

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico- Cirúrgica Vertente Oncológica

**A gestão da informação efetuada pela enfermeira
na visita pré-operatória à mulher com
cancro ginecológico que vai ser submetida a
intervenção cirúrgica**

Ana Cristina Nero

2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-cirúrgica vertente oncológica

**A gestão da informação efetuada pela enfermeira
na visita pré-operatória à mulher com
cancro ginecológico que vai ser submetida a
intervenção cirúrgica**

Ana Cristina Nero

Prof. Dra. Alexandra Pinto Santos

2013



“Todo o ser humano tem medo do desconhecido: o que é desconhecido gera medo e insegurança, por ser indefinível, imprevisível e incontrolável”

Sanchez Flores, *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*

LISTA DE SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN - American Association of Operating Room Nurses

BO – Bloco Operatório

CA 125- Cancer Antigen 125

DGS – Direção Geral de Saúde

EORNA – European Operating Room Nurses Association

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HA+AB – Histerectomia Abdominal+Anexectomia Bilateral

HA – Histerectomia Abdominal

HPV – Vírus do Papiloma Humano

HTA – Hipertensão arterial

HV+AE – Histerectomia Vaginal+Anexectomia Esquerda

IVP – Insuficiência venosa periférica

LIC – Lesão infra clínica

LPCC – Liga Portuguesa Contra o Cancro

MRD – Mastectomia Radical Direita

MRE – Mastectomia Radical Esquerda

SO – Sala de Operações

VPO – Visita Pré-operatória

RESUMO

As neoplasias, ginecológica e da mama são as principais causas de morte cancro da mulher, tendo a cirurgia como tratamento de eleição. Ao profundo impacto da doença associa-se a ansiedade e os medos da cirurgia, constituindo-se a VPO como um momento em que a enfermeira perioperatória pode contribuir para a humanização e qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar a estas mulheres. Ao ter identificado que a equipa de enfermagem do BO não realizava VPO, decidi contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatória no BO, garantindo-os à mulher com cancro ginecológico e da mama através da gestão da informação durante a VPO. A metodologia utilizada foi a de projeto, desenvolvido em 3 campos de estágio, cada um com objetivos específicos: o primeiro, compreender as razões da motivação na equipa de enfermagem para a realização contínua da VPO; o segundo, melhorar competências na gestão da informação a dar à doente cirúrgica com cancro ginecológico e da mama na VPO; o terceiro, implementar a VPO contínua no BO.

Ao fazer uma entrevista semi-estruturada à enfermeira responsável pela VPO compreendi que as razões da motivação da equipa prendem-se com, motivação intrínseca das enfermeiras, persistência no cumprimento do compromisso, e monitorização contínua das taxas de execução das VPO. Das 38 VPO realizadas no segundo estágio e observadas segundo uma Grelha de Registo das VPO, 20 foram a doentes oncológicas, manifestando estas três necessidades durante a visita: de informação, de expressão dos medos e de partilha de problemas/preocupações. Antes de sensibilizar a equipa, sondei a sua opinião por questionário, concluindo que as razões principais que apresentam para não realizarem a VPO são: factores de ordem institucional (85,7% dos enfermeiros), falta de motivação (57,1%) e motivos relacionados com a relação com o doente (28,5%). Na formação à equipa, apresentei os resultados, estabeleceu-se a organização da VPO e a data de reinício, e um grupo de trabalho para elaborar a folha de registo.

PALAVRAS-CHAVE: Visita pré-operatória, cancro ginecológico/cancro da mama, enfermagem perioperatória, necessidades de informação, gestão da informação.

ABSTRACT

Gynecological and breast cancers are the leading causes of cancer death in women and surgery is the treatment of choice. The profound impact of the disease, associated with anxiety and fears of the becoming surgery, turns the preoperative nursing visit the moment in which the perioperative nurse can contribute to the humanization and quality of nursing care provided to these women. After realise that the nursing staff of operating room did not perform the preoperative nursing visit I decided to contribute to improve the quality of nursing care in the Operating Room. Ensuring that, women with breast and gynecological cancer, will be provided with a management of information during the preoperative nursing visit. The methodology used was a project developed in 3 diferent working fields, each with specific objectives: first, to understand the reasons motivating the nursing team to achieve continuous preoperative nursing visit; the second, improve skills in managing information give the surgical patient with gynecologic cancer and breast cancer in the preoperative nursing visit; the third, implement preoperative nursing visit continuous in the Operating Room. When making a semi-structured interview to the responsible nurse for preoperative nursing visit, was understood that the reasons to motivate the team relate to intrinsic motivation of nurses, persistence in achieving the commitment and continuous monitoring of the implementation rates of preoperative nursing visit. Of the 38 preoperative nursing visits conducted in the second stage and observed under a Grid Registration of preoperative nursing visit, 20 were oncology patients, manifesting these three needs during the visit: information, expression of fears and to share problems / concerns. Before making the team sensible for the subject, was registred their point of views by questionnaire, concluding that the main reasons they have for not running the preoperative nursing visit are: institutional factors (85.7% of nurses), lack of motivation (57.1%) and the relationship with the patient (28.5%). In forming the team, presented the results, established the organization of the preoperative nursing visit and the date of resumption, and a working group to prepare the record sheet.

KEYWORDS: preoperative visit; gynecological cancer / breast cancer, perioperative nursing, information needs, information management.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1 DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	7
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
2.1 Cancro ginecológico: epidemiologia, patogenia, diagnóstico e prevenção	16
2.2 Cancro da mama: epidemiologia, patogenia, diagnóstico e prevenção.....	20
2.3 O tratamento cirúrgico do cancro ginecológico e da mama	21
2.3.1 Cancro ginecológico	21
2.3.1 Cancro da mama.....	23
2.4 Necessidades da mulher com cancro ginecológico e da mama no período pré-operatório	24
2.5 A enfermagem perioperatória	27
2.5.1 A importância do enfermeiro perioperatório durante a VPO	30
2.5.2 A gestão da Informação durante a Visita Pré Operatória.....	31
2.5.3 A Prática da Enfermagem Perioperatória e o Modelo Teórico de Ida Jean Orlando	33
3 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	39
3.1 Análise do percurso durante o ensino clínico no bloco operatório de um hospital central da região de Lisboa	39
3.2 Análise do percurso durante o ensino clínico no Serviço de Internamento de Ginecologia de um hospital central	43
3.3 Análise do percurso durante o ensino clínico no bloco operatório de um hospital central.....	47
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	56

APÊNDICES.....	61
APÊNDICE 1 – GUIÃO DE ENTREVISTA	63
APÊNDICE 2 – ENTREVISTA COM ENFERMEIRA ORIENTADORA	67
APÊNDICE 3 – GRELHA PARA O REGISTO DAS VISITAS PRÉ-OPERATÓRIAS	75
APÊNDICE 4 – VISITAS PRÉ-OPERATÓRIAS EFETUADAS A DOENTES DO FORO ONCOLÓGICO.....	79
APÊNDICE 5 – GRELHA DE ANÁLISE DAS VISITAS PRÉ-OPERATÓRIAS.....	117
APÊNDICE 6 - QUESTIONÁRIO.....	121
APÊNDICE 7 – PLANEAMENTO DA FORMAÇÃO	125
APÊNDICE 8 – APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO.....	129
APÊNDICE 9 – ESTRUTURA DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DESENHADA PELOS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO.....	137
ANEXO NORMA DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA.....	141

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é um relatório de estágio efetuado no âmbito do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica – Vertente Oncológica, que reflete o desenvolvimento de um projeto a desenvolver em contexto de trabalho e a implementar no BO de um hospital central. O estágio decorreu de 1/10/12 a 15/2/13 e foi realizado em três serviços de hospitais centrais da zona de Lisboa, tendo sido orientado por enfermeiros especialistas com o objetivo de dar continuidade às linhas orientadoras dos cursos de mestrado e especialidade da ESEL no que respeita ao desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, à promoção do aumento da qualidade dos cuidados de saúde e à influência na mudança dos cuidados de enfermagem (ESEL, 2013). Os objetivos atingidos e as competências adquiridas vão igualmente de encontro às que são comuns dos enfermeiros especialistas abrangendo os quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e a sua gestão e finalmente o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Com a implementação deste projeto pretendo aprofundar o conhecimento na área da enfermagem perioperatória, que me permita efetuar tomadas de decisão assertivas, dinamizando estratégias que contribuam para criar um ambiente terapêutico e seguro para a mulher que vai ser submetida a intervenção cirúrgica, especificamente durante a realização da VPO e respetiva gestão da informação fornecida às mulheres com cancro ginecológico.

Este constitui o tema central do projeto e várias são as razões da sua pertinência, das quais destaco duas: o aumento do número de casos oncológicos naquele serviço (houve um aumento de 26 casos do primeiro trimestre de 2010 para o período homólogo de 2013) e o desenvolvimento da enfermagem perioperatória que se tem vindo a notar nos últimos tempos com grande ênfase na humanização dos cuidados perioperatórios prestados ao doente cirúrgico.

Segundo a OMS, o cancro da mama é o mais frequente nas mulheres a nível mundial, constituindo a principal causa de morte nas mulheres e o do colo do útero o terceiro mais comum (Globocan, 2008). Em Portugal, o cancro da mama é considerado a segunda causa de morte por cancro na mulher (LPCC, 2013) e o Registo Oncológico de 2008 revela que todos os anos são diagnosticados em Portugal cerca de 950 novos casos de cancro do colo do útero e que aproximadamente 350 portuguesas morrem por ano pela mesma causa (Mota, 2012).

A instituição onde se pretende implementar o projeto acolhe na sua grande maioria mulheres, cuidando-as sob o ponto de vista ginecológico ao longo das várias fases do ciclo da mulher e tratando as diversas patologias, entre as quais o cancro ginecológico e da mama. Segundo Bruges (2006) “o tratamento do cancro é multidisciplinar, mas a alternativa cirúrgica é a mais frequente por razões históricas e de eficácia” (Bruges, 2006, p.3, citando Vasquez, 1991). Sendo uma das etapas do percurso deste tipo de patologia, o tratamento cirúrgico é considerado o tratamento primário indicado na maioria das neoplasias, na qual o doente oncológico passa por situações difíceis como o medo de morrer, a alteração da autoimagem e a alteração do papel social (Santos, Piccoli e Carvalho, 2007). As mulheres perante o diagnóstico de cancro da mama passam, como referem Gruendemann e Fersebner (1995), por momentos de terror e ansiedade, ficam desorientadas, perguntando se sobreviverão e têm dificuldade em avaliar e decidir sobre as opções de tratamento devido ao *stress* a que estão sujeitas. Esta situação deve ser devidamente acompanhada pelos profissionais de saúde envolvidos no processo cirúrgico, particularmente pelos enfermeiros perioperatórios, que segundo Silva (2010) podem “ajudar a ultrapassar a situação traumática, através de informações acerca dos acontecimentos do perioperatório e de apoio emocional ao doente e pessoas significativas” (Silva, 2010, p.27).

A enfermagem perioperatória tem vindo a desenvolver-se e, segundo a AESOP, “o papel do enfermeiro perioperatório pode ser descrito como o conjunto de atividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades centradas na relação de ajuda e no cuidar” (AESOP, 2006, p. 108). Os enfermeiros

perioperatórios, deverão então desenvolver competências que os ajudem a prestar cuidados de qualidade ao doente cirúrgico envolvendo os aspetos técnicos relacionados com a cirurgia e anestesia, relevando e aprofundando os da área da comunicação e da relação, que por sua vez levam ao cuidar holístico e humanizado no BO a este tipo de doentes, sobretudo se a intervenção de enfermagem perioperatória autónoma se centrar nas necessidades individuais de ajuda do doente numa situação imediata, tal como refere George (2000) a propósito da teoria de enfermagem de Ida Jean Orlando.

Sabe-se que “o diagnóstico cirúrgico ainda hoje é considerado uma ameaça às capacidades do indivíduo e à própria vida” (Frias, Costa e Sampaio, 2010, p.346), contendo sempre um certo grau de risco anestésico e cirúrgico e constituindo uma experiência única para cada doente, vivida consoante uma série de fatores inerentes a cada indivíduo e levando a alterações na sua vida que poderão provocar desequilíbrios físicos, psíquicos e sociofamiliares (Santos, Piccoli e Carvalho, 2007). A experiência cirúrgica decorre em três etapas, designadas por período perioperatório, que são o pré, intra e pós-operatório. Este projeto desenvolve-se em torno da primeira etapa, o período pré-operatório, em que o enfermeiro perioperatório tem um papel fundamental no que podemos chamar de acolhimento ao BO, contribuindo para a diminuição da ansiedade do doente cirúrgico através da realização da VPO, esclarecendo-o acerca dos procedimentos perioperatórios e satisfazendo as suas necessidades nesse período que podem estar relacionadas com a informação sobre o processo cirúrgico ou com aspetos psicossociais. Esta constitui uma das funções do enfermeiro de anestesia, definida pela AESOP como sendo fundamental para a sistematização dos cuidados perioperatórios de enfermagem e cuja importância é notória pelo impacto que tem junto do doente e família (AESOP, 2006). Pode dizer-se que a VPO constitui a primeira etapa dessa sistematização e é indispensável para a preparação física e psicológica do doente cirúrgico (Galvão, Sawada e Rossi, 2002). Como acolhimento ao bloco operatório, a VPO de enfermagem é um momento privilegiado de comunicação entre o enfermeiro e o doente cirúrgico, onde se inicia uma relação de ajuda que trará grandes benefícios para o processo cirúrgico do doente oncológico e uma melhoria na

qualidade dos cuidados que lhe são prestados. Esta relação de ajuda, tem necessariamente de estar baseada em princípios como o da empatia, capacidade de escuta e a satisfação das necessidades do doente, individualizando os cuidados pré operatórios e adquirindo a capacidade de decifrar o que o indivíduo pretende e/ou necessita nesta fase da doença (Silva, 2010). A relação de ajuda é assim “uma relação na qual o que ajuda fornece ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas” (Lazure, 1994, p. 14, citando Brammer). Para esta autora, a capacidade de escuta é essencial à relação de ajuda, não sendo sinónimo de ouvir e tendo objetivos muito específicos para a enfermagem como manifestar ao doente a importância que ele tem, ajudá-lo a reconhecer as suas necessidades, permitir-lhe identificar as suas emoções e os seus problemas bem como ajudá-lo a elaborar um plano de ação eficaz para a resolução do problema de saúde (Lazure, 1994).

Os doentes que se encontram na fase pré-operatória para uma cirurgia oncológica, seja ela diagnóstica, paliativa, reconstrutiva, profilática ou como método primário de tratamento, encontram-se vulneráveis a alterações anatómicas e fisiológicas bem como a varias alterações no que se refere às suas emoções (Santos, Piccoli e Carvalho, 2007), pelo que importa ao enfermeiro perioperatório ajudar os doentes a ultrapassar esta fase difícil da sua doença através da informação fornecida e de uma comunicação e gestão de cuidados eficazes. Assim, a passagem pelo bloco operatório constitui um dos momentos angustiantes do percurso da doença oncológica e o facto de conhecer antecipadamente o enfermeiro que o irá cuidar nesse ambiente misterioso e assustador, proporcionando-se um momento de interatividade entre ambos e criando um espaço para esclarecer dúvidas que até aí não tinham surgido ou que não tinha tido oportunidade de colocar, pode contribuir para um alívio do sofrimento e uma diminuição da ansiedade, e conseqüentemente para uma melhor aceitação e adaptação à doença oncológica por parte do doente e da sua família. Para isso, é importante que o enfermeiro se interesse pelo sofrimento do doente uma vez que “o tratamento e a prevenção da doença prosseguem melhor quando as condições exteriores à doença em si e ao seu controle não causam ao

paciente sofrimento adicional” (Leonard, M.K. e George, J. B., 200, p. 132, citando Orlando, 1990, p. 22-23).

Este projeto tem como finalidade garantir os cuidados de enfermagem perioperatórios à mulher com cancro ginecológico e da mama que vai ser submetida a intervenção cirúrgica, através da gestão da informação durante a VPO de enfermagem do BO, que se pretende ser estruturada e centrada nos problemas efetivos das doentes bem como na satisfação imediata dos mesmos. Este projeto tem também como objetivo, estimular o interesse dos profissionais de enfermagem do BO para a VPO, sensibilizando-os para a importância da realização da mesma uma vez que existe uma norma da instituição que não é cumprida o que acarreta consequências legais a nível das competências e funções dos enfermeiros perioperatórios. Pretende-se igualmente mudar a tendência do modelo biomédico existente e facilitar a humanização, contribuindo assim para dar relevo à enfermagem perioperatória.

Os estágios programados pretendem ser a forma de alcançar aquela finalidade embora para cada um deles tenham sido traçados objetivos específicos e planeadas atividades que serão descritas pormenorizadamente no decurso deste trabalho.

O relatório está organizado em seis capítulos, escritos segundo o novo acordo ortográfico e estruturados de acordo com a norma APA. O primeiro capítulo, da introdução, faz a apresentação genérica e enquadramento do tema em questão. O segundo capítulo define a problemática descrevendo a situação problema bem como os motivos que levaram à sua preferência. O terceiro capítulo, do enquadramento teórico, está subdividido em cinco subcapítulos: dois dedicados à mulher com cancro ginecológico e da mama abordam a etiologia, patogenia, prevenção e diagnóstico; um que se refere ao tratamento dessas duas neoplasias; o quarto subcapítulo com a apresentação das necessidades destas mulheres no período pré-operatório; um último que se dedica a apresentar a enfermagem na SO desenvolvendo depois o lugar da enfermagem perioperatória na VPO e as orientações das principais organizações nacionais e internacionais acerca da mesma, a gestão da informação efetuada pelo enfermeiro perioperatório durante a VPO e a sua atuação orientada pelos conceitos de interatividade e imediatismo definidos por Ida Jean Orlando. No

quarto capítulo, relata-se todo o percurso efetuado pelos três campos de estágio, descrevendo-se as atividades desenvolvidas e os seus resultados. O quinto capítulo diz respeito às considerações finais e o sexto à bibliografia.

A implementação deste projeto teve um significado peculiar, na medida em que é um tema que tem vindo por mim a ser analisado em vários contextos profissionais ou académicos. Neste caso obtive resultados positivos com a equipa de enfermagem mesmo numa altura conturbada e instável da instituição em que se prevê o seu encerramento.

1 DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A problemática que deu origem à execução deste relatório está diretamente relacionada com a realização da VPO às doentes ginecológicas do foro oncológico que vão ser submetidas a intervenção cirúrgica, mais especificamente à gestão da informação que lhes é fornecida pela enfermeira perioperatória.

A preferência por este tema está diretamente relacionada com o número crescente de doentes oncológicas intervencionadas no BO da instituição onde exerço funções, bem com o facto de existir uma norma de serviço para a execução da VPO de enfermagem que não é aplicada por razões que se desconhecem e que se pretendem identificar neste trabalho. A VPO constitui uma das intervenções dos enfermeiros perioperatórios que contribui para uma assistência humanizada ao doente cirúrgico e conseqüentemente para uma melhoria da qualidade dos cuidados perioperatórios prestados, tal como mencionam alguns autores quando se referem à orientação pré-operatória de enfermagem, contribuindo esta para que fique “estabelecida a humanização, caracterizada pela interação enfermeira/paciente (...)” (Souza, Guerreiro de Sousa, Pinto, Cortez, Carmos e Nascimento, 2010, p. 800)

No caso dos doentes oncológicos, e pelo facto de constituir uma doença associada a vários medos como sejam o da mutilação, a perda de faculdades que impossibilitam o indivíduo a prosseguir com a sua vida social, familiar e/ou profissional ou mesmo da morte, existe uma necessidade acrescida de estabelecer uma relação de ajuda humanizando os cuidados perioperatórios. A doença oncológica continua a ser uma das principais causas de morte em Portugal, e por essa razão também uma das mais temidas. Para além da associação imediata à morte, existe igualmente o medo de sofrer, inerente ao facto de constituir uma doença crónica, muitas vezes mutilante e cujos tratamentos são agressivos, integrando um dos maiores estigmas associados a esta doença. O diagnóstico de doença oncológica causa um impacto importante no indivíduo que o recebe, e a forma como a informação é fornecida e/ou

gerida influencia o seu bem-estar, a sua adaptação à doença e a forma como se vai relacionar com os técnicos de saúde durante o percurso da sua doença. Numa revisão sistemática da literatura, a propósito de um estudo realizado num hospital universitário em que se pretendia identificar a perceção do doente cirúrgico cardíaco acerca das orientações pré-operatórias fornecidas pela enfermagem, os seus autores concluíram que “a orientação pré-operatória, em especial neste estudo, atendeu às necessidades do paciente no período pré-operatório, sejam elas psicológicas ou científicas, e contribuiu para uma melhor e mais rápida recuperação pós-operatória” (Souza, Guerreiro de Sousa, Pinto, Cortez, Carmos e Nascimento, 2010, p. 800) e que “a orientação permitiu o esclarecimento e a clarificação do evento aos indivíduos nele envolvidos diretamente” (Souza, Guerreiro de Sousa, Pinto, Cortez, Carmos e Nascimento, 2010, p. 800). Um outro artigo, que relata uma experiência num hospital oncológico com o objetivo de refletir acerca da prática da comunicação terapêutica do enfermeiro num serviço de internamento de mulheres que vão ser submetidas a mastectomia, refere-se à importância dos cuidados de enfermagem no período pré-operatório e ao facto de estes não abrangerem apenas as necessidades fisiológicas das doentes, mas também os fatores pessoais e a forma como se sentem estas mulheres face à sua doença o que se vai refletir no período pós-operatório (Santos, Sousa, Alves, Bonfim e Fernandes, 2010). Este artigo refere ainda que o enfermeiro responsável pelos cuidados pré-operatórios deve planear esses mesmos cuidados de acordo com as preocupações e desconfortos sentidos pelo doente, constituindo este o primeiro passo para se estabelecer uma interação entre o enfermeiro e o doente, desenvolvendo-se a base de uma comunicação terapêutica e conseqüentemente uma relação de ajuda entre aqueles atores sociais (Santos, Sousa, Alves, Bonfim e Fernandes, 2010).

O doente cirúrgico do foro oncológico apresenta algumas funções físicas e emocionais alteradas pelo diagnóstico em si, bem como pelos procedimentos terapêuticos associados à doença oncológica e que podem causar alterações na imagem corporal, na rotina diária e até alterações de ordem profissional. Através da VPO, o enfermeiro perioperatório pode ajudar a ultrapassar esta situação fornecendo informação acerca dos procedimentos perioperatórios e dando o apoio

emocional que o doente e os seus familiares/amigos/pessoas significativas necessitem (Rodrigues da Silva, 2010). Um dos estudos resultantes da revisão da literatura efetuada para este trabalho em que foram identificados diagnósticos de enfermagem emocionais na VPO a doentes do foro oncológico, os autores relatam que 80% dos doentes que participaram no estudo apresentam conhecimento deficiente relativamente ao processo cirúrgico e 75% referem ter medo (Santos, Piccoli e Carvalho 2007). Um outro estudo, cujo objeto foi o levantamento das necessidades de informação a mulheres mastectomizadas nas várias etapas do seu processo, revelou que, no pré operatório as doentes identificam como essencial terem conhecimentos acerca da técnica operatória e anestésica, da doença em si (se é transmissível, se é hereditária, etc.), e por último os aspetos práticos relacionados com o internamento tais como o número de dias e o horário das visitas (Barreto, Suzuki, Lima e Moreira, 2008). Estes dados evidenciam a necessidade de informação que os doentes cirúrgicos apresentam, nomeadamente as doentes do foro oncológico.

O enfermeiro perioperatório, que está em constante contacto e em plena atualização com todo o rigor e tecnologia utilizados no bloco operatório, poderá então ser um dos elementos indicados para responder às questões relacionadas com os aspetos acima referidos, gerindo a informação que estas doentes necessitam, satisfazendo assim as suas necessidades no pré operatório através da interação com as mesmas.

