomia	27
3.2 O ensino ao doente sobre a técnica de alimentação pela SNG	27

3.3. Os ensinios à família	19
3.3.1 Especifique: Cuidados de higiene à cânula / alimentação pela SNG – 8 Cuidados de higiene à cânula / alimentação pela SNG/ Outros – 4 Outros – 4 Não especificou – 3	
3.4. Os ensinios ao cuidador	18
3.4.1 Especifique: Cuidados de higiene à cânula / alimentação pela SNG – 5 Cuidados de higiene à cânula / alimentação pela SNG/ Outros – 4 Outros – 5 Não especificou – 4	
3.5 A avaliação e identificação das necessidades do doente	26
3.6 A realização do plano de alta	13
3.7 A realização da carta de alta	24
3.8 A entrega da carta de alta ao doente e família/cuidador	20
3.9 O encaminhamento para outra unidade de saúde	18
3.10 O encaminhamento para a assistente social	21
3.11 Outra	1
3.11.1 Qual? Orientações p/futuro próximo: tratamentos; alterações relativas à patologia; terapêutica a administrar pela SNG	

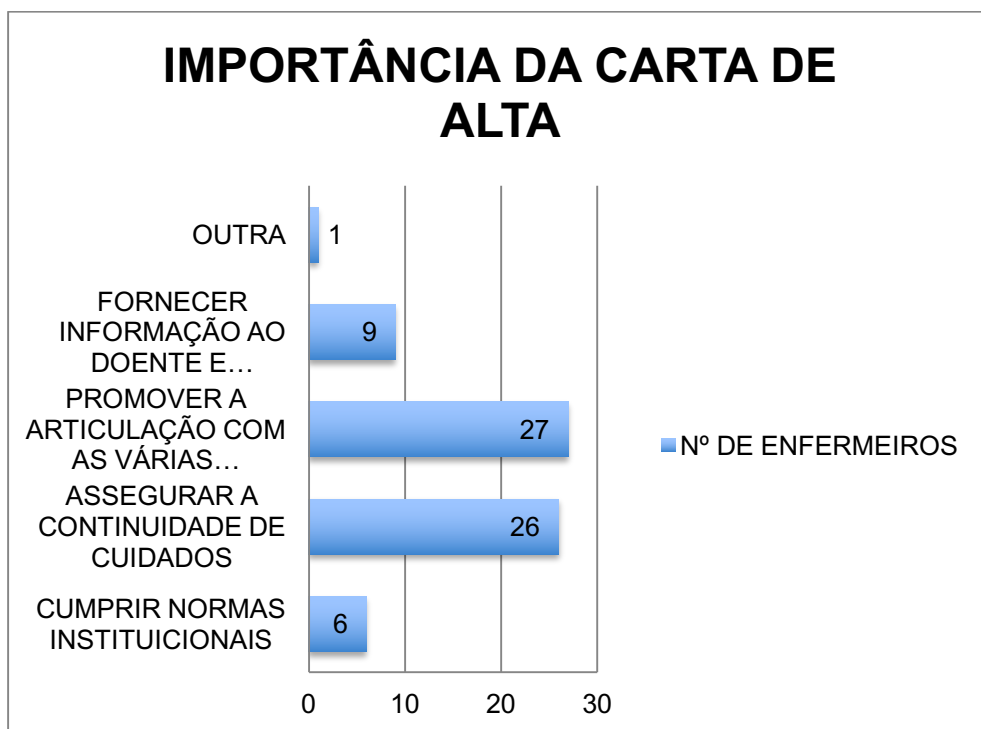
Face ao papel do enfermeiro na preparação para a alta, 90% da amostra destaca como predominante o ensino ao doente acerca da higiene da cânula de traqueotomia e da técnica de alimentação pela SNG. 87% destacam ainda a avaliação e identificação das necessidades do doente, 80% a realização da carta de alta e 70% o encaminhamento para a assistente social. No que toca aos ensinios a realizar à família e ao cuidador, em que 60 e 63% respetivamente, destacam como sendo uma das intervenções do enfermeiro, o ensino dos cuidados de higiene à traqueotomia e da técnica de alimentação pela SNG surgem no topo das opções.

4. Quando inicia a elaboração da carta de alta?



Face ao início da elaboração da carta de alta, 90% da amostra refere como momento predominante a véspera do dia da alta.

5. Para si, qual é a importância da elaboração de uma carta de alta?



A amostra destaca que a carta de alta promove a articulação com as diferentes instituições de saúde (90%) e assegura a continuidade dos cuidados (87%).

6. Que dados inclui na carta de alta?

6.1 Nome do doente	30
6.2 Nome do cuidador	24
6.3 Nome do marido/esposa	14
6.4 Telefone do Centro de Saúde da área de residência	4
6.5 Contactos de Unidades de Cuidados Continuados	2
6.6 Cuidados necessários	28
6.7 Necessidades alteradas no doente	26
6.8 Ensinos realizados ao doente e família/cuidador	26
6.9 Cirurgia realizada	27
6.10 Outro	9
6.10.1 Qual? Antecedentes pessoais – 4 Intercorrências ao longo do internamento – 3 Outros – 6	

Relativamente aos dados a incluir na carta de alta, o nome do doente surge como opção da totalidade da amostra, vindo em seguida os cuidados necessários (93%) e a cirurgia realizada (90%). As necessidades alteradas do doente e os ensinos a realizar ao doente e família são destacados por 87% da amostra, tal como, o nome do cuidador (80%).

7. As intervenções que realiza no seu contexto profissional, com vista à preparação para a alta, julga serem as adequadas?