Descritas pela AESOP e pormenorizadas mais adiante neste trabalho, as funções dos enfermeiros perioperatórios englobam a execução da VPO, através da qual o enfermeiro deverá estabelecer uma relação de ajuda com o doente, com o objetivo de o ajudar a ultrapassar o período pré operatório. No caso dos doentes oncológicos, nomeadamente as doentes do foro ginecológico, este constitui um momento de muitas dúvidas e incertezas, próprias da situação, uma vez que em muitos casos a doente desconhece exatamente a cirurgia a que vai ser submetida por depender de um exame extemporâneo realizado no ato intraoperatório. Nesta circunstância, o enfermeiro perioperatório pode contribuir para ajudar a doente a

organizar a informação que até aí lhe foi fornecida e que por diversos motivos pode estar a suscitar dúvidas ou mesmo facultar mais informação a seu pedido.

A comunicação com o doente oncológico e a informação que lhe é fornecida ao longo do percurso da sua doença é da responsabilidade dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, e estes devem estar devidamente preparados para responder às necessidades imediatas deste tipo de doentes, sobretudo numa altura tão marcante e decisiva como é a fase da cirurgia. A VPO é um momento privilegiado de comunicação interpessoal e terapêutica entre o enfermeiro perioperatório e o doente que vai ser submetido a intervenção cirúrgica. A comunicação é o pilar de qualquer relação, seja ela de ordem pessoal ou profissional, estando sempre implícitos conceitos fundamentais para uma relação saudável, tais como o respeito, a compreensão, a disponibilidade e a empatia, para que essa comunicação seja eficaz.

Uma conversação eficaz pressupõe uma partilha imparcial do espaço comunicacional e evidentemente uma boa capacidade de escuta (Margot Phaneuf, 2002). Esta, por sua vez, deverá ser uma das principais armas do enfermeiro perioperatório, na medida em que “é importante que o enfermeiro se preocupe com os problemas do paciente, pois o tratamento e prevenção da doença se processam melhor quando condições estranhas à doença e à conduta que se toma em relação a ela não causam sofrimento adicional ao paciente” (Orlando, 1978, p. 28). Ou seja, através da escuta ativa, o enfermeiro perioperatório poderá identificar as necessidades dos doentes e agir em conformidade satisfazendo-as. Ainda segundo a mesma autora, o enfermeiro é responsável por ajudar o doente a comunicar as suas necessidades e tomar as devidas providências para que estas sejam satisfeitas e “é essa ajuda que fornece as linhas mestras da sua interação e forma a base do relacionamento enfermeiro/paciente” (Orlando, 1978, p. 32). Assim, “o enfermeiro deve tomar a iniciativa de ajudar o paciente a expressar o significado específico do seu comportamento, de modo a identificar o seu problema” para depois o apoiar levando-o a encontrar a ajuda necessária à satisfação das suas necessidades (Orlando, 1978, p. 32).

Na instituição onde se pretende implementar este projeto, o período pré-operatório das doentes cirúrgicas do foro oncológico tem várias fases, começando na consulta de ginecologia oncológica/senologia onde é realizada a proposta cirúrgica e a doente é informada pelo cirurgião (médico da especialidade de ginecologia e obstetrícia) acerca do diagnóstico e tipo de cirurgia a que irá ser submetida. Seguidamente, e ainda nesta consulta, as doentes têm a oportunidade de falar com a enfermeira que procura reforçar as informações fornecidas pelo médico ao mesmo tempo que esclarece as dúvidas apresentadas pelas mulheres. Nesta fase, as doentes apresentam um grau de ansiedade muito elevado e grande parte apenas se centra na decisão final relacionada com o diagnóstico de doença oncológica ou suspeita, não conseguindo assimilar nem gerir a maioria da informação. Seguidamente, e muitas vezes decorrendo um espaço de tempo que pode ir de uma a três semanas, as doentes são internadas e só nessa altura têm a oportunidade de falar novamente com técnicos de saúde que estejam a par da sua situação clínica. Entretanto, a informação que detinham pode suscitar dúvidas que terão que ser esclarecidas por aqueles profissionais, nomeadamente o enfermeiro perioperatório através da VPO e que podem estar relacionadas com o tipo de cirurgia, tipo de anestesia, resultado da cirurgia, procedimentos e percurso pós-operatório, horário das visitas, etc. O enfermeiro perioperatório está apto a responder a todas estas questões e cabe-lhe a função de esclarecer o doente fazendo com que este se sinta seguro e confiante na equipa cirúrgica que dele irá cuidar. Ao informar o doente sobre a sua situação cirúrgica, o enfermeiro perioperatório está a fazer cumprir os princípios da Carta dos Direitos do Doente Internado emitida pela DGS que se refere à informação como uma “condição essencial para o doente poder dar o seu consentimento livre e esclarecido (...)”, bem como “para aderir às medidas terapêuticas e de reabilitação que venham a ser recomendadas (...)” (DGS, 2013, p.7). Igualmente de acordo com a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, incluída na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de agosto), os doentes têm direito a serem informados sobre a sua situação de saúde, devendo esta ser prestada de uma forma clara, tendo em conta a personalidade do doente, o seu grau de instrução e as suas condições clínicas e psíquicas. Refere ainda esta carta que

da informação devem constar elementos relativos ao diagnóstico, prognóstico, tratamentos a realizar, riscos e possibilidade de tratamentos alternativos e que o doente tem ainda o direito de não querer ser informado, devendo nesse caso indicar quem deve receber a informação a seu respeito (DGS, 2013).

A informação é portanto um direito do doente, mas é igualmente um dever do enfermeiro inserido no Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 84º e que é referido como o dever em informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem e informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter (OE, 2009).

No nosso país, a enfermagem perioperatória não é ainda considerada uma área de especialização em termos académicos, tendo no entanto aspetos funcionais e organizacionais do trabalho de enfermagem bem definidos e fundamentados pela AESOP. Se analisarmos a situação do ponto de vista da VPO por exemplo, que é, como já referi, uma das intervenções da enfermagem perioperatória que contribui para a humanização dos cuidados no bloco operatório tornando o trabalho de enfermagem menos tecnicista, esta não é efetuada em todos os blocos operatórios de Portugal e as razões para que tal aconteça, segundo a minha experiência profissional e contacto com profissionais de outros blocos operatórios, estão sobretudo ligadas com a falta de formação e sensibilização dos profissionais que aí trabalham, para além da escassez de recursos humanos que pode realmente constituir um entrave mas que muitas vezes constitui apenas um refúgio para os enfermeiros de bloco não realizarem a referida visita, precisamente porque estes continuam muito ligados aos aspetos técnicos do trabalho de bloco operatório.

Como responsável do bloco operatório de ginecologia de um hospital central da região de Lisboa e perante uma equipa de enfermeiros perioperatórios que não cumpre uma norma da instituição que tem como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados, sinto como um dever analisar e resolver este problema, debruçando-me sobre o tema no que respeita a conteúdos teóricos e orientações dadas pelas

várias entidades que regulam as intervenções dos enfermeiros perioperatórios bem como contactando com realidades diferentes e profissionais de enfermagem peritos na área perioperatória, permitindo posteriormente uma intervenção junto da equipa do BO, sensibilizando-a para o cumprimento da referida norma e estruturação de uma VPO orientada para a gestão da informação que é fornecida às doentes.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Ginecologia Oncológica é já reconhecida pela Ordem dos Médicos, como uma subespecialidade no âmbito do Colégio de Ginecologia e Obstetrícia onde se inclui a Ginecologia Oncológica. Os enfermeiros que exercem funções nos serviços onde se prestam cuidados ginecológicos, têm que estar devidamente preparados para prestar cuidados de enfermagem que assegurem uma assistência adequada e eficiente à mulher com cancro ginecológico e da mama. A medicina e a enfermagem, ciências que pertencem à mesma área, são complementares no que respeita aos cuidados a prestar ao doente. Assim, “a medicina é definida como centrada nas causas e no tratamento das doenças enquanto que a enfermagem se define como centrada na saúde e nas consequências humanas da doença e do tratamento” (Cahoon, 1982, p. 129).

A doença ginecológica oncológica constitui uma grande ameaça para as mulheres, e como qualquer outra patologia oncológica tem “conotações assustadoras” (Cahoon, 1982, p. 14, citando Sontag, 1979). A mesma autora, citando Mastrovito (1972), refere ainda que, quando alguém recebe o diagnóstico de cancro, é confrontado com situações aterrorizadoras de “doença incapacitante, mutilação, perda de uma parte importante do corpo, perda de uma função fisiológica e morte” (Cahoon, 1982, p.14). As mulheres ocupam atualmente um lugar de destaque na sociedade, na medida em que para além do seu papel de mãe e de suporte familiar, uma grande maioria tem a sua profissão e dentro desta, muitas ocupam cargos relevantes. Ao ser diagnosticada uma doença oncológica, estas mulheres vivem momentos de angústia, não somente pela ameaça da doença poder ser fatal e pelo sofrimento que tem associado, mas também por verem o seu papel social ameaçado. Numa sociedade onde a beleza feminina ocupa um lugar importante, ter um diagnóstico de doença oncológica, em particular do cancro da mama, que causa alterações da autoimagem provocadas, tanto pelo tratamento cirúrgico, como pelos próprios

tratamentos, como diz Cahoon, “a resposta ao diagnóstico de cancro associa-se muitas vezes às reações aos métodos de tratamento utilizados” (1982, p. 16). À Enfermagem cabe ajudar a mulher a enfrentar tal situação, avaliando as suas necessidades físicas, psicológicas e sociais desde a fase de diagnóstico e ao longo do percurso da doença, contribuindo assim para a sua adaptação à doença bem como para a adesão a todos os tratamentos necessários.

O cancro (neoplasia, carcinoma ou tumor maligno), corresponde a uma estrutura que se caracteriza por ausência do controle habitual de proliferação celular, crescendo desmesuradamente e entrando em competição com os tecidos normais. A sua tendência natural é infiltrar-se através dos tecidos, invadindo as estruturas adjacentes através da rotura da membrana basal epitelial (Murad e Katz, 1996) e disseminando-se formando metástases em outros tecidos e órgãos (Murad e Katz, 1996). As metástases constituem agregados secundários, focos à distância, que apresentam as mesmas características do tumor de onde provém.

Quanto à carcinogénese, na maioria dos casos não é ainda possível identificar uma causa para cada tipo de cancro, mas existem algumas que são reconhecidas como fatores de risco e que aumentam a probabilidade de um indivíduo contrair a doença. A LPCC identifica os seguintes: o envelhecimento, o tabaco, a luz solar, a radiação ionizante, determinados químicos, alguns vírus e bactérias, determinadas hormonas, o álcool, uma dieta pobre, a falta de atividade física ou excesso de peso e a história familiar de cada um. Alguns destes fatores podem e devem ser prevenidos, como é o caso do tabaco, da luz solar ou do álcool, ao passo que outros não são possíveis conter ou modificar, como é o caso do envelhecimento e da história familiar.

Reconhece-se hoje que, para além dos cuidados médicos, os cuidados psicológicos a doente oncológico são, como diz a LPCC (2013), parte integrante do seu tratamento ajudando-o a lidar melhor com a sua doença. e tratamentos, promovendo uma melhor adesão terapêutica; prevenir a perturbação psicológica e dificuldades no funcionamento familiar; alargar, ativar e reforçar potenciais redes de apoio informal, diminuindo sentimentos de isolamento, desamparo e abandono; clarificar perceções e informações erróneas, promovendo o conhecimento acerca da doença e seus tratamentos; aumentar a perceção de controlo sobre a doença; reduzir os efeitos

físicos colaterais da doença e dos tratamentos; melhorar os parâmetros médicos (funcionamento imunológico), trazendo benefícios ao nível do curso da doença, recorrência e sobrevivência; promover o bem-estar emocional dos familiares; facilitar a comunicação entre o doente e os profissionais de saúde.

Na mulher, cerca de metade dos tumores malignos pertencem ao aparelho genital e mamas (Mota, 2012, p. XIII).

2.1 Cancro ginecológico: epidemiologia, patogenia, diagnóstico e prevenção

O aparelho genital feminino é constituído por órgãos externos (vagina e vulva) e internos (útero, ovários e trompas), todos eles sensíveis à doença oncológica. A mortalidade provocada pelo cancro do colo do útero tem tido uma acentuada diminuição devido à deteção precoce através do exame citológico denominado Papanicolaou, pela sua eficácia bem como pela facilidade de execução e seu baixo custo (Muard e Katz, 1996). Este cancro está associado às doenças sexualmente transmissíveis, na medida em que uma das principais causas está diretamente relacionada com o HPV, embora também existam outros fatores/cofatores para o seu desenvolvimento como, o tabagismo, o uso prolongado de contraceptivos orais, a multiplicidade de parceiros e as infeções genitais repetidas (Mota, 2012).

Como prevenção secundária deste tipo de carcinomas, existe o rastreio citológico usada na deteção precoce e tratamento posterior das lesões, e mais recentemente a vacina contra o HPV, cuja administração generalizada pode levar a uma diminuição significativa nas taxas de mortalidade e incidência deste tipo de cancro (Mota, 2012). O cancro do colo do útero é assintomático na fase inicial, pelo que deve ser efetuado o rastreio depois de a mulher iniciar a sua vida sexual (Mohallem e Rodrigues, 2007). A partir do momento em que exista sintomatologia como metrorragias (coitorragias, hemorragias intermenstruais ou metrorragias pós-menopausa), deverão ser efetuados exames específicos para o diagnóstico, que correspondem à colposcopia, curetagem endocervical e as biópsias (Mota, 2012). Existe ainda a conização, método “indispensável no diagnóstico de carcinoma microinvasivo, de modo a ser avaliada corretamente a profundidade e a extensão da microinvasão, o que tem implicações terapêuticas e prognósticas” (Mota, 2012, p. 151).

O cancro do **endométrio**, com o qual morrem cerca de 200 mulheres portuguesas em 850 novos casos por ano, tem a sua incidência a aumentar devido “à obesidade e longevidade crescentes das populações” (Mota, 2012, p. 191). Ainda segundo este autor, “apesar da agressividade do tumor aumentar com o avançar da idade, a maioria são diagnosticados nos estádios iniciais, visto que as metrorragias são um sinal de alerta muito frequente” (Mota, 2012, p. 142). Para este tipo de tumor, a prevenção primária “assenta no controlo do peso, prática de exercício físico, controlo adequado da diabetes e da hipertensão arterial” (Mota, 2012, p. 195). Ainda segundo este autor, opinião corroborada pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia no consenso sobre contraceção de 2003, “os contraceptivos orais são os únicos agentes quimiopreventivos conhecidos capazes de reduzir para metade o risco de cancro do endométrio” (Mota, 2012, p. 195). Quanto à prevenção secundária, ela “não é exequível por não existir um teste aceitável, em termos de custo/benefício e fiabilidade, que permita a redução da incidência e da mortalidade por esta neoplasia” (Mota, 2012, p. 195). Este tipo de cancro acontece com bastante frequência em mulheres no período pós-menopáusicas, com idade compreendida entre os 55 e os 70 anos (Mohallem e Rodrigues, 2007). Estes autores referem ainda que os sintomas mais frequentes são “o sangramento em mulheres na pós-menopausa, fluxo menstrual irregular ou intenso em mulheres na pré-menopausa, corrimento vaginal e dor na região lombo-sagrada” (Mohallem e Rodrigues, 2007, p. 289). Ao recorrer ao médico apresentando um ou mais daqueles sintomas, o diagnóstico deve ser efetuado o mais brevemente possível através do exame clínico, ecografia pélvica e biópsias que poderão ser realizadas por histeroscopia diagnóstica (Mota, 2012).

Quanto ao cancro da **vulva** constitui uma situação mais rara, representando apenas 4% dos casos de cancro ginecológico, sendo que a sua incidência se tem mantido estável, bem como a taxa de mortalidade, que é de 0,5 óbitos por 100.000 mulheres por ano (Mota, 2012). Surge normalmente em mulheres na 5.^a ou 6.^a década de vida e que apresentam fatores de risco, como doenças sexualmente transmissíveis, consumo de tabaco e imunodepressão, e “é conhecida a coexistência frequente entre cancro da vulva e obesidade, hipertensão arterial e diabetes – esta última responsável por irritação vulvar crónica” (Mota, 2012, p. 94). A sua prevenção passa

por algumas medidas de higiene genital cuidada, tratamento adequado das infeções genitais e exame ginecológico de rotina anual, sendo que o seu prognóstico é tanto melhor quanto a sua deteção for mais precoce.

Quanto ao cancro da **vagina**, tem uma incidência baixa no nosso país, representa 1 a 2% dos cancros ginecológicos (Mota, 2012). Na maioria dos casos, estes tumores são metastáticos e têm habitualmente a sua origem no colo do útero, vulva, reto e bexiga, invadindo a vagina por adjacência. A sua etiologia é semelhante à do cancro do colo do útero (infeção HPV), apresentando também como fatores de risco a promiscuidade sexual e o tabagismo. A sua prevenção primária faz-se através da vacinação contra o vírus HPV, sendo que a sua prevenção secundária se torna ineficaz pela sua raridade, não justificando a relação custo-benefício (Mota, 2012). No entanto, as mulheres tratadas de cancro do colo do útero devem realizar os exames necessários, nomeadamente a citologia vaginal anual e durante pelo menos 10 anos, bem como são obrigatórios nestas mulheres o exame clínico da vulva e vagina através da observação e palpação (Mota, 2012).

O cancro do **ovário**, o sétimo mais comum na mulher e o terceiro cancro ginecológico mais frequente a nível mundial, tem uma representação importante na medida em que 75% destes tumores são diagnosticados tardiamente (estádios III e IV) devido à inexistência de sintomatologia específica (Mota, 2012). Em Portugal, e de acordo com o Registo Oncológico Nacional de 2008 a taxa de incidência de cancro do ovário é 6,6 por 100.000 mulheres, correspondendo a 529 novos casos, dos quais morreram 389 mulheres (Mota, 2012). Os fatores de risco associados são: a **hereditariedade**, que corresponde a 5% a 10% de todos os casos deste tipo de tumores (Mota, 2012, citando Lynch *et al.*, 1992); a **paridade**, sendo que “as mulheres múltiparas apresentam um decréscimo aproximado de 30% de risco para cancro do ovário, em comparação com as nulíparas (Mota, 2012); a **infertilidade e terapêutica médica**, estando diretamente relacionado com a paridade, com o fato de apresentarem “longos períodos de coito desprotegido podem aumentar o risco de cancro do ovário pelo simples facto de a mulher ser privada dos efeitos protetores da gravidez e/ou dos contraceptivos orais” (Mota, 2012, p. 263, citando Whittemore e Paffenbarger, 1989). O mesmo autor refere-se ainda a outros estudos que revelaram

a relação entre a toma de medicamentos da infertilidade e o aumento do risco de contrair cancro do ovário (Mota, 2012, citando *et al.*,1992); o **uso de talco** diretamente na zona perineal, em loções, pensos higiénicos e outros artigos como o preservativo, cujas substâncias químicas nocivas (abestos) poderão alcançar os ovários (Mota, 2012); a **obesidade**, uma vez que “uma relação cintura-anca elevada pode estar associada a hiperandrogenemia e síndrome dos ovários poliquísticos, estes fatores podem ser responsáveis pelo risco acrescido observado” (Mota, 2012, p. 264, citando Daly, 1998); o **grupo étnico**, visto que “nos Estados Unidos da América a incidência do cancro do ovário é significativamente mais elevada entre as mulheres de raça branca e havaianas, intermédia entre as negras, e mais baixa nas mulheres nativas americanas” (Mota, 2012, p. 264); os **contracetivos orais** “reduzem o risco de cancro do ovário e este efeito protetor é um dos achados mais consistentes e melhor estabelecidos na epidemiologia do cancro do ovário” (Mota, 2012, p. 264. Segundo este autor, a utilização de contracetivos orais, dependendo da duração da mesma, diminui de 30% a 60% o risco de contrair cancro do ovário (Mota, 2012, p. 264); a **laqueação tubária**, segundo Mota (2012), citando Green *et al.*, 1997, uma vez que “a obliteração tubar diminui o acesso de carcinogéneos ambientais ao ovário – a partir do trato genital inferior – e a atividade ovulatória diminui, como consequência de alterações circulatórias locais, após a cirurgia”. A sintomatologia dos tumores do ovário não é específica donde o seu diagnóstico pode ser acidentalmente realizado “num estágio inicial, pela identificação de uma massa anexial, num exame de rotina ou no decorrer de uma investigação por uma dor pélvica” (Mota, 2012, p. 274). Só quando estes tumores são muito volumosos, surgem os sintomas que estão diretamente relacionados com a compressão do tumor sobre os órgãos adjacentes, nomeadamente a dor e a ascite pode também aparecer (Mota, 2012). Existem algumas medidas de prevenção primária deste tipo de carcinomas e Mota (2012), refere o papel da paridade e do uso de contracetivos orais como duas medidas essenciais na redução do risco de contrair cancro do ovário. Quanto à prevenção secundária, “de momento o uso combinado de ecografia com sonda vaginal e do CA 125, com método de rastreio do cancro do ovário, está em avaliação através de estudos clínicos randomizados” (Mota, 2012 p.268), ainda

que “avanços tecnológicos recentes no âmbito da proteômica parecem oferecer a oportunidade para a identificação de novos biomarcadores, com maior sensibilidade e especificidade do que o CA 125, para uma deteção mais precoce do cancro do ovário” (Mota, 2012, p. 268).

2.2 Cancro da mama: epidemiologia, patogenia, diagnóstico e prevenção

A incidência deste tipo de cancro está a crescer devido ao aumento da esperança de vida, bem como ao avanço da tecnologia utilizada para o seu diagnóstico, enquanto a taxa de mortalidade vindo a diminuir desde 1989 atribuindo-se este facto sobretudo ao avanço da tecnologia dos tratamentos e ao rastreio através da mamografia (Monahan *et al.*, 2007). Desconhece-se ainda a sua causa, mas já foram identificados alguns fatores de risco como a idade e o sexo, a hereditariedade, a história menstrual e reprodutora, as hormonas e a contraceção oral, a dieta e o peso corporal, a doença benigna da mama e a radiação ionizante (Monahan *et al.*, 2007).

Em Portugal o cancro da mama atinge em 99% as mulheres e 1% os homens, sendo diagnosticado com mais frequência nas pessoas com idade superior a 60 anos (LPCC, 2013). Relativamente ao aumento da sua incidência com a idade, uma das razões “pode ter a ver com a maior probabilidade de ocorrência de alterações mutagénicas durante a vida, que hoje é mais longa” (Monahan *et al.*, 2007, p. 1803). A relação entre a hereditariedade e o cancro da mama, é sustentada “pela incidência em parentes em primeiro grau, como seja mãe, filha ou irmã” (Monahan *et al.*, 2007, p.1804). Para estes autores, “o risco de a mulher ter cancro da mama é duas, ou mais, vezes superior, se uma parente em primeiro grau tiver a doença antes dos 50 anos, e o risco será tanto maior quanto mais jovem ela for aquando do desenvolvimento do cancro da mama” (Monahan *et al.*, 2007, p. 1804). Atualmente, e com a descoberta das mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, julga-se que estas “tenham um papel importante em cerca de 30% a 70% da totalidade dos casos de cancro da mama, podendo ser responsável por 5% a 10% da totalidade dos cancros do ovário” (Monahan *et al.*, 2007, p. 1804, citando Zimmerman, 2002).

O cancro da mama é inicialmente assintomático e indolor. No entanto, qualquer alteração da mama, inclusive dor persistente sem causa aparente, deve ser reportada ao médico para avaliação. As alterações incluem a presença de nódulos, retração da pele ou do mamilo e secreção mamilar. O seu diagnóstico faz-se através do exame físico da mama, da realização de mamografia, ecografia e ressonância magnética, sendo que “só o exame histológico do tecido da lesão permite determinar a verdadeira natureza do processo patológico” (Monahan *et al.*, 2007, p. 1808). Assim, a partir do momento em que é detetada uma massa, impõe-se a realização de outros procedimentos invasivos tal como a biópsia aspirativa ou excisional para confirmação do diagnóstico.

2.3 O tratamento cirúrgico do cancro ginecológico e da mama

No caso do cancro ginecológico e da mama, a cirurgia é o tratamento de eleição deste tipo de patologia, muitas vezes associada a quimioterapia e/ou radioterapia. Estas por sua vez e consoante os casos, podem constituir o início ou o fim do tratamento oncológico de forma a reduzir a hipótese de recidiva após o tratamento cirúrgico.

2.3.1 Cancro ginecológico

O tratamento do cancro ginecológico é normalmente cirúrgico, mais ou menos invasivo conforme o resultado do estadiamento. Como já foi referido, há em muitos casos a necessidade da realização de tratamentos adjuvantes ou neo-adjuvantes como é o caso da quimioterapia ou da radioterapia antes e após a cirurgia. Neste capítulo falaremos individualmente de cada tipo de cancro ginecológico no que respeita ao tratamento, tal como o fizemos quanto à patogenia e diagnóstico.

Assim, no que concerne ao cancro do **colo do útero**, o tratamento pode ser conservador com laserterapia (conização) ou, nos casos de doença invasiva, optar-se pela histerectomia total, ou radical com linfadenectomia pélvica bilateral (Mohallem & Rodrigues, 2007) para “controlo do tumor primitivo, tecidos adjacentes e locais potenciais de doença metastática, como os gânglios linfáticos” (Mota, 2012, p. 160). Sabe-se que, “tanto a cirurgia como a radioterapia podem ser empregues como terapêutica primária – com resultados sobreponíveis mas morbilidade diversa -

, embora a cirurgia esteja limitada aos estádios iniciais da doença (I e IIA) ” (Mota, 2012, p. 160), opinião corroborada por outros autores, “tanto a cirurgia, (...), quanto a radioterapia, (...), produzem resultados semelhantes...” (Murad e Katz, 1996, p. 201).

O carcinoma do colo do útero tem vários estádios, e para cada um deles descreve-se um tipo de tratamento. De referir que, segundo Mota (2012) existem critérios importantes a considerar na individualização da terapêutica no carcinoma microinvasivo do colo do útero, nomeadamente: a idade da doente, o desejo de preservar a fertilidade, a adesão à vigilância periódica, os medos associados à doença, as dimensões do tumor, as margens da peça operatória e a invasão dos espaços linfovasculares.

Quanto ao carcinoma do **endométrio**, o tratamento cirúrgico é o mais recomendado e sempre que possível as doentes deverão ser submetidas a laparotomia exploradora, para estadiamento cirúrgico com aspiração de líquido peritoneal do fundo-de-saco-de-Douglas (Mota, 2012).

O tratamento do cancro da **vulva**, essencialmente cirúrgico podendo ser complementado ou não por radioterapia,

deve ser individualizado, tomando em consideração a idade e comorbilidades da doente bem como a localização e extensão das lesões, com o objetivo de preservar a integridade anatômica e funcional da vulva e reduzir a morbilidade da terapêutica, mas em comprometer a sobrevivência. (Mota, 2012, p. 101, citando Hoffman, 1992 e Thomas, 1991).

No que respeita ao tratamento do cancro da **vagina**, este tem como objetivo principal manter a funcionalidade dos órgãos à volta da vagina, mas obviamente controlando o crescimento do tumor. Segundo Mota (2012), a radioterapia é o tratamento mais comum e a cirurgia só é utilizada em alguns casos como mulheres jovens (para realizar estadiamento cirúrgico), tumores nos estádios I e IVA e nos casos de recorrência pós radioterapia.

Quanto ao cancro do **ovário**, o seu tratamento padrão atual é cirúrgico e “consiste na cirurgia primária de redução tumoral, seguida por quimioterapia combinada adjuvante” (Mota, 2012, p. 280). Ainda segundo este autor, “a cirurgia primária tem por objetivo o estadiamento correto da doença e a realização da máxima redução tumoral, de modo a que as lesões residuais sejam o mais pequenas possível,

idealmente ausentes” (Mota, 2012, p. 280). De acordo com Mohallen e Rodrigues (2007, p. 291), o tratamento “é baseado na cirurgia (laparotomia) para melhor diagnóstico, estadiamento e definição das demais modalidades terapêuticas”.

A LPCC, refere que atualmente, as mulheres com cancro ginecológico pretendem ter um papel ativo nas decisões sobre a doença e os tratamentos que lhes são prestados, mas que no entanto esse interesse é dificultado pelo choque e tensão a que estão sujeitas, tornando-se difícil pensar em tudo o que pretendem saber perante o médico (LPCC, 2013).

2.3.1 Cancro da mama

O tratamento do cancro da mama inclui a quimioterapia, a radioterapia, o tratamento hormonal e o tratamento cirúrgico, sendo necessário adaptá-lo ao estágio em que se encontra. Incidiremos sobretudo sobre o tratamento cirúrgico, pois “a cirurgia é o primeiro tratamento do cancro da mama em fase inicial, especialmente quando a doença está localizada, sem metástases à distância” (Monahan *et al.*, 2007, p. 1815). No entanto, perante o diagnóstico de cancro da mama, e conforme os resultados do estadiamento, a cirurgia pode constar de uma tumorectomia (ressecção do tumor) ou de uma mastectomia, podendo esta ser radical ou simples. Na primeira, é retirado todo o tecido mamário, pele e músculos da parede torácica e gânglios linfáticos axilares (esvaziamento axilar), e era até há ao início da década de 1970 o tratamento cirúrgico de eleição, pois partia-se do “falso pressuposto de que, à medida que o tumor da mama cresce, dissemina-se de forma ordenada, do núcleo para o exterior, para todos os tecidos adjacentes e gânglios linfáticos nesse trajeto” (Monahan *et al.*, 2007, p. 1815). Na mastectomia simples, é retirado todo o tecido mamário mas não se realiza o esvaziamento axilar. Atualmente, com a introdução da pesquisa do gânglio sentinela, é usual retirar-se a lesão (tumorectomia) e só se o gânglio sentinela for positivo, é que se faz o esvaziamento axilar, o que tem grandes vantagens para a mulher ao evitarem-se procedimentos mais invasivos, caso da mastectomia com esvaziamento axilar. A técnica de pesquisa do gânglio sentinela é importante para identificar a envolvimento ou não dos gânglios linfáticos axilares antes da sua ressecção, “baseia-se no conceito de que uma determinada região anatómica faz toda a drenagem linfática para um ou dois gânglios linfáticos da

cadeia ganglionar regional” (Monahan *et al.*, 2007, p. 1816), e este gânglio “pode refletir a situação tumoral de toda a cadeia ganglionar, reduzindo-se assim o número de ressecções de gânglios linfáticos, desnecessárias na doente negativa” (Monahan *et al.*, 2007, p. 1816), evitando a morbidade associada à extração desta cadeia linfática (Sociedade Portuguesa de Senologia, 2009).

Na VI Reunião de Consenso Nacional do cancro da mama, realizada pela Sociedade Portuguesa de Senologia em 24 e 25 de maio de 2008, foi referida a importância da radioterapia como alternativa ao esvaziamento axilar, apresentando taxas de sobrevida global e sobrevida livre de doença sobreponíveis.

Qualquer que seja o tratamento a implementar perante o diagnóstico de cancro da mama numa mulher, é necessário tomarmos consciência que estamos perante uma situação que por si só, causa um grande impacto sobre a doente, provocando níveis de ansiedade elevados por todos os aspetos que lhe estão inerentes, como sejam a motilidade, a alteração da autoimagem ou mesmo a morte.

2.4 Necessidades da mulher com cancro ginecológico e da mama no período pré-operatório

São vários os diagnósticos de enfermagem levantados por alguns autores relativamente ao período pré-operatório da mulher que vai ser submetida a intervenção cirúrgica por cancro ginecológico ou da mama. Embora constituam duas situações díspares no que respeita ao tratamento e consequências deste, têm aspetos comuns no período pré-operatório destas mulheres, que suscitam os mesmos cuidados de enfermagem, nomeadamente as intervenções na diminuição das causas da ansiedade de cada caso particular e a informação adequada a fornecer em cada situação e a cada mulher.

As opiniões dividem-se entre os vários autores relativamente ao que mais preocupa a mulher com diagnóstico de cancro (ginecológico ou da mama) que vai ser submetida a cirurgia. Relativamente ao cancro da mama, vários autores descrevem que a perda deste órgão poderá ser perturbadora dada a sua importância emocional (Cahoon, 1982, citando Engel, 1962). Esta opinião é corroborada por Polivy (1977), que acrescenta ainda que as reações psicológicas relacionadas com a mastectomia

terão a ver com a representação da feminilidade mais do que com o medo de morrer inerente à doença oncológica (Cahoon, 1982, citando Polivy, 1977). Outros autores referem que, embora o diagnóstico de cancro da mama constitua uma situação muito traumatizante, “a maioria das mulheres supera bem a cirurgia e a perda da mama” (Monahan *et al.*, 2007, p. 1820), sendo que “a maior parte das mulheres refere que a imagem corporal ou a sexualidade não constituem preocupação no momento de decidir quanto ao procedimento cirúrgico” (tumorectomia ou mastectomia) (Monahan *et al.*, 2007, p. 1820). O que estas mulheres pretendem inicialmente é a eliminação total do cancro, deixando as questões da autoimagem e a sexualidade para o período pós-operatório (Monahan *et al.*, 2007).

Na revisão bibliográfica efetuada considera-se a informação uma das necessidades principais das doentes no pré operatório, e num artigo de revisão da literatura que analisou dezoito artigos sobre cuidados de enfermagem no pré operatório de mastectomia, os seus autores concluíram que

pacientes que seriam submetidas a mastectomia enfrentavam um turbilhão de sentimentos como o medo, a apreensão, preocupação, ressaltados de maneira tão generalizada nos momentos que antecediam a cirurgia e que sinalizavam diretamente para a falta de informação e esclarecimento referentes à doença, ao tratamento e à extirpação da mama, e que devem ser trabalhados no pré operatório, em especial pela equipa de enfermagem, uma vez que esta se encontra diretamente ligada à paciente. (Santos, Sousa, Alves, Bonfim e Fernandes, 2010, p.734)

Ainda neste artigo, as informações fornecidas às doentes sobre a doença, o tratamento e suas consequências e as implicações para a sua vida social e profissional, são vistas como “imprescindíveis para diminuir a ansiedade e o medo frente ao diagnóstico e tratamento” (Santos, Sousa, Alves, Bonfim e Fernandes, 2010, p.734). Quando estas informações não são fornecidas, as mulheres tenderão a ficar mais frágeis e vulneráveis, o que não favorece o tratamento da doença oncológica pela dificuldade na tomada de decisão e não adesão aos tratamentos. No artigo de Parker, Aaron & Baile (2008) faz-se referência às estratégias de comunicação com mulheres com cancro da mama, mencionando a facilidade que os médicos apresentam em responder às questões que as doentes fazem diretamente, mas tendo dificuldade em avaliar as necessidades das mulheres quando estas as expressam através de reações não-verbais, afirmando ainda que os médicos podem

por isso fazer suposições incorretas sobre as necessidades de informação dos doentes. Estes mesmos autores, aconselham que a informação a fornecer parta da avaliação inicial das necessidades do doente (Parker, Aaron e Baile, 2009).

E há trabalhos onde se evidencia “por parte da maioria das mulheres o desconhecimento da anestesia e da cirurgia, os cuidados pré operatórios e o tempo de permanência na instituição” (Santos, Sousa, Alves, Bonfim e Fernandes, 2010, p.734), que pode e deve ser dada ou reforçada pela enfermeira do BO quando da VPO. Num estudo qualitativo realizado com dezasseis mulheres em pré operatório de mastectomia, com o objetivo de identificar as necessidades de informação que gostariam de receber no pré operatório, concluiu-se que “desde o diagnóstico estas mulheres precisam ser tratadas de forma honesta e humanizada, para que possamos mostrar as vantagens da cirurgia e/ou tratamento e a importância da adesão às terapias” (Barreto, Suzuki, Lima e Moreira, 2008, p. 114) e que para isso “é necessário prestar informações com linguagem acessível ao seu entendimento, clareza nas exposições, por meio de feed-back” (Barreto, Suzuki, Lima e Moreira, 2008, p. 114). O estudo refere ainda a importância dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros incluírem a doente nas decisões acerca do tratamento da sua doença oncológica, proporcionando assim uma intervenção baseada na excelência de cuidados (Barreto, Suzuki, Lima e Moreira, 2008, citando Arantes e Mamede, 2003). Esta excelência nos cuidados de enfermagem, só acontece quando os enfermeiros deixam de considerar o doente como um objeto que deve receber os cuidados que lhes queremos prestar, ainda que estes sejam os que consideramos melhores e mais eficazes para cada situação. Outros autores lembram que, não devemos ver apenas o corpo biológico do doente, mas sim este como um todo, bio-psico-social e sujeito ativo no seu próprio tratamento. Daí a intervenção da enfermagem no período pré operatório, deve conter

medidas para prevenir ou minimizar a angústia referida pela mulher após o diagnóstico de cancro da mama e que incluem a mobilização de suporte social disponível, a ênfase nas questões psicossociais o fornecimento de informações à mulher, no sentido de facilitar o enfrentamento efetivo da doença e procedimento cirúrgico (...) (Alves, Barbosa, C aetano e Fernandes, 2010, p.734).

A enfermeira durante a VPO, deve “reconhecer as necessidades, os anseios e os desejos sentidos pelas mulheres” (Alves, Barbosa, Caetano e Fernandes, 2010, p.735), de forma a ir de encontro ao que elas necessitam individualmente e planeando os seus cuidados com estratégias de intervenção sistematizada que levam à eficácia dos cuidados de enfermagem e à recuperação destas mulheres. É importante que os enfermeiros, saibam avaliar as dificuldades que as doentes apresentam em assimilar a informação que lhes é fornecida após o diagnóstico de doença oncológica, sendo que alguns autores referem a importância da criação de uma relação empática, promovendo a confiança e reduzindo a ansiedade do doente numa relação que denominam de terapêutica (Parker, Aaron e Baile, 2009). A VPO constitui um momento privilegiado de comunicação terapêutica e relação de ajuda entre o enfermeiro e o doente, direcionada e focalizada neste último, em que o enfermeiro se apercebe das suas principais necessidades e atua de imediato com o objetivo de as satisfazer.

2.5 A enfermagem perioperatória

A enfermagem perioperatória é um conceito relativamente recente em Portugal, pois a enfermagem de SO iniciou-se em 1889 nos Estados Unidos, tendo sido a primeira área de especialização em enfermagem naquele país (AESOP, 2006). Segundo esta Associação, é no ano de 1910 que pela primeira vez aparecem escritas as funções das enfermeiras instrumentistas, circulantes e de anestesia e em 1933 surge o primeiro curso para enfermeiras de SO nos Estados Unidos (AESOP, 2006).

O conceito de enfermagem perioperatória é definido em 1978 pela AORN como consistindo nas intervenções de enfermagem executadas pelo enfermeiro nas fases pré, intra e pós operatórias do percurso cirúrgico do doente (AESOP, 2006), referindo ainda aquela associação que

o enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, põe em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas ações, baseado nas ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia. (AESOP, 2006, p. 6, citando a AORN)

Em Portugal a enfermagem perioperatória tem vindo a desenvolver-se desde 1901, ano em que segundo a AESOP começam a surgir temas relativos ao trabalho de

enfermagem na SO nos programas das escolas. No entanto, e ainda segundo a mesma Associação,

em Portugal, até aos anos oitenta, a enfermagem de sala de operações é muito tecnicista, a obediência ao cirurgião é sagrada e inquestionável, as necessidades do doente são frequentemente esquecidas e os enfermeiros que trabalham nos blocos operatórios têm que ser verdadeiramente técnicos, têm que apresentar grande destreza manual e uma enorme resistência ao cansaço. Totalmente apoiada no modelo biomédico, o doente é apenas um “ser” a tratar (AESOP, 2006, p. 6).

Surge então a necessidade de mudar e centrar mais a atenção sobre o doente, fundando-se em Portugal a AESOP em 1986 que defende precisamente que as intervenções dos enfermeiros de SO devem ser centradas no doente, “é no sentido de garantir a sua segurança física e emocional, para prevenir a infeção e os acidentes que os enfermeiros perioperatórios cuidam” (AESOP, 2006, p. 6). Existe ainda uma outra associação a nível europeu, a EORNA que tem relevância na unificação das competências e da prática da enfermagem perioperatória na Europa “pensando na livre circulação dos enfermeiros e na igualdade de cuidados para todos os cidadãos europeus” (AESOP, 2006, p. 12). Na minha opinião, o trabalho realizado por estas associações tem sido positivo e pertinente para o desenvolvimento da enfermagem na área perioperatória, mas em Portugal estamos ainda aquém de alcançar os objetivos que nos afastam do modelo biomédico para nos aproximarmos da essência da profissão, nomeadamente naquilo que constituem as intervenções autónomas do enfermeiro centradas no doente.

A importância da intervenção da enfermeira de SO na diminuição da ansiedade do doente cirúrgico não é um tema atual mas já com algumas décadas, pois já em 1903 Leila Clark escrevia relativamente à enfermagem cirúrgica que,

regra geral, a preparação do doente e o ambiente estranho desta área do hospital colocam os doentes muito apreensivos e num deplorável estado de espírito. Uma boa enfermeira de sala de operações, com tato, palavras de encorajamento e animadoras pode reverter o pensamento do doente ou minorar os seus medos (...). (AESOP, 2006, p. 5, citando Groah, 1996).

A enfermagem perioperatória descreve-se ainda como o “conjunto de atividades desenvolvidas pelos enfermeiros perioperatórios para dar resposta às necessidades do doente submetido a cirurgia e ou qualquer procedimento invasivo” (AESOP,

2006, p. 9). Esta associação refere-se ao enfermeiro perioperatório como: **prestador de cuidados**, quando “utiliza os seus conhecimentos, capacidades e habilidades adquiridas relacionados com a intervenção cirúrgica, o que inclui a gestão dos dispositivos médicos, equipamentos, pessoal e, adicionalmente, apoia psicologicamente o doente, a família e outras pessoas significativas”; **advogado do doente**, quando “assegura um ambiente seguro e terapêutico mantendo os padrões de boa prática”; **líder**, porque é o “mediador dentre todos os elementos da equipa”; **investigador**, porque se preocupa “em aumentar os seus conhecimentos em relação à prática e aos dispositivos médicos que utiliza”; **educador**, porque “está envolvido na educação não só dos doentes e seus familiares, mas também dos colegas, estudantes e sociedade em geral, com a esperança de marcar a diferença entre o enfermeiro tecnicista e o enfermeiro orientado para o doente, envolvido em todos os aspetos do cuidar”; **gestor**, porque “participa na coordenação e dinamização de todas as atividades inerentes à prática dos cuidados e faz uma interligação funcional de todos os utilizadores e fornecedores de cuidados” (AESOP, 2006, p. 8).

As funções dos enfermeiros perioperatórios encontram-se bem determinadas pela AESOP, sendo que esta associação as define como distintas mas complementares: enfermeiro de anestesia, circulante, instrumentista e enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), sendo que o enfermeiro perioperatório deve adquirir conhecimentos e “competências específicas para o desempenho de cada uma das funções” (AESOP, 2006, p. 109). Para a AESOP (2006, p.122), “a enfermagem perioperatória tem que ser planeada, implementada e orientada por objetivos, baseando-se em conceitos humanos holísticos em que os componentes físicos, psicológicos, espirituais e sociais do indivíduo devem ser tomados em consideração”. Desta forma, a VPO surge como um momento fundamental para esse planeamento, uma vez que “é a base para planificar uma ajuda individualizada e estabelecer objetivos de atuação” (Atkinson, 1984, citado por AESOP, 2006, p. 122).

2.5.1 A importância do enfermeiro perioperatório durante a VPO

Entre outras, uma das funções do enfermeiro de anestesia, consiste na realização da VPO na qual o enfermeiro perioperatório se desloca ao serviço onde o doente está internado, proporcionando

um contacto prévio com o doente antes da sua chegada à sala de operações, o esclarecimento de informação acerca dos procedimentos a que vai ser submetido, surgindo por isso a necessidade de criar uma relação de ajuda eficaz com o doente/família, no sentido de promover um clima de maior confiança e segurança no período perioperatório. (AESOP, 2006, p. 122)

O objetivo desta visita é “conhecer o doente, identificar os problemas existentes e prepará-lo psicologicamente para a cirurgia” (AESOP, 2006, p. 124) e as vantagens para o doente e para a sua família são evidentes, uma vez que surge como um momento privilegiado para estabelecer uma relação de proximidade com um profissional que os irá acompanhar numa das etapas mais preocupantes e causadoras de grande ansiedade como é a passagem pelo BO, pois “só a proposta cirúrgica causa medo, desconfiança e angústia à maioria das pessoas” (AESOP, 2006, p. 122, citando Sanchez Flores).

Neste sentido, o enfermeiro perioperatório pode contribuir para a desmistificação de alguns procedimentos operatórios, esclarecendo o doente sobre estes, dando-lhe toda a informação que ele desejar e que estiver ao seu alcance, ajudando igualmente a diminuir a ansiedade dos doentes que vão ser submetidos a intervenção cirúrgica. Para o planeamento dos cuidados de enfermagem, a VPO dá contributos, na medida em que conhecer o doente previamente, permite ao enfermeiro do BO preparar a cirurgia de uma forma individualizada.

O BO é visto pela maioria das pessoas como um local sombrio, com uma forte relação com a dor, com o sofrimento e até com a morte. Existe um “conceito mais ou menos imaginário do mundo misterioso da sala de operações” (AESOP, 2006, p. 123), sendo o BO “um local de esperança onde se vai recuperar a saúde, mas ao mesmo tempo pode ser e é um local em que a dor e o sofrimento muitas vezes estão presentes” (AESOP, 2006, p. 122).

Segundo a AESOP, são vários os fatores que dão origem ao *stress* pré operatório, entre eles “se é uma intervenção urgente ou se é programada, o medo da anestesia, a representação do bloco operatório, a espera do dia da intervenção cirúrgica”

(AESOP, 2006, p.124), mas no entanto “o mais importante, é o modo como o doente é acolhido no bloco operatório” (AESOP, 2006, p. 124).

Os enfermeiros que desempenham funções no BO, encontram-se envolvidos diariamente num ambiente muito próprio com exigências inerentes ao próprio serviço. Vejamos o exemplo da forma como são colocados os campos operatórios em que todo o doente é coberto, ficando apenas à vista a zona onde se vai fazer a incisão cirúrgica. Este procedimento, que se deve a questões de assepsia, pode levar a que a equipa cirúrgica se centre apenas nessa zona, esquecendo-se de que pertence a uma pessoa. Assim, para a AESOP, é importante humanizar e esta “não é mais do que nos recordar incessantemente que os órgãos afetados não são apenas peças desligadas, rodas do mecanismo...mas sim parte integrante de um ser humano que pensa, sente e sofre e que devemos entender em toda a sua singularidade” (AESOP, 2006, p. 124). Existem outros fatores que levam a que os profissionais de saúde de BO adotem uma atitude mais tecnicista e que tem a ver com toda a exigência, rigor e stress impostos numa SO. No entanto, os enfermeiros perioperatórios deverão ser os primeiros a fazer com que os doentes obtenham cuidados de qualidade, dando início a essa humanização através da realização da VPO e transmitindo esse espírito à restante equipa.

A sistematização dos cuidados perioperatórios deve então iniciar-se com a realização da VPO, pois só desta forma os enfermeiros perioperatórios poderão alcançar os objetivos preconizados pela AESOP (DATA): planejar a presença do doente operatório dando resposta às suas necessidades, decidindo e tomando medidas, antes da admissão do doente, individualizando os cuidados; considerar as necessidades individuais do doente, do ponto de vista físico e psicológico; elaborar um plano de cuidados individualizado, pô-lo em prática e avaliá-lo; executar as suas atividades de uma forma eficaz e efetiva.