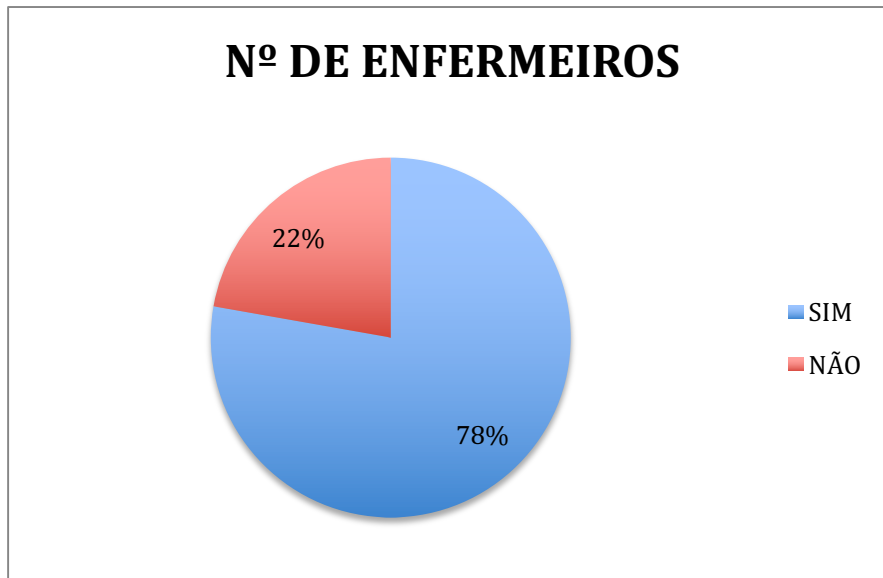
Face à opção “sim”, a justificação predominante é a de que as intervenções realizadas vão de encontro às necessidades da pessoa, promovendo a sua autonomia e tendo em vista a continuidade de cuidados e a articulação com outras instituições de saúde. Relativamente à opção “não”, a amostra destaca que as intervenções realizadas são tardias e pouco estruturadas, e que a carta de alta é iniciada tardiamente.

8. Que dificuldades identifica no seu contexto profissional na preparação para a alta?

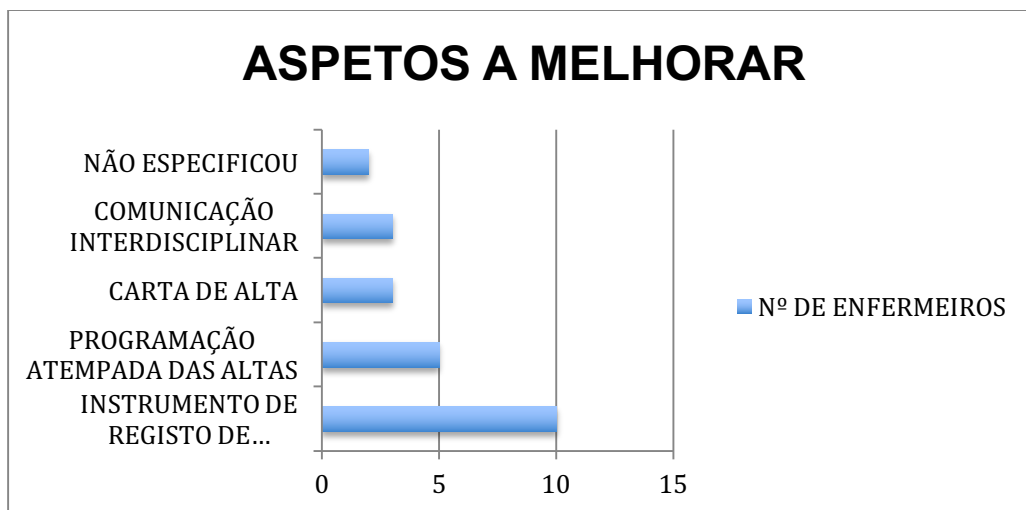
8.1 Falta de tempo	17
8.2 Insuficiente ou ausente preparação instrumental do doente e família /cuidador para a prestação de cuidados a dispositivos (cânula de traqueotomia/PEG/SNG/outros)	5
8.3 A articulação com outros profissionais de saúde	3
8.4 A articulação com outras instituições	9
8.5 Conhecimentos insuficientes sobre o processo de preparação para a alta	3
8.6 Inexistência de um instrumento de registo do processo de preparação para a alta	15
8.7 Inexistência de um plano de alta	14
8.8 Desconhecimento da data da alta	15
8.9 Altas não programadas	18
8.10 Outras	2
8.10.1Quais? O desinteresse do doente ou família/cuidador – 1 A inexistência de registo do plano de alta – 1	

60% da amostra destacam as altas não programadas como sendo uma dificuldade na preparação para a alta, vindo em seguida, a falta de tempo (57%). O desconhecimento da data da alta (50%), a inexistência de um instrumento de registo do processo de preparação da alta (50%) e de um plano de alta (47%) também são referidas como dificuldades.

9. Face à dinâmica do serviço onde exerce funções, na preparação para a alta, identifica algum aspecto a melhorar?



Se sim, que aspetos melhorava?



70% da amostra refere identificar aspetos a melhorar na preparação para alta, sendo que 48% destaca a existência de um instrumento de registo de preparação para a alta com uma medida para colmatar as lacunas no serviço.

10. Quais são os dados mais relevantes a incluir num plano de alta?

10.1 Nome do doente	30
10.2 Nome do cuidador	30
10.3 Nome do marido/esposa	7
10.4 Telefone do Centro de Saúde da área de residência	12
10.5 Contactos de Unidades de Cuidados Continuados	9

10.6 Cuidados necessários no domicílio	28
10.7 Necessidades alteradas no doente	27
10.8 Ensinos a realizar ao doente e família/cuidador	28
10.9 Articulação com outros profissionais de saúde	20
10.10 Articulação com outras instituições de saúde	20
10.11 Cirurgia realizada	25
10.12 Outro	7
10.12.1 Qual? Antecedentes pessoais – 3 Intercorrências ao longo do internamento – 3 Outros – 1	

Face aos dados a incluir no plano de alta, 100% referem os nomes do doente e do cuidador, 93% os cuidados necessários no domicílio e os ensinos a realizar ao doente e família/cuidador. As necessidades alteradas no doente e a cirurgia realizada foram outros dos dados destacados por 90% e 83% da amostra, respetivamente. Também a articulação com outros profissionais de saúde e outras instituições foram referidos por 67% da amostra.

**APÊNDICE 14 – INSTRUMENTO DE ORIENTAÇÃO PARA A
PREPARAÇÃO PARA A ALTA DA PESSOA COM DOENÇA
ONCOLÓGICA DE CABEÇA E PESCOÇO SUBMETIDA A CIRURGIA**

Instrumento de Orientação para a Preparação para a Alta da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço Submetida a Cirurgia

Enquadramento teórico

A preparação para a alta é uma parte fundamental dos cuidados à pessoa (Graham, Gallagher & Bothe, 2013).

Os enfermeiros têm um papel preponderante na preparação para a alta, uma vez, que acompanham a pessoa ao longo de todo o internamento (Graham, Gallagher & Bothe, 2013). No processo de enfermagem, o acolhimento e a avaliação inicial são etapas decisivas para a preparação para a alta (Graham, Gallagher & Bothe, 2013).