2.5.2 A gestão da Informação durante a Visita Pré Operatória

Como já foi referido, a VPO consiste num momento privilegiado de comunicação entre o enfermeiro e o doente, cujo objetivo principal é contribuir para a diminuição da ansiedade pré-operatória sentida pelos doentes nesse período. Alguns autores referem que a ansiedade pré-operatória, independentemente do tipo de cirurgia, é

uma das reações psicoemocionais mais frequentes naquela fase do percurso perioperatório (Prá e Piccoli, 2004, citando Silva et al, 1997), podendo estar relacionada com os fatores antes referidos. Ao conhecer esses fatores ligados a cada doente e à forma como interferem no processo cirúrgico, o enfermeiro perioperatório pode planejar uma intervenção individual, iniciando o processo cirúrgico de enfermagem com a VPO, “como sendo uma das formas de se estabelecer um vínculo entre o paciente e a equipe cirúrgica, reduzindo o medo, a ansiedade, esclarecendo dúvidas e principalmente levantando dados relevantes ao período trans-operatório e que poderão influenciar na recuperação pós-operatória” (Prá e Piccoli, 2004, p. 18) ao prevenirem “danos e complicações trans e pós-operatórias” (Prá e Piccoli, 2004, p. 18, citando Silva et al, 1995).

Responder aqueles fatores e à diminuição da ansiedade por eles provocada, está relacionado com a informação que é dada a cada doente em cada momento do percurso operatório, devendo esta ser gerida pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros perioperatórios durante a VPO. Num estudo acerca do impacto da VPO na diminuição da ansiedade dos doentes cirúrgicos, faz-se referência à importância da informação fornecida, afirmando-se que o contacto entre o enfermeiro e o doente nesta visita pode ajudar este último a obter mais informação sobre a sua situação cirúrgica e diminuir a sua ansiedade (Frias, Costa e Sampaio, 2010).

A ansiedade pré operatória no doente cirúrgico tem por vezes origem em fatores próprios de cada individuo, como é o caso dos fatores psicossociais, e que o enfermeiro perioperatório tem que estar apto para avaliar. Tal exige deste uma preparação adequada e uma visão holística e integral do doente para poder gerir a informação durante a VPO de forma a considerar a individualidade de cada um e contribuir para a satisfação imediata das necessidades do doente que podem interferir no procedimento cirúrgico (Frias, Costa e Sampaio, 2010).

Nos últimos anos, a intervenção da enfermagem perioperatória têm-se vindo a centrar no doente e na satisfação das suas necessidades, o que tem contribuído por sua vez para a melhoria da qualidade dos cuidados perioperatórios. Para a AESOP, “a qualidade dos cuidados é indubitavelmente uma necessidade que deve resultar

da interação entre humanização e excelência técnica” (AESOP, 2006, p.124). Daí que os enfermeiros de SO devem obter competências que os levem a prestar cuidados de excelência ao doente cirúrgico sob o ponto de vista técnico e relacional, já que a relação humana mesmo que esporádica, “é mais decisiva para o doente, do que toda a tecnologia «confortável» que o possa rodear” (AESOP, 2006, p. 124, citando Tomé, 1989). Assim sendo, a humanização dos hospitais passa pela atualização e modernização dos serviços em termos de infraestruturas e equipamentos e necessariamente por uma “mudança de atitudes de todos aqueles que prestam cuidados de saúde, que conduzam a uma plena satisfação dos doentes” (AESOP, 2006, p. 124).

No BO a humanização implica sobretudo uma sensibilização de todos os profissionais para os aspetos humanos da pessoa que vai ser intervencionada, deixando de o ver como órgão dissociado de um corpo físico e psíquico, para passar a cuidar dos doentes cirúrgicos como seres bio-psico-sociais que pensam, sentem e sofrem e com a sua individualidade (AESOP, 2006). Esta associação identifica a VPO como o momento ideal para tornar exequível a tarefa de humanizar os cuidados de enfermagem perioperatórios e responsabiliza o enfermeiro de apoio à anestesia pela visita, apelando a que possa: apresentar-se ao doente e explicar os objetivos da visita; observar e interpretar o comportamento do doente (verbal e não verbal); avaliar a ansiedade do doente e selecionar o tipo de informação a transmitir de acordo com o grau de ansiedade; fornecer informações claras e objetivas; mostrar disponibilidade; encaminhar para o cirurgião todas as questões relacionadas com o diagnóstico e prognóstico cirúrgico; fornecer informações sobre o percurso e procedimentos perioperatórios; assegurar-se de que o doente recebeu a mensagem que foi transmitida através do seu feedback (AESOP, 2006).

2.5.3 A Prática da Enfermagem Perioperatória e o Modelo Teórico de Ida Jean Orlando

No trabalho principal de Ida Jean Orlando, realizado durante os anos 60, a autora preocupou-se “com a definição específica da função de enfermagem e com a incorporação das atividades de enfermagem, além do relacionamento enfermeira-

paciente, alcançando o sistema de enfermagem total” (Leonard, M. K. e George, J. B., 2000, p. 132).

Existem alguns conceitos chave na teoria de Orlando que importa aqui referir, nomeadamente a sua preocupação com o doente no que respeita à necessidade individual de ajuda numa situação imediata (imediatismo). Ao ver o doente como um indivíduo diferente de situação para situação, Orlando define necessidade como “uma exigência do paciente que, se suprida, alivia ou diminui seu sofrimento imediato ou melhora sua sensação de adequação ou bem-estar” (Leonard, M. K. e George, J. B., 2000, p. 133, citando Orlando, 1972, p. 5) e isto sem esquecer que “a função da enfermeira é identificar corretamente e aliviar essa necessidade”, pelo que cada comportamento do doente deve ser avaliado pela enfermeira no sentido de detetar alguma necessidade de ajuda.

A teoria de Orlando foi influenciada pela de Nightingale, quando afirma que “é importante que a enfermeira se preocupe com o sofrimento do paciente, pois o tratamento e a prevenção da doença prosseguem melhor quando as condições exteriores à doença em si e ao seu controle não causam ao paciente sofrimento adicional” (Leonard, M. K. e George, J. B., 2000, p. 132, citando Orlando, 1990).

O conceito de interatividade a que se refere esta teórica está presente no processo comunicacional que existe entre o enfermeiro de BO e o doente na VPO, na medida em que o comportamento do doente provoca uma reação no enfermeiro que por sua vez origina uma ação no sentido de colmatar as necessidades do doente. E essa ação exige imediatismo, na medida em que as dúvidas, problemas, necessidades ou dificuldades expostas pelo doente na altura da VPO carecem de uma resposta imediata, uma vez que este se encontra no período pré-operatório imediato e a sua intervenção cirúrgica é para breve (por vezes no próprio dia da VPO). Sendo a passagem pelo BO um dos momentos angustiantes do percurso da doença oncológica, o facto de o doente conhecer antecipadamente o enfermeiro que o irá cuidar nesse ambiente misterioso e assustador, criando também espaço para esclarecer dúvidas e obter informação que até aí não tinha sido fornecida ou não tinha tido capacidade de reter, pode contribuir para um alívio do sofrimento e uma

diminuição da ansiedade, e conseqüentemente para uma melhor aceitação e adaptação à doença.

A VPO é importante para retirar sofrimento adicional ao doente, na medida em que o esclarecimento de pequenas dúvidas (o tipo de anestesia, a hora da cirurgia, a hora das visitas, o tempo de duração da cirurgia, o médico que vai operar), bem como o facto de passar a conhecer uma enfermeira do BO, pode contribuir para uma diminuição do sofrimento/ansiedade do doente. Embora a enfermeira que presta cuidados no serviço de internamento esclareça algumas destas dúvidas, a enfermeira perioperatória poderá dar o seu contributo na medida em que abordará a realidade do BO com uma outra ênfase e conhecimento de causa. Daí que, a gestão da informação que é fornecida ao doente pelo enfermeiro perioperatório deva ser baseada nas necessidades avaliadas na altura da VPO, sendo à partida expectável que o doente consiga transmiti-las. No entanto, segundo Orlando, “a investigação confirma que as necessidades frequentemente não são satisfeitas porque a comunicação do paciente é inicialmente inadequada” (Orlando, 1978, p. 8). Esta é a razão pela qual a teoria de Ida Jean Orlando refere que, tão importante como satisfazer as necessidades do doente, é saber identificá-las.

Além disso, e como já foi referido, o ambiente de BO tem sempre algo de misterioso, porque fechado, pelo que conhecer alguém desse meio que possa transmitir confiança e conhecimento acerca da sua situação clínica, e que responda de imediato às suas dúvidas e preocupações, trará com certeza algum conforto e diminuição da ansiedade pré operatória, e conseqüentemente alívio do sofrimento para o doente que vai ser intervencionado. E isto sem esquecer que, tratando-se de um doente oncológico ou com suspeita de doença oncológica, toda esta problemática se acentua, pela fragilização ligada ao próprio estigma da doença. Neste caso, a resposta imediata aos seus medos e preocupações na VPO poderá ser uma mais-valia para atenuar o sofrimento adicional por eles provocado, constituindo-se como “o primeiro passo para se estabelecer a interação, possibilitando o desenvolvimento e a sustentação do que se julga ser comunicação terapêutica” (Santos, Sousa, Alves, Bonfim e Fernandes, 2010, p. 677). Esta pode ser definida como uma forma de comunicar com o objetivo de estabelecer uma

relação em que um dos indivíduos tem como função ajudar o outro (Gefaell, 2007). A comunicação terapêutica é para além disso centrada no doente, nas suas necessidades, na sua experiência relativamente à doença e ao sofrimento e na forma como o profissional escuta, compreende e dialoga com o doente sobre essa experiência (Gefaell, 2007). Este tipo de comunicação constitui assim uma intervenção autónoma da enfermeira (Gefaell, 2007), estando portanto implícito o seu conceito na VPO, que é também por seu lado uma intervenção autónoma do enfermeiro perioperatório que é centrada no doente, isto é, centrada na satisfação das suas necessidades identificadas no interior de uma relação de ajuda.

Para compreender melhor esta relação a teoria de Orlando contém o conceito de interatividade, no sentido em que o comportamento do doente provoca uma reação na enfermeira e ação imediata da mesma à necessidade do doente. A interação é então desencadeada pelo comportamento do doente, verbal e não-verbal, que expressa uma necessidade de ajuda e que, por sua vez, gera um pensamento e sentimento na enfermeira que reage, agindo sobre o doente no sentido de satisfazer essa mesma necessidade. Esta interação deverá caracterizar-se por uma partilha emocional de experiência humana, uma vez que numa relação entre enfermeiro e doente estão presentes emoções e sentimentos de ambos (Diogo, 2006).

A enfermeira deve, depois de identificar as necessidades do doente e de agir em conformidade com a situação, verificar se a sua ação foi eficaz pedindo ou observando o *feedback* do indivíduo, uma vez que “apenas a abertura na reação compartilhada da enfermeira garante que a necessidade do paciente será efetivamente resolvida” (Leonard, M. K. e George, J. B., 2000, p. 136). Segundo aqueles autores, “este compartilhar, na maneira prescrita, diferencia a prática profissional da enfermagem da resposta pessoal automática” (Leonard, M. K. e George, J. B., 2000, p. 136). É que para Orlando, “as enfermeiras devem tomar consciência que a sua atividade é profissional apenas quando atinge, deliberadamente, o objetivo de ajudar” (Leonard, M. K. e George, J. B., 2000, p. 138, citando Orlando, 1990, p. 70).

Parece-nos então que a teoria defendida por esta autora, corrobora com os princípios de uma VPO de enfermagem. Esta constitui pois uma ação de

enfermagem deliberada e autônoma, isenta de prescrição médica, onde as necessidades dos doentes são satisfeitas pela enfermeira perioperatória. Este constitui aliás, um dos pontos fortes da teoria de Orlando, segundo alguns autores, uma vez que esta autora vê a Enfermagem como uma profissão independente, com a enfermeira a identificar e satisfazer as necessidades dos doentes.

Para serem “deliberadas” as ações têm de reunir alguns critérios, entre os quais, o facto de resultarem de uma “identificação correta das necessidades do paciente pela comprovação da reação da enfermeira ao comportamento do doente” (Leonard, M. K. e George, J. B., 2000, p. 137) e a enfermeira comprovar “a eficácia da ação imediatamente após completá-la” (Leonard, M. K. e George, J. B., 2000, p. 137), estando ela “livre de estímulos não relacionados com a necessidade do paciente ao agir” (Leonard, M. K. e George, J. B., 2000, p. 137).

O diagnóstico de doença oncológica está ainda muito relacionado com a morte, mas atualmente já podem ser formuladas expectativas distintas ao doente de viver com alguma qualidade de vida após o tratamento cirúrgico ou outros. No que respeita à mulher com cancro ginecológico e/ou da mama, ainda que muitas vezes com grandes alterações da sua autoimagem, essas expectativas devem ser dadas e os enfermeiros de SO têm um papel fulcral neste contexto.

Para Leonard, M. K. e George, J. B., a teoria de Orlando é limitada quando dá grande ênfase à interação entre o enfermeiro e o doente, mas não considera que este é um indivíduo inserido no seio de uma família e numa comunidade. Esta teoria baseia-se em três conceitos chave relacionados com o **ser humano**, a **saúde** e a **enfermagem**, sendo que o conceito de **sociedade** é omissos por Orlando, referindo-se à interação entre o enfermeiro e o doente numa situação imediata e individual, não contando porém com a influência que a sociedade tem sobre o indivíduo.

Pela minha prática profissional, a VPO enquadra-se perfeitamente neste ambiente, constituindo até um ponto a favor, na medida em que ela consiste numa ação de enfermagem que envolve diretamente o enfermeiro perioperatório e o doente que vai ser intervencionado. Em algumas situações, a presença de familiares ou amigos, pode até ser limitativa, levando a que o doente não coloque algumas dúvidas do foro mais íntimo. No entanto, existem sempre algumas preocupações por parte dos

doentes relacionadas com familiares como filhos, pais idosos a seu cargo ou o emprego que pode ficar comprometido, e que são muitas vezes objeto de diálogo durante a VPO, sobretudo quando se trata de uma doente oncológica, em que o seu maior receio é vir a morrer ou antes de isso, ficar impossibilitada de fazer a sua vida quotidiana.

3 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

3.1 Análise do percurso durante o ensino clínico no bloco operatório de um hospital central da região de Lisboa

A escolha deste local de estágio, que decorreu de 1/10/12 a 19/10/12, esteve diretamente relacionada com o facto de ser o único local na região de Lisboa onde é efetuada a VPO pelos enfermeiros de SO, de uma forma estruturada e contínua. Tinha como objetivo geral, compreender como se mantém motivada uma equipa de enfermagem para a realização estruturada e contínua da VPO e como objetivos específicos identificar as dimensões componentes, organizativas e funcionais da VPO, adquirir competências que permitam fazer uma boa gestão da informação a fornecer aos doentes e suas famílias na altura da VPO, de acordo com as suas necessidades e identificar as razões apresentadas pela equipa de enfermagem que contribuem para a manutenção da VPO neste serviço. O tema e os objetivos do projeto para este estágio foram no início apresentados à Sra. Enfermeira Orientadora e ao Sr. Enf. Chefe do serviço.

É um BO que funciona com cirurgia programada em 9 salas de operações distribuídas pelas valências de cirurgia ortopédica, urológica, geral e hepatobiliar e que conta com uma equipa de 45 enfermeiros, médicos de especialidade, assistentes operacionais e administrativa.

Para atingir o primeiro objetivo, desenvolvi as seguintes atividades: consultei no manual do serviço, a norma aí existente sobre a VPO; observei a forma como os enfermeiros se organizam diariamente para realizarem as VPO tendo também tido algumas conversas informais com alguns membros da equipa; consultei os registos efetuados pelos enfermeiros e que são arquivados num *dossier* do serviço.

Para atingir o segundo objetivo, dei início a uma pesquisa bibliográfica sobre necessidades das mulheres com cancro ginecológico e da mama no período pré-

operatório e sobre intervenções de enfermagem ligadas a essas necessidades a fim de basear a minha prática na evidência científica. Também acompanhei a minha orientadora nas VPO diárias que fazia, fazendo uma observação participativa das mesmas e anotando as necessidades dos doentes e o modo como a enfermeira lhes respondia através de notas de campo.

Deste modo, pude concluir que naquela instituição a VPO é considerada uma função da enfermagem tão importante como outras, sendo que a própria equipa se organiza para que não falhe a sua realização e se possa deslocar à enfermaria onde o doente está internado. Antes de se aproximar deste, o enfermeiro consulta o processo para se inteirar da situação clínica de uma forma global e troca impressões com os restantes enfermeiros do serviço de internamento e/ou médicos. Quando se aproxima do doente, observa-se que a abordagem é individualizada e que é utilizado o nome próprio, reportando-se assuntos como cirurgias anteriores ou outros antecedentes que constam do seu processo. Com esta atitude, o enfermeiro do BO conquista a confiança daquele individuo, mostrando que se interessa particularmente por ele. Durante a visita o enfermeiro cria espaço para o doente colocar as dúvidas acerca da cirurgia ou da anestesia, bem como para falar sobre o que o preocupa, gerindo a informação de acordo com as necessidades do doente, não esquecendo porém uma das funções do enfermeiro perioperatório que consiste em dar ao doente uma imagem do percurso e procedimentos perioperatórios, tal como refere a AESOP (2006) quando descreve pormenorizadamente todas as intervenções do enfermeiro na VPO. O registo das visitas é realizado em impresso próprio pelo enfermeiro que as executa e é colocado como já foi referido num *dossier*, não ficando no processo do doente e servindo para controle posterior da taxa de visitas pré-operatórias realizadas, por parte do Sr. Enf. Chefe.

Nas visitas em que tive oportunidade de acompanhar a minha orientadora, e através de notas de campo efetuadas bem como do apontamento do conteúdo de cada VPO, identifiquei como principais necessidades destes doentes, as seguintes: necessidade de informação/esclarecimento acerca do processo cirúrgico/anestésico; necessidade de informação acerca do percurso e procedimentos perioperatórios, nomeadamente o período pós-operatório imediato e mediato; necessidade de ser

escutado; necessidade de esclarecimento de pequenas dúvidas que ficaram mesmo após de lhe ter sido dada a informação acerca da intervenção cirúrgica que vai realizar. Observei que, no caso de suspeita ou diagnóstico de doença oncológica, alguns doentes apresentam dúvidas acerca dos exames e tratamentos que poderão ser necessários, nomeadamente a quimioterapia e a radioterapia. No final de cada dia de estágio e após realizar as visitas dos doentes que iriam ser intervencionados no dia seguinte, foi discutida a sua realização entre mim e a orientadora, acabando por constituir uma prática reflexiva importante particularmente para o desenvolvimento de competências no âmbito da VPO. O grau de dificuldade na participação das referidas visitas não foi muito elevado para mim, dada a experiência já antes adquirida quando da aquisição do grau de licenciada em enfermagem, onde tive oportunidade de implementar uma VPO num BO, bem como a minha experiência na área dos cuidados de enfermagem perioperatórios e mesmo na realização de algumas VPO. No entanto, considero que foi muito importante o contacto com doentes oncológicos e o ter estado com uma enfermeira perita na área perioperatória com um percurso incentivador no que respeita à VPO de enfermagem. Estas experiências permitiram-me melhorar a capacidade de comunicar com doentes do foro oncológico e suas famílias, e de melhor estruturar a VPO de acordo com as necessidades de cada doente.

Constatei que o esclarecimento através do fornecimento da informação que o próprio doente pretende parece ser a forma adequada do enfermeiro perioperatório contribuir para a diminuição da ansiedade pré operatória, tal como referem Frias, Costa e Sampaio (2010) quando citam outros autores que comprovaram que “o contacto do enfermeiro com o paciente na visita pré operatória de enfermagem, (...) poderá ajudar essa pessoa no sentido de fornecer-lhe informações e diminuir-lhe a insegurança e a ansiedade” (Frias, Costa e Sampaio, 2010, p. 347). Verifiquei também que é importante a disponibilidade para escutar, a postura do enfermeiro transmitindo calma e segurança na informação que fornece, bem como o respeito por conceder apenas o que o doente necessita ou quer receber, uma vez que, em algumas das visitas realizadas alguns doentes, sobretudo os mais idosos, referem

que não estão interessados em saber os pormenores dos procedimentos perioperatórios, confiando na equipa cirúrgica que os vai cuidar.

Para alcançar o último objetivo, planeei uma entrevista ao Sr. Enf. Chefe e à minha orientadora (Apêndice 1) e outra aos enfermeiros do BO, tendo sido sugerido pelo primeiro que numa das reuniões de serviço que ocorressem durante o estágio eu teria a oportunidade de obter as opiniões dos enfermeiros do serviço acerca das razões pelas quais cada um deles se encontra motivado para a realização da VPO. Infelizmente, a entrevista com o Sr. Enf. Chefe e a minha participação numa das reuniões não puderam ser concretizadas devido a férias do Sr. Enf. Chefe, pelo que apenas foi realizada a entrevista à orientadora deste estágio (Apêndice 2), elemento impulsionador do projeto que deu origem à implementação da VPO de enfermagem neste serviço. Tendo sido questionada acerca da sua opinião sobre as razões e a forma como a equipa do seu serviço se mantém motivada para a realização da VPO, a entrevistada refere que a maioria dos enfermeiros que trabalham no BO se encontram muito motivados para a realização da VPO e que esta motivação é intrínseca a cada um deles, acreditando estes profissionais que a VPO lhes traz “contrapartidas” e “reconhecimento” do seu trabalho por parte dos doentes.

Para ela, esse reconhecimento reflete a importância e o “significado” do nosso trabalho. No entanto, refere também que este percurso foi longo e que apresentou alguns altos e baixos no que respeita à regularidade da realização da VPO de enfermagem, necessitando da persistência, assertividade e diretrizes firmes de uma chefia interessada e determinada para tal.

Segundo ela, os profissionais mantêm-se motivados pelo facto do Sr. Enf. Chefe ser uma pessoa interessada por este assunto e debatê-lo diversas vezes em reuniões de enfermagem, inclusive modificando a organização da equipa de enfermagem que possa levar à não realização da VPO. Por exemplo, quando a taxa de realização de visitas (avaliada através da proporção entre as cirurgias programadas e as visitas pré operatórias realizadas) desceu, o Sr. Enf. Chefe tomou como alternativa que a realização da VPO passaria a ser efetuada, não só pelo enfermeiro de apoio à anestesia, mas por qualquer um que estivesse na sala com aquele doente. Assim, a VPO continuou a ser efetuada ainda que noutros moldes, que não os que são

preconizados pela AESOP ou AORN, que indicam dever ser o enfermeiro de apoio à anestesia a realizá-la, mas conservando a qualidade de cuidados perioperatórios a que os doentes cirúrgicos têm direito.

Desta forma e de acordo com as competências de enfermeiro especialista designadas pela OE (Regulamento nº 122/2010 do DR de 18/02/11), penso ter alcançado um conhecimento aprofundado na área perioperatória de enfermagem no que respeita à VPO ao doente oncológico, que me permite efetuar um julgamento clínico bem como uma tomada de decisão perante as necessidades que aquele doente apresenta na referida visita. Considero por isto que os objetivos para este estágio foram atingidos.

3.2 Análise do percurso durante o ensino clínico no Serviço de Internamento de Ginecologia de um hospital central

A passagem pelo Serviço de Internamento de Ginecologia de um hospital central de 22/10 a 7/12/12, constituiu o segundo momento de estágio, orientado pela Sra. Enf. Chefe do serviço (Especialista em Saúde Materna), que tinha como objetivo específico a aquisição de competências para melhorar a gestão da informação a fornecer à doente cirúrgica com cancro ginecológico e da mama na altura da VPO de acordo com as suas necessidades, através da realização de um número suficiente de visitas de forma a obter o saber prático referido por Benner (2001) no que respeita à realização das referidas visitas e cuja aprendizagem foi iniciada no estágio anterior.

No Serviço de Internamento de Ginecologia do hospital em que foi realizado este estágio, são internadas as doentes provenientes das consultas de ginecologia e senologia da instituição, que vão ser submetidas a intervenção cirúrgica. É um serviço com lotação de 19 camas distribuídas por três enfermarias e cada uma destas tem uma casa de banho comum e uma mesa ao centro para as refeições das utentes. Para além deste espaço o serviço conta ainda com um compartimento para a secretária de unidade, uma outra divisão com múltiplas funções, entre elas a prestação de cuidados a doentes em ambulatório bem como aos doentes

internados, partilhada por médicos e enfermeiros, um gabinete da Sra. Enf. Chefe e um gabinete de trabalho das enfermeiras.

As intervenções de enfermagem neste serviço passam pela prestação de cuidados a doentes cirúrgicas do foro ginecológico e da mama nos períodos pré e pós-operatório abrangendo ainda alguns casos de utentes que entram pelo serviço de urgência necessitando de internamento, com ou sem intervenção cirúrgica. As patologias mais frequentes são os tumores uterinos, quistos do ovário (teratomas), miomas e pólipos uterinos e ainda a patologia do colo do útero. Quanto às intervenções cirúrgicas mais frequentes destacam-se as histerectomias por via abdominal e vaginal, as mastectomias e exéreses de nódulos da mama e a cirurgia endoscópica para remoção de quistos, miomas e pólipos.

Uma das intervenções de enfermagem em que se destaca um grande empreendimento por parte de todos os profissionais está relacionada com o acolhimento dos doentes aquando do seu internamento. Este é realizado com disponibilidade e pormenor pelos enfermeiros e em conjunto com os familiares e/ou acompanhantes para que todos se sintam envolvidos e integrados no percurso cirúrgico do doente. Relativamente a este aspeto, pretende-se que a VPO constitua uma continuidade do acolhimento, desta vez realizado pelos enfermeiros perioperatórios ao doente cirúrgico, fazendo com que se torne a imagem de uma instituição que investe e prima pela humanização dos cuidados.

A fim de sistematizar a observação realizada em cada VPO, foi elaborada uma Grelha para o registo da VPO (Apêndice 3), que permitisse identificar os passos envolvidos na VPO, os dados clínicos da doente, as condições do local onde se realizou a VPO, a comunicação durante a visita e espaço para análise do trabalho do enfermeiro destacando as aprendizagens obtidas. Realizei 38 visitas pré operatórias a doentes internadas no serviço de ginecologia a aguardar intervenção cirúrgica, das quais 20 (Apêndice 4) correspondem a doentes com diagnóstico de doença oncológica ou suspeita do mesmo, o que significa que 52,6% das doentes visitadas eram do foro oncológico. A VPO às doentes não oncológicas foi efetuada por questões éticas, para que estas não se sentissem excluídas de um

procedimento que se pretende ser efetuado a todas as doentes, bem como por contribuir para um treino de aquisição de competências.

Estes 20 registos foram sujeitos a análise descritiva, verificando-se que 6 doentes tinham cancro da mama e 14 cancro ginecológico, tendo o primeiro grupo idades compreendidas entre 43 e 68 anos (média de 51,3) e o segundo idades entre 15 e 77 anos (média de 54,85). As VPO foram 10 (50%) feitas na unidade da doente, 4 (20%) junto à mesa de refeições e 3 (15%) no cadeirão da enfermaria, numa tentativa de dar privacidade à visita.

A parte de texto dos registos das VPO foi sujeita a análise de conteúdo (Bardin, 2009) de forma a identificar as necessidades apresentadas pelas mulheres na VPO. Lembramos aqui que foi o conceito de **necessidade** de Orlando o usado na análise, e que ela o operacionaliza como “um estado de carência do paciente que, quando suprido, alivia ou diminui o seu problema imediato ou aumenta o seu sentido de adequação e bem-estar” (Orlando, 1978, p. 8).

Foram obtidas 55 unidades de registo do tema “necessidades apresentadas pelas mulheres na VPO” distribuídas por três categorias e cinco subcategorias (Apêndice 5) todas elas úteis à gestão da informação durante a VPO de enfermagem, no sentido em que os enfermeiros se deverão orientar para a satisfação dessas mesmas necessidades.

A categoria “**necessidade de ser informada**”(A) reúne as unidade de registo relativas ao pedido direto ou implícito de informação feito pela doente ou acompanhante. Estas necessidades são de quatro tipos definindo cada um uma subcategoria: **sobre a cirurgia**, que inclui aspetos relacionados com o tipo de cirurgia, abordagem cirúrgica, equipa cirúrgica, como se pode constatar pela unidade de registo “questionou acerca do procedimento cirúrgico – laparotomia ou laparoscopia?” (VPO 9, apêndice 4). Das 20 mulheres, 25% transmitiu esta necessidade, cujo resultado parece estar relacionado com o facto de na consulta ginecologia oncológica/senologia, onde todos estes aspetos são referidos pelo médico e pela enfermeira, as doentes apresentarem um grau de ansiedade muito elevado que não as predispõe a assimilar essa informação; **sobre a doença oncológica**, que inclui aspetos relacionados com os tratamentos adjuvantes,

resultados de exames intraoperatórios, autoimagem, qualidade de vida, medo de morrer (VPO n.º 4, 6 e 8, apêndice 4). Quase metade (45%) das mulheres do foro oncológico a quem foi realizada a VPO, tem necessidades neste âmbito como revela a frase “incomoda-a o facto de ter o mamilo retraído”, o que a meu ver pressupõe a aproximação do ato cirúrgico, sempre causador de grande ansiedade, e que, ligado à doença oncológica, faz as doentes pensarem no pós-operatório (muito penoso em muitos dos casos oncológicos devido aos tratamentos adjuvantes), colocando algumas mesmo a hipótese de não sobreviverem; **sobre os procedimentos perioperatórios**, em que 30% das doentes pede informação deste tipo, que inclui medo da dor e de sofrer, a preparação pré-operatória, o percurso perioperatório, a hora da cirurgia, o posicionamento intraoperatório, o recobro, o horário das visitas, a alta, a recuperação no sentido dos cuidados a ter no pós-operatório (“a doente chamou-me e pediu que retirasse ainda algumas dúvidas relativas ao pós operatório”) e o retomar da vida familiar e profissional. Esta necessidade tem por base, entre outras razões, o facto de muitas mulheres serem o pilar das relações e atividades familiares como se vê pela frase “não dá jeito morrer agora; vou ser avó e a minha filha vem visitar-me em dezembro”, pelo que necessitam estar informadas do seu percurso operatório para poderem organizar a sua vida no período pós-operatório; **sobre a anestesia**, que inclui o pedido de informações sobre medo de morrer/medo de não acordar tipo de anestesia. Das 20 mulheres visitadas, 25% refere necessidades deste tipo. A anestesia geral é receada pela maioria das pessoas por já terem vivido experiências anteriores negativas pessoais ou com outros familiares/amigos (VPO n.º 19, apêndice 4), bem como pelo receio da perda de controlo em si mesmo que é induzida por este tipo de anestesia (VPO n.º 9, apêndice 4).

A segunda categoria, intitulada “**necessidade de expressar medos**” (B) foi identificada em 50% das mulheres a quem foi realizada a VPO. Os medos expressos são de dois tipos: **sobre a anestesia**, como revela a frase “referiu de imediato que o seu maior medo é o de não acordar da anestesia” e **sobre a doença oncológica**, tal como aparece verbalizado na frase “está preocupada com o resultado da cirurgia, uma vez que pode ser maligno”. Esta necessidade é demonstrada pela atitude das

mulheres ao sentirem a disponibilidade de um elemento da equipa cirúrgica, neste caso o enfermeiro perioperatório, que se disponibiliza para as ouvir e esclarecer. Algumas doentes falam apenas da sua preocupação com a cirurgia/anestesia, outras falam sobre a sua vida familiar e no que a cirurgia vai influenciar o decorrer da mesma e outras ainda pronunciam-se acerca de problemas/preocupações pessoais anteriores e que parecem não ter nada a ver com a cirurgia em si, mas que de alguma forma as doentes relacionam.

A terceira a última subcategoria **“necessidade de partilhar problemas/preocupações”** (C) refere-se à partilha de várias preocupações que as doentes manifestaram durante a VPO, como a representada na frase “falou dos filhos” ou “a doente teve necessidade de falar sobre os problemas que a preocupam: o marido (...)”, que são de vária ordem, da vida familiar, da vida profissional, sobre a vida em geral, sobre familiares ou da família, etc e que 100% das mulheres apresentaram.

Para finalizar, tenho a referir que a intervenção de enfermagem mais usada como resposta à subcategoria (A) foi o esclarecimento circunscrito ao pedido de informação; para a subcategoria (B) foi a disponibilidade para ouvir, a escuta ativa e a negociação de estratégias tal como preconizado por Phaneuf (2002) e para a subcategoria (C) foi o apoio emocional e a relação de ajuda referenciada por Lazure (1994).

3.3 Análise do percurso durante o ensino clínico no bloco operatório de um hospital central

Este estágio, que decorreu de 10/12/12 a 15/2/13 sob orientação da Sra. Enf. Supervisora da Instituição (Especialista em Saúde Mental e Mestre em Saúde Materna e Obstetrícia), foi desenvolvido no BO de um hospital central, sendo o seu objetivo geral a sensibilização dos enfermeiros daquele serviço para a importância da realização da VPO e os específicos: identificar os motivos pelos quais as enfermeiras do BO não realizam a VPO; reativar a realização da VPO de uma forma estruturada e contínua; elaborar uma folha de registos da VPO.

O BO tem uma estrutura física renovada há cerca de nove anos, contando com duas salas de operações, duas unidades de cuidados pós anestésicos – primária e secundária (este serviço tem uma unidade de cirurgia de ambulatório integrada), armazém de material cirúrgico, zona suja (circuitos diferenciados de limpos e sujos), zona de lavagem cirúrgica das mãos, zona de pausa, copa, gabinete da secretária de unidade e gabinete da enfermeira chefe. A entrada dos profissionais no serviço é feita por uma porta com acesso aos vestiários e casas de banho, a dos doentes internados por outra porta com acesso a um transfer e as doentes do ambulatório entram pela mesma porta dos profissionais, mas vestem-se em vestiário próprio.

Diariamente, realiza-se cirurgia aberta e laparoscópica do foro ginecológico nas áreas da ginecologia geral e oncológica, senologia e uroginecologia.

A equipa de enfermagem do BO é constituída por 9 enfermeiros, dos quais 7 prestam cuidados perioperatórios nas salas de operações e recobro e 2 apenas prestam cuidados pós-anestésicos. É uma equipa recente, que integra elementos de enfermagem provenientes de uma outra instituição estatal que encerrou durante o ano de 2012. Este acontecimento causou grande destabilização nas duas equipas reunidas e exige esforço de ambas para que a união não provocasse quebra na continuidade e na qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Para dar cumprimento ao primeiro objetivo traçado, foi elaborado um questionário (Apêndice 6) com 11 perguntas abertas: 5 para dados socioprofissionais dos enfermeiros (questões 1, 2, 3, 4 e 5); 4 para identificar as VPO realizadas e as razões da sua realização ou não realização e se existia diferença das VPO a doentes oncológicas (questões 6, 7, 8 e 9); as 2 últimas questões (10 e 11) pretendiam recolher a opinião dos profissionais sobre as condições necessárias para a realização das VPO e a identificação das vantagens atribuídas. Este questionário foi aplicado a todas as enfermeiras do BO a exercerem funções nas SO.

As sete enfermeiras devolveram o questionário preenchido mas uma não respondeu às questões 8, 9 10 e 11 evocando o facto de até aí ter exercido funções numa unidade hospitalar com práticas de enfermagem diferentes.

Da análise de conteúdo das respostas do questionário há a referir que o grupo é constituído por 7 sujeitos, todos do sexo feminino e licenciados em Enfermagem.

Têm idades compreendidas entre os 30 e os 49 anos (média=38,5) com uma experiência profissional que varia entre os 6 e os 25 anos (média=14,7) e com 6 a 12 anos de experiência em BO (média=7,9). Não há a registar nenhuma VPO realizada por qualquer destes elementos na última semana nem no último mês. Nesta análise das respostas dadas podemos constatar que 85,7% das enfermeiras consideram que o principal motivo por que não realizam a VPO tem a ver com **fatores de ordem institucional** (como é o caso da instabilidade do serviço a falta de coesão da equipa e a não integração na VPO do BO), logo a seguir a **falta de motivação** é referida por 57,1% e 28,5% alegam motivos relacionados com a **relação com o doente**. Se as duas primeiras respostas refletem o atual ambiente de trabalho cansado pelo processo de fusão das equipas, a última aponta para problemas ou barreiras dos enfermeiros à comunicação.

As razões para a não realização da VPO aos doentes oncológicos (questão n.º 9), parecem ser as mesmas apontadas para os doentes não oncológicos. Só com a prática e a reflexão sobre a VPO feita a ambos os grupos se poderá concluir se lhes é mais difícil comunicar com um doente oncológico ou não.

Como condições do serviço que os enfermeiros consideram fundamentais para a realização da VPO, 85,7% dos enfermeiros considera fundamental a **disponibilidade do serviço**, seguido de 57,1% com a **motivação**, que a meu ver e da orientadora do primeiro ensino clínico constitui um dos grandes entraves para a falta de adesão à VPO na generalidade dos blocos operatórios. Os enfermeiros de SO têm que ser incentivados pelas chefias diretas bem como pela gestão de topo das instituições para a realização da VPO, e isto só se consegue através da sensibilização, mas igualmente dando as condições necessárias em termos de recursos humanos e de organização e articulação entre o bloco operatório e os serviços de internamento.

As enfermeiras reconhecem, no entanto, haver vantagens da VPO para os doentes: 85,7% das enfermeiras refere que a principal vantagem é a **proximidade do doente com o BO**, e 71,4% refere a importância do **esclarecimento de dúvidas** (AESOP, 2006); 42,8% é da opinião que a VPO contribui para a **diminuição da ansiedade** e em igual percentagem referem que a VPO **facilita a relação com o doente**. Pode

concluir-se quanto a esta questão que as enfermeiras estão conscientes das principais vantagens da VPO para os doentes e os seus conceitos vão de encontro ao que é preconizado pela AESOP e já foi referido anteriormente que a VPO é

um contacto prévio com o doente antes da sua chegada à sala de operações, o esclarecimento de informação acerca dos procedimentos a que vai ser submetido, surgindo por isso a necessidade de criar uma relação de ajuda eficaz com o doente/família, no sentido de promover um clima de maior confiança e segurança no período perioperatório (AESOP, 2006, p. 122).

As vantagens da VPO para os enfermeiros, com 85,7 % são o **conhecer o doente** antecipadamente, com 71,4% a **melhoria da qualidade do trabalho do enfermeiro de BO** e com 28,5% a **melhoria da qualidade da relação enfermeiro / doente**.

Ou seja, a opinião das enfermeiras do BO revê-se nos objetivos da AESOP para a VPO: “conhecer o doente, identificar os problemas existentes e prepará-lo psicologicamente para a cirurgia” (AESOP, 2006, p. 124).

Ao analisar as respostas do questionário aplicado às enfermeiras do BO pude concluir que estas necessitavam sobretudo de motivação e de uma outra organização do serviço e de gestão da equipa bem como de articulação com o serviço de internamento para que possa ser cumprida a norma existente sobre a referida visita. Nas competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica estão também incluídas as da área da pessoa em situação crónica e paliativa e que incluem o cuidar de

peças com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” bem como estabelecer “relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte (OE, 2011).

Face a este diagnóstico da situação e no que respeita à motivação dos enfermeiros, ela tem uma dimensão intrínseca a cada um, o que precisará de tempo até que estes profissionais sintam a VPO como uma necessidade sua. Esse será o objetivo. A forma de o atingir é através da sensibilização dos enfermeiros, criando um ambiente de trabalho que facilite a satisfação das necessidades do serviço/instituição e as dos profissionais (Marquis e Huston, 1999). Segundo estes autores a motivação pode ser intrínseca, quando provém do interior do indivíduo, ou

extrínseca que corresponde a recompensas externas que ocorrem após a conclusão do trabalho (Marquis e Huston, 1999). Neste caso, ambiciono motivar uma equipa a executar uma intervenção de enfermagem, pretendendo que estes profissionais encontrem a sua motivação intrínseca, e para isso criarei as condições necessárias no serviço que lhes permita realizar a VPO, que por sua vez trará a recompensa (motivação extrínseca) através do feedback dos doentes e da avaliação dos cuidados perioperatórios prestados no BO. Mas também planeei uma ação de formação (Apêndice 7) com os seguintes objetivos: sensibilizar os enfermeiros do BO para a realização da VPO; elaborar um plano estruturado para a realização da VPO pelas enfermeiras do BO; obter o compromisso dos enfermeiros relativamente ao dia em que se vai iniciar a realização da VPO.

Esta formação decorreu tal como estava planeada, tendo contado com a adesão total dos enfermeiros do BO e conseguido assim atingir todos os objetivos traçados. Cada um dos grupos de enfermeiros trabalhou os temas propostos e fê-lo de uma forma organizada, estabelecendo a estrutura da VPO (Apêndice 9) e dando início ao esboço da folha de registo de cuidados perioperatórios que incluísse os dados colhidos na VPO. Este último ponto por ser mais extenso e necessitar de alguma pesquisa bibliográfica, ficou atribuído a um grupo de trabalho para ser apresentado em reunião de equipa. A estrutura final da referida folha de registos será colocada para aprovação do Conselho de Administração da Instituição.

A realização da VPO de enfermagem do BO teve início no dia 4 de março de 2013, sendo executada a todas doentes que aguardam intervenção cirúrgica (oncológicas e não oncológicas) no serviço de internamento de ginecologia desta unidade hospitalar, fazendo-se cumprir a norma existente (anexo 1) que apresenta uma estrutura em muito semelhante à que as enfermeiras do serviço definiram como fundamental. Foi criado um *dossier* onde constam todos os mapas operatórios semanais do BO, onde são assinaladas as doentes a quem foi realizada a VPO, de modo a poder ser feito o controlo das taxas de execução.

Desde então que tenho vindo a orientar as enfermeiras no sentido de as ajudar a ultrapassar as dificuldades sentidas tanto na execução da VPO como na articulação

dos serviços BO e Serviço de Internamento acompanhando-as ou não na VPO, conforme o interesse e necessidade referida pela enfermeira.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto centrou-se na reativação da VPO pela equipa de enfermagem do BO de um hospital central por, enquanto enfermeira responsável, ter considerado que para melhorar a qualidade e a humanização dos cuidados de enfermagem realizados pelas enfermeiras perioperatórias seria indispensável a execução da VPO a todas as doentes que aguardam intervenção cirúrgica e particularmente às doentes oncológicas.

É uma área importante pois o tratamento cirúrgico é considerado o tratamento de eleição para a maioria das neoplasias, pelo que a intervenção da enfermagem perioperatória terá obrigatoriamente de estar centrada no doente oncológico e nas suas necessidades de forma a ajudá-lo a enfrentar a doença no período cirúrgico.

O projeto decorreu de acordo com o plano inicial, passando por fases de conceção e planeamento até às de execução, cumpridas em 3 campos de estágio, de que este documento é relatório.

No primeiro campo de estágio entrevistei uma perita de modo a identificar as razões que mantêm aquela equipa de enfermagem motivada para fazer VPO há anos. Percebi que a monitorização constante das taxas de execução do plano efetuada por uma chefia interessada e persistente, bem como a motivação intrínseca de cada enfermeiro, são razões fundamentais. No segundo campo de estágio realizei 38 VPO a doentes do foro ginecológico oncológico e não oncológico, conseguindo a aquisição de competências essencial para executar uma boa gestão da informação. Para fazer o registo das VPO, elaborei uma Grelha para o Registo das VPO que me permitiu depois refletir sobre as necessidades das doentes e as aprendizagens feitas. Das 20 mulheres com doença oncológica emergiram: a necessidade de ser informada; a necessidade de expressar medos; e a necessidade de partilhar problemas/preocupações. Cerca de 45% das mulheres quer informação sobre a

doença, 30% sobre os procedimentos; e 25% sobre a cirurgia e igual % sobre anestesia. 50% das mulheres apresentaram necessidade de expressão medos (sobre a anestesia e a doença).

Para fazer um diagnóstico da situação no serviço onde pretendia implementar a VPO, foi aplicado um questionário às enfermeiras para identificar os motivos da não realização da VPO. Os resultados referem **fatores de ordem institucional** (como é o caso da instabilidade do serviço a falta de coesão da equipa e a não integração na VPO do BO) e a **falta de motivação**. Na sequência destes resultados foi efetuada uma formação com o objetivo principal de sensibilizar os enfermeiros para a realização da VPO e obter o seu compromisso para a reativação da mesma e organizar da mesma. Nesta fase da implementação do projeto, foi muito importante a colaboração de todas as enfermeiras do BO, que após terem identificado as vantagens da VPO assumiram e cumpriram o compromisso de iniciar a realização da visita no dia 4/3/13. Os registos de enfermagem relativos à VPO estão a ser efetuados temporariamente na folha atual no local das observações, mas um grupo de 4 enfermeiras da equipa do BO está a elaborar uma folha de registos de enfermagem perioperatórios que engloba o período pré-operatório com os aspetos relativos à visita.

Pude verificar ao longo dos estágios realizados que a VPO contribui também para que se estabeleçam e/ou se estreitem relações profissionais com quem trabalha nos outros serviços da instituição, nomeadamente o serviço onde os doentes estão internados. Foi esta a experiência que obtive no primeiro e segundo campos de estágio bem como do *feedback* dos profissionais com quem me cruzei. Este facto torna-se ainda mais importante se o analisarmos do ponto de vista da visibilidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios, melhorando a sua continuidade entre os vários membros da equipa e trazendo-os para fora do bloco operatório, ideia corroborada pela AESOP (2006), quando se refere às vantagens e repercussões da VPO.

Como projeto futuro, pretendo continuar a ser elemento incentivador da realização da VPO de enfermagem a todas as doentes intervencionadas no BO, bem como ajudar as colegas do serviço a ultrapassarem algumas das dificuldades que foram

identificadas nos questionários, nomeadamente a articulação com o Serviço de Internamento, contribuindo para a humanização e conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados perioperatórios prestados. Pretendo também fazer uma avaliação deste projeto após um ano da sua implementação, no sentido de obter a opinião das enfermeiras acerca das dificuldades sentidas nomeadamente quanto à realização da visita a doentes oncológicas e não oncológicas, debatendo o tema nas reuniões de enfermagem que se realizam quinzenalmente.

É importante mencionar aqui a relevância da unidade curricular “Supervisão Clínica”, inserida no plano de estudos deste curso, e que contribuiu muito para a minha mudança de atitude no sentido de um crescimento profissional e desenvolvimento de competências que provoquem uma prática que tenha por base a reflexão. A supervisão clínica pode constituir uma estratégia para atingir um elevado grau de qualidade dos cuidados que prestamos aos nossos utentes, bem como um contributo essencial para o suporte emocional entre parceiros profissionais.

Considero que este projeto e a sua implementação contribuíram para o desenvolvimento de uma prática reflexiva individual e em equipa ao mesmo tempo que ajudou à coesão da equipa de enfermagem do BO.