No acolhimento devem ser despistados possíveis indicadores de risco que possam influenciar a alta, sendo estes: ter mais de 75 anos; ter mais de 70 anos e viver só ou na companhia de conjugue da mesma idade; ter mais de 65 anos com internamentos frequentes (com intervalos inferiores a 3 meses); ter mais de 65 anos e ter tido uma fratura; ter sequelas de AVC, independentemente da idade; sofrer de doença em fase terminal; sofrer de doença mental que influencia a sua autonomia; sofrer de doença de adição; inexistência de contactos; dependência nas atividades de vida diárias; sofrer de maus tratos psicológicos, físicos, por negligência, independentemente da idade (IPOLFG, 2013) (Documento modelo 108.1)

A preparação para a alta inclui a avaliação das necessidades da pessoa, a antecipação dos cuidados necessários e a mobilização dos recursos para a continuidade de cuidados (Holland, Knafl & Bowles, 2012). Neste processo devem ser abordados os seguintes itens: o internamento; os cuidados de saúde primários; a medicação; o acompanhamento pós-alta; o início dos cuidados; a comunicação; os ensinamentos (Soong, 2013).

O planeamento da alta é o “processo decorrente do momento da alta hospitalar, facilitando o planeamento das intervenções necessárias à satisfação das necessidades dos doentes em cuidados de saúde, com o

objetivo de proporcionar a continuidade dos cuidados, na perspetiva da tríade doente- família- comunidade” (Ferreira, Mendes, Fernandes & Ferreira, 2011, p.122). Segundo Grimmer et al (2006), citado por Ferreira et al, 2011, p.122) “trata-se de um processo contínuo e que deve ser iniciado no dia da admissão hospitalar, envolvendo o doente, a família e a equipa de saúde, visando a garantia de obtenção de ganhos em saúde”.

As necessidades da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço são únicas, devido ao impacto físico e psicológico da patologia e dos tratamentos (Baehring & McCorkle, 2012). A doença oncológica a este nível tem um forte impacto na vida da pessoa, nomeadamente, a nível da comunicação, respiração e alimentação, tal como, os efeitos prolongados nas suas necessidades físicas, psicológicas e psicossociais (Baehring & McCorkle, 2012). Face a isto, é fundamental que estas pessoas sejam fortemente acompanhadas pelos profissionais de saúde (Baehring & McCorkle, 2012).

Assim, a preparação para a alta deve ter em vista as alterações que a pessoa vai sofrer a curto e a longo prazo, nomeadamente, ao nível dos cuidados à ferida cirúrgica, à traqueostomia, da alimentação, da dor, da higiene, psicológico e da sexualidade (Baehring & McCorkle, 2012).

A preparação para a alta é um processo que requer a colaboração e a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar, a pessoa e a família (Wroblewski, Joswiak, Dunn, Maxson & Holland, 2014). Segundo Grimmer et al (2006), citado por Ferreira et al (2011, p.122), é um processo contínuo que, deve ser iniciado na admissão, “envolvendo o doente, a família e a equipa de saúde, visando a garantia da obtenção de ganhos em saúde” .

1. Pessoa de referência (Modelo 806)

No acolhimento deve ser identificada a pessoa de referência disponível para os cuidados, nomeadamente, para os ensinamentos que seja necessário efetuar. Deve ser recolhido o nome, grau de parentesco e contacto do

cuidador. Ter em atenção que o cuidador pode não ser quem acompanha a pessoa no momento do acolhimento.

2. Enquadramento familiar e socioeconómico (Modelo 806)

Deve ser feita uma caracterização do ambiente familiar de forma a perceber qual a rede de apoio disponível. Perceber aqui as limitações económicas, habitacionais (segurança e salubridade) e familiares da pessoa que possam ter influência na alta. É importante perceber os recursos económicos da pessoa e família, para averiguar a necessidade de articulação para que tenha acesso à terapêutica e aos dispositivos necessários **(Documento em Estudo – Apêndice 1)**

Devem ser identificadas as estruturas da comunidade disponíveis, que poderão ser úteis para a continuidade de cuidados (ex.: centro de saúde da área de residência; apoios domiciliários; unidades de cuidados continuados).

3. Antecedentes pessoais

Aqui devem ser identificados os antecedentes pessoais médicos e cirúrgicos, de forma a perceber a sua possível influência nos cuidados a prestar à pessoa.

Deve ser registada, também, a terapêutica do domicílio. Na preparação para a alta deve ser informada a pessoa e o cuidador sobre quando deve ser retomada a terapêutica habitual, no caso de ter parado ao longo do internamento, tal como, a medicação que pode ou não administrar pela SNG, que cuidados deve ter com esta. Não pode ser esquecida a avaliação da sua capacidade de compreensão, tal como, do cuidador sobre a informação fornecida **(Documento em estudo – Ponto 4.9)**.

4. Necessidades humanas básicas

Na preparação para a alta, devem ser tidas em conta as necessidades da pessoa. Como tal, devem ser identificadas as necessidades humanas básicas passíveis de sofrer alterações decorrentes da cirurgia ou do

internamento. Face a isto, deve ser implementado o processo de enfermagem na avaliação das necessidades da pessoa, para que sejam definidas intervenções adequadas às mesmas.

4.1. Respirar

A necessidade de respirar, face há grande probabilidade da pessoa ficar com traqueotomia ou traqueostomia após a cirurgia, é das mais alteradas na pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço. Assim, logo na admissão, deve ser fornecida informação (folheto cuidados traqueais) acerca desta possibilidade e validade a sua capacidade e da família/cuidador para apreender o ensino acerca da higiene da cânula de traqueotomia e dos cuidados inerentes a esta.

Para além disso, deve ser abordada a questão dos hábitos tabágicos, uma vez que estes podem ser um factor de risco para que surjam complicações ao longo do internamento. Quando identificados, deve ser feito o encaminhamento devido (**Documento em Estudo – Ponto 4.1**).

No caso de nem a pessoa, nem o cuidador terem capacidade para realizar os cuidados de higiene à cânula de traqueotomia, devem ser identificados os recursos disponíveis, na sua área de residência, para prestarem o apoio necessário.

4.2. Beber e comer

A abordagem desta necessidade na preparação para a alta, pela possibilidade da pessoa ter sonda nasogástrica ou outro tipo de sonda para alimentação, é fulcral. A sua avaliação prende-se com a capacidade da pessoa para a aprendizagem da técnica de alimentação pela sonda nasogástrica ou outro tipo de sonda e dos cuidados inerentes, tal como do cuidador (**Documento em Estudo – Ponto 4.2**).

Aqui, se a pessoa tiver necessidade de regressar ao domicílio com sonda e se não tiver capacidade para realizar o procedimento ou para

preparar a sua alimentação ou não tiver apoio do cuidador, devem ser identificados os apoios disponíveis na comunidade.

4.3. Eliminar

Identificar os hábitos de eliminação da pessoa para que possam ser monitorizadas as possíveis alterações ao longo do internamento e aplicadas as intervenções necessárias (**Documento em estudo - Ponto 4.3**).

4.4. Movimentar-se e manter postura correta

Aqui é importante perceber a capacidade de autonomia da pessoa e a possível necessidade de apoio no pós-alta. Devem ser identificados os recursos de apoio disponíveis (**Documento em estudo - Ponto 4.4**).

4.5. Dormir e repousar

Identificar os hábitos de sono e o impacto que poderão ter na recuperação da pessoa (**Documento em estudo - Ponto 4.5**).

4.6. Vestir-se e despir-se

Avaliar as limitações da pessoa e os apoios disponíveis para a sua satisfação, tendo em vista a promoção da autonomia (**Documento em estudo - Ponto 4.6**).

4.7. Manter a temperatura corporal (Modelo 806)

Esta necessidade pode ou não estar alterada, pelo que, a sua abordagem deve ser feita se for relevante para a preparação para a alta.

4.8. Estar limpo/cuidado e proteger os tegumentos

Aqui deve avaliada a capacidade da pessoa para o autocuidado e as possíveis limitações decorrentes da cirurgia que possam aqui ter influência. Mais uma vez, deve ser averiguada a necessidade de apoio e a rede disponível para a sua satisfação (**Documento em estudo - Ponto 4.8**).

4.9. Evitar perigos para o próprio e para outrem

Avaliar a integridade sensorial ao nível da acuidade visual e auditiva, que possam vir a ter implicações na capacidade de aprendizagem da pessoa.

Também aqui, devem ser identificados os hábitos tabágicos e alcoólicos e despistada a sua influência na recuperação da pessoa (**Modelo em estudo - Ponto 4.1**).

A capacidade de adaptação da pessoa à doença e de vigilância de saúde também têm de ser tidas em conta (**Documento em estudo - Ponto 4.9**).

4.10. Comunicar/sexualidade

Pelo possível impacto que a cirurgia pode vir a ter nesta necessidade, é fundamental esta ser alvo de atenção na preparação para a alta. Validar as expectativas da pessoa face ao risco da necessidade de comunicar poder vir a estar alterada e estratégias para lidar com esta mudança. Também a sexualidade não deve ser esquecida. Devem ser abordadas as implicações que a doença possa vir a ter nesta e estratégias a desenvolver para que lide com a sua sexualidade de um modo saudável (**Documento em estudo - Ponto 4.10**).

4.11. Agir segundo as suas crenças

Nesta necessidade deve ser percebida em que medida as crenças religiosas trazem implicações ou limitações para o processo de doença e consequentemente para a preparação para a alta (**Modelo 806**).

4.12. Ocupar-se

Ao nível desta necessidade, deve ser identificada a atividade laboral da pessoa e cuidador e qual impacto que o internamento tem na mesma, tal como os seus encargos para averiguar a necessidade de encaminhamento para a assistente social e os apoios a mobilizar. Deve informar-se, ainda, a

pessoa sobre os seus direitos e legislação própria por ser portadora de doença oncológica (**Documento em estudo - Ponto 4.12**).

4.13. Recrear

Aqui devem ser identificadas as atividades da pessoa e qual o impacto da doença nestas, para que seja canalizado apoio da equipa na adaptação da pessoa às suas limitações decorrentes da cirurgia e serem criadas estratégias para se manter ativa no pós-alta (**Modelo 806**).

4.14. Aprender

Esta necessidade deve ser tida em atenção na preparação para alta, devido ao facto de ser importante perceber o nível de instrução e capacidade de aprendizagem da pessoa e cuidador, para que o ensino realizado seja adaptado a este (**Modelo 806**).

5. Registo de Feridas

Na carta de alta devem ser registadas as feridas que a pessoa possui, tal como, o tratamento a realizar e o material a usar neste, de forma a promover a continuidade de cuidados no domicílio. Se for necessário, poderá anexar-se a folha de registo de feridas da instituição (**Modelo 243**).

6. Indicadores de critérios de risco

Os indicadores de critérios de risco permitem dar ênfase às possíveis dificuldades da pessoa e família que vão influenciar o regresso ao domicílio ou a sua recuperação. Despistando precocemente estes indicadores, é possível definir estratégias de atuação para ultrapassar estes problemas e promover a continuidade de cuidados. (Documento em estudo – ponto 6).

Referências Bibliográficas

- Baehring, E. & McCorkle, R. (2012). Postoperative Complications in Head and Neck Cancer. *Clinical. Journal of Oncology Nursing*.16 (6). E203-209. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011758595&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Ferreira, P. L., Mendes, A.P., Fernandes, I. R. & Ferreira, R. R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (*PREPARED*). *Revista de Enfermagem Referência*. 5. 121-133
- Graham, J., Gallagher, R.& Bothe, J. (2013). Nurses discharge planning and risk assessment: behaviours, understanding and barriers. *Journal of Clinical Nursing*.22. 2338-46. Acedido Janeiro 8, 2015, em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012170505&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Holland, D. E., Knafl, G. J. & Bowles, K. H. (2012).Targeting hospitalised patients for early discharge planning intervention. *Journal of Clinical Nursing*.22 (19/20). 2696-2703. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012248613&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Soong, C. (2013). Development of a checklist of safe discharge practices for hospital patients. *Journal Of Hospital Medicine: An Official Publication Of The Society Of Hospital Medicine* .8 444-449. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23554352&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Wroblewski, D.M., Joswiak, M.E., Dunn, D.F., Maxson, P.M. & Holland, D.E.(2014). Discharge planning rounds to the bedside: a patient- and family-centered approach. *Medsurg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses*.Vol. 23 (2). 111-116. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24933789&lang=pt-br&site=ehost-live>

**APÊNDICE 15 – INSTRUMENTO DE PREPARAÇÃO PARA A ALTA DA
PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA DE CABEÇA E PESCOÇO
SUBMETIDA A CIRURGIA**

Instrumento de Preparação para a Alta da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço Submetida a Cirurgia