BIBLIOGRAFIA

- Alves, P. C., Barbosa, I. C., Caetano, J. Á., & Fernandes, A. F. (11 de novembro de 2010). Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa de literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 732-737.
- Associação Enfermeiros Sala Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidata.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, R. A., Suzuki, K., Lima, M. A., & Alves, A. (2008). *Revista Electronica de Enfermagem*. Obtido em 10 de novembro de 2012, de Web site da Revista Electronica de Enfermagem: <http://www.fen.ufg.br.com>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Blake, P., Lambert, H., & Crawford, R. (1998). *Gynaecological Oncology - A guide to Clinical Management*. New York, United States of America: Oxford University.
- Bruges, M. L. (2006). *Mastectomia e Autoconceito*. Lisboa: Lusociência.
- Cahoon, M. C. (1982). *Enfermagem Oncológica*. (F. L. Castro, Ed.) Mem Martins, Cancro, L. P. (1999). Cancro da mama: as perguntas que gostaria de fazer. *Cancro da mama: as perguntas que gostaria de fazer*, 24. Lisboa: Liga Portuguesa Contra o Cancro - Nucleo Regional do Sul.
- Collière, F. (1999). *Promover a vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (4ª ed.). Lisboa: Sindicato Enfermeiros Portugueses.
- Conceição, E. S. (maio/agosto de 2002). A Enfermagem Perioperatória: Que competências? *Informar*, pp. 6-9.
- Direção Geral de Saúde. (18 de fevereiro de 2013). Obtido de Web site da Direção Geral de Saúde: <http://www.dgs.pt>

- Direção Geral de Saúde. (4 de março de 2013). Obtido de Web site da DGS:
<http://www.dgs.pt/upload/membro>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (20 de abril de 2013). *Regulamento de Mestrado*. Obtido de Web site da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa:
<http://www.esel.pt>
- Flick, U. (2005). *Métodos Científicos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Freitas, F., Menke, C. H., Rivoire, W. A., & Passos, E. P. (2006). *Rotinas em Ginecologia* (5ª ed.). São Paulo, Brasil: Artmed.
- Frias, T. F., Costa, C. M., & Sampaio, C. E. (1 de julho de 2010). O impacto da visita pré-operatória de enfermagem no nível de ansiedade de pacientes cirurgicos. *Revista Mineira de Enfermagem*, pp. 345-352.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Rossi, L. A. (20 de setembro de 2012). *A prática baseada em evidências: considerações teóricas para a sua implementação em enfermagem perioperatória*. Obtido de Web site da Revista Latino-Americana de Enfermagem: <http://www.eerp.usp.br/rlaenf>
- Gates, R. A., & Regina M. Fink. (2001). *Oncology Nursing Secrets*. Philadelphia: Hanley & Belfus.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem - Os fundamentos à prática profissional* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gomes, A., Oliveira, A., Pires, C., Ramos, E., & Alves, E. (novembro de 2006). Comunicação em Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, pp. 23-28.
- Gruendemann, B. J., & Fernsebner, B. (1995). *Comprehensive Perioperative Nursing*. Estados Unidos da América: Jones and Bartlett Publishers.
- Hoffmann, F. S., Muller, M. C., & Frasson, L. A. (novembro de 2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com cancer da mama. (J. L. Pais-Ribeiro, Ed.) *Psicologia, saúde & doenças*, 7, pp. 239-254.
- Instituto Nacional do Cancro. (abril de 2004). *Controle do cancer de mama: Documento de consenso*. Obtido em 12 de janeiro de 2013, de <http://www.inca.gov.br/publicacoes<7Consensointegra.pdf>
- Kearney, N., & Alison Richardson. (2006). *Nursing Patients with cancer: principles and practice*. Edinburgh: Elsevier.

- Knapp, R. C., & Berhowitz, R. S. (1993). *Gynecologic Oncology* (2ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodiadata.
- Leite, E., Malpique, M., & Santos, M. R. (1989). Trabalho de Projeto 1. Aprebder por Projetos Centrados em Problemas. Porto: Afrontamento.
- Leonard, M. K., & George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (16 de fevereiro de 2013). Obtido de Web site da LPCC: <http://www.ligacontracancro.pt>
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (s.d.). *Liga Portuguesa Contra o Cancro*. Obtido em 12 de janeiro de 2012, de Web site da Liga Portuguesa Contra o Cancro: <http://www.ligacontracancro.pt>
- Llewellyn-Jones, D. (1986). *Fundamentals os Obstetrics and Gynaecology* (4ª ed., Vol. 2). London: Faber and faber.
- Lopes, M. G. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- Marques, F. V. (janeiro de 1993). Rastreio dos cancros da mama e do colo do útero - opinião e prática de médicos de clínica geral. *Revista Postuguesa de Saúde Pública*, 11, pp. 5-14.
- Meeker, M. H., & Rothrock, J. C. (1995). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Miller, A. (1995). The Relationship Between Theory and Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing*, 417-424.
- Mohallem, A. G., & Rodrigues, A. B. (2007). *Enfermagem Oncológica*. São Paulo, Brasil: Manole.
- Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica* (8ª ed., Vol. IV). Lisboa: Lusodidacta.
- Mota, F. (2012). *Compêndio de Ginecologia Oncológica*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Murad, A. M., & Katz, A. (1996). *Oncologia- Bases Clínicas do Tratamento*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan S.A.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, C. F. (2011). *Manual de Ginecologia*. Lisboa: Permanyer Portugal.

- Ordem dos Enfermeiros. (18 de fevereiro de 2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*. Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de fevereiro de 2011). Regulamento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. *Diário da República*.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Globocan*. Obtido em 15 de março de 2013, de Web site da Organização Mundial da Saúde: <http://www.globocan>
- Orlando, I. J. (1978). *O Relacionamento dinâmico Enfermeiro/Paciente*. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. Loures: Lusociência.
- Parker, P. A., J. A., & Baile, W. F. (2009). Breast cancer: unique communication challenges and strategies to address them. *The Breast Journal*, pp. 69-75.
- Pereira, M. G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência.
- Pisco, R. M. (novembro de 2006). Relação de Ajuda à Mulher com o Diagnóstico de Cancro da Mama. *Revista Sinais Vitais*, pp. 35-41.
- Prá, L. A., & Picolli, M. (2004). *Enfermagem Perioperatória: Diagnósticos de Enfermagem Fundamentados na Teoria de Ida Jean Orlando*. Obtido de Web site de Revista Eletrónica de Enfermagem: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- Riley, J. B. (2000). *Comunicação em Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- Santos, E., & Fernandes, A. (março de 2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*.
- Santos, M. C., Sousa, F. S., Alves, P. C., Bonfim, I. M., & Fernandes, A. F. (18 de maio de 2010). Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. *revista brasileira de Enfermagem Reben*, pp. 675-678.

- Santos, R. R., Piccoli, M., & Carvalho, A. R. (janeiro de 2007). Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. *Cogitare Enfermagem*.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em Fim de Vida: o processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência.
- Saraiva, M. C. (agosto de 2003). O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivências dos enfermeiros e seus significados. *Revista de Investigação em Enfermagem*, pp. 37-48.
- Silva, M. A. (2010). Necessidade pré-operatória do doente cirúrgico - Acolhimento de Enfermagem. *Dissertação de Mestrado*. Porto.
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (janeiro de 2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto fatores de risco/proteção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29, pp. 64-76.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (15 de março de 2013). *Sociedade Portuguesa de Ginecologia*. Obtido de Web site da sociedade portuguesa de ginecologia: <http://www.spginecologia.pt>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2007). *Cancro Ginecológico-Consenso nacional*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Ginecologia.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (s.d.). *Sociedade Portuguesa de Ginecologia*. Obtido em 12 de janeiro de 2012, de Web site da Sociedade Portuguesa de Ginecologia: <http://www.spginecologia.pt>
- Sociedade Portuguesa de Senologia. (2009). *15 anos de Consenso Nacional do Cancro da Mama*. Lisboa.
- Souza, L. R., Souza, M. A., Pinto, A. S., Cortez, E. A., Carmos, T. G., & Nascimento, R. M. (abril de 2010). Os Benefícios da visita pré-operatória para o doente cirúrgico. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, pp. 797-806.
- Vitor, C., Dias, M., & Cotrim, T. (2005). *Preocupações da mulher submetida a cirurgia mamária por doença oncológica no período perioperatório*. Lisboa: s.ed.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIÃO PARA ENTREVISTA

Objetivo: Identificar as razões porque a VPO se mantém ativa no serviço, bem como a forma como mantém uma equipa motivada para a sua realização.

- Que condições considera fundamentais existirem no serviço para que os enfermeiros se mantenham motivados para a realização da VPO?
- Que vantagens para os doentes e para os enfermeiros trouxe a implementação da VPO neste Bloco Operatório?
- Como avalia a realização da VPO no seu serviço em termos de quantidade e qualidade da mesma?

APÊNDICE 2 – ENTREVISTA COM ENFERMEIRA ORIENTADORA

ENTREVISTA COM A ENFERMEIRA ORIENTADORA

Esta entrevista foi efetuada por mim durante o decorrer do primeiro estágio, tendo sido gravada e textualmente convertida em suporte informático. Teve a duração de cerca de 1 h.

Entrevistador: que explicação encontra para que a VPO se mantenha ativa? Como é que a equipa está motivada?

Entrevistada: eu acho que há várias razões para que isto aconteça. Primeiro porque alguns de nós estamos mesmo muito motivados para a fazer. É uma coisa intrínseca. Acreditamos piamente que a visita é algo muito importante, não só para o doente, como para nós mesmos. Acreditamos que isso nos traz contrapartidas e que é um reconhecimento, ao fim e ao cabo, do nosso trabalho. Quando o doente nos diz “afinal estava comigo, que bom”, isso faz pensar, e dá a certeza que vale a pena, que o teu trabalho tem significado.

Entrevistador: isso passa-se apenas com os enfermeiros mais velhos?

Entrevistada: não, não é só com os mais velhos. Há gente nova que pensa da mesma maneira. Assim como há dos mais velhos, que não gostam de fazer a visita, que dizem que não têm perfil para fazer, mas mesmo assim têm que a fazer. É evidente que temos um chefe que diz...que se interessou por este assunto, e que faz várias vezes reuniões à 6.^a feira sobre este assunto, e que quando ele vê que está a ficar mais esquecido, ele passa mais responsabilidade para as pessoas e falamos outra vez sobre a visita e recapitulamos as coisas da visita e ele diz: “vocês têm que se orientar uns com os outros. Agora vai fazer a visita quem puder ir fazer a visita”. Isto porque começou a haver o problema de quem estava de anestesia podia não estar, e ia-se perdendo o hábito de fazer a visita.

Entrevistador: não há então uma rigidez de ser o enfermeiro de anestesia a ter de fazer a VPO.

Entrevistada: havia. Mas depois passou a não haver porque achámos que se assim fosse, havia doentes que, se calhar não eram visitados. Foi uma maneira agora para

conseguir que não se deixasse de fazer a visita. Muitos de nós estão de facto motivados para a realização da visita. Muitos dos mais novos têm também já esse perfil. O facto de o chefe ser muito diretivo nesse aspeto e ter muito pulso...e perguntar se as visitas não foram feitas porquê que não foram feitas.

Entrevistador: ou seja, neste serviço, a VPO é considerada tão importante como qualquer ato de enfermagem dentro da SO.

Entrevistada: sim. O que é um facto é que ela está implementada. Os enfermeiros até já pensam em função das visitas pós-operatórias. Estas são mais facilmente geridas, porque os internamentos são de uma forma geral prolongados. Por exemplo, estamos de manha durante o turno, três enfermeiros numa sala, e eu sou capaz de dizer aos meus colegas de sala que vou ausentar-me para ir fazer as visitas do dia seguinte ou as pós-operatórias do dia anterior. A equipa foi-se organizando e tomando consciência disso e neste momento isso funciona. E depois, não é só isso...teve que ser um bocadinho imposto pelo chefe. Depois, à medida que foram fazendo, o grupo começou a perceber quais as vantagens que traz a visita. Uma coisa é as vantagens estarem escritas, definidas, outra coisa é sentirem. Eu acho que neste momento as pessoas ...algumas iam com desagrado, era-lhes imposto, mas neste momento a maior parte já não, acho que vão já com prazer porque é um facto...por aquilo que vão colher depois. Há toda a mais-valia...de sair daqui e do reconhecimento. Acho que as pessoas já começaram a sentir isso.

Entrevistador: acha que pode haver, por parte dos enfermeiros de bloco, que são na sua maioria muito tecnicistas, alguma defesa nossa de não querermos entrar muito no campo da relação? Pode ser uma defesa?

Entrevistada: pode. Pode ser sim. Mas isso é como tudo. Pode ser mas não é de todos, e nós temos de aproveitar o que cada um sabe fazer melhor. E se nós temos 2 ou 3 elementos que têm esse perfil, temos que aproveitar e tentar que esses 2 ou 3 levem os outros. O facto é que a visita nos põe todos a falar sobre os doentes. Isso é inegável. E que isso suscite algo nos outros, alguma vontade de ir e que eles percam mais esse medo. Nós já fizemos muitas reuniões sobre a visita e alguns dos nossos colegas verbalizam isso, que têm esse receio...de não saberem o que

podem dizer, têm medo do que o doente lhes vai perguntar...o confronto com as famílias.

Entrevistador: e da nossa própria reação. De termos medo por exemplo de chorar junto dos doentes...

Entrevistada: ...sim. De nos expormos. Ainda bem que fala nisso do chorar, porque isso também foi uma coisa que falamos uma vez numa reunião e é um facto, o chorar com um doente não é nada de desagradável, é algo de complementaridade com o doente, é estar de mão dada com o doente, é sentir mesmo...é assim, ou nos envolvemos ou não nos envolvemos. Não nos podemos é envolvermo-nos de modo a que não sejamos capazes de realizar o nosso trabalho, certo? Agora, deixar cair umas lágrimas à frente de um doente não é mau porque até o doente...ele está ali ao pé de nós, somos dois seres humanos e isso pode acontecer a qualquer um de nós. Isso já me aconteceu e isso certamente não me tornou menos profissional. Antes pelo contrário, cada vez me sinto melhor com isso porque... não está errado...isso é uma coisa que provavelmente aprendemos na escola e que eu não estou muito de acordo.

Entrevistador: a minha insistência pela realização da VPO no meu serviço até se prende com o sairmos um pouco do modelo biomédico...

Entrevistada: é isso...a visita permite-nos isso mesmo...permite-nos sair do modelo biomédico. E os enfermeiros têm de entender, e eu acho que muitos de nós entendemos que a única maneira que têm de quebrar esse modelo e de saírem daqui e de mostrarem às pessoas que aqui também se trabalha, que não é só técnica...que há enfermeiros aqui que têm os seus papéis, mas que também são humanos. É só isso, é sair lá para fora. Até os próprios colegas dos serviços, não sabem o que nós fazemos, não nos conhecem. Foi também a maneira que nós aqui encontrámos... toda a gente nos conhece. Nós vamos para os serviços, falamos com os colegas, vamos aos processos...mas isto deu trabalho, não foi logo assim fácil.

Entrevistador: Não pode então ser só o chefe a dizer isto tem que ser feito, mas a da altura tem que haver uma diretriz...

Entrevistada:...tem que haver uma diretriz e dizer assim: vamos arrancar tal dia e isto é para fazer. Senão as pessoas...senão custa-lhes começar. Quando fiz o meu

trabalho, acreditei mesmo que seria possível e eu penso que foi isso que deu mais força.

Entrevistador: em termos de registos, vocês iniciaram com uma folha e agora têm outra. Achas que esta serve as necessidades?

Entrevistada: É assim...acho porque nos virámos muito mais para a parte psicológica do doente. A outra tinha algumas coisas mais técnicas que nós chegámos à conclusão que esses registos estavam todos nos registos de outros profissionais como por exemplo na folha de anestesia. Por exemplo a religião é importante por causa das pessoas que são testemunhas de jeová, por exemplo. Mas durante a conversa que temos com os doentes, apercebemo-nos destes assuntos e registamos.

Entrevistador: esta folha assim dá mais liberdade...

Entrevistada:...sim dá mais liberdade para colocarmos aquilo que é mesmo importante para o enfermeiro. É também importante que a equipa fale entre si sobre o doente, e isto já começou a acontecer. Às vezes, logo de manhã já estamos a perguntar uns aos outros se fomos ver aquele doente ontem? O que é que ele tem de relevante? As pessoas vão se preocupando...é uma coisa que é mesmo para fazer mas que agora já é quase uma necessidade. E é isso que importa... é que seja uma necessidade das pessoas e não uma obrigatoriedade. E neste momento, o saber acerca dos doentes já passou a ser uma necessidade das pessoas. Eu própria às vezes estou em casa e sei que o doente que fui visitar e que estava na SO quando saí, terminou a cirurgia, e telefono para cá para saber se correu tudo bem. Envolvemo-nos de tal forma que depois é uma necessidade sabermos como correram as coisas com os nossos doentes. Isto é assim, mas depois existe a outra parte de preparação das salas que é também importante e cujos dados também colhemos na visita...por exemplo para o posicionamento. A VPO serve também para programar o intraoperatório. Não se pode cair na situação oposta de que a visita é só para a parte psicológica. Não, a visita é para diminuir a ansiedade do doente, mas também é para programar os cuidados individuais do doente e só os consegues programar se souberes se é gordo, se é magro, se já foi operado... se tem uma prótese aqui ou ali...há portanto uma série de coisas que são da nossa prática e que

fazem parte da visita. Em 5 mn quando recebemos o doente não temos tempo para saber isso tudo. É completamente diferente conhecer o doente para a programação dos cuidados.

Entrevistador: no serviço onde trabalho, já consegui pelo menos que os enfermeiros se apresentem antes de colocar o doente na sala e que tenham uma breve conversa acerca do que o doente sabe e se tem duvidas que queira esclarecer. Isto em termos de humanização dos cuidados no bloco já é alguma coisa.

Entrevistada: já é bom...

Entrevistador: mas é pouco...é preciso a visita para que possamos considerar que haja humanização de cuidados no bloco.

Entrevistada: sim...porque a visita é mesmo a humanização do bloco, e é a primeira porta de entrada no bloco, é o primeiro passo do bloco, isso eu não tenho duvida nenhuma, é o acolhimento...o primeiro acolhimento do bloco é a visita. É dizer quem somos, o que fazemos, porque cá estamos. Há algumas razões para que a visita possa não ser feita, mas a falta de tempo não deve ser uma delas, porque se isso acontece o enfermeiro deve comunicar à chefia e é esta que tem de dar uma solução, podendo inclusive colocar um elemento na sala para que o outro possa ir realizar as suas visitas. E isso já aconteceu muitas vezes. E se reparar, há muitas vezes que estou de chefe de equipa e isso é uma preocupação logo no início do turno, a organização para que todos façam as suas visitas. Mas é como que digo...é preciso é começar.

Entrevistador: como é que o chefe avalia se as visitas estão a ser feitas?

Entrevistada: eu tinha feito no meu projeto uma proposta para se ir fazendo a avaliação das visitas. Houve uma altura em que eu própria fiz essa avaliação porque notei que se estavam a fazer com menor frequência, e coincidiu nessa altura com a saída de um elemento que orientava precisamente a realização das visitas. Era ela que dizia aos enfermeiros as visitas que tinham para fazer. Houve também mudanças nas equipas, entrada e saída de pessoas e possivelmente alguma desmotivação. Ficou então um pouco com cada um e alguns faziam outros não. Depois teve que se agarrar a situação e isso foi possível desde que encerrou a

urgência e havendo menor fluxo de cirurgias e mais elementos por SO foi possível tornar a realizar as visitas. Fomos então adaptando às situações para que não morresse a realização da VPO. Estamos agora a conseguir a fazer mais visitas e a equipa está mais empenhada porque a equipa tem mais elementos...não, temos os mesmos elementos mas temos menos um turno porque a urgência não funciona. Quanto às condições que são necessárias para que os enfermeiros realizem a VPO...

Entrevistador:...no fundo já falámos sobre isso e passa pela maleabilidade da equipa, não é?

Entrevistada: sim... a equipa é de facto muito maleável e isso é vantajoso. O que começou a acontecer é que agora, neste momento, os próprios colegas já se organizam para desempenharmos todos essa função. Coisa que não acontecia...

Entrevistador: ou seja, enquanto não é sentido como uma necessidade, como uma rotina...tal como as funções de preparação da anestesia, por exemplo.

Entrevistada: é isso. Ao passo que antigamente era eu como chefe de equipa que tinha de dizer às pessoas as visitas que tinham para fazer, agora são os colegas que me dizem: “olha que eu tenho visitas para fazer” e eu tenho que orientar o serviço para as pessoas poderem ir. Já é uma necessidade sentida.

Entrevistador: um elemento novo que entre para equipa, já integrado nessa tarefa...

Entrevistada: exatamente. E temos já muita gente nova que eu sinto que gostam e que percebem realmente a importância da visita. Tem é que se começar.

**APÊNDICE 3 – GRELHA PARA O REGISTO DAS VISITAS PRÉ-
OPERATÓRIAS**

VPO n.º:

Pessoa:

Serviço:

Diagnóstico:

Antecedentes Pessoais:

Proposta cirúrgica:

Pessoas Presentes na VPO	Nome	O que fez?
Tempo gasto na VPO	Início _____ Fim _____	Tempo total _____
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)		
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)		
Aprendizagens		

**APÊNDICE 4 – VISITAS PRÉ-OPERATÓRIAS EFETUADAS A
DOENTES DO FORO ONCOLÓGICO**

VPO n.º: 1

Pessoa: M. C. R., 77 anos

Serviço: Internamento de Ginecologia

Diagnóstico: Tumor uterino. Sarcoma?

Antecedentes Pessoais: MRE; Colectomia; 2 próteses da anca

Proposta cirúrgica: HA+AB+ exame extemporâneo

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 15 h Fim: 15h30	Tempo total: 30 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	A Vpo foi realizada no serviço de internamento de ginecologia, junto à cama da doente. Esta encontrava-se deitada na sua cama, frágil, aparentando mais idade do que a real.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e expus o objetivo geral da visita. A utente sorriu e disse : “tenho medo”. Após alguns minutos de diálogo, conclui que o seu medo é que descubram algo mais do que se está espera, concluindo tb que a doente não sabe que o tumor é maligno e suspeito de ser dos mais agressivos. Sabe apenas que tem algo no útero que lhe provoca as hemorragias, que aliás refere que nas últimas duas semanas tem andado sempre a “caminhar para a urgência” e que “isso não é vida nem para mim nem para o meu marido”. Nesta altura emociona-se e chora. Apercebendo-me de que a doente pouco ou nada sabe da malignidade do seu tumor, centrei-me mais em tentar diluir o medo que sente, focando a conversa no facto do problema das hemorragias ter de ser resolvido para a	

	<p>melhoria da sua qualidade de vida. Compreendeu e acalmou.</p> <p>Comecei então a falar sobre o percurso e procedimentos perioperatórios, os quais ouviu com atenção e pareceu assimilar dando o seu feedback. Entretanto referiu que tem medo de cair da cama onde está porque tem um sono muito agitado. Respondi que não se levantasse sozinha sem chamar a enfermeira, e que ia falar com as colegas da enfermaria no sentido de puxar as grades da cama durante a noite e que a utente chamava quando precisasse de ir a WC. Agradeceu.</p>
<p>Aprendizagens</p>	<p>Questão: até que ponto nestes casos em que o doente não sabe ou parece não saber da verdade toda dos fatos relativamente à malignidade do tumor, nós enfermeiros do bloco nos devemos intrometer e falar sobre o assunto?</p> <p>Eu penso que não devemos dar mais informação do que aquela que nos apercebemos que o doente tem acerca do diagnóstico de malignidade, uma vez que eticamente é o médico quem deve dar o diagnóstico à doente. O enfermeiro deve reforçar e complementar a informação dada pelo médico para que a doente fique mais elucidada e se esta o pedir. Porque muitas vezes ficam dúvidas que só no pré-operatório imediato é que surgem ou que é possível colocá-las, e é aqui que o enfermeiro do bloco pode intervir, tendo sempre em conta a pessoa que se tem à frente e o que essa pessoa já sabe em relação à sua intervenção. Com a idade desta senhora e com a fragilidade que apresentava, não era útil a clarificação total da sua situação, podendo originar mais confusão ou mesmo mais fragilidade emocional que não é no ato pré-operatório imediato que se resolve, e que também não é o objetivo da VPO.</p>

VPO n.º: 2

Pessoa: I. M. J. L., 37 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – Neoplasia do ovário esq.

Antecedentes Pessoais: Excisão do ovário drt. por neoplasia em 2008. Fez quimioterapia.