1. Pessoa de referência – Modelo 806

2. Enquadramento familiar e socioeconómico

<p>Habitação: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Água da rede pública: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Luz elétrica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Gás: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Acessibilidade:</p> <p>Escadas <input type="checkbox"/> Elevador <input type="checkbox"/></p> <p>Permite acesso com cadeira de rodas <input type="checkbox"/></p> <p>Permite circulação em cadeira de rodas <input type="checkbox"/></p> <p>Analisar com o doente e família/cuidador forma de otimizar o espaço físico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	<p>Apoios:</p> <p>Rede de vizinhança <input type="checkbox"/></p> <p>Cuidados de saúde primários <input type="checkbox"/></p> <p>Médico de família <input type="checkbox"/> Enfermeiro de família <input type="checkbox"/></p> <p>Assistência domiciliária Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Especifique: Alimentação <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/></p> <p>Higiene da habitação <input type="checkbox"/></p> <p>Outra: _____</p>
---	---

3. Antecedentes pessoais – Modelo 806

4. Necessidades humanas básicas

4.1 Respirar

Hábitos tabágicos		
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	A pessoa pretende iniciar programa de cessação tabágica? Sim <input type="checkbox"/>	
Se sim, quantas unidades dia? _____	Não <input type="checkbox"/> Se sim, encaminhamento para consulta de cessação tabágica <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> _____	
Cuidados Traqueais		
Traqueotomia <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Fornecer: Folheto cuidados traqueais (Gabinete de audiovisuais e Multimédia_043) <input type="checkbox"/> Guia laringectomizado (Gabinete de audiovisuais e Multimédia_067) <input type="checkbox"/>		
Informar sobre apoio da Liga Portuguesa Contra o Cancro – MOVAPLAR <input type="checkbox"/>		
Capacidade cognitiva e psicomotora para aprender os CT?	Doente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Cuidador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se não, quem vai aprender? _____		

Demonstração e Treino dos cuidados traqueais (Assinalar datas)

Passos	Doente Observou	Doente realizou	Cuidador observou	Cuidador realizou
Observar o traqueo(s)toma				
Retirar a cânula interna				
Retirar a cânula externa (Traqueostomia)				
Limpar a cânula interna				
Limpar a cânula externa (Traqueostomia)				
Limpar o traqueostoma (Traqueostomia)				
Limpar a pele péri-cânula				
Introduzir a cânulas interna				
Substituir o nastro				
Substituir o penso traqueal				
Colocar proteção (filtro/compressa/lenço)				

4.2 Beber e Comer

Alimentação por sonda (Assinalar datas)				
Entregue folheto - Alimentação por SNG (Gabinete de Audiovisuais e Multimédia_044) <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>				
Encaminhamento para a dietista: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
Passos	Doente observou	Doente realizou	Cuidador observou	Cuidador realizou
Conteúdo gástrico				

Dobrar a sonda				
Administração da alimentação/líquidos				
Administração de medicação				
Limpeza da sonda				
Substituição do adesivo de fixação da SNG				
Limpeza da pele/mucosa péri – sonda				

4.3 Eliminar

Se dependente, necessita de ajudas técnicas ou dispositivos Sim Não
 Fralda Urinol Sonda vesical Arrastadeira Outro

Ensino sobre os cuidados ao doente dependente na eliminação (Assinalar datas)

Destinatário	Informar	Treinar	Validar
Doente			
Cuidador/Outro: Quem			

4.4 Movimentar-se e manter uma postura correta

Risco de queda: Sim Não Se sim, ensino sobre estratégias de prevenção: Sim Não
 Destinatário do ensino? Família/Cuidador Outro Validado o ensino: Sim Não

Utiliza ajudas técnicas para deambular: Sim Não Se sim, qual? Canadiana Bengala Cadeira de rodas Andarilho Outra

Acamado: Sim Não Se sim, ensino sobre mobilização no leito e transferências: Sim Não
 Destinatário do ensino? Família/Cuidador Outro Validado o ensino: Sim Não

4.5 Dormir e repousar

Insónias: Sim Não Faz terapêutica indutora do sono: Sim Não Especifique _____
 Leva terapêutica indutora do sono prescrita para o domicílio: Sim Não

4.6 Vestir-se e despir-se

Se dependente, quem presta apoio: Família Cuidador Outro
 Feito ensino sobre técnicas de vestir e despir: Sim Não Validado o ensino: Sim Não
 Feita articulação para apoio no domicílio: Sim Não
 Se sim, com que instituição ou entidade? _____ Contacto: _____

4.7 Manter a temperatura corporal – Modelo 806

4.8 Estar limpo/cuidado e proteger os tegumentos

Se dependente, quem presta apoio: Família Cuidador Outro
 Ensino sobre cuidados de higiene: Sim Não Validado o ensino: Sim Não
 Articulação para apoio no domicílio: Sim Não
 Se sim, com que instituição ou entidade? Contacto: _____

Feito ensino sobre a higiene do cabelo, se traqueotomia/traqueostomia: Sim Não
 Validado o ensino: Sim Não

Feito ensino sobre cuidados orais: Sim Não Produto de higiene utilizado: _____

Integridade Cutânea

Risco de alteração da integridade cutânea: Sim Não Aplicada escala de Braden: Sim Não
 Feridas: Sim Não Feito registo de feridas preenchida Sim Não
 Ensino sobre os cuidados de prevenção: Sim Não Validado o ensino: Sim Não

4.9 Evitar perigos para o próprio e para outrem

Hábitos alcoólicos

Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, quantas unidades de bebida/dia? _____ Preenchido o questionário de avaliação de hábitos alcoólicos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Score do questionário: _____	Se score superior/igual a 20, feito encaminhamento para a psiquiatra? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Prescrita terapêutica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
--	--

Ensino sobre esquema terapêutico (Assinalar datas)

Destinatário	Informar	Instruir (se tiver sonda, especificar fármacos que podem ser triturados)	Validar
Doente			
Cuidador			
Outro			

Terapêutica do domicílio: Sim Não Devolvida a terapêutica do domicílio: Sim Não

4.10 Comunicar /sexualidade

Comunicação verbal

Compromisso da comunicação verbal Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, qual o meio de	Consegue comunicar com o cuidador Dispositivos de recuperação da fala	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
---	--	--

comunicação alternativo a utilizar? Escrita <input type="checkbox"/> Gestual <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>	Se sim, qual? Prótese fonatória <input type="checkbox"/> Laringe electrónica <input type="checkbox"/> Encaminhamento para a terapia da fala Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
---	--

Sexualidade

Abordadas implicações para a sexualidade: Sim Não Se sim, abordadas estratégias a desenvolver: Sim Não Encaminhamento para consulta de oncosexologia? Sim Não

4.11 Agir segundo as suas crenças – Modelo 806

4.12 Ocupar-se

Atividade laboral: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, qual? _____ Situação atual? _____
Se não: Reformado/a <input type="checkbox"/> Desempregado/a <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Recebe apoio monetário: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim, qual? Reforma <input type="checkbox"/> Subsídio de desemprego <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> _____
Encaminhamento para a assistente social: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

4.13 Recrear – Modelo 806

4.14 Aprender – Modelo 806

5. Registo de feridas – Modelo 243

6. Indicadores de critérios de risco

Mais de 75 anos	
Mais de 70 anos e a viver só ou na companhia de conjuque da mesma idade	
Mais de 65 anos com internamentos frequentes (com intervalos inferiores a 3 meses, excluindo internamento eletivo para tratamento)	
Mais de 65 anos e ter tido uma fratura	
Ter sequelas de AVC, independentemente da idade	
Sofrer de doença em situação terminal	
Sofrer de doença mental com interferência na autonomia (moderada ou grave)	
Sofrer de doença de adição (dependência/abuso de substâncias, incluindo o álcool)	
Ausência de contatos	
Doente com dependência para as suas atividades de vida diárias	
Ser alvo de maus tratos psicológicos, físicos, por negligência, independentemente da idade	
Necessita sinalização para serviços específicos (apoios da comunidade/referenciação para RNCCI/apoio à vítima/idosos em risco/outro)	

APÊNDICE 16 – RELATÓRIO DO FOCUS GRUPO

Introdução

A investigação qualitativa utiliza várias metodologias para a colheita de dados, sendo o focus grupo uma das técnicas utilizadas (Backes, Colomé, Erdmann & Lunardi, 2011). O focus grupo é, assim, uma técnica “de colheita de dados que, a partir da interação grupal, promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico” (Backes et al, 2011, p. 438).

A realização da sessão de focus grupo aconteceu no âmbito do desenvolvimento de um instrumento de orientação para a preparação para a alta da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, submetida a cirurgia. Este aconteceu no dia 9 de fevereiro de 2015, às 16h, tendo tido a duração de 1 hora.

Deste fizeram parte 6 elementos: a estudante que desenvolveu o instrumento, no papel de moderadora; a orientadora do campo de estágio, no papel de observadora; duas enfermeiras responsáveis de equipa, com 9 anos de experiência profissional no serviço; duas enfermeiras responsáveis pela coordenação do serviço, com 18 anos de experiência profissional no serviço. A orientadora do campo de estágio também é responsável de equipa e tem uma experiência profissional de 15 anos. A escolha dos elementos foi baseada na sua experiência no serviço, a nível da preparação para a alta.

Os temas abordados, acerca do instrumento, foram: a sua pertinência; a sua estrutura; a sua aplicabilidade.

Temas abordados

1. Pertinência

Os elementos do focus grupo, referem ser um documento pertinente para sintetizar a informação referente ao processo de preparação para a alta, nomeadamente, a nível do ensino realizado à pessoa e cuidador, e evitar que esta se perca.

Um dos elementos referiu que, o documento onde é feita a colheita de dados para a preparação para a alta, poderia ser um substituto da carta de alta, visto que contém toda a informação pertinente para o processo.

2. Estrutura

Os quatro elementos foram unânimes de que o documento está bem construído e fundamentado a nível teórico. Um dos elementos, acrescenta que este é de fácil compreensão e preenchimento.

3. Aplicabilidade

Apesar de todos os elementos acharem que o documento pode ser útil para a instituição, referem que, pela sua extensão, pode haver renitência da equipa de enfermagem em o preencher. Por outro lado, um dos elementos, referiu que devido à rotatividade de doentes no serviço, poderá ser difícil o seu preenchimento.

Questões levantadas

Face ao instrumento, surgiram as seguintes questões:

- Quem vai preencher o instrumento, os enfermeiros dos cuidados ou da coordenação? Ao qual foi respondido, que é um instrumento para ser utilizado e preenchido por toda a equipa.
- Quando deve ser iniciado o seu preenchimento? Tal como preconizado pela literatura, a preparação para a alta deve ser iniciada no acolhimento, pelo que, deve ser este o momento para iniciar o preenchimento do documento.
- Onde podem ser incluídas as informações dadas para as alterações que ocorrem a longo prazo e acerca dos tratamentos a realizar? Na carta de alta da instituição, existe um item (outras orientações relevantes) onde podem ser incluídas estas informações.

Sugestões

Os elementos que fazem a coordenação do serviço, sugerem que seja retirado o genograma do instrumento, uma vez, que a assistente social já o faz quando caracteriza o contexto familiar da pessoa, devendo ser feita a articulação desta informação.

Foi ainda sugerido, na necessidade estar limpo/cuidado e proteger os tegumentos, ser acrescentado o ensino da lavagem do cabelo quando o doente tem traqueotomia/traqueostomia, e dos cuidados orais, para os doentes submetidos a cirurgia da cavidade oral.

A nível da necessidade de movimentar-se e manter uma postura correta, foi sugerido acrescentar se o doente utiliza apoios técnicos.

Ao nível da necessidade evitar perigos para o próprio e para outrem, foi sugerido, haver referência ao preenchimento do questionário usado na instituição para avaliar os hábitos alcoólicos da pessoa e se, quando atingido o score recomendado, houve referenciação para a psiquiatra da instituição.

Por último, um dos elementos sugeriu que só fossem preenchidos os itens que se adequam à pessoa, havendo a possibilidade de, quando o documento estiver informatizado, que sejam abertas apenas as ligações necessárias.

Conclusões

Face às sugestões obtidas no focus grupo, pretende-se articular com a assistente social a informação obtida através do genograma realizado por esta. Acrescenta-se ao documento a informação relativa aos cuidados de higiene do cabelo, quando a pessoa tem traqueotomia/traqueostomia e aos cuidados orais. Acrescenta-se ainda, a informação referente aos apoios técnicos utilizados pela pessoa na deambulação. Passa a haver referência ao preenchimento do questionário acerca dos hábitos alcoólicos e à articulação com a psiquiatra quando a pessoa se insere no score definido.

Referências Bibliográficas

Backes, D. S., Colomé, J. S., Erdmann, R. H. & Lunardi, V. L. (2011). Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*. 35(4). 438-442.

**APÊNDICE 17 - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO A PESSOA COM
DOENÇA ONCOLÓGICA DE CABEÇA E PESCOÇO SUBMETIDA A
CIRURGIA: INTERVENÇÃO DE ENFERMGEM NA PREPARAÇÃO PARA A
ALTA**

TEMA: A Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço Submetida a Cirurgia: Intervenção de Enfermagem na Preparação para a Alta

FORMADOR: Cristiana da Fonseca de Jesus **LOCAL:** Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia e Endocrinologia

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia e Endocrinologia

DURAÇÃO: 60 minutos (30 para apresentação, 30 para a avaliação da formação e esclarecimento de dúvidas)

DIVULGAÇÃO: Afixado cartaz informativo no serviço, envio de e-mail aos enfermeiros do serviço

OBJETIVOS:

Objetivo Geral: Promover a melhoria da qualidade na intervenção de enfermagem, no processo de preparação para a alta da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, submetida a cirurgia

Objetivos Específicos

- Que os formandos sejam capazes de identificar as especificidades da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço
- Que os formandos sejam capazes de identificar as intervenções de enfermagem na preparação para a alta
- Que os formandos sejam capazes de aplicar o instrumento de preparação para a alta no caso prático apresentado

Conteúdos Programáticos	Atividades a Realizar	Tempo	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico-Pedagógicos de Apoio	Avaliação
Objetivos da Formação	Apresentação dos objetivos da formação	2 minutos	Método Expositivo	Computador Projektor	Ficha de Avaliação da Formação
A pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço	Apresentação das especificidades da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço	5 minutos	Método expositivo	Computador Projektor	Exercício prático com um caso clínico
Preparação para a alta	Apresentação do conceito e dos objetivos da preparação para a alta e do planeamento da alta	10 minutos	Método Expositivo	Computador e Projektor	Exercício prático com um caso clínico
Intervenções de Enfermagem na preparação para a alta	Apresentação das intervenções de enfermagem na preparação para a alta	3 minutos	Método Expositivo	Computador e Projektor	Exercício prático com um caso clínico
Divulgação do instrumento de orientação para a preparação para a alta	Apresentação do instrumento de orientação para a preparação para a alta Treino na utilização do instrumento, através de um caso prático	10 minutos	Método Expositivo Ativo	Computador Projektor	Exercício prático com um caso clínico

**APÊNDICE 18 – ANÁLISE DA AVALIAÇÃO EFETUADA PELOS
FORMANDOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO A PESSOA COM DOENÇA
ONCOLÓGICA DE CABEÇA E PESCOÇO: INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO PARA A ALTA**

		Nada/ Nenhum	Pouco/ Deficiente	Suficiente	Bom	Muito bom	Não respondeu
Conteúdos	Pertinência				5	21	
	Exploração				11	15	
	Aplicabilidade				11	15	
	Concordância com as expectativas				8	18	
	Concordância com os objetivos propostos				7	18	1
Meios	Recursos informáticos				6	19	1
	Outros recursos			1	4	13	8
	Espaço		1	4	6	10	5
Formador	Clareza				3	23	
	Saber				1	25	
	Fluência				2	24	
	Esclarecimento de dúvidas				3	18	5
Avaliação	Dos conteúdos				7	19	
	Dos meios				8	18	
	Do formador				4	22	
	Do método de avaliação dos formandos				5	21	
	Da duração da ação				6	20	
	Do conjunto da ação				6	20	

À questão “indique aspetos mais positivos” da sessão, responderam 10 formandos, tendo estes destacado: a sessão ter sido direcionada aos objetivos; o exercício prático realizado (2); a orientação dos temas a abordar na alta; pertinência do tema (2); aplicabilidade dos conteúdos (5); a clareza; melhor preparação para a alta. À questão “apresente críticas e sugestões que possam contribuir para aumentar a qualidade da formação”, responderam 3 formandos. As sugestões/ críticas dadas foram: a sessão foi esclarecedora; nada a referir; que devia ser praticado na formação o preenchimento da carta de alta e da nota de alta para serem percebidas as diferenças.

**APÊNDICE 19 – ANÁLISE REFLEXIVA SEGUNDO O CICLO DE GIBBS
ACERCA DOS DOCUMENTOS DE PREPARAÇÃO PARA A ALTA
PRODUZIDOS**

Introdução

O processo reflexivo aqui apresentado, suportado pelo ciclo reflexivo de Gibbs, pretende a análise da aplicação prática do instrumento desenvolvido no terceiro estágio, com vista à preparação para a alta da pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço submetida a cirurgia.

1. Descrição da experiência

Uma das atividades realizadas ao longo do terceiro estágio foi, a criação de um instrumento de preparação para a alta, onde são identificadas as necessidades de cuidados da pessoa e família, tendo como suporte o modelo de teórico de Virgínia Henderson e a filosofia de cuidados de Marie Françoise Collière.

Foi aplicado o instrumento na preparação para a alta de uma pessoa (a Sra. M.) internada, ao longo do estágio, com doença oncológica de cabeça e pescoço submetida a cirurgia (pelvimandibulectomia marginal à direita, celulectomia cervical radical à direita, splint labial e traqueotomia). Foi-lhe pedido consentimento para aplicar o instrumento e explicado o objetivo do mesmo.

Ao nível do enquadramento familiar e socioeconómico, foi apurado que a Sra. M. vivia com o marido, num apartamento com escadas e elevador de pequenas dimensões e saneamento básico. Como rede de apoio tem o marido, os filhos, a vizinha do andar de baixo e o centro de saúde da área de residência (tem médico e enfermeiro de família).

Como antecedentes pessoais a Sra. A. apresenta: histerectomia com anexectomia bilateral; resseção de abscesso hepático; hipercolesterolémia; artroses; insuficiência venosa dos membros inferiores.

No que toca às necessidades humanas básicas identificaram-se alterações a nível: da respiração, dado ter sido necessário ser submetida a traqueotomia durante a cirurgia; da alimentação, por lhe ser colocada sonda nasogástrica na cirurgia, tendo sido avaliada a sua capacidade cognitiva e

motora e a vontade de receber informação prévia ao ensino, entregue o folheto da instituição sobre alimentação por sonda, e feita demonstração e treino sobre o procedimento, 3 dias após a cirurgia, a si e ao marido, que ficaram autónomos no mesmo; da necessidade estar limpo/cuidado e proteger os tegumentos, pelo risco de alteração da integridade cutânea a nível do local de fixação do adesivo da sonda nasogástrica e da pele pericânula; de evitar perigos para o próprio e para outrem, pela alteração da autoimagem; da comunicação, pelo risco de compromisso verbal, visto que lhe foi colocada cânula de traqueotomia na cirurgia, utilizando a escrita para comunicar com a equipa e com o cuidador; ocupar-se, é reformada, mas recebe reforma e tem o apoio monetário do marido que tem atividade laboral. Quanto aos indicadores de critério de risco para alta, estes não estão presentes.

A Sra. M. foi descanulada quatro dias após a cirurgia, pelo, que lhe foi feito ensino, e ao cuidador, sobre a realização do penso do ex-local da traqueotomia. Também lhe foi entregue uma carta de alta com a informação pertinente para a continuidade de cuidados, nomeadamente, para a realização do penso no centro de saúde da área de residência se a Sra. M. não se sentir confiante na sua execução.

As informações recolhidas para a preparação para a alta foram baseadas no documento da instituição de acolhimento e no instrumento desenvolvido ao longo do estágio, informações estas que foram fundamentais para dar suporte à intervenção da equipa na preparação para a alta.

O preenchimento do instrumento foi conseguido com facilidade, uma vez que a sua estrutura permite o claro acesso à informação. Contudo, a principal dificuldade associada ao seu preenchimento prende-se com a extensão do documento o que, exige que seja despendido bastante tempo para colher todas as informações necessárias.

Após a aplicação do instrumento, foram delineadas intervenções de enfermagem, centradas, principalmente, no ensino da técnica de alimentação

pela sonda nasogástrica, no fornecimento de estratégias para a adaptação à alteração da imagem corporal e para a comunicação.

2. Pensamentos e sentimentos

Com a aplicação do instrumento desenvolvido tive oportunidade de recolher todas as informações pertinentes para o processo de preparação para a alta, tanto ao nível dos apoios disponíveis como das necessidades de cuidados da pessoa e do cuidador, e assim estabelecer um plano de intervenções da equipa multidisciplinar.

Com este exercício, senti que o instrumento se encontra completo, abrangendo a pessoa a nível do seu enquadramento familiar e socioeconómico e das suas necessidades humanas básicas, informações chave para a preparação para a alta.

O meu receio prende-se com a dificuldade em a equipa aderir à preparação para a alta, através do uso do instrumento, pela implicação que o mesmo tem na mudança de atitude e de intervenções, visto ser necessário um conhecimento mais abrangente da pessoa, do cuidador/família e do meio, para que o processo se desenvolva adequadamente.

3. Avaliação

A utilização do instrumento numa situação da prática de cuidados permitiu testar o seu modo de preenchimento e a sua aplicabilidade.

Por outro lado, ao recolher junto da Sra. M. as informações para o preenchimento do instrumento, pude estabelecer com esta um processo relacional para a poder conhecer adequadamente e assim definir um plano de cuidados.

Com a aplicação do instrumento recolhi os dados relevantes para que o processo de preparação para a alta da Sra. M. acontecesse em segurança, tendo o seu regresso ao domicílio acontecido sem intercorrências.

Como ponto negativo, destaca-se o tempo dispendido no preenchimento do instrumento, sendo esta uma barreira, identificada por Nosbusch, Weiss & Bobay (2010) e Graham, Gallagher & Bothe(2013), a uma adesão da equipa a uma preparação para a alta estruturada.

4. Análise

Esta experiência aqui descrita, permitiu-me refletir sobre os documentos produzidos em contexto de estágio e da sua importância para o desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista. Como refere Benner (2001, p.56), “as enfermeiras proficientes aprendem melhor quando utilizam estudos de casos que põem à prova e requerem capacidade de apreender uma situação”.

Com a aplicação do instrumento a uma situação da prática de cuidados, pude focar a minha atenção nos dados relevantes da colheita de dados para a preparação para a alta, de forma a reunir a informação pertinente para este processo.

Pude ainda, intervir ao nível do ensino e treino das várias técnicas necessárias, de forma a promover a autonomia da pessoa e cuidador. Segundo Henderson (2007), o ensino é a intervenção mais significativa num plano de cuidados, de forma a promover a autonomia da pessoa. Para que as mesmas intervenções tivessem sucesso, foi necessário desenvolver uma relação terapêutica, de forma a ajudar a pessoa a adaptar-se ao seu processo de doença. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012, p.10), “a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel”. Esta relação, visa ajudar a pessoa a ter um papel ativo no seu percurso de doença, contribuindo, assim, para a sua recuperação.

Tive ainda a oportunidade de desenvolver competências relacionais com a Sra. M., de forma a identificar quais as suas necessidades de cuidados para que o seu regresso ao domicílio acontecesse em segurança. Como

refere Benner (2001, p.77) o processo relacional passa por várias etapas: uma esperança comum ao doente e à enfermeira; uma interpretação ou uma compreensão aceitável da doença, da dor, do medo, da ansiedade, ou de outras emoções fonte de stress; uma ajuda ao doente para aceitar um apoio social, emocional ou espiritual.

5. Conclusão

O treino da aplicação do instrumento a outras pessoas poderia ter sido uma mais valia para o desenvolvimento de destreza no seu preenchimento para quando for conseguida a aprovação institucional do mesmo.

6. Planear a ação

Para o futuro, pretende-se instituir o preenchimento do instrumento no serviço, sendo para isso, posto à aprovação da instituição onde desenvolvo a minha atividade profissional.

Para tal, pretende-se expor à direção de enfermagem o âmbito da sua criação e os objetivos a atingir com o seu preenchimento. Numa fase inicial, será utilizado o serviço onde desenvolvo a minha atividade profissional como piloto, para posteriormente ser estendida a aplicação a outros serviços, após a sua avaliação e adaptação.

Referências Bibliográficas

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Graham, J., Gallagher, R.& Bothe, J. (2013). Nurses discharge planning and risk assessment: behaviours, understanding and barriers. *Journal of Clinical Nursing*.22. 2338-46. Acedido Janeiro 8, 2015, em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012170505&lang=pt-br&site=ehost-live>

Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.

Nosbusch, J. M., Weiss, M. E. & Bobay, K. L. (2010). An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *Journal of Clinical Nursing*. 20 (5/6). 754-774. Acedido Janeiro 8, 2015 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010940107&lang=pt-br&site=ehost-live>.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*.