Proposta cirúrgica: HA+Anexectomia esq

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 15 h Fim: 15h30	Tempo total: 30 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	<p>Enfermaria de ginecologia. O marido e a filha (bebé de 6 meses) estavam na visita. Como a bebé estava um pouco agitada ao colo da mãe, o marido pegou na bebé e afastou-se um pouco para que a esposa pudesse falar comigo mais à vontade.</p> <p>A enfermaria é muito grande, mas conseguimos individualizarmo-nos sentadas junto à mesa de refeições. Tentei que a mesa não ficasse entre nós, sem barreiras.</p>	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	<p>Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e apresentei o objetivo geral da visita (esclarecimento de dúvidas ou expressar preocupações). A doente começou por perguntar quanto tempo estaria no bloco e quanto tempo estaria internada. Esta questão está relacionada com a preocupação de estar o menos tempo possível sem ver a sua filha, e também com a sua vida profissional, uma vez que está prestes a abrir um negócio e precisa obviamente de programar a sua disponibilidade. Depois de esclarecida a 1ª questão, a D. I. falou da sua doença com muito à vontade e conhecimento, notando-se que está bem informada e esclarecida. Falou na sua experiência anterior (quimioterapia após anexectomia drt. por carcinoma do</p>	

	<p>ovário), referindo que o que lhe custou mais na quimioterapia foi a alteração da imagem facial (perda dos pelos – sobrancelhas e pestanas), que refere mudar muito a expressão do olhar. Porque tem uma bebé com 6 meses e ainda amamenta, a sua preocupação é também saber quando pode voltar a dar de mamar. Foi então esclarecida quanto à necessidade de retirar leite e desperdiçá-lo no pós-operatório imediato devido aos fármacos utilizados na anestesia geral e outros eventualmente tóxicos para o bebé, com o intuito de continuar a estimular para continuar a produzir.</p> <p>Relativamente à sua vida profissional, a D. I. vai abrir um negócio como já foi referido, e estava a pensar fazer a sua inauguração no dia 1/11/12. Perguntou-me se achava precoce uma vez que é já daqui a 8 dias. Informei-a que de facto a recuperação deste tipo de cirurgia costuma ir até aos 30 dias, dependendo obviamente de pessoa para pessoa. De qualquer forma este assunto iria ainda ser abordado na visita médica no pós-operatório, onde ela deveria colocar essa questão.</p> <p>Quando senti que a D. I. parecia esclarecida, questionei ainda se a poderia ajudar em mais alguma coisa, ao que respondeu que não.</p> <p>Despedimo-nos e a senhora agradeceu a visita.</p>
<p>Aprendizagens</p>	<p>Articulação com as enfermeiras do internamento de ginecologia, relativamente à bomba para retirar o leite. Esta deverá acompanhar a doente no dia seguinte para o bloco uma vez que pode haver necessidade de o fazer durante o tempo em que se encontrar no recobro.</p>

VPO n.º: 3

Pessoa: M. O. C. D. N., 46 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – Carcinoma ductal in situ

Antecedentes Pessoais: Exerese LIC na semana anterior

Proposta cirúrgica: Biopsia de gânglio sentinela

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Conduziu a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 16h45 Fim: 17h30	Tempo total: 45 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Junto à cama da doente. Enfermaria cheia. Sem intercorrências.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	<p>Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e expus o objetivo geral da visita (esclarecimento de dúvidas ou expressar preocupações).</p> <p>Doente consciente da sua situação, sabe que o resultado da cirurgia anterior deu positivo e que isso significa que em uma doença cancerígena. No entanto, não utiliza a palavra cancro, mas sim a expressão “positivo”. Fez uma questão relativamente ao significado das “margens de segurança” e foi devidamente esclarecida referindo perceber “agora”, bem como tinha dúvidas quanto ao gânglio sentinela que foram devidamente esclarecidas.</p> <p>Refere estar um pouco receosa com a anestesia, tem “medo de não acordar”.</p>	

Aprendizagens	A forma como se explicam as situações, as palavras que utilizamos, o tom de voz, a nossa postura. Esta doente evitava falar da sua doença como cancro, pelo que tem de haver da parte dos profissionais a sensibilidade suficiente para não impor esta situação. Será que deve ser assim? Ou devemos levar a que as doentes tratem as situações pelos próprios nomes?
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VPO n.º: 4

Pessoa: B. P. S. A. V., 43 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – Carcinoma ductal in situ mama esq

Antecedentes Pessoais: irrelevantes

Proposta cirúrgica: Biopsia do gânglio sentinela esq. + tumorectomia bilateral

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 17h30 Fim: 19h45	Tempo total: 1h15
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Junto ao aquecedor de parede da enfermaria. Referiu estar com frio. Não havia mais ninguém na enfermaria.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	<p>Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e expus o objetivo geral da visita (esclarecimento de dúvidas ou expressar preocupações).</p> <p>Muito ansiosa. Tinha acabado de chegar da clinica Quadrantes onde foi fazer a marcação do gânglio sentinela. Está assustada porque foram identificados 2 gânglios. Esclareci quanto a esta questão, mas tive de o fazer várias vezes porque parecia que a doente não ouvia. Refere que estava mais calma antes de ir à clínica, mas após este resultado ficou muito ansiosa e destabilizada.</p> <p>Falou dos seus filhos, da injustiça que é ter-lhe acontecido a si “uma coisa destas”. “Eu não mereço”. “Já passei por tanta coisa, já tive de ultrapassar tanta coisa, e agora ainda mais isto”.</p> <p>Foi uma VPO longa, porque senti que esta doente precisava mais de falar do que ouvir. Estava</p>	

	<p>suficientemente esclarecida e revoltada com a situação. Foram explicados os procedimentos e percurso perioperatório que ouviu mas sem valorizar muito. No final perguntou se eu ia estar com ela no bloco e se ainda poderia falar com o cirurgião antes da cirurgia. Respondi-lhe que a receberia no bloco e que depois estaria no recobro comigo, prometendo-lhe que a poria em contacto com o cirurgião antes de entrar para a SO.</p>
Aprendizagens	<p>Por vezes temos de ter a sensibilidade de perceber se a doente precisa mais de nos ouvir ou de ser escutado.</p>

VPO n.º: 5

Pessoa: M. F. M., 53 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – Tumor sólido do ovário

Antecedentes Pessoais: HA; Rinite alérgica; Depressão medicada

Proposta cirúrgica: Laparoscopia diagnóstica/ooforectomia/Ex. ext./eventual cirurgia radical

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 16h30 Fim: 17 h	Tempo total: 30 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Na enfermaria, junto à cama da doente. Estava presente a filha.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e expus o objetivo geral da visita (esclarecimento de duvidas ou expressar preocupações). Está informada acerca da intervenção cirúrgica, e preocupada porque sabe que a cirurgia pode não ser por laparoscopia e que isso significa que o exame extemporâneo pode ser positivo o que implica um outro diagnóstico e uma outra recuperação. No entanto, está consciente de que se assim for será para seu bem e para se tratar.Foi informada acerca dos procedimentos e percurso perioperatório.	
Aprendizagens	Importante a capacidade para ouvir as preocupações da doente.	

VPO n.º: 6

Pessoa: M. M. R. J., 45 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – Doença inflamatória da mama esq.

Antecedentes Pessoais: irrelevantes

Proposta cirúrgica: Tumorectomia (excisão de lesão da mama)

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 16h30 Fim: 17 h	Tempo total: 30 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Na enfermaria de 5 camas, junto à cama da doente. Puxei o cortinado que separa as camas, numa tentativa de individualização do espaço. Fiquei de pé. Fomos interrompidas duas vezes: um assunto de serviço com a Sra. Enf. Chefe e um telefonema do bloco operatório para mim.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e expus o objetivo geral da visita (esclarecimento de dúvidas ou expressar preocupações). Utente estava sentada na sua cama. Um pouco ansiosa, sem fixar o olhar em mim. Está preocupada com o resultado da cirurgia. Incomoda-a o fato de ter o mamilo retraído e espera que esta cirurgia resolva essa situação. Referiu já ter estado mais ansiosa quando entrou, mas que já tinha estado uma médica a falar com ela e que lhe explicou o que iam fazer, pelo que ficou um pouco mais calma. Foi informada acerca dos procedimentos e percurso perioperatório.	
Aprendizagens	A escolha do local é importante. A enfermeira deve adotar uma posição de maior disponibilidade. O fato de ficarmos de pé significa que estamos ali por pouco tempo, mostrando pouca disponibilidade para escutar.	

VPO n.º: 7

Pessoa: O. M. M. L., 44 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – Tumor filoide mama drt.

Antecedentes Pessoais: não tem

Proposta cirúrgica: Tumorectomia mama drt.

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 15h30 Fim: 16 h	Tempo total: 30 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Na enfermaria de 5 camas, junto à cama da doente.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	<p>Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e expus o objetivo geral da visita (esclarecimento de duvidas ou expressar preocupações).</p> <p>Utente estava junto à sua cama, com a mala da roupa aberta em cima da cama. Começou por responder que estava informada acerca da cirurgia que ia fazer, dizendo-o por palavras suas. Muito ansiosa, chora enquanto mexe nos seus pertences mas sem um objetivo, demonstrando alguma inquietação. Perguntei-lhe o que mais a preocupava, no sentido de dirigir o meu discurso para algum esclarecimento, ao que a doente respondeu entre lágrimas: “é isto tudo...não sei bem...desculpe”. Quando a doente acalmou, fez algumas questões acerca do soro e de outras procedimentos perioperatórios aos quais fui respondendo e informando, introduzindo outros também importantes para melhor esclarecimento da utente.</p>	

	<p>Preocupada também pelo fato de poder estar sozinha no recobro. Foi esclarecida que isso não aconteceria porque está sempre uma enfermeira com as doentes no recobro.</p> <p>Agradeceu a visita, mas senti que esta doente ficou ainda muito ansiosa; no entanto terminei a visita porque achei que naquele momento a doente precisava de um espaço para ela, uma vez que o seu comportamento e as suas palavras assim o demonstravam.</p> <p>Depois de ver as outras doentes da mesma enfermaria, passei pela cama da D. O. que estava então acompanhada pelo seu marido. Este questionou-me acerca do horário da cirurgia e de como poderia obter informações de como teria decorrido a cirurgia. Furneci o número de telefone do bloco e referi que caso pretendesse falar com o médico teria de vir durante a manha, indicando também a forma como teria de fazer. O Sr. agradeceu, e despedi-me dos dois.</p>
Aprendizagens	<p>Mais uma vez a escolha do local é muito importante, sobretudo para estes casos em que a doente está muito ansiosa, e provavelmente não sentiu o à vontade suficiente para desabafar tudo o que a preocupava. Portanto, levar a doente para um local mais silencioso e de maior privacidade tem benefícios para a doente e mesmo para a própria enfermeira, que poderá ter outro poder de ajuda somente pelo fato de a doente também estar mais à vontade.</p>

VPO n.º: 8

Pessoa: M. G. B. S. C., 63 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – Adenocarcinoma do endométrio

Antecedentes Pessoais: artroses nos joelhos, HA medicada, obesidade, IVP, próteses dentaria e visual. Toma medicação.

Proposta cirúrgica: HA+AB+ ex. ext. com eventual linfadenectomia

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 15 h Fim: 15h30	Tempo total: 30 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Na enfermaria de 5 camas, junto à cama da doente. A filha estava presente.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e expus o objetivo geral da visita (esclarecimento de duvidas ou expressar preocupações). Utente deitada na sua cama, com a sua filha à cabeceira. Expressou a sua maior preocupação dizendo que tem “medo de sofrer” e “da dor” no pós-operatório. Foi esclarecida quanto ao fato de haver vários medicamentos à disposição para retirar a dor (analgésicos). Verbalizou ainda que achava estranho, ela ser tão preocupada com a sua saúde, ir ao médico todos os anos e de repente de um ano para o outro “apareceu o carcinoma...cancro”. “Até fui falar com a médica, mas de fato ela era tão ansiosa...”. A filha também questionou se “isto” poderia aparecer assim de repente. Ambas pareciam questionar a competência da médica que a tem seguido. Quanto a este facto,	

	<p>pronunciei-me dizendo que é possível estas situações serem detetadas de uma consulta para a outra, e que é importante que se detete a tempo de realizar um plano terapêutico compatível com a cura total da doença. Neste caso, por exemplo, o tumor pode ainda não ter invadido e estar circunscrito às paredes do útero, pelo que realizando uma HÁ+AB, a situação pode ficar resolvida e não haver necessidade de mais nenhum tratamento; ou haver de fato alguma invasão e ter que se fazer quimio ou radio. A utente e a filha verbalizaram que estavam informadas pela médica que isso poderia acontecer.</p> <p>Foi explicado os procedimentos e percurso peri operatório.</p>
Aprendizagens	A escolha de um local calmo é muito importante.

VPO n.º: 9

Pessoa: M. G., 50 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diag – Tumor ovário drt./endometrioma

Antecedentes Pessoais: Escoliose, Hepatite C, Alterações cardíacas?

Proposta cirúrgica: Quistectomia Ovário / Anexectomia drt. por laparoscopia

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Conduziu a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 15h30 Fim: 16h30	Tempo total: 1 h
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Na enfermaria de 5 camas, junto à cama da doente.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	Esta doente apercebeu-se que eu era enfermeira do bloco e que estava a falar com a doente do lado, e, por alguma razão que não cheguei a perceber qual, pareceu querer evitar-me, uma vez que no final da VPO à doente da cama do lado, a D. G. levantou-se da sua cama onde esteve sempre deitada, e dirigiu-se em direção à porta da enfermaria. Eu entretanto chamei-a e ela olhou para trás com um ar um pouco comprometido. Voltou para a sua cama onde se deitou e iniciámos a VPO com a sua permissão. Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e expus o objetivo geral da visita (esclarecimento de dúvidas ou expressar preocupações). Fez muitas questões, colocou muitas dúvidas. Estava ciente da cirurgia que iria realizar no dia seguinte, no entanto preocupada com a última ecografia que ainda não havia sido vista por nenhum dos médicos e que revelava alterações no ovário contra lateral ao que ia ser	

	<p>operada. Acalmei-a, dizendo-lhe que iria mostrar ainda esse exame e que não seria operada sem ser visto por um médico. Por acaso, estava um cirurgião na enfermaria que esclareceu logo essa dúvida com a D. G., bem como outra dúvida que se estava a levantar, uma vez que a proposta cirúrgica não era esclarecedora quanto ao método cirúrgico (laparotomia ou laparoscopia). Ficou esclarecido que seria por laparoscopia e só se avançaria para laparotomia caso não se conseguisse pela primeira hipótese. Em relação à anestesia refere que tem algum receio e que “não dá jeito morrer agora. Vou ser avó, e a minha filha vem visitar-me em dezembro”. Refere ter receio de perder o controlo sobre si mesma durante a anestesia geral. Foram muitas as questões abordadas por esta utente, entre as quais a posição em que seria realizada a cirurgia uma vez que tem escoliose e que algumas posições são-lhe particularmente dolorosas. Ficou então assente que eu teria a preocupação de avisar a equipa da SO para que fosse posicionada numa determinada posição compatível com a cirurgia e confortável para a doente. Fiz-lhe pela última vez a questão se teria ainda alguma dúvida ao que me respondeu que não. É de referir que a D. G. tem um sentido de humor apurado e que esteve sempre com um sorriso muito aberto, que referiu no entanto não ser por isso que estaria menos ansiosa. Despedi-me. Quando já ia a sair pela porta da enfermaria, a doente chamou-me e pediu que retirasse ainda algumas dúvidas relativas ao pós-operatório (pensos, pontos, sinais de alerta), que foram retiradas em conjunto com a doente do lado que ia ser submetida ao mesmo tipo de cirurgia (laparoscópica).</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Aprendizagens	<p>Esta doente estava realmente muito ansiosa, e só me apercebi de fato do grau de ansiedade no pós-operatório em que acompanhei a doente no recobro e quando acordou da anestesia começou a chorar convulsivamente. Quando questionada acerca da razão desse comportamento e em que poderia ajudar, a D. G. disse: “é apenas descomprimir...não sei se isto é ainda um sonho ou se é a realidade”. É muito difícil em algumas utentes apercebermo-nos do grau de ansiedade na altura da VPO.</p>
---------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VPO n.º 10

Pessoa: S. A., 40 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – Tumor ovário esq.

Antecedentes Pessoais: Nefrectomia drt.

Proposta cirúrgica: Anexectomia esq. por laparoscopia

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 17 h Fim: 17h30	Tempo total: 30 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Na enfermaria grande. Conseguimos isolarmo-nos junto à mesa de refeições, onde não estava ninguém. S/ intercorrências	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e expus o objetivo geral da visita (esclarecimento de dúvidas ou expressar preocupações). Está informada acerca da cirurgia e do tipo de anestesia. Preocupada com o fato de ser a 1.ª vez que é operada em hospital público, não gostando da ideia de ser operada por um aluno de medicina, ou um não especialista. Esclareci que o cirurgião que estava marcado era um especialista e o mais qualificado na instituição para aquele tipo de cirurgia (aliás, a quem o seu médico particular tinha recomendado). Foi informada acerca dos procedimentos e percurso pós-operatório. Agradeceu a visita e eu desejei que ficasse agradada com os serviços prestados.	

Aprendizagens	<p>É importante a confiança e a segurança com que se transmitem as informações, bem como a linguagem utilizada. Omiti o fato do cirurgião principal ser ajudado por internos da especialidade porque achei que isso poderia afetar o seu grau de confiança, aumentando a ansiedade. Por isso, dei ênfase ao facto do cirurgião principal ser o especialista a quem o seu médico particular tinha recomendado.</p>
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VPO n.º: 11

Pessoa: P. C., 67 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – Adenocarcinoma do endométrio

Antecedentes Pessoais: Diabetes e HTA medicada

Proposta cirúrgica: HA+AB+ex. ext. +linfadenectomia

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 15 h Fim: 15h25	Tempo total: 25 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Na enfermaria grande. Junto à cama da doente. Esta encontrava-se deitada. S/ intercorrências	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e expus o objetivo geral da visita (esclarecimento de dúvidas ou expressar preocupações). Disse com alguma incerteza na sua expressão que pensava que iam “limpar tudo por dentro”, ao que questionei o que era para si “limpar tudo”. Referiu que achava que tinha um fibromioma e que por essa razão o médico tinha dito que ia “tirar tudo”. Voltei a querer saber se a doente sabia o que era “tirar tudo”, e esta confirmou que seria retirar útero e ovários. Deste diálogo, depreendi que a doente talvez não soubesse que o seu diagnóstico é adenocarcinoma do endométrio, referindo que a razão da sua cirurgia é porque tem perdas hemorrágicas e leucorreia com cheiro fétido. Este último sintoma, incomoda-a muito e espera resolver com a cirurgia. Refere confiar nos médicos e restante equipa para resolver o seu problema atual. Não	

	<p>senti em qualquer altura da VPO que esta doente soubesse que tem uma doença oncológica.</p> <p>Foi informada acerca dos procedimentos e percurso pós-operatório.No final, agradeceu a visita.</p>
Aprendizagens	<p>Refleti no final desta VPO, se pertencerá ao enfermeiro peri operatório informar este tipo de doentes que parecem ou não estar informados acerca do diagnóstico de doença oncológica ou não quererão falar dela dessa forma (negação). Até porque na grande maioria das vezes, a histerectomia resolve definitiva ou temporariamente a situação, não sendo necessário outros tratamentos tais como radio ou quimioterapia. É diferente de uma mastectomia, por exemplo, em que necessariamente a doente se apercebe que sofre de doença oncológica.</p> <p>Mais tarde, depois de falar com o cirurgião responsável pela ginecologia oncológica, ele referiu que em alguns casos prefere dar o diagnóstico real depois da cirurgia juntamente com o resultado da anatomia patológica, uma vez que na maioria dos casos a histerectomia resolve a situação oncológica não necessitando de outros tratamentos e evitando uma maior ansiedade pré-operatória.</p>

VPO n.º: 12

Pessoa: M. T. T., 62 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – Adenocarcinoma do endométrio

Antecedentes Pessoais: taquicardia; rinite alérgica; ansiedade; toma sedoxil

Proposta cirúrgica: HA+AB+lavado e ex. ext.

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 15h45 Fim: 16h30	Tempo total: 45 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Na enfermaria grande. Junto à cama da doente. Esta encontrava-se deitada. S/ intercorrências	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e apresentei o objetivo geral da visita (esclarecimento de dúvidas ou expressar preocupações). Referiu de imediato que o seu maior medo é o de não acordar da anestesia. Após falarmos um pouco acerca da anestesia e dos dois possíveis métodos anestésicos, a doente teve necessidade de falar sobre os problemas que a preocupam: o marido que está internado tendo sido submetido a 2 cirurgias seguidas (oftalmológica e abdominal para retirar a vesícula); o acidente de automóvel que os dois sofreram e que de certa forma esteve na origem da cirurgia oftalmológica a que o marido foi submetido. A sua história clínica atual do adenocarcinoma, iniciou-se com um pólipos diagnosticado há alguns anos e que durante esse tempo nunca a aconselharam a retirar uma vez que era muito pequeno. Agora tem de fazer a histerectomia por	

	<p>adenocarcinoma (utilizou a palavra correta quando se referiu ao seu diagnóstico). Diz que gosta muito “de ajudar os outros”, mas que não gosta “de maçar os outros com os seus problemas” (chorou). Disse-lhe que é bom ajudar os outros mas que por vezes somos nós que precisamos dessa ajuda e devemos estar prontos para a receber e que era essa a razão da minha presença ali, para a ajudar a enfrentar aquela etapa da sua vida. Agradeceu.</p> <p>Foi informada acerca dos procedimentos e percurso pós-operatório.</p>
Aprendizagens	Importante a disponibilidade para escutar.

VPO n.º: 13

Pessoa: A. A., 62 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – tumor papilar mama esq.

Antecedentes Pessoais: Alérgica a penicilina; HTA medicada; Apendicectomia; HV+AE

Proposta cirúrgica: Tumorectomia

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 16h30 Fim: 17 h	Tempo total: 30 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Na enfermaria pequena. Utente encontrava-se sentada no cadeirão. As restantes doentes da enfermaria não se encontravam.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e expus o objetivo geral da visita (esclarecimento de dúvidas ou expressar preocupações). A D. A. encontrava-se bem-disposta, com um discurso muito positivo e informada sobre toda a sua situação. Refere que tem sido sempre bem informada por médicos e enfermeiros. Gosta de ser informada atempadamente e sem falar do que pode vir a acontecer. Aguarda esta cirurgia e o seu resultado com muita calma, esperando que não seja nada maligno. Se for, logo saberá o que fazer. Refere ainda não gostar de ouvir falar de experiências de outras pessoas relativamente a este tipo de doenças porque diz que “cada caso é um caso”. “Gosto de ser informada por quem me saiba informar, por exemplo a Sra. Enf. está aqui para me informar e será a pessoa indicada para me falar sobre a cirurgia”. Foi informada acerca dos procedimentos e percurso pós-operatório.	
Aprendizagens	Disponibilidade. Importância da informação ser dada a seu tempo.	

VPO n.º: 14

Pessoa: L. V. V. O., 70 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – tumor do ovário

Antecedentes Pessoais: rinite alérgica; litíase renal; artroses na coluna. Próteses dentária e visual

Proposta cirúrgica: HA+AB+ex. ext.

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 17h30 Fim: 18h30	Tempo total: 1 h
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Na enfermaria pequena. Utente encontrava-se sentada no cadeirão.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	<p>Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e expus o objetivo geral da visita (esclarecimento de dúvidas ou expressar preocupações).</p> <p>Expressão desgostosa e sempre com um fâcies constrangido. Está preocupada com o resultado da cirurgia, uma vez que este pode ser maligno. Viu umas análises que falam de tumor de ovário de alto risco.</p> <p>Falou muito sobre as suas experiências anteriores, contando todo o percurso desta doença com todos os pormenores. Teve inclusive necessidade de falar sobre a sua relação conjugal dizendo que já passou por muito (ciúmes e maus tratos por parte do marido). Falou também dos maus tratos do seu pai sobre a sua mãe.</p> <p>Esta utente encontrava-se preocupada com a cirurgia, mas tinha sobretudo necessidade de falar e ser escutada. Diz passar muitas horas sozinha.</p>	

	Pouco receptiva/interessada na informação sobre os procedimentos peri operatórios, interrompendo constantemente e mudando o rumo da conversa.
Aprendizagens	Disponibilidade para escutar. Por vezes os doentes parecem pouco receptivos ou mesmo não interessados em obter as informações sobre os procedimentos e percurso peri operatórios.

VPO n.º: 15

Pessoa: B. M. G., 15 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – Tumor ovário. drt. (suspeita de neoplasia)

Proposta cirúrgica: Quisto ov. Drt por laparotomia c/ ex. ext.

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 17 h Fim: 17h30	Tempo total: 30 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Na enfermaria pequena. Utente encontrava-se sentada junto à mesa de refeições.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	<p>Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e expus o objetivo geral da visita (esclarecimento de duvidas ou expressar preocupações).</p> <p>Assim que me apresentei, ficou com um semblante muito tenso e as lágrimas vieram-lhe aos olhos. Perguntei se preferia esperar que os seus pais viessem uma vez que estes não estavam presentes e que, segundo a doente tinham ido almoçar. Referiu que não era preciso, mas que estava com “muito medo”. Perguntei qual seria o seu maior receio, mas a Barbara não sabia especificar. Era medo de tudo porque tudo era desconhecido, uma vez que, segundo ela nunca foi operada. Optei por não entrar muito em pormenor relativamente à técnica cirúrgica e cirurgia em si, uma vez que a Bárbara é muito jovem e eu desconhecia por completo o que os pais e médicos teriam falado com ela. Por outro lado, o medo não a deixava abrir-se e</p>	

	<p>pouco falou durante a visita, mesmo quando a questioneei acerca do que sabia da cirurgia.</p> <p>Esteve sempre pouco comunicativa e pouco receptiva até ao carinho que tentei transmitir.</p> <p>Foi informada acerca dos procedimentos e percurso pós-operatório, de uma forma sumária uma vez que tudo parecia assusta-la mais ainda.</p>
Aprendizagens	<p>Não senti que a Bárbara tivesse ficado esclarecida e menos ansiosa após a visita. Esta menina só acalmou depois da cirurgia, mantendo-se pouco comunicativa e pouco receptiva ao carinho e palavras afáveis que tentei transmitir.</p>

VPO n.º: 16

Pessoa: M. F. B. A., 58 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – Carcinoma do colo do útero

Proposta cirúrgica: HA+AB com ex. ext.

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 16 h Fim: 16h30	Tempo total: 30 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Na enfermaria pequena. Utente encontrava-se sentada junto à mesa de refeições.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	<p>Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e expus o objetivo geral da visita (esclarecimento de dúvidas ou expressar preocupações).</p> <p>Utente informada acerca da intervenção a que vai ser submetida. Foi-lhe diagnosticado um CIN III após conização e uma vez que invadia o endométrio vai agora ser submetida a HÁ+AB. Segundo a doente “o pior é a palavra oncologia” e explica que foi encaminhada para a consulta de oncologia sem ter sido previamente informada do seu diagnóstico. Quando chegou à consulta leu a placa informativa e ficou muito assustada.</p> <p>Foi informada acerca dos procedimentos e percurso pós-operatório.</p>	
Aprendizagens	Importância da comunicação das más notícias no timing certo e no local certo.	

VPO n.º: 17

Pessoa: M. C. S. G. P., 68 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – nódulo mama esq.

Antecedentes Pessoais: MRD em 2008 seguida de quimioterapia

Proposta cirúrgica: Exérese de nódulo da mama esq.

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 16 h Fim: 16h30	Tempo total: 30 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Na enfermaria pequena. Utente encontrava-se sentada junto à mesa de refeições, juntamente com as outras utentes. Pedi-lhe que me acompanhasse até um canto da enfermaria onde está um sofá e uma cadeira.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e expus o objetivo geral da visita (esclarecimento de dúvidas ou expressar preocupações). Já retirou a mama drt. e passou por um percurso complexo com tratamento de quimioterapia pós cirurgia, desta vez diz estar mais ansiosa, com receio de ter de passar por tudo outra vez. “Os tratamentos custam muito”. Emociona-se e chora. Espera que “não seja nada de mau”. Conta que quando foi diagnosticado este nódulo, inicialmente os médicos pensaram em não retirar e ir vigiando. Mais tarde, em discussão de grupo, foi decidido retirar. Relativamente à anestesia sabe que irá ser com anestesia geral, e que da outra vez só se lembra de pensar no seu marido, filhos e netos. Volta a emocionar-se e chora novamente. Foi informada acerca dos procedimentos e percurso pós-operatório.	
Aprendizagens	Disponibilidade para escutar.	

VPO n.º: 18

Pessoa: V. C. M., 45 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico – Carcinoma do endométrio

Antecedentes Pessoais: Hepatite C, Ex toxicodependente, laparoscopia para quistectomia do ovário.

Proposta cirúrgica: HA+AB

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 16 h Fim: 16h30	Tempo total: 30 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Na enfermaria grande. Utente encontrava-se sentada na sua cama na companhia da mãe e da filha.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	<p>Reconhecemo-nos desde a última cirurgia. Está informada. Quis saber a hora da cirurgia e quanto tempo iria demorar. Foi esclarecida. A mãe interveio dizendo que “mais valia terem tirado tudo da outra vez”. Expliquei a razão por que tinha sido assim, uma vez que a D. H. (mãe da utente) estava a concluir que a decisão médica tinha sido errada. No entanto, a senhora continuou a insistir que o fato de ter sido por laparoscopia é que tinha levado a que os médicos não vissem corretamente o problema da sua filha. Esclareci que o que levou a uma segunda cirurgia mais radical, foi o resultado da anatomia patológica do quisto retirado na 1ª cirurgia. Ficou esclarecida e agradeceu.</p> <p>A filha da D. V. e a sua mãe quiseram também saber o horário das visitas.</p> <p>Foi informada acerca dos procedimentos e percurso</p>	

	<p>pós-operatório.No final da VPO, houve ainda espaço para falarmos um pouco sobre outros assuntos, nomeadamente a D. H. referiu que gostaria que a sua neta, ali presente, tivesse seguido a carreira de enfermagem. No entanto, ela optou por ser professora primária com muita pena da avó. A neta por sua vez está contente com a sua opção e refere que todos os enfermeiros têm de passar pelo ensino primário, sendo que a sua profissão está na base de tudo.</p>
Aprendizagens	<p>Importante o esclarecimento de dúvidas à família da doente.</p>

VPO n.º 19

Pessoa- A. C. R., 63 anos

Serviço – Internamento de Ginecologia

Diagnóstico- Neoplasia do útero

Antecedentes Pessoais: HTA medicada; ansiedade; artroses; prótese dentária;

Proposta cirúrgica – HA+AB com lavado e ex. ext.

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 15 h Fim: 15h30	Tempo total: 30 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Enfermaria grande. Sentamo-nos as duas isoladamente num canto da enfermaria.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e comecei por referir os objetivos iniciais da VPO. A D. A. agradeceu e começou por dizer que se sente muito apoiada nesta instituição por todos os profissionais. Seguidamente disse que o seu maior receio desde que soube o diagnóstico de doença maligna é morrer. O seu marido morreu numa operação, pelo que tem medo da morte pelo diagnóstico e pela anestesia. Conversamos acerca do tipo de anestesia e a D. A. referiu ter ficado mais calma. Falou da sua doença com conhecimento de causa, referindo-se ao diagnóstico utilizando as palavras “tumor maligno”. No final disse: “estou muito mais calma depois de falar consigo; é bom termos alguém com esta disponibilidade”.	

Aprendizagens	Disponibilidade. Sentar junto do doente e sobretudo escutar o que as doentes têm para nos dizer, pois é também nas suas palavras que vamos encontrar as suas necessidades. No caso desta doente, com os antecedentes da morte do seu marido numa cirurgia, havia que transmitir segurança, falar sobre a sua doença mostrando que estamos por dentro da situação e sobretudo falar dos procedimentos de bloco, nomeadamente a anestesia com conhecimento de causa e explicando o que a doente precisa saber.
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VPO n.º 20

Pessoa: C. U. S. T., 68 anos

Serviço: Internamento de Ginecologia

Diagnóstico: Neoplasia do útero (adenocarcinoma do endométrio)

Antecedentes Pessoais: Apendicectomia; quistectomia do ovário dto; gastrectomia parcial; colecistectomia; nódulo da mama; tireoidectomia

Proposta cirúrgica: HA+AB com lavado e ex. ext.

Pessoas Presentes na VPO	Nome: Enf. Cristina Nero	O que fez? Realizou a VPO
Tempo gasto na VPO	Início: 16 h Fim: 17 h	Tempo total: 60 mn
Local onde foi realizada a VPO (descrever o espaço, ruído, luminosidade, pessoas presentes, intercorrências, do local onde a VPO foi realizada)	Enfermaria pequena. Sentamo-nos as duas isoladamente num canto da enfermaria.	
O diálogo que aconteceu entre os intervenientes da VPO (descrever <i>a posteriori</i> o modo como se iniciou, continuou e terminou a VPO anotando as expressões corporais e faciais se houver caso disso; informação fornecida e feedback do doente face à mesma)	Apresentei-me tratando-a pelo seu nome e comecei por referir os objetivos iniciais da VPO. A D. C. perguntou-me de imediato se eu queria ver os seus exames, o que me levou a pensar que de facto as doentes estão habituadas a que sejam os médicos a fazerem este tipo de abordagem. Disse-lhe que não precisava dos exames, repeti que era enfermeira do bloco operatório e que estava ali para conversar um pouco com ela sobre a sua cirurgia e esclarecer alguma dúvida que tivesse. Disse-me então que estava ali para ser operada porque tinha “quistos” acrescentando: “vão limpar-me a barriga”. Brinquei um pouco com a palavra limpar aproveitando que a doente se encontrava aparentemente bem-disposta. Pedi-lhe então que especificasse para ver se sabia o que ia ser feito, e a doente explicou que lhe iam retirar o útero e os ovários.	

	<p>Tem muitos antecedentes, pelo que teve necessidade de falar em pormenor sobretudo dos que a marcaram mais (tiroidectomia e apendicectomia). Referiu ter muito medo de passar frio, visto ter sido uma das coisas mais incomodativas nos pós operatórios por que já passou. Prometi que teríamos isso em conta e que a aqueceríamos tanto quanto possível durante e após a cirurgia. Expliquei a razão pela qual o bloco operatório é sempre frio. Informei acerca dos procedimentos e percurso perioperatório.</p>
Aprendizagens	<p>Disponibilidade para escutar. Por vezes, e sobretudo doentes mais idosas, têm muita necessidade de falar de experiências anteriores, e não estão muito recetivas a informações sobre a doença atual. Fuga? Negação? Ou simplesmente desabafo por solidão?</p>

**APÊNDICE 5 – GRELHA DE ANÁLISE DAS VISITAS PRÉ-
OPERATÓRIAS**

AREA TEMATICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Visita Pré-Operatória (A)	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de ser informado (A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre a cirurgia (A)
		<ul style="list-style-type: none"> • Sobre a doença (B)
		<ul style="list-style-type: none"> • Sobre procedimentos perioperatórios (C)
		<ul style="list-style-type: none"> • Sobre a anestesia (D)
	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de expressar medos (B) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre a anestesia • Sobre a doença oncológica
<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de partilhar problemas/preocupações (C) 		

APÊNDICE 6 - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

Sou aluna da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, onde me encontro a realizar um projeto intitulado “A Gestão da Informação efetuada pela Enfermeira na Visita Pré Operatória à mulher com cancro ginecológico que vai ser submetida a intervenção cirúrgica”, integrado no estágio do 3º semestre do Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Oncológica e que tem como finalidade reativar a Visita Pré-operatória (VPO) às mulheres com cancro ginecológico e da mama intervencionadas no Bloco Operatório, de uma forma estruturada, objetiva e tendo em conta as necessidades das próprias doentes.

Sei que na Instituição a que pertence, o Bloco Operatório onde exerce funções tem implementado uma norma para a VPO de Enfermagem, mas esta não é cumprida pelos enfermeiros de forma contínua, estruturada e regular. Preciso por isso de conhecer as razões para este incumprimento e se estas razões se mantêm ou diferem no caso de incumprimento da VPO às mulheres com cancro ginecológico, pedindo-lhe algum tempo para me dar a sua opinião por escrito da qual garanto o anonimato e a confidencialidade.

Agradeço desde já a sua disponibilidade.

Ana Cristina Nero

1 – IDADE:

2 - SEXO:

3 - FORMAÇÃO ACADÉMICA:

4 - N.º ANOS EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

5 - N.º ANOS EXPERIÊNCIA EM BLOCO OPERATÓRIO:

6 - Na última semana (de 2.º feira a domingo) quantas VPO realizou? _____
(aponte o n.º de visitas feitas).

7 - No último mês (dezembro) quantas VPO realizou? _____ (escreva o n.º de visitas feitas).

8 - Se a sua resposta às questões anteriores foi negativa, aponte pelo menos três motivos que a levam a não realizar a VPO.

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

9 - Na mesma sequência, aponte pelo menos três motivos que a levam a não realizar a VPO à mulher com cancro ginecológico.

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

10 - Que condições considera fundamentais que um bloco operatório reúna, para que os seus enfermeiros possam executar a VPO?

11 - Que vantagens tem a VPO para os doentes e para os profissionais de enfermagem que a executam?

Para os doentes:

Para os enfermeiros:

Grata pela sua colaboração

APÊNDICE 7 – PLANEAMENTO DA FORMAÇÃO

PLANEAMENTO DA FORMAÇÃO

TEMA: Visita Pré-Operatória (VPO)

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do Bloco de Ginecologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa

DURAÇÃO: 1h30mn.

DATA e HORA: 14 de fevereiro de 2013 às 14 h

LOCAL: Bloco Operatório.

OBJETIVOS

1. Sensibilizar os enfermeiros do BO para a realização da VPO.
2. Elaborar um plano estruturado para a realização da VPO pelas enfermeiras do BO.
3. Obter o compromisso dos enfermeiros relativamente ao dia em que se vai iniciar a realização da VPO.

FORMADORA: Ana Cristina Nero

METODOLOGIA:

- Método expositivo
- Método participativo recorrendo à dinâmica de grupo

DESENVOLVIMENTO

1. Apresentação da metodologia a utilizar e distribuição do material necessário (Canetas, folhas de papel e norma de serviço sobre VPO em suporte de papel). **(5 mn)**
2. Apresentação da norma de serviço existente sobre a VPO e implicações legais da sua não realização. **(10 mn)**
3. Exposição da atividade e experiência pessoal/profissional adquirida nos estágios e comparação com os conhecimentos que já detinha sobre a VPO. **(10 mn)**
4. Divisão em 2 grupos de trabalho que discutem entre si os parâmetros que estruturam a VPO **(30 mn)** (em cada grupo deve estar pelo menos um enfermeiro que já tenha realizado VPO): horário; local, no serviço de internamento, mais apropriado para a sua realização; enfermeiro mais indicado para a sua realização (Enf. instrumentista, circulante ou de anestesia); estrutura (indicar os momentos chave da visita); folha de registos (principais pontos que deve conter); outros.
5. Apresentação do trabalho efetuado por cada um dos grupos. **(20 mn – 10 mn para cada grupo)**

6. Discussão dos resultados obtidos e conclusão acerca da estrutura da VPO bem como o compromisso da equipa relativamente ao início de implementação da mesma. **(15 mn)**

APÊNDICE 8 – APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO

VISITA PRÉ OPERATÓRIA

ORIENTADORA: PROF. ALEXANDRA PINYO SANTOS
ORIENTADORA DO ESTÁGIO: ENF. OFÉLIA LOPES
DISSERTA: ANA CRISTINA NERO

OBJETIVOS

- ☐ Sensibilizar os enfermeiros do BOG para a realização da VPO.
- ☐ Elaborar um plano estruturado para a realização da VPO pelas enfermeiras do BOG.
- ☐ Obter o compromisso dos enfermeiros relativamente ao dia em que se vai iniciar a realização da VPO.

Ana Cristina Nero

VISITA PRÉ OPERATÓRIA

- ☐ Paixão de longa data (HDE)
- ☐ Começou por ser uma necessidade

Ana Cristina Nero

VISITA PRÉ OPERATÓRIA

- ☐ A intervenção cirúrgica tem um enorme peso para o indivíduo que vai ser intervencionado, quer seja por doença grave ou não.

Ana Cristina Nero

VISITA PRÉ OPERATÓRIA


- ☐ "A sala de operações é um meio enigmático, por ser o local onde se exerce um poder – o poder sobre a vida e sobre a morte"
AESOP, 2006
- ☐ "Tanto a anestesia como a intervenção cirúrgica são factores geradores de stress" e "esta percepção da anestesia e da intervenção cirúrgica varia de intensidade, segundo as pessoas e a existência de experiências prévias (positivas ou negativas) "
AESOP, 2006

Ana Cristina Nero

VISITA PRÉ OPERATÓRIA

- ☐ O enfermeiro perioperatório está em posição privilegiada para ajudar o doente no período pré operatório, detendo os conhecimentos técnicos para fornecer as informações que o doente pretende e as que o enfermeiro tem a percepção de serem úteis à passagem do doente pelo BO.

Ana Cristina Nero



partilha
esperança
amor
coragem
qualidade
alegria

VISITA PRÉ-OPERATORIA


14/2/13

14/2/13

Ana Cristina Nero

□ É necessário que o enfermeiro perioperatório se desloque até ao doente, conhecendo-o e detetando as suas necessidades no período pré-operatório, de forma a satisfazê-las em tempo útil antes da cirurgia.

□ Esta intervenção de enfermagem é válida para qualquer tipo de cirurgia e qualquer doente.




partilha
esperança
amor
coragem
qualidade
alegria

VISITA PRÉ-OPERATORIA

14/2/13

Ana Cristina Nero

□ É necessário que o enfermeiro perioperatório reflita sobre todas as suas funções, não desconsiderando umas em prol de outras e avaliando prioridades que coloquem sempre o doente e a satisfação imediata das suas necessidades em primeiro lugar.



partilha
esperança
amor
coragem
qualidade
alegria

VISITA PRÉ-OPERATORIA

14/2/13

Ana Cristina Nero

□ A VPO é um momento decisivo para o planeamento porque "...é a base para planificar uma ajuda individualizada e estabelecer objectivos de actuação"

AESOP, 2006, citando ATKINSON




partilha
esperança
amor
coragem
qualidade
alegria

VISITA PRÉ-OPERATORIA

14/2/13

Ana Cristina Nero

□ Com a prática, o enfermeiro perioperatório adquire competências que o ajudam a interpretar as necessidades imediatas do doente durante a VPO, atuando depois em conformidade satisfazendo essas mesmas necessidades.



partilha
esperança
amor
coragem
qualidade
alegria

VISITA PRÉ-OPERATORIA

14/2/13

Ana Cristina Nero

□ "Necessidade é definida operacionalmente como um estado de carência do paciente que, quando suprido, alivia ou diminui o seu problema imediato ou aumenta o seu sentido de adequação e bem-estar"

Orlando, 1978




partilha
esperança
amor
coragem
qualidade
alegria

VISITA PRÉ-OPERATORIA

14/2/13

Ana Cristina Nero


□ O meu percurso no que respeita à realização da VPO, levou a uma estrutura da mesma baseada em princípios que fui observando e aprofundando através de pesquisa bibliográfica.



VISITA PRÉ OPERATÓRIA

- ❑ Garantia da qualidade dos cuidados perioperatórios
- ❑ Promoção do nível de desempenho e satisfação do enfermeiro perioperatório
- ❑ Satisfação das necessidades dos doentes
- ❑ Humanização dos cuidados no BO

14/2/13 Ana Cristina Nero



VISITA PRÉ OPERATÓRIA

- ❑ ESTRUTURA DA VPO

1. O enfermeiro de anestesia, consulta o programa operatório identificando quais são os doentes que irão ser intervencionados no dia seguinte na sua sala de operações, bem como o tipo de cirurgia a que vão ser submetidos.

14/2/13 Ana Cristina Nero




VISITA PRÉ OPERATÓRIA

- ❑ ESTRUTURA DA VPO

2. Desloca-se ao serviço de internamento e consulta previamente o processo do doente, retendo a informação clínica que já foi alvo de um levantamento de dados por parte de outros profissionais (médicos e enfermeiros)

14/2/13 Ana Cristina Nero




VISITA PRÉ OPERATÓRIA

- ❑ ESTRUTURA DA VPO

3. Apresenta-se ao doente, tratando-o pelo seu nome e explicando os objectivos da VPO. Enquanto isso, o enfermeiro já deve estar a avaliar o comportamento do doente (verbal e não verbal).

14/2/13 Ana Cristina Nero




VISITA PRÉ OPERATÓRIA

- ❑ ESTRUTURA DA VPO

4. Identifica as necessidades do doente, apresentando uma postura de disponibilidade e começando por ter a percepção dos conhecimentos deste acerca da sua intervenção cirúrgica e respetivos procedimentos perioperatórios.

14/2/13 Ana Cristina Nero




VISITA PRÉ OPERATÓRIA

- ❑ ESTRUTURA DA VPO

- 4.1 Um doente no período pré operatório pode pretender saber tudo sobre a sua cirurgia ou pode ter apenas necessidade de partilhar um sentimento ou preocupação com outro assunto que não esteja relacionado com a sua intervenção cirúrgica.

14/2/13 Ana Cristina Nero




VISITA PRÉ OPERATÓRIA

14/2/13

□ ESTRUTURA DA VPO

4.2 O enfermeiro perioperatório deve ter a flexibilidade e a sensibilidade para realizar este tipo de avaliação e agir de imediato em conformidade com cada situação.

Ana Cristina Nero



VISITA PRÉ OPERATÓRIA


14/2/13

□ ESTRUTURA DA VPO

4.3 É expectável que o doente consiga transmitir as suas necessidades. No entanto, “a investigação confirma que as necessidades frequentemente não são satisfeitas porque a comunicação do paciente é inicialmente inadequada”. Tão importante como satisfazer as necessidades do doente é saber identificá-las.

Orlando, 1978

Ana Cristina Nero




VISITA PRÉ OPERATÓRIA

14/2/13

□ ESTRUTURA DA VPO

5. Satisfazer de imediato as necessidades do doente identificadas, recorrendo à colaboração de outros técnicos de saúde (médico ou outro enfermeiro) se necessário.

Ana Cristina Nero



VISITA PRÉ OPERATÓRIA

14/2/13

□ ESTRUTURA DA VPO

5.1 A informação acerca dos procedimentos perioperatórios, correspondendo a um dos objetivos da VPO, deverá ser fornecida sempre que possível e sempre que o doente assim o desejar.

Ana Cristina Nero




VISITA PRÉ OPERATÓRIA

14/2/13

□ ESTRUTURA DA VPO

6. No final da VPO, o enfermeiro deve obter o feedback do doente confirmando se as suas necessidades foram satisfeitas.

Ana Cristina Nero




VISITA PRÉ OPERATÓRIA

14/2/13

CONCLUSÃO

O essencial na VPO é que o doente nos transmita verbalmente ou não as suas dúvidas/necessidades/problemas sendo estas esclarecidas /satisfeitas no decorrer da mesma, e que o contributo da enfermeira perioperatória vá além dos procedimentos técnicos de bloco operatório, atingindo a esfera dos sentimentos dos doentes e dos profissionais bem como o suporte psicológico ao doente.

Ana Cristina Nero




14/2/13

CONCLUSÃO

A enfermagem perioperatória tem como função "identificar as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, pôr em prática um plano de cuidados individualizado que coordene as suas acções, baseado no conhecimento das Ciências Humanas e da Natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e depois da cirurgia"

AESOP, 2006, citando a AORN, 1985

Ana Cristina Nero




14/2/13

CONCLUSÃO

O trabalho de enfermagem só se completa quando estão presentes na sua intervenção os aspetos da técnica e os aspetos psicológicos, contribuindo os últimos, no caso dos doentes cirúrgicos, para a humanização dos procedimentos no BO.

Ana Cristina Nero



14/2/13

CONCLUSÃO

Com a realização da VPO, a qualidade dos cuidados perioperatórios aumenta substancialmente e a visibilidade da enfermagem perioperatória cresce notoriamente.

Ana Cristina Nero



14/2/13

BIBLIOGRAFIA

- Orlando, I. J. (1978). O Relacionamento dinâmico Enfermeiro/Paciente. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Portugueses, A. E. (2006). Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Camarate: Lusodidata.

Ana Cristina Nero



14/2/13

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

Ana Cristina Nero

**APÊNDICE 9 – ESTRUTURA DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA
DESENHADA PELOS ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO**

**ESTRUTURA DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DESENHADA PELOS
ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO**

1. O enfermeiro de anestesia realiza a VPO aos doentes que vão ser intervencionados no dia seguinte, no final do programa operatório;
2. Consulta o programa operatório e os processos dos doentes;
3. Desloca-se à enfermaria e procura um lugar com privacidade para realizar a VPO;
4. Apresenta-se ao doente e explica os objetivos da visita;
5. Identifica as necessidades do doente e resolve-as no momento sempre que possível;
6. Aborda os tipos de anestesia possíveis;
7. Faz uma síntese dos procedimentos perioperatórios;
8. Adequa a sua linguagem ao doente;
9. Existência de um vídeo ou outra forma de mostrar imagens do bloco poderá facilitar.

ANEXO
NORMA DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA

