

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de**  
**Enfermagem Médico-Cirúrgica**  
**Área Específica de Intervenção em Enfermagem**  
**Oncológica**  
Relatório de Estágio

**A Capacitação para o autocuidado após a alta  
hospitalar da pessoa com doença oncológica submetida  
a cirurgia hepatobiliar**

**Vânia Cátia Lopes Afonso**

**Lisboa**

**2018**





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

Relatório de Estágio

**A Capacitação para o autocuidado após a alta  
hospitalar da pessoa com doença oncológica submetida  
a cirurgia hepatobiliar**

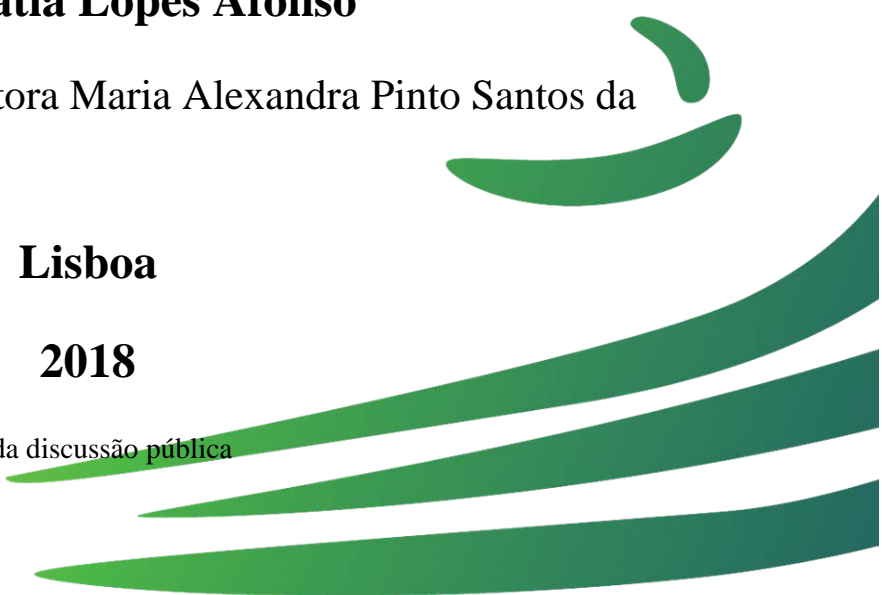
**Vânia Cátia Lopes Afonso**

Orientador: Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da  
Costa

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





“A capacidade de persistir num rumo, seja ele popular ou não, mede-se em coragem. Quanto maior for a coragem, maior será a possibilidade de operarmos mudanças.”

Mildred Pitts Walter em “The Horn Book”



## **AGRADECIMENTOS**

À ESEL, pelo contributo na minha formação e pelos meios e condições postas à disposição para a realização deste trabalho.

À minha orientadora pelo apoio, incentivo e encorajamento constante, pelas orientações e conselhos, bem como pela sempre presente ajuda e disponibilidade. Em particular à minha família, pelos ensinamentos de vida que me transmitiram, pelo encorajamento e ânimo nos momentos mais difíceis, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

Aos amigos e colegas de trabalho, pelo companheirismo, incentivo e ajuda durante o decorrer do mestrado.

Aos doentes que contribuíram para a elaboração deste trabalho.

**O meu obrigada!**



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>%</b>	-	Percentagem
<b>B-ON</b>		Biblioteca do Conhecimento Online
<b>CHC</b>	-	Carcinoma Hepatocelular
<b>CINAHL</b>	-	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
<b>CIPE®</b>	-	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
<b>DGS</b>	-	Direção Geral da Saúde
<b>CDE</b>		Código Deontológico do Enfermeiro
<b>EASL</b>	-	European Association for the Study of the Liver
<b>EBSCO</b>	-	Elton Bryson Stephens and Company
<b>EONS</b>	-	European Oncology Nursing Society
<b>ESEL</b>	-	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
<b>Et al.</b>	-	E outros
<b>INE</b>	-	Instituto Nacional de Estatística
<b>JQI</b>	-	Joint Quality Initiative
<b>MEDLINE</b>	-	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
<b>Nº.</b>	-	Número
<b>OE</b>	-	Ordem dos Enfermeiros
<b>OMS</b>	-	Organização Mundial de Saúde
<b>P.</b>	-	Página
<b>RNEHR</b>	-	Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência
<b>Vol.</b>	-	Volume
<b>SO</b>	-	Serviço de Observação



## RESUMO

O diagnóstico de doença oncológica hepatobiliar é frequentemente efetuado numa fase avançada, sendo o tratamento preferencialmente realizado através de cirurgia. Esta acarreta múltiplas alterações a nível biológico, psicológico, social, cultural e espiritual para a pessoa nas suas atividades de vida, interferindo na capacitação para o autocuidado após a alta hospitalar da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar. Perante o contexto descrito, surge a necessidade de promover o autocuidado da pessoa e organizar a alta hospitalar, que deve ser previamente planificada e sistematizada pela equipa de enfermagem, incluindo a participação ativa da pessoa e do seu cuidador. A problemática emergiu em contexto profissional baseado na reflexão das intervenções de enfermagem prestadas no serviço de cirurgia geral, onde surgiu a necessidade de melhorar a capacitação para o autocuidado, com a finalidade de colmatar os défices surgidos durante o período de internamento associados ao pós-operatório, determinando a seguinte questão de investigação: “O que deve conter o sistema de apoio e educação que capacite para o autocuidado a pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar após a alta hospitalar?”. O percurso realizado para desenvolver a metodologia de projeto foi definido ao longo de 4 campos de estágio, através de uma abordagem reflexiva e a um pensamento crítico, sustentado na Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem. Neste sentido, foram desenvolvidas competências na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica. O relatório compreende a apresentação de um programa educativo com vista à capacitação para o autocuidado através da elaboração de documentos de suporte (Guia de apoio à capacitação para o autocuidado da pessoa submetida a cirurgia hepatobiliar, Manual de apoio à capacitação para o autocuidado da pessoa submetida a cirurgia hepatobiliar e Plano de desenvolvimento à capacitação do autocuidado da pessoa submetida a cirurgia hepatobiliar) que teve como resultado o apoio da prática de cuidados e a promoção da capacitação para o autocuidado da pessoa.

**Palavras-chaves:** alta hospitalar; autocuidado; cirurgia hepatobiliar; educação em enfermagem; pessoa com doença oncológica



## **ABSTRACT**

The diagnosis of hepatobiliary cancer is often performed at an advanced stage, and the treatment is preferably performed through surgery. This method requires a multiple biological, psychological, social, cultural, and spiritual changes in the patient life activities, interfering in the capacitation for self-care after hospital discharge from the patient with oncological disease with hepatobiliary surgery. Given the context described, the requirement to promote self-care of the patient and to organize the hospital discharge arises, which must be previously planned and systematized by the nursing staff, including the active participation of the patient and his/her caretaker. The problem emerged in a professional context based on the nursing interventions reflection provided in the general surgery service. Where the necessity arose to improve the capacitation for self-care, with the purpose of filling the gaps. This gap could arise during the stay in hospital associated with the post-surgery that determines the research question: "What should contain the education support system that enable the patient self-care with cancer disease, undergoing hepatobiliary surgery after hospital discharge?". To develop the project a method was defined along 4 fields of expertise, through a reflexive approach and critical thinking, supported by the Theory of Self-Care Nursing Deficit of Dorothea Orem. This way, competencies in the area of Specialization in Medical-Surgical Nursing in the Oncological component were developed. The report includes the presentation of an educational program to provide support for the capacitation for the self-care. Support documents including: (i) Guide to support the patient self-care capacitation; (ii) Manual to support the patient self-care capacitation; and (iii) a Development plan for the patient self-care capacitation, resulted in the support the nursing care practice and the promotion of the patient self-care capacitation.

**Keywords:** hospital discharge; self-care; hepatobiliary surgery; education in nursing; oncological disease.



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	15
<b>1. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO</b>	29
<b>1.1 Execução das atividades delineadas</b>	30
1.1.1. Estágio num serviço de cirurgia oncológica	30
1.1.2. Estágio num serviço de cirurgia oncológica de cabeça e pescoço	40
1.1.3. Estágio num serviço de cirurgia geral	47
1.1.4. Estágio num serviço de consulta externa	52
<b>2. AVALIAÇÃO</b>	55
<b>3. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO</b>	57
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	61

## ANEXOS

Anexo I - Formação em serviço – Avaliação da sessão

## APÊNDICES

Apêndice I - Estudo de caso

Apêndice II - Guião de colheita de dados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e seu cuidador

Apêndice III - Resultados do Guião de colheita de dados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e seu cuidador (Estágio num serviço de cirurgia oncológica)

Apêndice IV - Checklist de capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a laringectomia total

Apêndice V - Resultados da Checklist de capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a laringectomia total (Estágio num serviço de cirurgia oncológica de cabeça e pescoço)

Apêndice VI - Resultados do Guião de colheita de dados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e seu cuidador (Estágio num serviço de cirurgia geral)

Apêndice VII - Reflexão segundo ciclo de Gibbs

Apêndice VIII - Guia de apoio à capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar

Apêndice IX - Manual de apoio à capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar

Apêndice X - Formação em serviço – Plano de sessão (A)

Apêndice XI - Formação em serviço – Sumário e presenças (A)

Apêndice XII - Acta de reunião de Focus Group (A)

Apêndice XIII - Plano de desenvolvimento na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar

Apêndice XIV - Formação em serviço – Plano de sessão (B)

Apêndice XV - Formação em serviço – Sumário e presenças (B)

Apêndice XVI - Acta de reunião de Focus Group (B)

## INTRODUÇÃO

Este relatório tem como finalidade apresentar o percurso efetuado nos estágios do 3º semestre do plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, área específica de intervenção em Enfermagem oncológica, demonstrando paralelamente a aquisição das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (OE, 2010b), de Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011), as recomendadas pela EONS (2013) para esta área de especialidade e de mestre, tal como são definidas pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo de Bolonha (JQI, 2004). Este percurso foi desenvolvido no interior de um projeto de intervenção intitulado “*A capacitação para o autocuidado após a alta hospitalar da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar*”.

Em Orem (2001) o autocuidado é definido como a forma do comportamento humano dirigido ao “cuidado pessoal diário requerido pelo indivíduo para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento” (p.20). Exigindo por parte da pessoa uma atitude favorável para alcançar o bem-estar, o que pressupõe vontade da pessoa para desenvolver as ações destinadas a colmatar os requisitos do autocuidado, mas também implica que haja conhecimento necessário à consecução desses objetivos (Orem, 2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-se para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra as doenças crónicas e incapacidades (OE, 2012).

O tema do projeto partiu da identificação de uma problemática presente em contexto profissional, que se originou na reflexão sobre os cuidados de enfermagem prestados no serviço de cirurgia geral, que é um centro de referência nacional<sup>1</sup>, hepato-bilio-pancreático e de transplantação, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas com doença oncológica que recorrem ao serviço para realizarem uma cirúrgica hepatobiliar.

---

<sup>1</sup> Segundo a Diretiva 2011/24/EU, de 9 de março, do Parlamento Europeu e do Conselho, um centro de referência é definido como uma “unidade prestadora de cuidados de saúde, com reconhecidos conhecimentos técnicos, na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade aos doentes com determinadas situações clínicas, que exigem uma especial concentração de recursos ou de conhecimento e experiência” (Ministério da Saúde, 2013, p.35).

Foram realizados vários momentos de debate entre os elementos da equipa de enfermagem, orientados pela enfermeira chefe tendo-se identificado a necessidade de melhorar a capacitação para o autocuidado após a alta hospitalar da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar de forma a colmatar os défices de autocuidado surgidos durante o período de internamento, como desvios de saúde associados ao pós-operatório. No serviço existem lacunas na preparação para a alta hospitalar resultantes da falta de sistematização de um programa educativo para a pessoa e cuidador durante o internamento para lidarem com estes desvios de saúde. É essencial que a alta seja organizada e previamente planificada, não se limitando a fornecer informação insuficiente, resultante do improvisado, da atividade acidental ou espontânea, mas informação adaptada a quem se dirige (Morais, 2010), devendo para isso o enfermeiro possuir um conhecimento prévio da pessoa, do seu ambiente e dos desvios de saúde. Assim o interesse da equipa de enfermagem, foi planear e organizar atempadamente a alta hospitalar, dado que esta é cada vez mais precoce, pelo que o tempo de preparação para a capacitação do autocuidado é cada vez mais reduzido, não se compadecendo com duplicações das intervenções de enfermagem.

Desde que iniciei a minha atividade profissional interessei-me por esta problemática, tendo tido um peso muito significativo na escolha do local onde hoje trabalho. Após uma primeira revisão bibliográfica verifiquei que existem poucos trabalhos sobre o tema, o que tornou o projeto mais interessante, e a sua implementação crucial, tanto a nível pessoal, como institucional, adquirindo uma pertinência acrescida.

A OMS em 2017, divulgou que em cada ano morrem 8,8 milhões de pessoas com cancro. O aumento significativo do número de doentes oncológicos resulta, em Portugal<sup>2</sup>, e segundo os registos conhecidos com valores relativos ao ano de 2015, na segunda causa de morte, com uma taxa de 24,5%, que corresponde a um aumento de 1,6% face a 2014 (INE, 2017). A taxa de mortalidade por tumor maligno do fígado e das vias biliares intra-hepáticas em 2015 foi de 6,8% (INE, 2017). Comparativamente a 2005 registou-se um aumento do número de mortos por cancro do fígado e vias biliares de 48% (Rede Nacional de Especialização Hospitalar e de

---

<sup>2</sup> Em Portugal, pese embora a mortalidade em 2015 tenha decaído cerca de 1,6%, surgem em primeiro lugar as mortes por doenças do aparelho circulatório que contabilizam cerca de 29% dos óbitos registados (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2017).

Referenciação (RNEHR, 2016), tendo a incidência, entre 2009 e 2014, aumentando cerca de 4% (Direção-Geral de Saúde (DGS), 2016). Para este aumento contribuem, segundo o RNEHR (2016), os fatores de risco da própria doença hepática, particularmente as infeções crónicas e os consumos excessivos de álcool e drogas.

A doença oncológica tem um forte impacto nas pessoas e sociedade (DGS, 2007) sendo considerada pela população em geral, uma doença grave, incurável e progressiva, que origina uma multiplicidade de problemas de ordem física, psicológica, emocional, social e espiritual, emergindo desta situação a necessidade de desenvolvimento de um plano de cuidados personalizado, onde impera a preservação da dignidade da pessoa e a garantia do seu bem-estar e qualidade de vida (Pereira, 2010). As características desta doença originam uma pesada carga para a pessoa e cuidador, existindo mesmo um preconceito por parte da sociedade (Felippe & Castro, 2015), ao qual está associado o desespero, a angústia e a morte, sendo que em algumas pessoas provoca mesmo sensações de repugnância e medo. São estas representações que influenciam a forma como a pessoa e os familiares experienciam todo o processo de adaptação à doença (Fonseca, Mira & Gato, 2007) o que nos leva a considerar o cancro como uma situação difícil, muitas vezes stressante e incapacitante, alterando completamente a vida e comprometendo a capacidade para o autocuidado da pessoa.

A pessoa com doença oncológica, independentemente da tipologia e estadiamento da doença, vivencia um percurso que contempla os espaços hospitalares, os tempos de espera, os ritmos dos tratamentos, os protocolos terapêuticos, os diversos procedimentos de diagnóstico e o ajuste constante de estratégias (Salgado, 2011), o que tem um forte impacto na prestação de cuidados hospitalares, ao envolver a utilização de muitos recursos na sua prevenção, tratamento e reabilitação (Alves, 2013), já para não falar dos custos crescentes com as novas linhas terapêuticas.

Trata-se de uma doença que alcança proporções verdadeiramente preocupantes, tornando-se num dos principais problemas de saúde da atualidade, com repercussões significativas para a qualidade de vida da pessoa e cuidadores, considerando-se este um apoio fundamental no acompanhamento ao longo do trajeto progressivo ou regressivo da doença oncológica (Carvalho, 2013).

No grupo das doenças oncológicas, encontra-se a doença oncológica

hepatobiliar. Pelo seu quadro clínico silencioso, manifesta-se em fase muito avançada, deixando poucas alternativas terapêuticas e evoluindo rapidamente, embora com os métodos de diagnóstico e terapêutica cada vez mais eficazes, se tenha vindo a prolongar de forma significativa o tempo de vida, não sem haver um forte impacto nos custos de saúde e em percurso de vida entrecortados por repetidos internamentos (Velosa, 2010).

A pessoa com doença oncológica hepatobiliar tem a sua vida afetada pela progressão e presença de complicações que impõe restrições na vida social, ocupacional e nas atividades diárias, tendo implicações no próprio desenvolvimento social, psicológico e económico (Anapaz, 2011). Às perturbações orgânicas e psíquicas decorrentes das disfunções hepáticas que alteram a consciência, associam-se frequentemente aspetos legais e morais inerentes ao elevado consumo de álcool (Ferreira, 2013) e drogas que estão na origem da doença hepática que antecede o tumor maligno. Os “internamentos repetidos, com alterações mentais (encefalopatia), ascite (muito incapacitante, com necessidade de paracenteses repetidas), hemorragia digestiva, infeções graves e recidivantes (peritonite bacteriana espontânea), por vezes em caquexia” (RNEHR, 2016, p.43) levam a decisões cirúrgicas. Estas pessoas pertencem frequentemente a grupos socioeconómicos desfavorecidos, com reduzido grau de literacia o que tem influência na capacidade para compreenderem a informação e adquirirem conhecimento, o que, por sua vez, pode aumentar a ansiedade e resultar em atrasos no diagnóstico, tratamento e menores taxas de adesão (Williams, Williams, Faver-Roling, Jonhson & Williams, 2011) também aos próprios programas educativos de preparação para a alta hospitalar.

É sabido que a insegurança, a incerteza, a perda de autonomia e o sentimento de incapacidade constituem fatores de rutura e desequilíbrio, tanto para a pessoa como para o cuidador (Anapaz, 2011; Carvalho, 2013) sendo conhecido (Pedersen, Koftved & Nielsen, 2012) que as pessoas referem sentir-se ansiosas, mesmo incapazes de gerirem de forma autónoma todas as implicações da doença oncológica, nomeadamente a capacidade de reterem informações sobre a doença, os tratamentos antineoplásicos e o controlo de sintomas, aos quais agora se acrescenta a cirurgia

hepatobiliar<sup>3</sup>).

Nem sempre a pessoa com doença oncológica hepatobiliar tem uma rede de apoio ou suporte familiar que o ajude a compreender as diferentes fases da doença e tratamentos, no entanto, e sempre que possível, os cuidados de enfermagem devem ser direcionados para a pessoa e seu cuidador, afim de diminuir o seu sofrimento, maximizar o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida (OE, 2010a). Dorothea Orem (1993, 2001) elucida os enfermeiros para eventuais períodos de impossibilidade do próprio doente se poder autocuidar para desenvolverem com a pessoa e seu cuidador sistemas de ação de autocuidado por método de ajuda no sentido de orientar, educar e promover bem estar biopsicossocial, mantendo um ambiente e desenvolvimento pessoal para a sua qualidade de vida.

De acordo com American Cancer Society (2015) o cancro hepatobiliar tem uma forte predominância masculina, sendo a prevalência entre os homens superior em 2,4% à das mulheres, com idade média de diagnóstico de 70 anos. A classificação internacional dos tumores (TNM) da American Joint Committee é a mais utilizada na prática clínica para classificar os cancros hepatobiliares, definindo a extensão da doença com detalhe (Edge & Compton, 2010). Em paralelo é utilizada também a classificação baseada na “pontuação de Child-Pugh<sup>4</sup>,” sendo uma medida da função hepática, especialmente em pessoas com cirrose, dado a incidência de casos de pessoas com esta doença que desenvolvem cancro hepatobiliar.

Os tumores malignos que se desenvolvem no sistema hepatobiliar (Tiferes & D'Ippolito, 2008; Pedrassa et al., 2014; Wagman, Roberson & Sampat, 2015) têm como principais fatores de risco: obesidade, estilos de vida sedentários, hepatices C, hepatite B, o consumo excessivo de álcool e/ou de drogas, colelitíase e colecistites, esteatose hepática, todos eles agentes oncogénicos bem reconhecidos pela OMS (RNEHR, 2016).

Dentro dos tumores hepáticos primários, temos o hemangioma hepático, o adenoma hepatocelular, a hiperplasia nodular focal e o carcinoma hepatocelular

---

<sup>3</sup> Definir cirurgia hepatobiliar é definida pela extração total ou parcial do fígado, vesícula e vias biliares, tendo como causa traumatismos internos ou externos, doença genéticas e tumores primários e secundários (RNEHR, 2016)

<sup>4</sup> Pontuação de Child-Pugh, avalia 5 fatores: o nível de bilirrubina no sangue, o nível de albumina no sangue, o tempo de protrombina, a presença de líquidos (ascite) no abdómen e se a doença hepática está a afetar a função cerebral. Com base nesses fatores, a função do fígado é dividida em 3 classes. Se todos esses fatores são normais, a função do fígado é denominada classe A. Anormalidades leves são chamadas de classe B e as anomalias severas são denominadas classe C (Benson et al., 2009).

(CHC) sendo este último o mais frequente cancro no fígado (Tiferes & D'Ippolito, 2008 & Ribeiro et al., 2007). O hemangioma é considerado como uma malformação vascular que se desenvolve por ectasia e não por desenvolvimento neoplásico (Moreira & Román, 2009). O adenoma é caracterizado pela proliferação de hepatócitos no fígado e tem como tratamento a ressecção cirúrgica por segmentectomia ou lobectomia como a melhor opção terapêutica (Guerra et al., 2007). A hiperplasia nodular focal, na totalidade dos casos, não tem indicação cirúrgica, mas apenas controlo da sintomatologia (Moreira & Román, 2009). Para Minicis e Mincis (2011) o consumo de álcool favorece o aparecimento do CHC, e é em pessoas com cirrose que este tumor se desenvolve, sendo responsável por 80% a 85% dos casos de tumores malignos primários (Sousa et al., 2012).

Dentro dos tumores hepáticos secundários, os mais frequentes são as metástases, considerando que o fígado é o segundo maior alvo de metástases provenientes de outros tumores sólidos, particularmente em doentes com carcinoma colorretal, pois cerca de 25% destes doentes desenvolvem metástases hepáticas (Dimitroulis et al., 2010), com cancro do pulmão, da mama e melanoma maligno (Neto, 2014). As pessoas com metástase hepática permanecem assintomáticas durante algum tempo, passando para uma fase em que os sinais e sintomas mais relevantes são: a dor no hipocôndrio direito, febre, emagrecimento, ascite, icterícia, pelo que os exames complementares são imprescindíveis para o diagnóstico precoce (Neto, 2014).

Segundo Neto (2014) e Dimitroulis et al. (2010) os doentes que apresentam metástases hepáticas, na sua maioria, são tratados com intenção curativa sendo a ressecção hepática a melhor escolha para o seu tratamento, pois permite um aumento da sobrevida aos 5 anos entre 26% a 49% (Martins, 2009). A hepatectomia é o tratamento mais seguro para lesões hepáticas malignas (Guerra et al., 2007), embora o estudo de Coimbra, Pires, Júnior, Diniz e Ribeiro (2011) tenha feito uma revisão dos avanços do tratamento das metástases hepáticas, refira outras estratégias para aumentar as ressecções, como a embolização da veia porta, a radiofrequência e a quimioterapia.

O cancro das vias biliares que inclui o carcinoma da vesícula biliar e o colangiocarcinoma, este considerado o tumor maligno com maior taxa de mortalidade (Sousa et al., 2012), tem sempre um mau prognóstico apesar dos avanços das

técnicas cirúrgicas (Jaramillo & Hoyos, 2009). O tratamento cirúrgico é a colecistectomia que pode incluir a remoção parcial hepática e drenagem biliar com intuito paliativo, seguido da radioterapia e/ou quimioterapia no sentido de diminuir o risco de recidiva (Sommers & Fannin, 2015).

O tratamento da doença oncológica hepatobiliar é ponderado segundo o seu estado e localização, mas grande parte deste tratamento pressupõe a intervenção cirúrgica (Macedo et al., 2008), com consequências para a pessoa e cuidador no seu quotidiano. Paralelamente, considera-se que a quimioterapia e radioterapia neoadjuvante e adjuvante, podem ser benéficas para o tratamento, uma vez que pode eliminar micrometástases e aumentar a ressecabilidade do cancro (Martins, 2016). No entanto quando o número de metástases é elevado ou existam metástases extra-hepáticas o tratamento é preferencialmente paliativo ou de suporte (Pedrosa, 2015).

Em consequência da intervenção cirúrgica e dos tratamentos adjacentes a pessoa é confrontada com a imposição de horários, dietas, medicação, regras e cuidados específicos, inúmeros condicionalismos e restrições, alterando as suas necessidades e requisitos de autocuidado (Anapaz, 2011; Carvalho, 2013).

A cirurgia acarreta complicações, que podem ocorrer em 10% a 31% dos casos, e são proporcionais à extensão e à complexidade operatória (Neto, 2014). As mais frequentes são as infeções da ferida cirúrgica, distúrbios biliares, insuficiência hepática e hemorragia (Stracieri, 2008), razões pelas quais os doentes do serviço onde exerço funções permanecem em vigilância hemodinâmica na unidade de cuidados intensivos, pelo menos nas primeiras 24 h após a cirurgia.

Pelo que se torna imperativo um programa educativo para estes doentes, enquanto metodologia de organização dos cuidados de enfermagem promotora da qualidade (OE, 2010a), que considerem os desvios causados pela cirurgia hepatobiliar, particularmente quanto aos cuidados de higiene, à mobilização, à alimentação, à eliminação, aos cuidados com a ferida cirúrgica e a otimização dos cuidados aos drenos, o controle da dor e de outros sintomas com o intuito de os capacitar, isto é terem habilidades e segurança para o autocuidado no domicílio (Martins et al., 2015). Na cirurgia oncológica, a dor é um dos sintomas mais referidos, dependente da localização específica da incisão, com intensidade proporcional à quantidade de tecidos afetados, que se exacerba face a atividades intrínsecas (respirar, tossir, movimentar-se) ou extrínsecas (realização de pensos, drenos)

(Valentim, 2008).

Devido às novas políticas de racionalização dos cuidados de saúde, onde os cuidados hospitalares se incluem, é pedido redução de custos e que se faça cada vez mais cuidados em ambulatório, o que tem vindo a tornar a alta hospitalar precoce, aumentando a responsabilidade dos cuidadores, maioritariamente familiares e da própria pessoa para o autocuidado, das atividades de vida diárias e na procura de comportamentos de saúde associados a outros requisitos de autocuidado, impondo-se-lhes a necessidade de serem capazes de gerir com êxito este novo processo saúde/doença causado pela cirurgia nesta fase da sua doença oncológica (Silva, 2007; Pompeo, Pinto, Cesarino, Araújo, & Poletti, 2007; Neves, 2012).

A alta hospitalar prepara-se desde o momento de admissão quando se colhem os dados sobre as práticas de autocuidado que a pessoa tem e o enfermeiro inicia ações educativas (Dalmolin et al., 2016), tendo em consideração os fatores que influenciam a aprendizagem da pessoa, como a ansiedade, a experiência de doenças anteriores, a habilidade física e mental, a cultura através da linguagem e de identificação de práticas culturais do cuidado, as relações familiares que podem vir a participar no autocuidado após a alta hospitalar (Sousa, 2008 citado por Martins et al., 2015).

A preparação da alta hospitalar implica um compromisso de toda a equipa multidisciplinar, realçando o papel do enfermeiro, mas para garantir que a continuidade de cuidados seja efetiva, é imprescindível que os doentes e o cuidador se comprometam também neste processo (Ramos, 2015).

As intervenções dos enfermeiros tornam-se fundamentais na preparação para a alta hospitalar, apesar destes se sentirem limitados na satisfação das necessidades de ensino devido aos constrangimentos temporais e recursos limitados (Portz & Johnston, 2014). Torna-se essencial salientar que uma adequada transmissão da informação às pessoas e cuidadores durante o internamento, bem como a sua compreensão e absorção de informação, são muito importantes para a continuidade da qualidade dos cuidados no domicílio (Ramos, 2015). É importante que os enfermeiros tenham formação contínua relativa a programas educativos que permitam perceber como podem motivar e capacitar os doentes para o autocuidado (Portz & Johnston, 2014; Costa & Castro, 2014).

Um bom planeamento da alta permite, não só a prova de qualidade de cuidados

de saúde prestados à população, como possibilita a minimização de situações de dependência e de isolamento social (Morais, 2010). De acordo com Ribeiro, Pinto e Regadas (2014) compete ao enfermeiro auxiliar a pessoa e cuidador através de ações educativas, que são consideradas partes integrantes dos cuidados de enfermagem, em que o enfermeiro observa a realidade e identifica as necessidades, a fim de avaliar e reorientar sistematicamente o planeamento das intervenções a serem desenvolvidas. Educar o doente e delinear estratégias promotoras das capacidades de autocuidado tem um impacto positivo na adaptação à doença e tratamento, tendo Costa & Castro (2014) concluído que orientar e acompanhar a pessoa e cuidador para a alta hospitalar contribuem para a sua capacitação no autocuidado, atenuando as suas dificuldades e estimulando as suas potencialidades, o que se encontra de acordo com um dos enunciados descritivos dos “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” da OE (2010a) que tem por objetivo maximizar o bem-estar e promover o autocuidado.

Ao longo da elaboração deste trabalho baseei-me na Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem (Orem, 2001) em todo o processo de orientação do projeto, por a considerar em conformidade com o problema de capacitação da pessoa com doença oncológica submetido a cirurgia hepatobiliar que tinha em mãos.

O autocuidado é um conceito central na saúde (Soderhamn, 2013) e na enfermagem (Neves, 2012) podendo ser entendido como o meio através do qual as pessoas mantêm, restauram e melhoram a sua saúde e o bem-estar (Soderhamn, 2000). Em Orem (2001) o autocuidado é considerado tanto uma atividade ou um comportamento, como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Sidani, 2011). A atividade de autocuidado refere-se à capacidade da pessoa se envolver em comportamentos de autocuidado, ou seja, de iniciar e desempenhar ações que se destinam a cuidar de si própria, que envolve, o domínio cognitivo (conhecimento da condição da saúde e capacidade cognitiva), o domínio físico (capacidade física para realizar ações de autocuidado), o domínio emocional ou psicossocial (atitudes, valores, desejos, motivações e competência percebida), o domínio comportamental (destreza necessária para desempenhar comportamentos de autocuidado) (Sidani, 2011).

A conduta do autocuidado é afetada pelo autoconceito e nível de maturidade

de cada indivíduo, por objetivos e práticas culturais e por conhecimentos científicos em saúde de cada indivíduo, mas também pelo seu papel no seio da família e na vida social considerando ainda que, quando adultos, podemos escolher entre a realização ou não de determinada ação do autocuidado (Orem, 2001).

A teoria do déficit do autocuidado (Orem, 2001) desenvolve e explicita as razões que justificam as necessidades de enfermagem, sendo esta exigida quando a pessoa necessita de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao sistema de autocuidado, para cuja realização necessita de conhecimentos e habilidades especializadas adquiridas pelo treino e experiência.

É uma teoria geral constituída por três teorias que se completam entre si: a teoria do autocuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias, a teoria do déficit do autocuidado, que descreve e explica por que razões as pessoas devem ser ajudadas pela enfermagem, constituindo por isso a essência da teoria geral de enfermagem, e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de existir para que haja intervenção de enfermagem (Taylor, 2004) Orem (2001) acrescentam que a teoria dos sistemas de enfermagem baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades da pessoa para a execução de atividades de autocuidado.

As intervenções de enfermagem na *teoria do autocuidado* centram-se na pessoa, com o intuito desta desenvolver atividades que permitam o seu bem-estar a nível biológico, psicológico, social, cultural e espiritual (Orem, 2001). A capacidade para o autocuidado é considerada “uma potencialidade para a atividade de autocuidado como parte integrante do ser humano” (Queirós, Vidinha e Filho, 2014, p. 159). Baseado na sua teoria, Orem (1993), apresenta os requisitos de autocuidado como “as reflexões exploradas e expressas sobre as ações que se sabe que são necessárias e que se supõe que têm validade na regulação dos aspetos do funcionamento e desenvolvimento humano” (p.136). apresentando três categorias de requisitos de autocuidado (Orem, 2001) entre os quais: universais (comuns a todos os seres humanos, durante todo o ciclo de vida), desenvolvimento (promovem processos de vida e maturação) e de desvio de saúde (é exigido em condição de doença). É a enfermagem que intervém principalmente nesta área dos desvios de saúde pelo sistema de apoio e educação que reponha na pessoa e seu cuidador a capacidade de se autocuidar alterada pela doença (Orem, 2001).

Na *teoria do déficit de autocuidado* a enfermagem passa a ser uma exigência quando a pessoa se acha limitada ou incapacitada para promover o autocuidado “total ou parcialmente, reconhecerem a existência ou a emergência de necessidades em cuidados relacionados com o seu próprio regulamento ou o dos seus dependentes” (Orem, 2001, p.146-147). Conhecer a teoria do déficit do autocuidado é um contributo importante para a definição, implementação e avaliação de intervenções de enfermagem destinadas a melhorar a qualidade de vida e a capacitação para o autocuidado (Orem, 2001).

A *teoria dos sistemas de enfermagem* explica as relações que necessitam de ser desenvolvidas e mantidas em prol do bem-estar e saúde da pessoa, atuando o enfermeiro como um facilitador da mudança (Orem, 2001). São sistemas de ação, planeados e produzidos por enfermeiros, destinados às pessoas com défices reais ou potenciais de autocuidado ou precisam de cuidar de dependentes (Orem, 2001). Os sistemas de ajuda que se podem empregar são múltiplos e variados e podem ser usados vários em simultâneo, implicando cada um deles a atribuição de papéis específicos, quer para os enfermeiros, quer para as pessoas (Orem, 2001).

Esta teoria classifica estes sistemas do seguinte modo (Orem, 2001): o sistema totalmente compensatório, em que a pessoa não tem papel ativo no seu autocuidado sendo totalmente dependente de outros, substituindo-a o enfermeiro em todas as atividades; o sistema parcialmente compensatório, em que a pessoa consegue executar algumas atividades de forma autónoma, intervindo o enfermeiro nas situações em que ela não é capaz de se autocuidar; e o sistema de apoio e educação, em que a pessoa é capaz de executar o autocuidado, mas necessita do enfermeiro para ensino e supervisão na execução adequada das ações de autocuidado e estímulo da pessoa para ser o agente de autocuidado através da aprendizagem e reforço das suas capacidades (Queirós, Vidinha & Filho 2014). São estratégias importantes deste último sistema, as ações de apoio, orientação e o ambiente facilitador de desenvolvimento e de aprendizagem, mas compete ao enfermeiro monitorizar o doente para determinar se as medidas de autocuidado estão a ser efetivamente desempenhadas e para determinar os efeitos que têm no autocuidado (Orem, 2001; Neves, 2012). É crucial compreender estes aspetos para assim se poder responder adequadamente aos objetivos dos cuidados de saúde, especificar os tipos de cuidados necessários e os obstáculos ao autocuidado que estão ou podem vir a

estar presentes (Orem, 2001).

Para o fazer Orem (1993) propõe cinco métodos de ajuda designadamente: agir ou fazer algo pela outra pessoa; orientar e dirigir a pessoa; proporcionar apoio físico e psicológico; promover um ambiente favorável ao desenvolvimento e educar. O enfermeiro deve possuir um conhecimento prévio e profundo dos défices de autocuidado da pessoa e assim construir um programa educativo apropriado (Orem, 2001).

Os enfermeiros têm responsabilidade social por prestar cuidados à pessoa com limitações no autocuidado e, como tal, devem aceitar essa responsabilidade. Devem também possuir conhecimentos que lhes permitam planear, executar e gerir ações de autocuidado que sejam eficazes, assim como a capacidade de determinar, ensinar e supervisionar a concretização do autocuidado, embora por vezes seja suficiente, a presença e segurança do enfermeiro transmitida por palavras de validação e encorajamento para que a pessoa se sinta capaz de controlar e dirigir a sua ação de autocuidado (Orem, 2001).

Para Orem (1993) as pessoas adultas desenvolvem competências de cuidar de si quando têm necessidades, sendo que quando surgem alterações do seu estado de saúde a pessoa passa a recetor de cuidados. Neste sentido, este relatório vai permitir conhecer os défices de autocuidado após a alta hospitalar nas pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia hepatobiliar, conhecimento este que poderá contribuir para um sistema de apoio e educação mais eficaz da equipa de enfermagem, e de que foi ponto de partida a seguinte questão de investigação:

- O que deve conter o sistema de apoio e educação que capacite para o autocuidado a pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar após a alta hospitalar?

Para responder a esta questão estabeleci como finalidade do projeto, melhorar as intervenções de enfermagem de um programa educativo para a capacitação do autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar, integrando a equipa de enfermagem na preparação para a alta hospitalar o mais precocemente possível, durante o período de internamento.

Foram ainda definidos como objetivos deste relatório:

- Analisar, de forma crítica e reflexiva, o desenvolvimento das competências adquiridas;

- Descrever criticamente todo o processo de execução e verificação das atividades deste projeto;
- Refletir sobre a aprendizagem significativa para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem;

O projeto foi realizado em 4 campos de estágio onde se adotaram capacidades de observação e de reflexão sobre a prática e a sua relação com as competências específicas de enfermeiro especialista e mestre.

Este relatório está organizado em 4 capítulos. O primeiro intitulado de introdução onde se fundamenta a escolha e pertinência do problema, assim como o enquadramento teórico que contextualiza a capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar, identificando o estado de arte relativo a esta intervenção. No segundo capítulo, é descrita a implementação do projeto que se faz acompanhar de uma reflexão crítica, cientificamente fundamentada, das atividades desenvolvidas em estágio e dos resultados obtidos tendo na sua base a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado e são identificadas as competências adquiridas em cada fase do projeto, como enfermeira especialista e mestre. No terceiro capítulo é apresentada a avaliação, onde são relatados os pontos fortes e fracos assim como as limitações encontradas e as implicações para prática dos cuidados de enfermagem. No quarto capítulo são apresentadas as principais conclusões e os desenvolvimentos futuros de continuidade do projeto. Os documentos elaborados durante o estágio, foram remetidos para anexos.



## 1. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

De forma a encontrar um tema para o projeto foram realizados vários momentos de discussão entre os elementos da equipa de enfermagem no local onde exerço funções, dirigidos pela a enfermeira chefe. A mesma equipa foi questionada oralmente acerca da existência um problema relevante da nossa prática que fosse o ponto de partida para a criação de um projeto crucial, o qual apoiassem. A discussão compreendeu três temas, sendo que a maioria dos enfermeiros elegeram o tema abordado como o mais pertinente para o serviço.

Como metodologia de trabalho realizei uma revisão narrativa da literatura utilizando as palavras-chave: pessoa com doença oncológica, cirurgia hepatobiliar, autocuidado, alta hospitalar, educação em enfermagem. Foram consultadas bases de dados *online* (*EBSCO, Medline, Scielo*) e na plataforma B-ON, em repositórios digitais nacionais e internacionais de teses de mestrado e doutoramento, bem como em centros de documentação relativos a bibliotecas de hospitais e escolas da área da saúde.

Para a concretização dos objetivos delineados no projeto, senti necessidade de observar diferentes realidades no cuidar da pessoa com doença oncológica. Sendo que a escolha dos campos de estágio incidiu essencialmente, sobre uma instituição de prestígio, em que a maioria da população é oncológica e onde os profissionais de saúde são experientes e têm uma metodologia de trabalho reconhecida. O estágio faz parte da vida do enfermeiro com o intuito de desenvolver competências, que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2010a).

Os estágios realizados tiveram lugar de 27 de setembro de 2016 a 10 de fevereiro de 2017 e foram desenvolvidos em 4 campos designadamente: um serviço de cirurgia oncológica, um serviço de cirurgia oncológica de cabeça e pescoço, um serviço de cirurgia geral e, por último um serviço de consulta externa. Pelas características destes locais, a minha intervenção ocorreu em contextos variados: internamentos; consulta de enfermagem de proctologia, estomaterapia e consulta de enfermagem de cirurgia geral.

As etapas metodológicas para a elaboração deste relatório partiram da construção e aplicação um Guião de colheita de dados e uma *Checklist*, tendo por base a teoria do défice do autocuidado de Dorothea Orem (2001). Estes documentos permitiram-me conhecer a pessoa e identificar os requisitos de autocuidado, bem como as necessidades da pessoa relativas à teoria dos sistemas de enfermagem. O tratamento dos dados foi realizado em programa *Excel*, e encontra-se apresentado em apêndices.

Posteriormente foi elaborado um programa educativo, constituído por documentos suporte de apoio à prática de enfermagem, designadamente: o Plano de desenvolvimento, onde são discriminadas as intervenções de enfermagem de forma organizada no decorrer do internamento, com vista à capacitação para o autocuidado da pessoa após a alta hospitalar; o Guia de apoio, cuja finalidade é reorientar a prática dos enfermeiros, com vista à aprendizagem da pessoa e à promoção do seu autocuidado; o Manual de apoio, que tem por objetivo fornecer informação relevante para a promoção do autocuidado da pessoa no internamento e após alta hospitalar.

A análise crítica do percurso realizado em cada um dos 4 locais de estágio é apresentada nos subcapítulos seguintes.

## **1.1. Execução das atividades delineadas**

### **1.1.1. Estágio num serviço de cirurgia oncológica**

O estágio decorreu entre os dias 27 de setembro e 4 de novembro de 2016 em 18 turnos, num total de 144 h, tendo sido orientado por uma enfermeira especialista que construiu um programa educativo de preparação para a alta da pessoa colostomizada, a qual não foi possível consultar dado que se encontrava em fase de autorização para aplicação. A experiência da equipa nesta área, aliada à quantidade de pessoas com doença oncológica que fazem tratamentos cirúrgicos, esteve na base da escolha deste serviço. Para além disso, tive em conta que no meu serviço cuido muitas vezes de pessoas com metástases hepáticas, provenientes do carcinoma colorretal (Pedrosa, 2015) que este serviço recebe.

Para este campo de estágio defini como objetivo geral: identificar a organização e as intervenções de enfermagem utilizadas na capacitação para o autocuidado após

alta hospitalar da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia geral. Este objetivo foi dividido em 3 objetivos específicos, cujo cumprimento a seguir se relata.

Descrever a estrutura organizacional e funcional do serviço de cirurgia oncológica quanto aos cuidados de enfermagem de preparação para a alta hospitalar das pessoas

Para concretizar este objetivo realizei 4 atividades: apresentação do projeto à equipa de enfermagem, visita guiada ao serviço, observação dos cuidados prestados pela equipa de saúde e a consulta dos documentos relacionados com a organização e funcionamento do serviço e do processo de enfermagem.

O projeto foi apresentado primeiramente à enfermeira chefe do serviço e a dois enfermeiros gestores de cuidados, que desde logo consideraram o tema pertinente para o serviço. Seguidamente o projeto foi apresentado em 2 dias distintos, após a passagem de turno, às equipas de enfermagem do turno da manhã e da tarde, totalizando de 23 enfermeiros.

O estágio iniciou-se com um período de integração de 3 dias, onde fiz uma visita guiada ao serviço, em que tive uma perspetiva positiva, pela organização da estrutura física e organizacional e também pelo ambiente acolhedor e calmo que se fazia sentir. Este primeiro momento foi muito importante, assim como o acompanhamento por parte da enfermeira orientadora, que me permitiu um reconhecimento mais rápido do perfil das pessoas aqui tratados e uma integração mais fácil com a equipa.

O serviço cumpre o objetivo geral comum à instituição que é prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, no domínio da oncologia, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado, entre outros, conforme o primado da instituição, “*o doente em primeiro lugar*”.

Este serviço encontra-se vocacionado para o tratamento de tumores do aparelho digestivo, da mama e outros tumores sólidos. A estrutura física é composta por uma unidade de internamento com 45 camas, subdividida em 9 enfermarias de 5 camas. As 2 salas de observação (SO) têm capacidade para 10 pessoas, sendo neste espaço que todas permanecem no período pós-operatório imediato até à sua estabilidade hemodinâmica, regressando posteriormente para a sua unidade numa

das enfermarias. Tem 2 salas de trabalho multidisciplinar, 1 sala de estar/refeitório, 1 sala de acolhimento à pessoa e cuidador, 5 casas de banho, 1 copa/cozinha e 1 sala de armazém. Esta equipa trabalha por turnos, à exceção de 3 elementos que têm horário fixo e que ocupam cargos de gestão de cuidados, 1 enfermeira chefe e 2 gestores de equipas e de cuidados. Tendo ainda médicos de várias especialidades, 1 psicóloga, fisioterapeutas, 1 assistente social, 1 dietista e assistentes operacionais.

O método de trabalho da equipa de enfermagem é o método individual. Na fase final de cada turno o enfermeiro gestor de equipa elabora um plano de trabalho que consiste na atribuição a cada enfermeiro da equipa de um determinado número de pessoas com base no critério do grau de dependência destes (Costa, 2004) sendo desta forma o enfermeiro responsável pela prestação de todos os cuidados às pessoas que lhe foram distribuídos, durante o seu turno de trabalho.

A equipa de enfermagem orienta-se pelo referencial teórico de Virgínia Henderson (2007), realizando o processo de enfermagem baseado nas 14 necessidades humanas fundamentais. Os registos de enfermagem são realizados em suporte de papel, individualmente em cada processo, que permite a partilha e consulta de informação clínica da pessoa, os quais considere de fácil acesso, compreensão e planificação para a prestação de cuidados de enfermagem.

A preparação para a alta hospitalar inicia-se com a avaliação das necessidades humanas básicas da pessoa com doença oncológica e seu cuidador através da realização de uma entrevista orientada por um documento de colheita de dados criado pela instituição, segundo a mesma teoria, realizada pelo enfermeiro responsável da pessoa. Este planeia um plano individual de cuidados com a pessoa e cuidador ao longo do internamento, com vista à sua capacitação para o autocuidado após a alta hospitalar.

Neste serviço o enfermeiro tem um papel ativo nas reuniões de trabalho da equipa multidisciplinar, realizadas diariamente, para avaliação das estratégias de intervenção com as pessoas e cuidadores. Tive a oportunidade de participar em algumas destas reuniões como observadora e como interveniente, apresentando situações de casos práticos de pessoas que cuidei ao longo do estágio. Também participei na discussão em cada situação clínica da doença oncológica e no tratamento mais adequado, com a finalidade de melhorar os cuidados prestados e preparação a alta hospitalar, pois o enfermeiro ajuda os outros membros a planear e

executar o plano global, quer seja para a melhoria da saúde quer para a recuperação da doença (Henderson, 2007).

Outra das atividades realizadas foi a consulta de normas e protocolos do serviço, tal como todos os instrumentos de trabalho e apoio utilizados, tirei dúvidas e pedi esclarecimentos em conversas informais com a enfermeira orientadora e os restantes enfermeiros do serviço.

A observação, participação nos cuidados e o conhecimento da estrutura organizacional e funcional do serviço, permitiram-me desenvolver competências na compreensão do processo de enfermagem no funcionamento e dinâmica da equipa.

#### Identificar os défices de autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia geral e as intervenções de enfermagem

Para cumprir este objetivo, optei por realizar uma pesquisa bibliográfica sobre “capacitação para o autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal” com recurso às palavras-chave: “capacitação”, “autocuidado”, “pessoa com ostomia de eliminação intestinal”, com finalidade de realizar um levantamento dos défices de autocuidado, aprofundar conhecimentos nesta área de intervenção e melhorar a prestação de cuidados à pessoa ostomizada.

No sentido de aprofundar conhecimentos acerca da pessoa ostomizada, foi realizado um estudo de caso (Apêndice I), tendo estimulado a minha reflexão a nível da intervenção enquanto promotora da capacitação para o autocuidado. No estudo procurei avaliar os défices de autocuidado da pessoa ostomizada, baseado na teoria do défice de Orem (2001) e delinear um plano de cuidados para a capacitação do autocuidado, tendo sido uma experiência enriquecedora de estágio, pelo tempo que acompanhei esta pessoa, e pela disponibilidade em aprender que demonstrou ao longo do internamento. No entanto, pelas fragilidades emocionais provocadas pela doença oncológica a capacitação para o autocuidado ao estoma ficou comprometido, sendo o cuidador a assumir esse cuidado.

Com o intuito de conhecer, aprofundar e avaliar os défices de autocuidado das pessoas com doença oncológica, foi solicitado à enfermeira chefe a autorização para proceder à recolha de informação dos processos das pessoas e dos registos de enfermagem para a elaboração do relatório de estágio, a qual foi aceite sem qualquer

entreve. Posteriormente foi elaborado um documento de colheita de dados estruturado segundo a teoria do d efice de autocuidado de Dorothea Orem, intitulado “Guião de colheita de dados   pessoa com doena oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador” (Apêndice II). Assim, foi pedida autorizao às pessoas com doena oncológica e seu cuidador a aplicao do guião, como o previsto no artigo 84  do Código Deontológico do Enfermeiro - CDE (OE, 2005), relativo ao respeito pelo dever de informao, que tem em conta o cuidado de solicitar o consentimento do doente e família para a prestao de cuidados e aplicao do documento, referindo os objetivos dos mesmos, garantindo sempre a sua confidencialidade. Foi elaborado por mim e em conjunto com a enfermeira orientadora dado a sua experiência nesta área de interveno. O guião foi sujeito a várias modificaes a nível do conteúdo e estrutura, tendo sido a última versão aplicada a 2 pessoas e posteriormente validado pela enfermeira orientadora e outro elemento da equipa.

O guião é composto por 3 partes: 1 – Identificao dos fatores pessoais e condicionantes básicos da pessoa oncológica e cuidador, 2 – Levantamento dos d efices de autocuidado no pré-operatório e, 3 – Levantamento dos d efices de autocuidado no pós-operatório. Estes levantamentos têm em conta os requisitos de autocuidado, avaliando os mesmos no período pré-operatório e p s-operatório através da teoria de sistemas de enfermagem. A metodologia de aplicao foi realizada no momento da admissão e 2 a 4 dias após a cirurgia.

A colheita de dados foi aplicada a um total de 8 pessoas selecionadas utilizando dois critérios, a pessoa ter como principal diagnóstico, o cancro colorretal e ser capaz de avaliar os seus conhecimentos e as capacidades necessárias para se autocuidar. A recolha de dados foi realizada através de uma entrevista   pessoa e cuidador e da recolha de dados do processo clínico, onde foram usadas questões abertas e fechadas.

A entrevista foi efetuada a 8 pessoas cuidadas, 6 do g nero masculino e 2 feminino, com idade média de 67 anos, com nível de escolaridade na média de “ensino básico 3  ciclo”. 16% das pessoas eram desempregadas, 8% tinham atividade profissional e 76% eram reformadas, sendo que 62,5% dos cuidadores acompanham o doente durante o internamento. As pessoas têm como principal cuidador o marido/esposa.

Os resultados obtidos na aplicação do guião encontram-se na Apêndice III. Por observação do gráfico relativo aos requisitos de autocuidado no pré-operatório verifica-se que o sistema totalmente compensatório apenas se encontra assinalado no requisito de manutenção da integridade da pele, e no conhecimento em relação à doença e cirurgia. Também é possível observar que a maioria das pessoas necessita do sistema apoio e educação para executar o seu autocuidado. As pessoas referiram maioritariamente estar mais ou menos preparadas para o autocuidado após a cirurgia (37,5%), quando questionadas no período pré-operatório sobre o conhecimento e as capacidades necessárias para se autocuidar. O mesmo se verificou quanto aos conhecimentos do cuidador (37,5%).

No período pós-operatório pode-se observar no gráfico que as pessoas necessitam maioritariamente do sistema totalmente compensatório nos requisitos, com relevância na promoção dos autocuidados associados à eliminação e à manutenção da integridade da pele. Neste caso, houve evolução no conhecimento e capacidade das pessoas (62,5%) e dos cuidadores (50%), referindo estarem mais ou menos preparados para o autocuidado após a alta hospitalar.

Em suma, considero que as pessoas após a cirurgia a percentagem de dos défices de autocuidado aumentou, perspetivando a necessidade futura de um plano de cuidados com vista à capacitação devidamente planeado e organizado (Costa, 2004; Carvalho, 2013).

Nesta atividade tive oportunidade de colaborar e prestar cuidados nas consultas de estomaterapia e proctologia, que não estavam previstas no plano inicial de atividades, no entanto considerei pertinente, pois as equipas trabalham em parceria com o serviço de internamento de cirurgia oncológica. Nestas consultas não encontrei nenhum instrumento para avaliação da capacitação para o autocuidado, havendo, contudo, a preocupação da equipa em avaliar os défices de autocuidado no domicílio e os sintomas adversos dos tratamentos, registando em todas as consultas nas notas de enfermagem. Numa primeira intervenção o enfermeiro demonstra e realiza a ação, posteriormente a pessoa executa com a orientação do enfermeiro e na fase seguinte a pessoa autocuida-se (Orem, 2001). A equipa de enfermagem valoriza a interação com o doente e cuidador, com o objetivo de facilitar a capacitação para o autocuidado e, sempre que possível com a autorização da pessoa, o cuidador está presente (Orem, 2001).

No decorrer do estágio, ao final de cada turno foram realizadas breves reuniões e reflexões com a orientadora, tendo como base, situações clínicas das pessoas com doença oncológica e cuidadores, que me incentivaram a refletir sobre a prática de cuidados, e me ajudaram a compreender melhor a doença oncológica e as implicações físicas e psicológicas nas pessoas. Nomeio uma situação prática de uma pessoa, a senhora L de 66 anos de idade, que foi diagnosticada com doença oncológica numa fase da vida que segundo a mesma “estava bem, numa situação estável, esperei tantos anos pela reforma e agora vou morrer daqui a pouco tempo porque não tenho força” (Sic). Estas são frases que se ouvem com alguma frequência, no entanto não é fácil de lidar e atuar numa situação de grande fragilidade emocional. A equipa é experiente e algo que aprendi neste serviço foi a frase “eu compreendo tudo o que está a dizer...” no sentido de confortar a pessoa. Algo que me comoveu foi a relação de proximidade entre o enfermeiro e a pessoa, notoriamente mais profunda do que aquela que assisto diariamente no serviço onde trabalho. Segundo a equipa, esta relação pode diminuir a fragilidade emocional e melhorar a qualidade de vida da pessoa com doença oncológica.

Estas atividades permitiram perceber os principais défices do autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. Assim, desenvolvi Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b) no suporte da decisão em princípios, valores e normas deontológicas, na promoção da proteção dos direitos humanos, no suporte da prática clínica na investigação e no conhecimento, assim como no planeamento de programas de melhoria contínua. Relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011), desenvolvi competências de identificação das necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares. Também me foi possível aplicar conhecimentos e compreender situações de doença oncológica, indo de encontro às competências de mestre e da EONS (2013) de forma avaliar as necessidades da pessoa e cuidador tendo em consideração os fatores físicos, sociais, culturais e psicológicos.

## Descrever a estrutura do acompanhamento de enfermagem na capacitação para o autocuidado à pessoa com doença oncológica e seu cuidador

Para atingir este objetivo foram utilizadas as seguintes estratégias: a leitura de documentos existentes no serviço, a observação e participação nos cuidados e as conversas com a equipa e enfermeira orientadora.

Os recursos materiais para o apoio à atividade educativa à pessoa e ao cuidador incluem documentos elaborados no serviço, como folhetos e panfletos sobre guias de entidades comerciais, e documentos resultantes de ações de formação em serviço elaborados pela equipa de enfermagem, que contribuem para a uniformização da prática na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e seu cuidador, dando continuidade aos cuidados após a alta hospitalar.

Verifiquei que os temas de formação que a equipa de enfermagem abordava com mais relevância era a importância de informação adequada e antecipatória relativamente à doença oncológica e possíveis tratamentos.

A equipa de enfermagem do serviço tem uma articulação com a equipa da consulta de proctologia e estomaterapia, razão pela qual passei 3 dias nestas consultas, tendo sido realizada com o objetivo de assistir e colaborar com a equipa de enfermagem, validando os ensinamentos realizados durante o internamento.

A consulta de proctologia é composta por 4 enfermeiras com formação em oncologia, e tem como objetivo a avaliação das pessoas com patologia ano-rectal. Esta consulta realiza-se às 2ª, 4ª e 6ª das 9h00 às 13h00, tendo como finalidades, compreender como o doente gere o processo de doença oncológica e os tratamentos, avaliar as capacidades para o autocuidado após a cirurgia, dar continuidade ao processo educativo de saúde com ênfase para o suporte emocional e delinear um plano de intervenção com a pessoa e cuidador que seja capaz de satisfazer as necessidades em domicílio (Bryan & Dukes, 2010). A consulta de estomaterapia constituída por 2 enfermeiras, especialistas em estomaterapia, realiza-se de 2ª a 6ª das 15h às 17h, tem como objetivo possibilitar à pessoa uma melhor aceitação da ostomia e do seu tratamento, orientando-a sobre o procedimento a ser realizado, estimulando o autocuidado e a prevenção das complicações da ostomia (Mendonça, 2007).

Foi observado que os défices de autocuidado na consulta após a alta hospitalar, prendem-se com a presença de ostomia, principalmente na escolha dos dispositivos adequados, na mudança dos mesmos e na avaliação da pele periestoma e dificuldade no manuseamento do material (Gesaro, 2012). Assim, as intervenções de enfermagem incidem, na correta avaliação da pele periestoma, na seleção do material/dispositivos mais adequado para cada pessoa e na mudança dos mesmos (Black, 2010). Desta forma, a capacidade para o autocuidado fica comprometida, cabendo ao enfermeiro assumir intervenções do sistema parcialmente compensatório e de apoio e educação, em que a pessoa é capaz de realizar algumas atividades, no entanto necessita da ajuda e de orientação educativas (Orem, 2001). O enfermeiro é responsável por fornecer essas informações e esclarecer dúvidas que poderão facilitar o processo de adaptação, sendo que a atividade de educação em saúde é parte integrante da rotina de trabalho da enfermagem (Dalmolin et al., 2016 & Gesaro, 2012).

A capacitação para o autocuidado na preparação para a alta hospitalar inicia-se no momento de admissão da pessoa (Soong et al., 2013, Fox et al., 2013, Holland et al., 2012) devendo ser devidamente estruturada, contribuindo para melhorar a prestação de cuidados de qualidade e a satisfação das pessoas, podendo ajudar a reduzir os reinternamentos (Soong et al., 2013).

O serviço não contempla uma estrutura formal organizada para a capacitação para o autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, pelo que descrevo a sua planificação, através da observação e colaboração da prestação de cuidados, e através das conversas com a equipa de enfermagem do serviço, da equipa da consulta de protocologia e estomaterapia. Senti dificuldades na esquematização para a elaboração do texto escrito.

No 1º momento na consulta de estomoterapia pré-operatória, que é realizada 1 a 2 semanas antes da cirurgia, tem como ponto de partida as necessidades formativas da pessoa (Mendonça, 2007; Bryan & Dukes, 2010). De acordo com Black (2010). O enfermeiro faz uma breve abordagem do tema e orienta a consulta consoante as dúvidas da pessoa, referindo-se ao procedimento cirúrgico e implicações que tem nos hábitos de higiene e alimentares, possíveis complicações e a importância do autocuidado, promovendo assim a sua autonomia e o processo de adaptação ao estoma. Apresenta e demonstra, através de material didático (modelos em silicone),

os cuidados ao estoma. No 2º momento no primeiro dia de internamento no serviço, a enfermeira de consulta de estomaterapia em conjunto com a enfermeira do internamento validam a informação fornecida na anterior consulta e realizam a marcação do local ideal para a construção do estoma, no intuito de prevenir complicações futuras decorrentes da má localização do mesmo. No 3º momento, após a cirurgia, é reforçado o plano de educação para a saúde adaptado às especificidades e necessidades da pessoa. Ao longo do internamento, são realizados ensinamentos de educação para a saúde sobre os seguintes temas: desvios de saúde relacionados com a cirurgia (alimentação, eliminação, vestuário, higiene), e estratégias de adaptação aos mesmos, cuidados de higiene e complicações à pele periestoma e estoma, medição do estoma, otimização, adaptação, aquisição e remoção dos dispositivos e material acessório (Black, 2010); Burch, 2012). A pessoa e o cuidador têm oportunidade de treinar e validar com o enfermeiro a informação fornecida, com vista à capacitação para o autocuidado. No 4º momento, o dia de alta hospitalar, o enfermeiro do serviço elabora e explica a carta da alta de enfermagem entregue e faz o encaminhamento e marcação para a consulta de estomaterapia e proctologia de acordo com os défices de autocuidado no momento da alta.

Confronto-me com a seguinte questão: será que os enfermeiros desenvolvem a competência da pessoa para a capacitação para o autocuidado à ostomia? Foi observado que o plano de ensino é estruturado em diferentes momentos temporais, pela equipa de consulta de proctologia, estomaterapia e do serviço sendo necessário uma abordagem de ensino coordenado e progressivo (Black, 2010). Esta é considerada uma metodologia que permite estruturar o ensino, avaliar o nível de compreensão do conteúdo formativo e reavaliar as necessidades de apoio e educação reforçando os conteúdos necessários e desta forma, evita uma sobrecarga de informação (Bryan & Dukes, 2010). Através da observação de registo de enfermagem e colaboração na prática de cuidados, conclui que os enfermeiros se focam essencialmente em momentos temporais diferentes de acordo com o estado geral da pessoa, de forma a evitar a sobrecarga de informação e facilitar a capacitação para o autocuidado (Bryan & Dukes, 2010).

Considerando a última fase da preparação para a alta hospitalar, é elaborada a carta de alta de enfermagem, onde são descritos os défices de autocuidado e os ensinamentos a realizar após a alta hospitalar. Estes dados demonstram que os enfermeiros

têm presente a importância de educar e capacitar estas pessoas e cuidadores para se autocuidarem e consideram os cuidados ao estoma a área que deve ser mais trabalhada de forma a colmatar a ansiedade e receios e contribuir para a capacitação do autocuidado (Burch, 2012). Assim, a equipa de enfermagem centra as suas intervenções na promoção da capacitação, que vai de encontro ao defendido por Orem (2001), na medida em que o enfermeiro interage com as pessoas com doença oncológica e atua de forma sólida na resposta aos défices de autocuidado, enaltecendo o desenvolvimento das capacidades.

Com estas atividades desenvolvi Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b) na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, nas vertentes de estrutura e processo. Quanto às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011), desenvolvi competências de promoção intervenções junto das pessoas com doença crónica, seus cuidadores e familiares e de envolvi os cuidadores da pessoa em situação crónica, no sentido de otimizar resultados na satisfação das necessidades. Também me foi possível, de acordo com a EONS (2013), analisar a importância dos cuidados prestados.

#### 1.1.2. Estágio num serviço de cirurgia oncológica de cabeça e pescoço

O estágio decorreu entre os dias 7 de novembro e 9 de dezembro de 2016 num total de 15 turnos, correspondente a 120 h. Considerei oportuno realizar estágio neste serviço pela qualidade de cuidados prestados à pessoa com doença oncológica e seu cuidador e por conter uma estrutura organizada prática para a alta hospitalar, atuando de forma educativa na promoção da capacitação para o autocuidado, no entanto esta não se encontra documentada em suporte de papel ou informático num plano delineado.

O objetivo geral delineado neste campo de estágio foi: identificar as principais estratégias na capacitação para o autocuidado após a alta hospitalar da pessoa oncológica submetida a cirurgia de cabeça e pescoço. Sendo subdividido em 3 objetivos específicos, cuja as atividades os respetivos resultados a seguir se apresentam.

Descrever a estrutura organizacional e funcional do serviço de cabeça e pescoço quanto aos cuidados de enfermagem de preparação para a alta hospitalar das pessoas

Para atingir este objetivo realizei como atividades: apresentação do projeto à equipa de enfermagem, visita guiada ao serviço, observação dos cuidados prestados pela equipa de saúde e a consulta dos documentos relacionados com a organização e funcionamento do serviço e do processo de enfermagem.

O projeto de estágio foi apresentado ao enfermeiro chefe e à equipa de enfermagem, em 2 dias distintos no final da passagem de turno da manhã e da tarde, a um total de 17 enfermeiros.

A visita guiada ao serviço foi realizada pela enfermeira orientadora, especialista e mestre, durante a qual questionei sobre os recursos, materiais e funcionamento da equipa de enfermagem e sobre a organização da preparação da alta hospitalar. O serviço constitui um centro de referência neste tipo de doença oncológica, onde as pessoas são tratadas numa perspetiva multidisciplinar, beneficiando da discussão do seu plano de tratamento em reuniões com diferentes profissionais.

As cirurgias mais frequentes neste serviço são as tiroidectomias totais ou parciais, as excisões tumorais da cabeça e pescoço e as laringectomias parciais ou totais. Face às cirurgias realizadas, a pessoa laringectomizada total foi escolhida para trabalhar na elaboração deste relatório, uma vez que em contexto profissional ainda não tinha tido a oportunidade de trabalhar com esta população, considerando assim este estágio de elevada relevância para o meu desenvolvimento de competências nos cuidados específicos nesta área. Neste tipo de cirurgias são vários os défices de autocuidado nas atividades de vida diária, onde as pessoas necessitam de ajuda e apoio a vários níveis de modo a manter, recuperar ou melhorar a sua adaptação à alteração do seu estado de saúde (Maciel, Leite & Soares, 2010; Miguel, Gudiño & Silva, 2014).

A estrutura do serviço é constituída a por uma unidade de internamento com 40 camas, dividida em 8 enfermarias de 5 camas, 2 quartos de isolamento e 1 sala de observação (SO) com capacidade para 9 doentes, onde as pessoas permanecem logo após a cirurgia, sendo transferidas para as enfermarias após a sua estabilidade. Tem 3 salas de trabalho multidisciplinares, 1 sala de estar/refeitório, 1 sala de tratamentos,

2 gabinetes médicos, 1 sala de acolhimento antes da entrada principal do serviço onde é realizada a avaliação inicial da pessoa e cuidador, 5 casas de banho, 1 copa/cozinha e 2 salas de armazém. A equipa de enfermagem é composta por 34 enfermeiros e um enfermeiro chefe. Esta encontra-se dividida em quatro grupos com horário rotativo à exceção de dois elementos que têm horário fixo (enfermeiras de referência). Cada equipa tem na sua constituição um responsável de turno que assegura a logística nas tardes, noites e fins-de-semana na ausência do enfermeiro chefe e/ou enfermeiras de referência. Outros profissionais fazem parte da equipa multidisciplinar como: médicos especialistas, 1 psicóloga, 1 terapeuta da fala, 1 assistente social, 1 dietista e assistentes operacionais.

Todas as terças o serviço tem a visita do grupo dos laringectomizados, um grupo de voluntários que partilham com pessoas internadas a experiência de vida de ser laringectomizado expondo as formas como ultrapassaram as fases da doença e como aprenderam a recuperar a comunicação, através dos vários métodos (Happ, Roesch & Kagan, 2004).

O processo de enfermagem da pessoa, assim como os registos a ele associados estão informatizados, no programa Ghaf, que se encontra organizado segundo a teoria de Virgínea Anderson, discriminando as necessidades humanas básica de cada pessoa na avaliação inicial e no plano de cuidados (Henderson, 2007). Foi a primeira vez que tive oportunidade de trabalhar neste programa, que considerei de simples compressão, de fácil consulta de dados e rápido registo de enfermagem. A equipa trabalha através do método do enfermeiro de referência, cabendo-lhe a responsabilidade de efetuar a colheita de dados, colaborar com o enfermeiro responsável da pessoa na planificação dos cuidados com base os défices de autocuidado para a preparação da alta hospitalar desde o momento de admissão, transmitindo toda a informação pertinente discutida em reuniões com a equipa multidisciplinar (Costa, 2004; Shepperd et al. 2013; Teixeira, 2010). As reuniões constituem a pedra angular da atividade do serviço, onde são discutidos os casos complexos, definidos os planos de tratamento para cada pessoa, revistos os resultados da cirurgia, selecionados os tratamentos complementares e analisadas situações clínicas (Costa, 2004). O plano incorpora a educação à pessoa e ao cuidador, mobilizando os recursos e serviços necessários para facilitar a adaptação e promover a capacitação para o autocuidado (Pagliarini & Perroca ,2008).

O serviço comporta documentos escritos de suporte e orientação no apoio à capacitação do autocuidado para a pessoa laringectomizada total, cabendo ao enfermeiro de referência e ao enfermeiro responsável pela pessoa a planificação dos cuidados e fornecimento de informação por meio de documentos de apoio intitulados de Manual de acolhimento, Guia de orientação do laringectomizado e Alimentação por sonda gástrica. Documentos este que serviram de orientação para posteriormente elaborar o programa educativo desenvolvido no neste relatório. A estrutura organizacional da promoção da capacitação do autocuidado para a alta hospitalar neste serviço, não se encontra esquematizada por fases, sendo que as intervenções de enfermagem são delineadas consoante os défices de autocuidado demonstradas pela pessoa.

Considerei este estágio um desafio profissional, pelo privilégio de ser orientada por uma enfermeira de referência, onde tive oportunidade de observar e participar nos cuidados prestados para a capacitação do autocuidado, que me facilitou a compreensão da planificação da alta hospitalar neste serviço.

Pelo exposto, considero que a observação dos cuidados e a análise das estruturas organizacionais e funcionais, bem como a observação de documentos e a funcionalidade do serviço me permitiram desenvolver competências da EONS (2013), quanto à análise da importância dos cuidados prestados na planificação para a alta hospitalar.

#### Identificar os défices de autocuidado da pessoa com doença oncológica submetido a laringectomia total e as intervenções de enfermagem

De forma a cumprir este objetivo optei por realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a “capacitação para o autocuidado da pessoa laringectomizada” com recurso às palavras-chave: “capacitação”, “autocuidado”, “pessoa laringectomizada” em complemento com a observação, prestação direta de cuidados e consulta de processos de enfermagem.

Tive oportunidade de assistir a uma ação de formação no serviço, intitulada “Doente submetido a laringectomia total”, que forneceu contributos essenciais para a capacitação do autocuidado da pessoa laringectomizada total. Esta atividade não estava prevista no meu projeto de estágio, contudo considerei que foi um importante

momento formativo e reflexivo perante a temática desenvolvida. A sessão de formação reforçou-me a consciencialização para a necessidade de melhoria da articulação de cuidados do serviço de internamento com as outras equipas, nomeadamente a equipa de assistência domiciliária e de consulta externa.

Todos estes elementos serviram de base para a elaboração de uma *Checklist* de capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a laringectomia total, apresentada no Apêndice IV. Esta atividade estava não planeada no projeto inicial, no entanto, foi proposta pela enfermeira orientadora de estágio, permitindo-me uma melhor compreensão e a sistematização dos cuidados para a alta hospitalar. Na construção do documento tive a necessidade de adaptar os requisitos de autocuidado às necessidades na pessoa laringectomizada, de acordo com a teoria do défice de autocuidado (Orem, 2001).

A estrutura da *Checklist* contém os défices de autocuidado, identificados na pessoa laringectomizada total, avaliados em três momentos do internamento, tendo como suporte a teoria do sistema de enfermagem (Orem, 2001; Costa & Castro, 2014), a fim de facilitar a interpretação do enfermeiro e potenciar as ações de vigilância, garantindo a melhoria da prestação de cuidados para a capacitação do autocuidado e contribuído para uma melhor preparação para a alta hospitalar. Tenho que ressaltar que esta *Checklist* ficou disponível no serviço, dado o interesse da equipa em ter um documento organizado e estruturado para avaliação dos défices de autocuidado durante o internamento (Teixeira, Carvalho & Cruz, 2016).

Para aplicação da *Checklist* foi previamente solicitada a autorização ao enfermeiro chefe e posteriormente às pessoas, como previsto no artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro - CDE (OE, 2005). Esta autorização foi bem aceite por todos os elementos intervenientes.

A *Checklist* foi aplicada a 15 pessoas submetidas a laringectomia total, com idade na média dos 64 anos, às quais prestei cuidados. Cada doente foi avaliado em três momentos diferentes do internamento após a cirurgia: no 1º dia, no 5º dia e no dia da alta hospitalar.

Como resultados da análise das avaliações da *Checklist* (Apêndice V), observa-se que no 1º dia pós-operatório as pessoas apresentam os défices de autocuidado no sistema totalmente compensatório com maior ênfase na manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social. No 5º dia pós-operatório, a sistema de apoio e

educação é o mais predominante indicando uma progressão favorável para a capacitação do autocuidado, tornando-se mais evidente no dia da alta. Isto mostra que as intervenções de enfermagem pela equipa e por mim realizadas contribuem para a promoção da capacitação do autocuidado da pessoa, envolvendo o cuidador, de forma eficaz contribuindo para a sua autonomia e reintegração mais rápida na sociedade (Martins, et al. 2015)

Em suma, através da colaboração na prestação de cuidados à pessoa, observei e identifiquei que a equipa de enfermagem apoia, orienta e instrói diariamente a pessoa para que esta seja capaz de realizar as atividades de autocuidado. Aquando da alta, são agendadas, à pessoa laringectomizada total, consultas de enfermagem após 1 semana, passado 1 mês e seguidamente dentro de 3 a 6 meses, continuando a sua vigilância anualmente.

Estas atividades permitiram conhecer os principais défices da pessoa laringectomizada total, desenvolvendo Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (OE, 2010b) no suporte da decisão em princípios, valores e normas deontológicas, na avaliação do processo e resultado da tomada de decisões, no suporte da prática clínica na investigação e no conhecimento, assim como no planeamento de programas de melhoria contínua. Quanto às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011), desenvolvi competências de identificação das necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares e de promoção de intervenções junto das pessoas com doença crónica e o envolvimento dos seus cuidadores. Indo de encontro às competências de mestre, apliquei conhecimentos e enalteci a compreensão nesta área de doença oncológica. Para além disso, desenvolvi competências da EONS (2013) de forma avaliar as necessidades da pessoa e cuidador tendo em consideração os fatores físicos, sociais, culturais e psicológicos e explicando a informação relevante para a preparação da alta hospitalar.

Identificar as estratégias de comunicação verbal e não verbal que servem de suporte às pessoas com doença oncológica submetidas a laringectomia total na preparação para a alta

Para atingir este objetivo observei os cuidados prestados pela equipa de enfermagem na identificação do tipo de interações e estratégias de comunicação utilizadas, cuidados estes que também tive oportunidade de prestar.

O sucesso dos cuidados prestados e a satisfação da pessoa e cuidador dependem da comunicação que a equipa é capaz de estabelecer. Uma boa comunicação é essencial para a prestação de cuidados de qualidade, sabendo-se que influencia a taxa de recuperação do doente, diminui o sofrimento, melhora a adesão ao tratamento e a adaptação psicossocial ao processo de doença.

Devido às dificuldades comunicacionais verbais destas pessoas, utilizei juntamente com a equipa uma comunicação não verbal que permitiu a demonstração e compreensão dos sentimentos e angústias, assim como o entendimento e clarificação de gestos, expressões, olhares e linguagem simbólica de quem vive uma doença oncológica (Riley, 2004). Desta forma, o enfermeiro sente que a mensagem transmitida está a ser escutada e compreendida pela pessoa, pois a sua resposta é dada através de gestos, sorrisos e expressões faciais (Stefanelli, 2012). Estas estratégias de comunicação proporcionam uma interajuda entre o enfermeiro e a pessoa, com vista à facilitação dos cuidados prestados para a alta hospitalar. Também utilizei a comunicação verbal com as pessoas e os cuidadores, com o intuito de ser mais esclarecedora e ajudar a pessoa na compreensão das atividades de autocuidado.

As estratégias de comunicação foram utilizadas no contato com pessoa e cuidador aquando do levantamento dos défices de autocuidado durante o internamento, que posteriormente foram validadas através na compreensão dos ensinamentos realizados por parte da pessoa e cuidador. Contudo, no início do estágio devia ter aprofundado mais estratégias, pois considero que foi uma barreira inicial para a conseguir uma comunicação eficaz.

Considero ter desenvolvido Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b) na detenção de consciência enquanto pessoa e enfermeira. As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação

Crónica e Paliativa (OE, 2011) foram desenvolvidas através de estratégias de comunicação adequadas com a pessoa com doença crónica e com os cuidadores.

### 1.1.3. Estágio num serviço de cirurgia geral

O estágio decorreu entre os dias 12 de dezembro de 2016 e 10 de fevereiro de 2017, com interrupção nas férias de Natal, incluindo um total de 17 turnos convertidos em 136 horas.

Este estágio efetuou-se no serviço onde exerço a minha atividade profissional, no qual foi implementado o projeto, em parceria com a equipa de enfermagem, que desde sempre apoiou e contribuiu na realização do mesmo.

Delineei como objetivo geral do estágio: promover a capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar. Este foi conseguido através da execução de um programa educativo, desenvolvido ao longo dos dois objetivos específicos que a seguir se apresentam.

#### Identificar os défices de autocuidado na pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar na preparação para a alta hospitalar

O envolvimento da equipa de enfermagem na preparação da alta hospitalar e na adesão ao programa educativo, proporcionou-se através de conversas informais sobre a importância do tema, relacionadas com situações concretas vivenciadas pela equipa no âmbito da capacitação para o autocuidado e preparação da alta hospitalar.

O projeto foi apresentado a 80% da equipa de enfermagem que ao longo do projeto sempre demonstrou colaboração e disponibilidade. No decorrer da implementação do projeto, tentei envolver e motivar a equipa de enfermagem, através da disponibilidade e acompanhamento dos enfermeiros na prestação de cuidados para a capacitação para o autocuidado após a alta hospitalar. Um dos aspetos positivos e discutido pela equipa foi a importância dos registos de enfermagem e a necessidade de estes serem mais completos, de forma a dar visibilidade às intervenções que são desenvolvidas pelos enfermeiros junto das pessoas com doença oncológica e seu cuidador.

Para dar cumprimento à identificação dos défices de autocuidado utilizei o

Guião de colheita de dados elaborado no 1º estágio, relativo à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e seu cuidador (Apêndice II), pois o serviço não dispõe nenhum documento de avaliação para a capacitação do autocuidado. Para aplicação deste guião foi solicitado a autorização à enfermeira chefe do serviço, sendo a minha orientadora de estágio, bem como à pessoa e cuidador, como o previsto no artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro - CDE (OE, 2005).

Este documento foi aplicado a 12 pessoas com doença oncológica com idade média de 70 anos, a quem prestei cuidados durante o estágio, e seu cuidador. A seleção das pessoas teve em conta dois critérios: a pessoa com doença oncológica ser submetida a cirurgia hepatobiliar e ser capaz de avaliar os seus conhecimentos e as capacidades necessárias para se autocuidar. Destas pessoas, 92% eram do género masculino e 8% feminino, com nível de escolaridade na média de “ensino básico 3º ciclo”. 30% eram desempregados, 20% tinham atividade profissional e 50% eram reformados. 92% dos cuidadores acompanharam a pessoa durante o internamento, sendo o principal cuidador com 55% o marido/esposa.

Os resultados da aplicação do guião encontram-se no Apêndice VI, onde é possível verificar que no período pré-operatório as pessoas necessitam maioritariamente do sistema de apoio e educação, sendo que tanto as pessoas como os cuidadores se consideram muito pouco preparados quanto aos conhecimentos e capacidades necessárias para se autocuidarem após a cirurgia (50%). Isto evidencia a necessidade de implementar um programa educativo (Martins, 2015). No período pós-operatório, as pessoas apresentam mais requisitos de autocuidado na necessidade do sistema totalmente compensatório, comparativamente ao período pré-operatório. Os conhecimentos e as capacidades das pessoas e seus cuidadores tiveram uma pequena evolução, mostrando-se pouco preparados (41,6%) e mais ou menos preparados (50%), respetivamente.

Perante os requisitos de autocuidado identificados pelas pessoas cuidadas, deparei-me com um evento significativo associado à dor aguda no pós-operatório. Esta situação levou-se à realização de uma reflexão e análise crítica, tendo como base as etapas do ciclo de Gibbs (Apêndice VII). Com esta situação conclui que a intervenção do enfermeiro assume um papel fundamental na adesão ao plano de cuidados e ao cumprimento do regime terapêutico por parte da pessoa, refletida na alteração das atitudes demonstradas.

Em suma verificou-se que os défices de autocuidado identificados se encontram intrinsecamente relacionados com as consequências da cirúrgica. Foi também observado que durante o internamento as intervenções de enfermagem melhoraram os níveis de capacitação da pessoa com doença oncológica e cuidador.

Esta atividade permitiu-me desenvolver Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (OE, 2010b) no suporte da decisão em princípios, valores e normas deontológicas, na avaliação do processo e resultado da tomada de decisões, assim como no planeamento de programas de melhoria contínua. Desenvolvi Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011), relativamente à identificação das necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares. Quanto às competências de mestre, apliquei conhecimentos e desenvolvi a autoaprendizagem. Desenvolvi também competências da EONS (2013), avaliando as necessidades da pessoa e cuidador tendo em consideração os fatores físicos, sociais, culturais e psicológicos.

#### Promover o programa educativo nas intervenções da equipa de enfermagem para capacitação do autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar

Com o intuito de atingir este objetivo realizei como atividades: formações em serviço, a apresentação do programa educativo e a análise da prática de cuidados para a capacitação do autocuidado à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador.

O programa educativo surgiu da necessidade de compilar e organizar toda a informação derivada do levantamento dos défices de autocuidado no pré e pós-operatório, referidos no objetivo anterior. A sua elaboração teve como base a teoria do défice de autocuidado de Orem (2001), assim com a linguagem CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2005), facilitando a execução dos documentos escritos adequados à prática de enfermagem. A constituição deste programa inclui um Guia de apoio à capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar (Apêndice VIII), orientando a prática de cuidados nas intervenções de enfermagem direcionadas para

a preparação da alta hospitalar, segundo as recomendações da OE (2007). Para além disso, foi elaborado o Manual de apoio à capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar (Apêndice IX), direcionada para o autocuidado da pessoa, face aos défices demonstrados após a cirurgia. Estes dois documentos foram disponibilizados para consulta na área de documentação do serviço e enviados por correio eletrónico a todos os enfermeiros.

Foram realizadas 2 formações com a equipa de enfermagem com o intuito de formação e validação dos documentos do programa educativo proposto. Estas tiveram como finalidade criar um impulso positivo na equipa de enfermagem, para a motivação e colaboração no projeto.

A primeira formação em serviço (A) (Apêndice X) teve como objetivo conhecer os pontos fundamentais para o levantamento dos défices de autocuidado, em que a participação da equipa foi positiva (Apêndice XI). Nesta formação foi elaborada uma Ata de reunião de Focus Group (Apêndice XII), pelo facto de esta ser uma técnica de rápida aplicação e eficácia, na colheita de dados sobre um tema. Esta técnica também permite sensibilizar os participantes para o instrumento, havendo, assim, uma intenção de os alertar para a importância da mudança dos cuidados prestados, através da reflexão crítica (Backes, Colomé, Erdmann & Lunardi, 2011). A formação permitiu conhecer a opinião da equipa de enfermagem e recolher os seus contributos para o enriquecimento dos documentos apresentados. Os enfermeiros mostraram-se agradados com o programa educativo referindo que será uma ferramenta de suporte na prestação de cuidados a estas pessoas. De forma a averiguar a opinião dos enfermeiros foi utilizada uma folha de Avaliação da sessão, presente no serviço (Anexo I). Para além disso, nesta formação foi proposto por dois enfermeiros da equipa a elaboração de um terceiro documento discriminado as intervenções de enfermagem no pré-operatório, durante o internamento e no momento da alta. Este documento foi intitulado de Plano de desenvolvimento na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar (Apêndice XIII).

A segunda formação em serviço (B) (Apêndice XIV) teve como objetivo apresentar e discutir os resultados finais do levantamento dos défices de autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar, em que a equipa se mostrou disponível para participar (Apêndice XV). Nesta formação também foi

elaborada uma Ata de reunião de Focus Group (Apêndice XVI), a qual permitiu validar os documentos do programa educativo e posteriormente foi avaliada a opinião dos através de uma folha de Avaliação da sessão (Anexo I). Os vários documentos incluídos no programa educativo permitem dar suporte à atuação da equipa de enfermagem, nomeadamente, no planeamento dos cuidados, nas intervenções realizadas com vista à continuidade dos cuidados e na avaliação dos resultados obtidos. Isto foi visível pelas mudanças nas intervenções de enfermagem junto da pessoa com doença oncológica hepatobiliar e seu cuidador. De forma a dar visibilidade a esta mudanças e avaliar o seu impacto, os enfermeiros foram questionados e sempre que possível acompanhados com a minha supervisão, com a finalidade de averiguar se o programa educativo estava a ser efetivamente aplicado, em que verifiquei a maioria da equipa estava a cumprir a sua implementação.

O culminar do internamento exige a elaboração de uma carta de enfermagem por parte do enfermeiro responsável, que consulte para verificar se a informação presente no programa educativo facultado por mim foi mencionada com vista à capacitação do autocuidado das pessoas. As cartas de alta analisadas mostraram-se completas e individualizadas mencionando os ensinamentos contemplados no programa educativo (Martins et al, 2015). Considero que esta melhoria dos registos de enfermagem consciencializou a equipa para a importância de capacitar a pessoa com doença oncológica para o autocuidado após a alta hospitalar. Segundo a opinião da equipa de enfermagem o programa educativo desenvolvido ao longo do projeto facilita e auxilia a programação para alta hospitalar. A transmissão da informação para a alta é realizada sempre que possível com o cuidador. Dado que foram desenvolvidos documentos em suporte papel, estes são considerados um meio de apoio e orientação para o enfermeiro, para a pessoa e cuidador, sendo essenciais na capacitação para o autocuidado após a alta hospitalar (Ramos, 2015).

Considero uma mais valia para o serviço, a minha intervenção como enfermeira especialista assim como a implementação do projeto. Assim, penso ter contribuído para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, enriquecendo as competências de enfermagem de toda a equipa, através do programa educativo.

Concluo assim, que as atividades efetuadas permitiram-me desenvolver as seguintes Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b): gerir na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados, por ser facilitador da

aprendizagem em contexto de trabalho na área da especialidade; otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; planear e liderar programas de melhoria contínua. Desenvolvi as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011) com a aplicação estratégias que apoiam os membros da equipa de saúde envolvidos na prestação de cuidados às diversas necessidades do indivíduo com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares. Desenvolvi também competências de mestre na aplicação de conhecimento e compreensão, assim como as definidas pela EONS (2013), nomeadamente, pelo desenvolvimento um programa educativo para a capacitação do autocuidado após da alta hospitalar.

#### 1.1.4. Estágio num serviço de consulta externa

O estágio decorreu entre os dias 16 de dezembro de 2016 e 27 de janeiro de 2017 num total de 6 turnos, totalizando 48h. Neste estágio foi desenvolvido em paralelo com o estágio no serviço onde exerço funções (estágio num serviço de cirurgia geral). As razões que estiveram na base para a escolha deste local de estágio prenderam-se com a oportunidade de realizar uma avaliação da capacitação para o autocuidado após a alta hospitalar das mesmas pessoas que acompanhei e a quem apliquei o Guião de colheita de dados (Apêndice II). De seguida é apresentado o objetivo principal deste estágio.

#### Conhecer os resultados da aplicação do programa educativo na capacitação para o autocuidado após a alta hospitalar da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar

Para atingir este objetivo participei nos cuidados prestados pela equipa, na consulta de enfermagem e na consulta médica, comparando os défices de autocuidado das pessoas com a última avaliação realizada no serviço correspondente à carta de alta de enfermagem.

A estrutura física do edifício não permitiu realizar reuniões com a pessoa oncológica e seu cuidador, devido à falta de um espaço para o efeito. No entanto, após falar com a enfermeira chefe foi-me possível conversar com as pessoas numa

sala/gabinete livre, assegurando um ambiente seguro através da gestão apropriada de práticas de cuidados que pudessem comprometer a segurança, dignidade e privacidade da pessoa (OE, 2010a).

A consulta de enfermagem externa realiza-se apenas quando os doentes necessitam de tratamentos, como a execução de pensos e a otimização ou retirada de drenos cirúrgicos (realizada na sala de tratamentos). Caso estes não necessitem de tratamentos, a pessoa com doença oncológica apenas efetua uma consulta médica.

Com o intuito de conhecer os défices de autocuidado para a capacitação ainda presentes, foi sugerido à pessoa e ao cuidador, durante a consulta de enfermagem externa, para expor a informação retida durante o internamento. Verifiquei que os défices de autocuidado incidiam nos cuidados a ter com a ferida cirúrgica e na vigilância da mesma, com o manuseamento e otimização das drenagens e com o controlo da dor. Assim, reforcei os ensinamentos de apoio e educação para a saúde e esclareci as dúvidas à pessoa com doença oncológica e seu cuidador.

Como conclusão, refiro que é de extrema importância um ensino adequado e estruturado durante o internamento, considero ainda que a transmissão de informação correta e organizada diminui as lacunas de ensino, devendo na minha opinião existir a articulação de informação do internamento com a consulta externa, dando assim continuidade aos cuidados. Pelas consultas realizadas, posso afirmar que as pessoas melhoraram a capacidade para o autocuidado na promoção da sua saúde. Uma preocupação e inquietude das pessoas prendeu-se com a impossibilidade de contactar o serviço de internamento para o esclarecimento de dúvidas, as quais são confrontadas após a alta hospitalar.

Este estágio foi uma mais valia para consolidar a aplicabilidade do projeto, no qual desenvolvi Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b) relativas à forma apropriada da prática de cuidados que promovem a segurança e a privacidade da pessoa. Desenvolvi Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011) ao envolver o cuidador da pessoa em situação crónica para otimizar resultados na satisfação das necessidades. As competências de acordo com a EONS (2013) foram desenvolvidas pelo fornecimento de um ambiente favorável em que a pessoa e cuidador foram incentivados a partilhar as suas dúvidas e preocupações, face aos défices de autocuidado após alta hospitalar.



## 2. AVALIAÇÃO

Ao longo deste projeto foram desenvolvidas competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, com base na experiência obtida nos locais de estágio e na revisão da literatura realizada. No geral, este projeto centra-se no aprofundamento e desenvolvimento do conhecimento sobre a capacitação para o autocuidado, indo ao encontro às competências da EONS e de mestre, tal como são definidos pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos de Bolonha.

A elaboração do relatório contemplou diferentes períodos de tempo e de contextos previamente definidos com base na metodologia científica, de forma a sustentar as ações realizadas no decorrer dos diferentes estágios. O trabalho realizado obedece aos requisitos definidos na OE e nos regulamentos da mesma. Para além disso, também me permitiu refletir sobre as ações de enfermagem efetuadas no âmbito da capacitação para o autocuidado após alta hospitalar da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar.

Na realização deste projeto foram adquiridas aprendizagens e identificados pontos fracos e fortes, durante este percurso de crescimento pessoal e profissional. A evidência científica do tema escolhido foi uma limitação sentida, pois os trabalhos acerca da capacitação para o autocuidado após alta hospitalar da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar são escassos. Considerei ainda como ponto fraco, a programação dos dois primeiros estágios com pessoas que não foram submetidas a cirurgia hepatobiliar, o que me elevou a dispersar, mas também a alargar a minha pesquisa noutros temas. Nem sempre as atividades planeadas contemplavam todas as ações identificadas, havendo assim necessidade de reestruturar os planos previamente elaborados. Por isso, perante os pontos fracos identificados foi necessário muito empenho, dedicação, persistência e orientação científica na elaboração do projeto. Por isso, este projeto foi motivo de entusiasmo tanto a nível pessoal como para as pessoas que direta ou indiretamente estiveram presentes nos quatro locais de estágio.

A interação mútua entre mim e os membros que constituíam as equipas dos diferentes serviços onde foram realizados os estágios permitiu concretizar os objetivos propostos, considerado assim um ponto forte. Por outro lado, o projeto fomentou o

meu pensamento crítico relativamente à capacitação para o autocuidado, bem como a promoção dos cuidados de enfermagem. A observação e participação das consultas de enfermagem no primeiro e quarto estágios foi essencial no desenvolvimento das atividades, pelo que me permitiu interagir com doentes oncológicos submetidos a diferentes cirurgias. Nos diferentes contextos clínicos tive oportunidade de conhecer uma grande variedade de situações de doença oncológica, as quais me possibilitaram compreender a capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica após alta hospitalar.

As atividades realizadas no âmbito da capacitação para o autocuidado após alta hospitalar permitiram avaliar os procedimentos e a estrutura das informações dadas, para posteriormente os implementar no meu atual local de trabalho. Em contexto laboral salientou-se a pertinência da realização deste projeto, levando a equipa a empenhar-se na concretização do mesmo. Considero que este foi um dos pontos fortes e de apoio para a continuação do projeto.

Com este trabalho aprendi a distinguir o método como exerço funções de enfermeira especialista, findando este projeto com capacidades para enfrentar novos desafios relativos aos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica, olhando para o futuro de modo atento e mais esclarecido. A motivação germinada pelo presente trabalho é uma mais valia perante as inseguranças e dificuldades que venham a emergir ao longo do meu percurso pessoal e profissional, tendo em conta as especificidades técnicas e científicas. Segundo a OE (2001) surge o dever de informar a pessoa, tendo por finalidade a promoção do seu conhecimento com conteúdos relevantes e fidedignos acerca dos cuidados de saúde específicos para a doença oncológica.

Ao longo deste projeto foram considerados os princípios, valores e normas deontológicas que regem a profissão de enfermagem, tendo sempre a preocupação de manter a proteção dos dados pessoais e a privacidade do doente, não esquecendo a humanização dos cuidados e do dever de informar.

O presente projeto contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados quando foi implementado o programa educativo e foram concebidos diferentes documentos de apoio à prática de enfermagem, tendo estes sido promotores na capacitação do autocuidado da pessoa com doença oncológica.

### 3. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

O percurso de aprendizagem efetuado ao longo da concretização do presente trabalho contribuiu ativamente para o desenvolvimento de competências para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica e na área específica de Intervenção em Enfermagem Oncológica, nomeadamente na capacitação para o autocuidado após alta hospitalar da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar. A questão de partida para este relatório, enunciada como “O que deve conter o sistema de apoio e educação que capacite para o autocuidado a pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar após a alta hospitalar?” foi debatida e resolvida através de uma revisão narrativa da literatura que originou um programa educativo composto por três documentos. Este programa foi o principal resultado do projeto e foca-se na orientação e no apoio para a capacitação da pessoa cuidar de si própria, com vista à preservação da sua saúde e qualidade de vida. O enfermeiro tem um papel fundamental nesta ação através da identificação dos défices de autocuidado durante o internamento e da intervenção enquanto promotor da capacitação para o autocuidado.

De forma a atingir os objetivos previamente delineados foram realizados quatro campos de estágios em diferentes serviços, cada um com a sua especificidade e importância perante as diferentes situações encontradas. O conceito de capacitação para o autocuidado foi o ponto de partida para o aprofundamento do tema, que levou à realização de atividades específicas com as equipas de enfermagem para capacitar a pessoa para o autocuidado após alta hospitalar.

Tendo em consideração os cuidados de enfermagem, tornou-se imprescindível incluir a Teoria do Défice do Autocuidado (Orem, 2001), suportando a prática clínica e também destacando as intervenções de enfermagem. O desenvolvimento das competências adquiridas foi conseguido através da análise crítica e reflexiva da implantação das atividades nos cuidados prestados. As dificuldades sentidas em cada momento foram superadas com o trabalho prático desenvolvido nos estágios, tornando-se estes fundamentais. Assim, estas dificuldades foram colmatadas com a alteração e reestruturação de algumas ações previamente elaboradas de forma a melhorar a metodologia do projeto. O método utilizado no desenvolvimento do projeto

e a forma como foi prosseguindo levaram à minha persistência para a sua continuação.

Face ao trabalho realizado, posso concluir que desenvolvi as competências inicialmente estipuladas, conseguindo executar o projeto de intervenção em diferentes locais de estágio, incluindo o meu local de trabalho, no qual foi possível discutir com a equipa multidisciplinar a aplicabilidade das atividades implícitas no projeto. Os estágios contribuíram de forma ativa no percurso de aprendizagens adquiridas e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da evidência científica e pela partilha de conhecimentos com os profissionais especializados, os quais proporcionaram momentos de reflexão sobre a prática que posteriormente permitiram autonomia em tomadas de decisão.

Em conclusão, a capacitação para o autocuidado da pessoa após a alta hospitalar foi considerada importante, em que o foco de intervenção passou pela avaliação das suas necessidades, assim como da sua capacidade para participar ativamente em todo o processo. A alta hospitalar pode gerar inseguranças, medos e ansiedades nos cuidadores e na pessoa, conduzindo por vezes à descontinuidade do tratamento iniciado em ambiente hospitalar, daí a necessidade de uma boa preparação para a alta. O enfermeiro, como parte integrante da equipa de saúde na prestação de cuidados diretos e indiretos à pessoa, torna-se um elo essencial na transmissão de informações durante o período de internamento, bem como no momento da alta hospitalar. O enfermeiro deve por isso transmitir todas as informações pertinentes para o autocuidado, visando sobretudo a preservação da saúde e a continuidade dos cuidados.

Baseada, não apenas na revisão de literatura, mas também nas aprendizagens conseguida durante os diferentes estágios, considero pertinente a continuidade da discussão do tema da capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica após alta hospitalar em trabalhos futuros, reforçando a investigação na área específica de Enfermagem Oncológica. Levar a cabo a concretização da capacitação para o autocuidado ainda é um tema a completar, pois cada situação tem a sua especificidade em contextos distintos, levando em consideração a pessoa com doença oncológica e seu cuidador. Todo este processo deve respeitar uma esquematização programada para que se possam identificar pontos a melhorar, com vista à inclusão destes no decorrer dos cuidados de enfermagem prestados em

oncologia. Concluindo, este trabalho evidencia a necessidade de continuar a desenvolver atividades que capacitem para o autocuidado a pessoa com doença oncológica e a sua implementação em diferentes contextos onde está patente esta necessidade, tendo em conta o presente relatório.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, B., (2013). *O impacto da doença oncológica na família*. Faculdade de Filosofia de Braga da Universidade Católica Portuguesa. Monografia de Licenciatura. Braga.
- American Cancer Society. (2015). Cancer statistic 2015. Acedido em 17/10/2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/15424863>
- Anapaz, V. (2011). *Qualidade de vida na doença hepática crónica*. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Dissertação de Mestrado, Covilhã.
- Backes, D., Colomé, J., Erdmann, R. & Lunardi, V. (2011). Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*, 35 (4), 438-442.
- Benson, B., Abrams, T., Ben-Josef, E., Bloomston, M., Botha, J., Clary, B. ... Sofocleous, C. (2009). Hepatobiliary Cancers Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 7(4), 350-391.
- Black, P. (2010). Teaching stoma patients the practical skills for self-care. *British Journal of Healthcare Assistants*, 4(3). Março, 2010.
- Bryan, S. & Dukes, S. (2010) The Enhanced Recovery Programme for stoma patients: an audit. *British Journal of Nursing*, 19(13), 831-834. DOI: 10.12968/bjon.2010.19.13.48859
- Burch, J. (2012). Enhanced recovery after surgery: benefits for the stoma care patient. *British Journal of Nursing*, 21(6). DOI: 10.12968/bjon.2012.21.Sup6.S16
- Carvalho, A. (2013). *Preparação do regresso a casa. Dificuldades da família na continuidade de cuidados*. Escola Superior de Enfermagem. Dissertação de Mestrado, Coimbra.
- Coimbra, F., Pires, T., Júnior, W., Diniz, A. & Ribeiro, H. (2011). Avanços no tratamento cirúrgico das metástases hepáticas colorretais. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(2), 220-227. DOI: 10.1590/S0104-42302011000200022

- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem* (CIPE/ICNP) (3ª edição), Versão Beta 2, Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros.
- Costa, S. (2004). *Métodos de Prestação de Cuidados*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 anos, 234-251. Acedido em 08/01/2016. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>
- Costa, S. & Castro, E. (2014). Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Revista Brasileira Enfermagem*, 67(6), 979-986. DOI: 10.1590/0034-7167.2014670617
- Dalmolin, A., Girardon-Perlini, N., Coppetti, L., Rossato, G., Gomes, J., Silva, M. (2016). Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 37, 1-9. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.esp.68373
- Dimitroulis, D., Nikiteas, N., Troupis, T., Patsouras, D., Skandalakis, P. & Kouraklis. (2010). Role of surgery in colorectal liver metastases: too early or too late? *World J Gastroenterol*, 16 (28), 3484-3490.
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo das doenças oncológicas 2007-2010*. Lisboa: DGS. Acedido em 03/03/2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/5057/505750945001/>
- Direção-Geral de Saúde (2016). *Portugal - doenças oncológicas em números - 2015*. Lisboa: DGS.
- Edge, B. & Compton, C. (2010). The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Annals of Surgical Oncology*, 17(6), 1471–1474. DOI: 10.1245/s10434-010-0985-4.
- European Oncology Nursing Society (EONS). (2013). *Cancer nursing curriculum 2013*. Bruxelas: EONS.
- Felippe, T. & Castro, P. (2015) Perceção sobre o diagnóstico e tratamento em pacientes oncológicos. *Revista Saúde*, 9 (1-2), 1-19.
- Ferreira, C. (2013). *Qualidade de vida do doente com cirrose hepática*. Escola Superior de Enfermagem. Dissertação de Mestrado, Coimbra
- Fonseca, A., Mira, H. & Gato, L. (2007). Dar a vida aos dias...uma conquista da família. *Onco.News*, 3, 17-23.

- Fox, M., Persaud, M., Maimets, I., Brooks, D., O'Brien, K & Tregunno, D. (2013). Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 13(70). **DOI:** 10.1186/1471-2318-13-70.
- Gesaro, A. (2012). Self-care and patient empowerment in stoma management. *Gastrointestinal Nursing*, 10(2), 19-23. **DOI:** 10.12968/gasn.2012.10.2.19
- Guerra, J., Jarufe, N., Martínez, J., Guzmán, S., Pacheco, F., Guajardo, M., Gederlini, A., Torres, J., Ibáñez, I. (2007). Hepatectomía extendida. Una alternativa segura en lesiones hepatobiliares malignas. *Revista Chilena de Cirugía*, 59 (6), 430-435. **DOI:** 10.4067/S0718-40262007000600008
- Happ, M., Roesch, T., Kagan, S. (2004). Communication needs, methods, and perceived voice quality following head and neck surgery: A literature review. *Cancer Nursing*, 27(1), 1-9.
- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Tradução: Idalina Gomes. Lisboa: Lusodidacta.
- Holland, D., Rhudy, L., Vanderboom, C. & Bowles, K. (2012). Feasibility of discharge planning in intensive care units: a pilot study. *American Journal of Critical Care*, 21 (4), 94-101. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2012173>.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2017). *Projeções de população residente, em Portugal - 2008-2060*. Lisboa: INE.
- Jaramillo, M. & Hoyos, S. (2009). Carcinoma de vesícula biliar en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín. *Revista Colombia Cirurgia*, 24, 250-257.
- Joint Quality Initiative (JQI). (2004). *Shared Dublin descriptors for short cycle, first cycle, second cycle and third cycle awards*. Dublin: European Consortium for Accreditation. Acedido em 03/03/2017. Disponível em: <https://www.nvao.net/system/files/pdf/Dublin%20Descriptors.pdf>
- Macedo, A., Andrade, S., Moital, I., Moreira, A., Pimentel, F., Barroso, S., Dinis, J., Afonso, N. & Bonfill, X. (2008). Perfil da doença oncológica em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 21(4), 329-334.
- Maciel, C. T. V.; Leite, I. C. G. & Soares, T. V. (2010). Câncer da laringe. Um olhar sobre a qualidade de vida. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais*, 2 (4), 126 – 134.

- Martins, A. (2016). *Tratamento cirúrgico com intenção curativa no cancro gástrico com metástases hepáticas*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Dissertação de Mestrado, Porto.
- Martins, J. (2009). Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento: contributo para a validação e utilização da EORTC IN-PATSAT 32 na população portuguesa. *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*, (9), 41-49.
- Martins, P., Costa, K., Oliveira, O., Valdevino, S., Rezende, L. & Costa, T., (2015). Atuação do enfermeiro no preparo para a alta hospitalar de pacientes cirúrgicos. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 1756-1764.
- Mendonça, R. [et al.] (2007). A importância da consulta de Enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. *Revista brasileira de cancerologia*, 53(4), 431-435.
- Miguel, S., Gudiño, M. & Silva, A. (2014). Impacto do cancro de cabeça e pescoço na qualidade de vida. *Onco.News - Investigação e Informação em Enfermagem Oncológica*, 25, 23 – 30.
- Minicis, M. & Mincis, R. (2011). Álcool e o fígado. Artigo de revisão. *Gastroenterologia Endoscopia Diagnóstico*, São Paulo, 30(4), 152-162.
- Ministério da Saúde (2013). Centros de referência – relatório final. Publicado em *Diário da República*, 2ª Série, N.º 59, 25 de março.
- Morais, J. (2010). *Preparação do regresso a casa: do hospital ao contexto familiar*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, Lisboa.
- Moreira, V. & Román, A. (2009). Información al paciente. Tumores hepáticos benignos. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 101 (11), 812.
- Neto, O. (2014). Metástases hepáticas. Abordagem atual. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 102(2), 29-33.
- Neves, D. (2012). Autocuidado. Conceito central da enfermagem. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, 23.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Acedido em 11/12/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend\\_Manuais\\_BPPraticas.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPPraticas.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem os Enfermeiros (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012) *Enfermeiro e educação para a saúde*. Acedido em 12/01/2018. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeducaçãoparaaSaude.aspx>
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona. Masson Salvat Enfermería. ISBN: 84-458-0092-2.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). Missouri: Mosby. ISBN 0-323-00864-X.
- Pagliarini, F. & Perroca, M. (2008). Uso de instrumentos de classificação de pacientes como norteador do planejamento de alta de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21 (3), 393-397. DOI: 10.1590/S0103-21002008000300002.
- Pedersen, B., Koltved, D.P., Nielson, L.L. (2012). Living with side effects from cancer treatment. A challenge to target information. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 715-723. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01085.x
- Pedrassa, B., Rocha, E., Kierzenbaum, M., Bormann, R., Francisc, V. & D'Ippolito, G. (2014). Tumores hepáticos incomuns: ensaio iconográfico-Parte 2. *Radiologia Brasileira*, (47)6. DOI: 10.1590/0100-3984.2013.1761
- Pedrosa, A. (2015). *Carcinoma do reto com metástases hepáticas síncronas. Que opções terapêuticas?* Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Porto.

- Pereira, S. (2010). *Cuidados Paliativos - Confrontar a morte*. Universidade Católica Editora. Lisboa.
- Pompeo, D., Pinto, M., Cesarino, C., Araújo, R. & Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (3), 345-350.
- Portz, D. & Johnston, M. (2014). Implementation of an evidence-based education practice change for patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18, 36-40. **DOI:** 10.1188/14.CJON.S2.36-40.
- Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 157-164. **DOI:** 10.12707/RIV14081
- Ramos, S., (2015). *A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Dissertação de Mestrado, Lisboa.
- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (RNEHR) (2016). *Gastroenterologia e Hepatologia*. República Portuguesa.
- Ribeiro, M., Colaneri, R., Nunes, B., Chaib, E., D'Ípolitto, G., Gama-Rodrigues, J., Saad, W. & Ceconello, I. (2007) Ablação por radiofrequência de tumores hepáticos primários e metastáticos: experiência em 113 casos. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*; 20(1), 38-44. **DOI:** 10.1590/S0102-67202007000100008
- Ribeiro, O., Pinto, C. & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 25-36. fevereiro-março. **DOI:** 10.12707/RIII12162
- Riley, J. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4.<sup>a</sup> edição). Loures. Lusociência.
- Salgado, N. (2011). A história oncológica do doente. *Onco.News*. 18, pp. 23-32.
- Shepperd, S., Lannin, N., Clemson, L., McCluskey, A., Cameron, I. & Barras, S. (2013). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). **DOI:** 10.1002/14651858.CD000313.pub4
- Sidani, S. (2011). Self-care. In D. Doran, D. *Nursing outcomes: The state of the science*. (2<sup>nd</sup> edition). Sudbury: Jones & Bartlett Learning, 522.
- Silva, J. (2007). A alta hospitalar e a valorização dos cuidados de enfermagem. *Servir*, 56(3), 67-77.

- Soderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: a phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7 (4), 183-189. DOI: 10.1080/110381200300008724
- Soderhamn, O. (2013). Phenomenological perspectives on self-care in aging. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 605-608. DOI: 10.2147/CIA.S45902
- Sommers, M.& Fannin, E., (2015). *Gallbladder and biliary duct (biliary system) cancer diseases & disorders: a nursing therapeutics manual*. (5ª edição). Nursing Reference Center. 413-416. Acedido em 28/09/2017. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nrc&AN=2013166895&site=nrc-live>
- Soong, C., Daub, S., Lee, J., Majewski, C., Musing, E., Nord, P., Wyman, R., Baker, R., Zacharopoulos & N., Bell, C. (2013). Development of a checklist of safe discharge practices for hospital patients. *Journal of Hospital Medicine*, 8 (8), 444-449. DOI: 10.1002/jhm.2032.
- Sousa, F., Silva, E., Tralhão, J., Costa, B., Martins, B., Serôdio, M. & Martins, R. (2012). Colangiocarcinoma Intra-Hepático. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 23, 33-42.
- Stefanelli, M. (2012). Estratégias de comunicação terapêutica. In: Stefanelli, M., Carvalho, E. (org.). *A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem*. 77-109.
- Stracieri, L., (2008). *Cuidados e complicações pós-operatórias*. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 41 (4), 465-468.
- Taylor, S. (2004). Dorothea Orem – Teoria do Déficit do Auto-cuidado de Enfermagem. In A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teorias de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. (5ª edição). Loures: Lusociência.
- Teixeira, S. (2010). *Gestão das organizações*. (2ª edição). Lisboa: Verlag Dashöfer Portugal.
- Teixeira, S., Carvalho, A. & Cruz, S. (2016) Avaliação do autocuidado como indicador para supervisão clínica em enfermagem. *Revista Rene de Enfermagem*, 17 (3), 356-62. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000300008
- Tiferes, D.& D'Ippolito, G. (2008). Neoplasias hepáticas: caracterização por métodos de imagem. *Radiologia Brasileira*, 41(2),119 -127. DOI: 10.1590/S0100-39842008000200012

- Valentim, J (2008). Dor aguda do pós-operatório – princípios básicos. *Dor*, 16(1), 12-17.
- Velosa, J. (2010) A formação em Gastrenterologia e a subespecialidade de Hepatologia. *Jornal Português de Gastrenterologia*, 17(6), 274-279.
- Wagman, L., Roberson, J. & Sampat, K. (2015). Liver, gallbladder, and biliary tract cancers. Acedido em 05/10/2017. Disponível em: <http://www.cancernetwork.com/cancer-management/liver-gallbladder-and-biliary-tract-cancers/page/0/2>
- Williams, D., Williams, K., LaFaver-Roling, S., Johnson, R., Williams, A. (2011). An intervention to manage patient-reported symptoms during cancer treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(3), 253-258. DOI: 10.1188/11.CJON.253-258.

## **ANEXOS**



**Anexo I - Formação em serviço - Avaliação da sessão**



**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

Área/Unidade/Especialidade: \_\_\_\_\_

Tema: \_\_\_\_\_

Acção tipo: Actualização  Aprendizagem  Duração \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Formador(es): A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIACÃO GLOBAL	DISCORDA TOTALMENTE	DISCORDA	CONCORDA	CONCORDA TOTALMENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente    2 – Suficiente    3 – Bom    4 – Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	_____	_____	_____
12. Domínio dos conteúdos apresentados.			
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.			
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.			
16. Interação com o grupo.			
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			
18. Gestão do tempo.			
19. Pontualidade.			

**COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA**

--

Obrigado pela sua colaboração.



## **APÊNDICES**



## **Apêndice I - Estudo de caso**





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

**ESTUDO DE CASO**

**Vânia Cátia Lopes Afonso**

Orientadora: Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

**Lisboa  
abril 2018**

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	3
<b>1. APRESENTAÇÃO DE DADOS</b>	4
1.1. Dados de identificação da Pessoa	4
1.2. Ambiente familiar	4
1.3. Antecedentes pessoais e familiares de saúde	5
1.4. História de doença atual	5
1.5. Expetativas do Sr. LM e cuidadora	6
1.6. Avaliação dos Requisitos de Autocuidado Universais	7
1.7. Avaliação dos Requisitos de Desenvolvimento	9
1.8. Avaliação de Requisitos de Desvios de Saúde	10
1.9. Levantamento dos défices de autocuidado	10
<b>2. PLANO DE CUIDADOS</b>	12
<b>CONCLUSÃO</b>	24
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	26

## INTRODUÇÃO

No estágio de cirurgia geral oncológica elaborei um estudo de caso, com o intuito de conhecer a pessoa com mais profundidade, de fortalecer os conhecimentos teóricos e práticos, e refletir sobre a minha intervenção enquanto promotora da capacitação para o autocuidado. Procurei avaliar os défices de autocuidado da pessoa ostomizada, baseados na teórica de Orem (2001) e delinear um plano de cuidados para a capacitação do autocuidado à pessoa ostomizada e cuidador. Esta foi uma experiência enriquecedora de estágio pelo tempo que acompanhei a pessoa e pela sua disponibilidade em colaborar, embora as fragilidades emocionais provocadas pela doença oncológica, em alguns dias, comprometessem o processo de capacitação para o autocuidado ao estoma, sendo o cuidador a assumir um papel preponderante.

Foi realizada uma colheita de dados através de entrevista, exame físico e seleção de dados significativos do processo clínico, tendo sido pedida a sua autorização para a recolha de dados e assegurada a confidencialidade e anonimato.

Neste estudo de caso será abordada a avaliação da pessoa de acordo com o modelo teórico de Dorothea Orem e seguidamente será usada a classificação CIPE/ICNP® (International Council of Nurses, 2000), na elaboração dos diagnósticos de enfermagem e plano de cuidados.

Este trabalho é composto por três capítulos, o primeiro apresenta os dados sociodemográficos e clínicos do Sr<sup>o</sup> LV, o segundo expõe o plano de cuidados ao autocuidado e o terceiro reflete as conclusões do estudo de caso.

# **1. APRESENTAÇÃO DE DADOS**

## **1.1. Dados de identificação da Pessoa**

O Sr. LV tem 71 anos de idade, é casado e tem 3 filhos. É natural de Torres Vedras e reside na rua onde nasceu.

Começou a trabalhar aos 16 anos como pedreiro e agora encontra-se reformado. Refere que trabalhou muito durante a vida desempenhando várias profissões, como agricultor, técnico de eletricidade, mecânico e operário de uma fábrica. Tem a 4<sup>o</sup> classe, referindo não ter podido estudar mais por dificuldades económicas da família. A sua religião é católica e todas as semanas tem o hábito de ir à igreja.

A cuidadora é a esposa, que tem 67 anos de idade e também é reformada. O casal sempre viveu junto inclusivamente quando emigraram, na década de 60, deixando 2 filhos a cargo das avós. A esposa refere que a vida foi muito difícil devido a questões financeiras, tendo a educação dos 3 filhos ficado por isso comprometida, e também porque desde há cerca de 3 anos que é cuidadora da mãe com doença de alzheimer, pelo que tem pouca disponibilidade para fazer as coisas que a vida lhe poderia proporcionar.

## **1.2. Ambiente familiar**

O Sr.LV vive com a esposa e a sogra que ajuda a cuidar. Habita numa vivenda com 2 assoalhadas, constituída por 3 quartos, 1 casa de banho, 1 cozinha e garagem/arrecadação para material agrícola aparentemente sem barreiras arquitetónicas estruturais que possam colocar em perigo a integridade física das pessoas, considerando que “tenho uma casa que me orgulho, com todas as condições, no ano anterior instalamos aquecimento” (SIC), “é muito confortável” (SIC).

Ao fim de semana recebe a visita da filha mais nova “é a única que vive em Portugal” (SIC) “os outros rapazes estão na Suíça e só vêm de férias no verão e no natal” (SIC), demonstrando alguma mágoa e saudade dos 2 netos que vê 2 vezes por ano.

Como família próxima tem uma irmã que vive na mesma rua, que sempre que precisa sabe que pode contar, nomeadamente nos cuidados à sogra quando o casal tem que se ausentar.

O agregado familiar tem como rendimentos a reforma do casal em Portugal e também no estrangeiro elucidando “não é muito, mas tem dado para as despesas e ainda colocar no pé de meia” (SIC).

### **1.3. Antecedentes pessoais e familiares de saúde**

O Sr. ° LV tem como antecedentes pessoais hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, hábitos tabágicos de 15 cigarros por dia. Tinha como terapêutica de domicílio: metformina 500mg, sinvastatina 20 mg, enalapril 5mg e lorazepan 1 mg para as insónias.

Refere sentir-se deprimido e ansioso pelo diagnóstico da doença oncológica, e com medo da cirurgia e dos tratamentos como a quimioterapia e/ou radioterapia que pode vir a realizar.

O tumor do reto foi-lhe diagnosticado após a realização de colonoscopia num exame de rastreio solicitado pelo médico de família. Refere não ter sentido qualquer sintomatologia associada ao tumor e que nenhuma doença até então condicionou as suas atividades de vida. É a esposa que refere que, há cerca de 2 meses o Sr. LV teve 2 episódios de melenas e que ao final do dia referia dores abdominais ligeiras, sintomas que o Sr. LV não valorizava, atribuindo-lhe como justificação o esforço do trabalho no campo. No decorrer da vida assumiu-se como uma pessoa saudável e que sempre cumpriu a vigilância do seu estado de saúde.

### **1.4. História de doença atual**

O Sr. LV foi internado no início de outubro no serviço de cirurgia geral oncológica, com diagnóstico de tumor do reto, para ser submetido a resseção abomino-perineal no dia seguinte. No dia de colheita de dados (1º dia de internamento) demonstrava conhecimento de ter uma doença oncológica e da cirurgia que estava proposta, assim como da necessidade da realização de uma ostomia. Toda esta informação foi obtida através da consulta de enfermagem de pré-operatório de estomaterapia. No dia seguinte o Sr. LV foi submetido à cirurgia que tinha sido planeada, e a esposa aguardou ansiosamente no serviço

pelo fim da mesma, sendo neste espaço temporal que estabeleci uma relação mais próxima em que consegui conhecer melhor a pessoa e a esposa.

Nas primeiros 48 horas após a cirurgia o Sr. LV demonstrou sempre vontade e iniciativa em aprender, tendo colaborado o plano de cuidados delineado, identificando-se como “uma pessoa otimista e lutadora pelas contrariedades na vida” (SIC). No entanto, nos dias precedentes, o sentimento de angústia, receio e desconforto foram predominantes nas conversas com os enfermeiros e a esposa, ao referir “o medo de falhar e todas as mudanças não vão ser fáceis” (SIC).

Durante o internamento recebeu a visita diária da esposa e de uma filha numa tarde de domingo e de dois amigos.

A terapêutica prescrita no serviço, era a medicação habitual do Sr. LV, acrescida do paracetamol 1 gr de 8/8h, e nolotil 575mg em SOS.

### **1.5. Expectativas do Sr. LV e cuidadora**

O Sr. LV no primeiro dia de internamento estava muito otimista e recetivo a aceitar as implicações que a cirurgia lhe iria trazer, embora referisse sentir-se preocupado com as alterações nas atividades de vida diárias, porque um dos seus amigos tinha realizado a mesma cirurgia e ele lembrava-se das dificuldades e dos momentos difíceis que ultrapassou com ele. Por diversas vezes manifestava agrado e confiança na instituição e nos profissionais de saúde que escolheu para ser tratado. A esposa sempre apoiou o Sr. LV. Durante a vida em conjunto, as decisões que tomaram em tempos passados criou uma confiança mútua. Apesar de ter que se deslocar diariamente, através de transportes, para o hospital e deixar a mãe numa instituição de solidariedade social durante o dia desde que o diagnóstico do Sr. LV foi conhecido, referia sentir-se preparada para assumir e colaborar com toda a equipa e ajudar o Sr. LV a ultrapassar a doença oncológica. No entanto ao longo do internamento manifestou cansaço pelas viagens diárias e comprometendo o sono e o repouso (Casmarrinha, 2011 & Figueiredo, 2012).

Embora dissesse estar recetiva para a capacitação para o autocuidado do Sr. LV, referia ter receio de não ser capaz de autocuidar o estoma.

## **1.6. Avaliação dos Requisitos de Autocuidado Universais**

O Sr. LM refere ser independente na satisfação do autocuidado.

### ***Manutenção da ingestão suficiente de ar***

O Sr. LV refere não ter alterações da necessidade de respiração embora fume 15 cigarros/dia. Nega também expetoração ou tosse. No internamento manteve-se eupneico, com uma respiração toraco-abdominal de amplitude normal e simétrica, apresentada pele e mucosas coradas e hidratadas e sem cansaço a esforços.

### ***Manutenção de uma ingestão suficiente de líquidos e alimentos***

O Sr. LV nega alergias ou intolerância a alimentos. No entanto, tem preferências alimentares baseadas em carne, referindo que come peixe somente uma vez por semana. No domicílio faz cerca de 4 refeições diárias e ingere cerca de 1,5 litros de água por dia, não consome qualquer bebida alcoólica desde os 53 anos de idade. Devido aos seus antecedentes pessoais, refere que a sua dieta é pobre em gorduras e açúcar, sendo que a diabetes mellitus encontra-se dentro dos parâmetros normais. Relativamente às medidas antropométricas, a pessoa refere ter uma estatura de 158 centímetros e peso de 78 quilos, refletindo-se num Índice de Massa Corporal (IMC) de 31.2, que se traduz em obesidade de grau I.

Tem prótese dentária superior, a qual refere que sempre se adaptou bem, nunca tendo interferido na sua alimentação. Ao longo do internamento o Sr. LM retomou a alimentação de forma progressiva, iniciando com dieta líquida nos primeiros 2 dias e posteriormente progrediu para dieta hipoglucídica sem sal, idêntica à dieta que realizava em domicílio.

### ***Promoção dos cuidados associados com a eliminação***

Relativamente à eliminação, o Sr. LV referia que urinava várias vezes ao dia, urina amarelada clara de aspeto límpido. Na eliminação intestinal tinha um padrão bastante irregular, com características maioritariamente líquidas e castanhas.

No internamento manteve o padrão de eliminação urinário e intestinal, pois inicialmente apresentava fezes líquidas e posteriormente moles. O Sr. LV começou desde logo a questionar o funcionamento da colostomia, assim como os cuidados a ter e o material a utilizar. Referia que apesar das explicações na consulta de enfermagem de estomaterapia no pré-operatório terem sido muitos úteis para lidar e cuidar na realidade, era uma responsabilidade muito difícil de assumir (Couto & Medeiros, 2013). Demonstrou sempre disponibilidade em participar no plano de cuidados, nomeadamente nos cuidados ao estoma, apesar dos 2 primeiros dias se manter no sistema parcialmente compensatório para o autocuidado ao estoma. No terceiro dia após a cirurgia, teve contato pela primeira vez com o estoma em frente ao espelho, e com o material de ostomia (saco e placa) pelo que foi complicado de gerir pela não aceitação e medos demonstrado pelo Sr. LV, mencionava “e agora? Não consigo olhar, amanhã vou conseguir”, “deixamos para quando a minha esposa vier, ela vai-me ajudar”, “o material é fácil de manipular, mas vou ter dificuldades para colocar”.

### ***Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso***

O Sr. LV no domicílio refere ter um sono repousante. No entanto, quando se sente muito cansado ou com insónias, faz o lorazepan 1 mg à noite. Todos os dias vê televisão e lê antes de dormir, que considera tempo essencial de relaxamento para dormir melhor. Durante o dia trabalha no campo e realiza caminhadas esporádicos com os amigos.

No internamento solicita diariamente o ansiolítico, porque dorme curtos períodos durante o dia e à noite refere pensar na doença e todas as suas implicações, o que o deixa muito ansioso e não o deixa dormir. Sempre que a esposa lhe trás material de leitura, refere para deixar em cima da mesa de cabeceira ou dar às pessoas que se encontram no mesmo quarto. Menciona que quando tiver alta vai conseguir repousar e progressivamente voltar a trabalhar e descansar como antes da cirurgia.

### ***Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social***

O Sr. LV expõe como atividade preferencial nos tempos livres ver televisão, o convívio com os amigos e vizinhos e jantar em família. Diariamente vai ao café depois de almoço, no sentido de encontrar os amigos e conversar,

assim como ler o jornal. Apesar de ter poucos amigos diz que são uma força externa, o apoio deles e as histórias de vida são um exemplo de coragem para o Sr. LV.

Refere ser elemento fundador da associação recreativa e cultural da cidade e sempre que pode participa em eventos organizados pela associação.

Durante o internamento apresenta-se comunicativo e interativo com as pessoas do quarto e profissionais de saúde e visitas. Diz que a televisão, em certos momentos do dia, o incomoda, mas respeita a vontade dos outros. A leitura refere não ser muito relevante nesta fase, também porque não tem o seu espaço pessoal e silêncio para ler, assim como a posição anatómica da ostomia e da ferida cirúrgica lhe provoca dor e desconforto.

### ***Prevenção dos riscos para a vida humana, funcionamento e bem-estar***

O Sr. LV encontra-se consciente dos cuidados que deve ter em conta para a manutenção da sua saúde, nomeadamente a alimentação saudável, a toma de medicação prescrita, a vigilância de saúde e a importância da atividade física regular. Segundo o Sr. LV antes de saber o diagnóstico de doença oncológica realizava caminhadas ao final do dia com os amigos, mas agora não sente vontade devido às limitações de mobilidade e transferências. Refere ter tido uma queda aos 25 anos de uma escada, mas sem relevância. Relativamente à imagem corporal, vai de 2 em 2 meses ao barbeiro e gosta de se vestir bem e confortavelmente, principalmente ao fim-de-semana.

No internamento apresenta défice de autocuidado na higiene, nomeadamente no cuidado à ferida cirúrgica e ao estoma. Após 4 dias da cirurgia já se encontra autónomo na mobilização e posicionamentos, necessitando do apoio do enfermeiro no sistema de apoio e educação nestas áreas (Alves, 2010).

### **1.7. Avaliação dos Requisitos de Desenvolvimento**

O Sr. LV menciona episódios de vida marcantes no seu desenvolvimento enquanto pessoa, nomeadamente a perda do pai aos 12 anos, o casamento, os nascimentos dos filhos e por fim a doença oncológica diagnosticada há cerca de 1 mês. Relembra as dificuldades económicas da família desde criança e as perdas de pessoas significativas, no entanto refere ter superado junto da família e amigos. Refere que a sua alegria de viver está baseada na família que

construiu, onde procura sempre a tranquilidade e o seu bem-estar. Considera a cirurgia outro episódio da vida com influência no desenvolvimento pessoal e adaptação às suas atividades de vida.

### **1.8. Avaliação de Requisitos de Desvios de Saúde**

O Sr. LV não considera que os antecedentes pessoais provocassem uma limitação nas atividades de vida e na realização do autocuidado. Refere que o período que teve maior necessidade de medidas de suporte foi no diagnóstico de diabetes mellitus, sentindo-se mais dependente da esposa, pela adaptação e confecção da alimentação.

Relativamente ao conhecimento da doença refere estar informado, através do apoio da consulta de enfermagem de estomaterapia e também da experiência de ter um amigo colostomizado. No entanto necessita de apoio e educação nomeadamente na realização dos cuidados após a cirurgia.

### **1.9. Levantamento dos défices de autocuidado**

Nos requisitos de autocuidado universais a intervenção de enfermagem predominou no défice de autocuidado da eliminação, associados à colostomia.

O diagnóstico de doença oncológica e os potenciais efeitos da presença de uma ostomia pode provocar no Sr. LV uma alteração na manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social, considerado um motivo para situações de isolamento social, assim como as alterações na promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais pelas limitações de uma ostomia, mas também pela vontade de voltar a ser normal (Menezes & Quintana, 2008).

Relativamente aos requisitos de autocuidado de desenvolvimento, a ostomia vai provocar modificações e ajustes na atividade de vida, pelo que o Sr. LV deve adquirir conhecimentos e capacidades para se adaptar e realizar as atividades de autocuidado, nomeadamente na higiene e vestuário, na alimentação, na eliminação intestinal e na vigilância de possíveis complicações.

No período pós-operatório o Sr. LV requer cuidados específicos de enfermagem no sentido de manter a estrutura e o funcionamento humano, relacionados com os requisitos de autocuidado de desvios de saúde, dada a sua etapa de recuperação da doença e da cirurgia. Carece de cuidados ao nível da

ferida cirúrgica abdominal, no controlo da dor, na administração de terapêutica, do reforço de informação e esclarecimento de dúvidas relativamente à doença e à cirurgia.

Como complemento da minha avaliação foi utilizada como instrumento a escala de Braden obtendo um resultado de 19 pontos, permitindo mais especificamente identificar o tipo de dependência (Sequeira, 2010). E também a escala de Morse para avaliação o risco de queda, alcançando o valor de 10 ponto. Estes instrumentos são aplicados a todas as pessoas internadas, no dia da admissão e posteriormente sempre que se justifique com pela alteração da situação clínica da pessoa.

## **2. PLANO DE CUIDADOS**

Na elaboração dos planos de cuidados adotei pela linguagem da classificação CIPE/ICNP®, pelo que refiro que na implementação das intervenções de enfermagem seguidamente descritas foram tidas em consideração as especificidades, valores e crenças do Sr. LV.

## Plano de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Dor presente em grau moderado na região perianal, relacionada com tumor do reto, manifestado pelo Sr.LV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Monitorizar a dor através da escala numérica e as suas características</li> <li>. Ensinar sobre autovigilância da dor</li> <li>. Aplicar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor</li> <li>. Aplicar frio</li> <li>. Assistir a pessoa no posicionamento</li> <li>. Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor</li> <li>. Executar sobre técnica de relaxamento</li> <li>. Instruir sobre regime medicamentoso</li> <li>. Validar conhecimento sobre controlo da dor</li> <li>. Administração de medicação analgésica prescrita</li> </ul>	<p>2/10/2016</p> <p>.O Sr. LV. refere dor em grau moderado, tipo moinha sem irradiação na região perianal e abdominal, enumerando 4 de 10 na escala numérica.</p> <p>.Realizadas estratégias e técnicas de relaxamento a autovigilância da dor, nomeadamente a aplicação de gelo e alteração de posição anatómica, posteriormente o sr. LV referia a diminuição da intensidade da dor (enumerando 1 na escala numérica), valorizando as técnicas de relaxamento.</p> <p>. Administrado 200mg/5ml de nolotil prescrito em SOS, referindo atenuar a dor.</p>

## Plano de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Ferida Cirúrgica presente na região abdominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Executar tratamento à ferida cirúrgica</li> <li>. Vigiar ferida cirúrgica</li> <li>. Vigiar penso da ferida cirúrgica</li> <li>. Vigiar sinais inflamatórios na ferida cirúrgica</li> <li>. Ensinar sobre cuidados e cicatrização da ferida cirúrgica</li> </ul>	<p>3/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.Os tratamentos à ferida cirúrgica, foram realizados por mim apresentando-se sem sinais inflamatórios</li> <li>. Explicados os cuidados a ter com a ferida cirúrgica</li> <li>.Foram efetivados os ensinamentos relativos à importância da vigilância da ferida cirúrgica</li> </ul>

## Plano de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Ferida Cirúrgica presente: conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica na ferida cirúrgica não demonstrado, manifestado por desconhecimento do Sr. LV</p>	<p>. Ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica (sinais de infeção)</p> <p>. Ensinar sobre evitar esforços.</p> <p>. Ensinar sobre prevenção de complicações</p> <p>. Validar conhecimento sobre complicações da ferida cirúrgica da ferida cirúrgica</p> <p>. Assegurar a continuidade de cuidados após a alta hospitalar, através da realização de carta de enfermagem de alta</p>	<p>05/10/2016</p> <p>. O Sr. LV identifica as possíveis complicações na ferida cirúrgica, tendo demonstrado conhecimento com os cuidados à ferida cirúrgica</p> <p>. O Sr. LV demonstra conhecimentos sobre sinais de infeção e as medidas a adaptar na prevenção de esforços</p> <p>8/10/2016</p> <p>. Elaborada a carta de alta de enfermagem, realçando os défices de autocuidado existente no momento da alta hospitalar</p>

## Plano de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Autocontrole: Continência Intestinal ineficaz, relacionado com a execução e conhecimento sobre o equipamento ostomias não demonstrado, manifestado pelo Sr. LV e cuidadora</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Providenciar material de leitura sobre a ostomia.</li> <li>. Ensinar sobre equipamento ostomia:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipos de equipamento</li> <li>Como retirar o material</li> <li>Como aplicar o material</li> <li>Quando trocar o material</li> </ul> </li> <li>. Executar tratamento ao estoma</li> <li>. Limpar a pele periférica ao estoma</li> <li>. Vigiar ostomia</li> <li>. Elogiar a aprendizagem de habilidades</li> </ul>	<p>3/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Foi entregue documentação escrita de suporte para aos cuidados à ostomia: folhetos e panfletos.</li> </ul> <p>6/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. O Sr LV demonstrou conhecimentos e habilidades para a manutenção dos cuidados à com a ostomia e conhece o material facultado</li> <li>. O Sr LV não consegue trocar o equipamento de ostomia de forma autónoma, necessitando do apoio da cuidadora</li> </ul> <p>7/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. O Sr. LV consegue trocar o equipamento, no entanto necessita da cuidadora para realizar a higiene ao estoma e cortar a placa</li> </ul>

	<p>. Assegurar a continuidade de cuidados no regresso a casa, através da realização de carta de enfermagem de alta e encaminhamento para a consulta de estomaterapia;</p>	<p>8/10 /2016</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizada a carta de alta, onde se fez alusão aos ensinamentos realizados, assim como aos conhecimentos adquiridos pelo Sr. LV e cuidadora, foram também referenciados os défices de autocuidado e as necessidades de apoio e supervisão nos autocuidados</li> <li>- Foi agendada a consulta de estomaterapia para dia 16/10 (1 semana após a alta)</li> </ul>
--	---	---

## Plano de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Gestão do Regime Terapêutico Ineficaz, relacionado com conhecimento sobre prática de exercício não demonstrado, manifestado por desconhecimento do Sr LV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Ensinar sobre hábitos da prática de exercício com uma ostomia</li> <li>. Ensinar sobre prevenção de complicações associadas à prática de exercício com uma ostomia</li> <li>. Incentivar a prática do exercício físico.</li> <li>. Assegurar a continuidade de cuidados após a alta hospitalar, através da realização de carta de enfermagem de alta</li> </ul>	<p>3/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. O Sr. LV demonstra conhecimentos sobre hábitos da prática de exercício e prevenção de complicações associadas.</li> </ul> <p>8/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Elaborada a carta de alta de enfermagem, realçando os défices de autocuidado existente no momento da alta hospitalar</li> </ul>

## Plano de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Gestão do Regime Terapêutico Ineficaz, relacionado com conhecimento sobre hábitos alimentares não demonstrado, manifestado por desconhecimento pelo Sr. LV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Providenciar material de leitura no apoio a uma alimentação saudável</li> <li>. Ensinar sobre hábitos alimentares saudáveis;</li> <li>. Gerir a dieta</li> <li>. Providenciar encontro com a dietista;</li> <li>. Assegurar a continuidade de cuidados no regresso a casa, através da realização de carta de enfermagem de alta;</li> </ul>	<p>3/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Foram entregues material de leitura ao Sr LV e cuidadora</li> </ul> <p>8/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. O Sr LV demonstra conhecimentos sobre cuidados alimentares saudáveis</li> <li>. Elaborada a carta de alta de enfermagem, realçando os défices de autocuidado existente no momento da alta hospitalar</li> </ul>

## Plano de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Autocuidado: Higiene Ineficaz, relacionado com a execução e conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene não demonstrada, manifestada por desconhecimento do Sr LV</p>	<p>. Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene na presença de uma ostomia</p> <p>. Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene na presença de uma ostomia</p> <p>. Incentivar o autocuidado: higiene</p>	<p>7/10/2016</p> <p>. O Sr LV demonstra conhecimentos sobre a forma de realizar os cuidados de higiene, no entanto necessita de apoio e supervisão da cuidadora</p>
<p>Autocuidado: Vestuário ineficaz, relacionado com a execução e conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário não demonstrado, manifestado por desconhecimento do Sr LV</p>	<p>. Ensinar e instruir sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário na presença de uma ostomia</p>	<p>7/10/2016</p> <p>O Sr LV demonstra conhecimentos sobre as adaptações a realizar no seu vestuário</p>

## Plano de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Risco de Imagem Corporal alterada, relacionada com a presença ostomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Encorajar a comunicação expressiva de emoções;</li> <li>. Encorajar o envolvimento da família;</li> <li>. Promover adaptação à alteração da imagem corporal;</li> <li>. Facilitar suporte familiar</li> <li>. Fornecer informação de grupos de suporte para as pessoas ostomizadas, nomeadamente a Associação Portuguesa de Ostomizados;</li> </ul>	<p>5/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. O Sr. LV demonstrou sentimentos de vergonha e preocupação com receio dos possíveis situação de stress causadas pela presença de uma ostomia, expressando sentimentos e inquietações</li> <li>.O Sr. LV demonstrou ter conhecimento da Associação Portuguesa de Ostomizados e outras instituições de apoio.</li> </ul>

## Plano de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Risco de isolamento social comprometido, relacionado com ostomia e suporte familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Avaliar o bem-estar físico, psicológico e estado social</li> <li>. Apoiar estados psicológicos;</li> <li>. Encorajar a comunicação expressiva de emoções;</li> <li>. Encorajar o envolvimento da família;</li> <li>. Promover suporte familiar;</li> <li>. Orientar o Sr. LV para grupos de suporte para pessoas ostomizadas, nomeadamente a Associação Portuguesa de Ostomizados;</li> </ul>	<p>3/10/2016</p> <p>A Sr. LV demonstra vontade de regressar aos seus hábitos de vida e manter contactos sociais após ao internamento</p>

## Plano de cuidados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de Avaliação
<p>Risco de maceração da pele periestomal, relacionado com conhecimento sobre prevenção da maceração não demonstrado, manifestado por desconhecimento do Sr. LV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Ensinar sobre prevenção da maceração e sinais de maceração</li> <li>. Instruir sobre prevenção da maceração</li> <li>. Treinar o uso de equipamento de prevenção da maceração</li> <li>. Otimizar dispositivos de ostomia de eliminação</li> <li>. Limpar a pele periférica ao estoma</li> <li>. Vigiar a pele periférica ao estoma</li> <li>. Treinar sobre medidas de prevenção da maceração</li> </ul>	<p>8/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. O Sr. LV demonstra conhecimentos sobre prevenção de maceração da pele periestomal, consegue identificar sinais de maceração na pele periestomal.</li> <li>. O Sr. LV apresenta pele periférica ao estoma integral</li> </ul>

## CONCLUSÃO

O presente estudo de caso possibilitou-me examinar e refletir sobre as minhas práticas em contexto clínico permitindo o desenvolvimento de técnicas e competências.

O Sr. LV esteve internado durante 6 dias. No período após a cirurgia, as intervenções de enfermagem passaram pelo sistema totalmente compensatório ao que respeita aos cuidados ao estoma. Inicialmente o Sr. LV apresentava dificuldade nas mobilizações, transferências e posicionamentos e algum défice, no que respeita aos conhecimentos sobre o autocuidado. De seguida foi explicado e esclarecido ao Sr. LV a necessidade de readaptações no seu dia a dia para realizar o autocuidado ao estoma. Este ensino teve como objetivo encaminhar e orientar o Sr. LV no processo de aprendizagem de autocuidado. Todo este procedimento foi desenvolvido num ambiente onde se encontravam reunidas as condições para realizar o sistema de apoio e educação ao Sr. LV e sua esposa, garantindo o apoio físico e psicológico para dar seguimento ao processo.

Ao longo do internamento o Sr. LV evidenciou conhecimentos e capacidades para executar o autocuidado ao estoma, embora numa primeira fase se apresentasse parcialmente dependente no autocuidado de higiene, mas independente no vestir/despir e alimentação. É de realçar que o Sr. LV assumiu que possuía conhecimentos para realizar as possíveis readaptações no que respeita ao autocuidado.

Com a presença e apoio constantes da esposa tornou-se possível a aquisição de conhecimentos essenciais para reconhecer prováveis sinais de complicações, no entanto requer supervisão e apoio neste ponto, sendo assim referenciado para a consulta de enfermagem de estomaterapia, de forma a prestar um melhor acompanhamento.

Foi solicitado pelo Sr. LV a presença da esposa para o apoiar no processo de capacitação para o autocuidado após alta hospitalar. No dia da alta foi elaborada uma carta de alta com a informação relativa ao internamento. No decorrer do procedimento educação para a saúde, foi constatada a necessidade de continuidade de cuidados devido ao nível de dependência verificado.

No decorrer da prestação de cuidados ao Sr.LV verifiquei que a minha intervenção no seu autocuidado passou do sistema parcial compensatório para o sistema de apoio e educação. Numa fase inicial as minhas intervenções eram orientadas para apoiar e substituir parcialmente a pessoa no autocuidado na alimentação, transferências e higiene. Posteriormente, devido à independência apresentada no seu estado de saúde, foram introduzidas ações no plano de cuidados de forma a integrar o sistema de apoio e educação, garantindo o autocuidado do Sr. LV, bem como o apoio solicitado pela sua esposa. O presente plano de cuidados incluiu assim a cuidadora, pois esta tornou-se um pilar fundamental para responder aos requisitos de autocuidado do Sr. LV.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, R. (2010). *A prática educativa na ostomia de eliminação intestinal contributo para a gestão de cuidados de saúde*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Dissertação de Mestrado. Vila Real.
- Casmarrinha, M. D. J. L. (2011). *Familiares do doente oncológico em fim de vida dos sentimentos às necessidades*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Porto. Acedido em 16-1-2016. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/7169>
- Couto, G., & Medeiros, S. (2013). Sentimentos da Pessoa submetida a ostomia intestinal- Uma visão holística de enfermagem. *Rev Clin Hosp Prof. Dr Fernando Fonseca*, 2 (1), 23-27.
- Figueiredo, M. H. J. S. (2012) *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP) (3ª edição), Versão Beta 2*, Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros.
- Menezes, A., & Quintana, J. (2008). A perceção do indivíduo ostomizado quanto à sua situação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21 (1), 13-18.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6ª ed.)*. Missouri: Mosby. ISBN 0-323-00864-X.

**Apêndice II - Guião de colheita de dados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e seu cuidador**



# Guião de colheita de dados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e seu cuidador

## 1. Fatores pessoais e condicionantes básicos

### 1.1. Identificação da pessoa com doença oncológica

Nome:	Género	Data da cirurgia:
Idade:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Diagnóstico/cirurgia:
Estado Civil:		
<b>Nível de escolaridade</b>	<b>Qual a situação da pessoa com doença oncológica relativamente ao trabalho?</b>	
Nenhum <input type="radio"/>	Empregado(a) <input type="radio"/>	
Ensino básico 1º ciclo (4 anos) <input type="radio"/>	Desempregado(a) <input type="radio"/>	
Ensino básico 2º ciclo (6 anos) <input type="radio"/>	Doméstica (o) <input type="radio"/>	
Ensino básico 3º ciclo (9 anos) <input type="radio"/>	Reformado(a) <input type="radio"/>	
Ensino Secundário (11 ou 12 ano) <input type="radio"/>	Outra situação. Qual? <input type="radio"/>	
Ensino Superior <input type="radio"/>	Profissão:	
Outro:		

### 1.2. História da doença

<b>Antecedentes de saúde:</b>	<b>Diagnóstico/estadiamento da doença:</b>	<b>Terapêutica adjuvante ou neoadjuvante:</b>
<b>História atual da doença:</b>	<b>Regime terapêutico:</b>	<b>Data inicial:</b>
		<b>Data final:</b>

### 1.3. Dados do cuidador

O cuidador acompanha a pessoa?	Grau de parentesco do cuidador	Nível de escolaridade do cuidador	Qual a situação do cuidador da pessoa com doença oncológica relativamente ao trabalho?
Sim <input type="radio"/>	Marido/Esposa <input type="radio"/>	Nenhum <input type="radio"/>	Empregado(a) <input type="radio"/>
Não <input type="radio"/>	Pai/Mãe <input type="radio"/>	Ensino básico 1º ciclo (4 anos) <input type="radio"/>	Desempregado(a) <input type="radio"/>
	Filho/Filha <input type="radio"/>	Ensino básico 2º ciclo (6 anos) <input type="radio"/>	Doméstica (o) <input type="radio"/>
	Afinidade <input type="radio"/>	Ensino básico 3º ciclo (9 anos) <input type="radio"/>	Reformado(a) <input type="radio"/>
	Sem grau de parentesco <input type="radio"/>	Ensino Secundário (11 ou 12 ano) <input type="radio"/>	Outra situação. Qual? <input type="radio"/>
Outro: <input type="radio"/>	Ensino Superior <input type="radio"/>		

# Guião de colheita de dados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e seu cuidador

## 2. Levantamento dos défices de autocuidado no pré-operatório

Na tabela abaixo, o enfermeiro deve assinalar os défices de autocuidado tendo em conta os requisitos apresentados. Perante a Teoria de sistema de enfermagem assinalada, o enfermeiro deve indicar as respetivas intervenções de enfermagem.

### 2.1. Requisitos de autocuidado e intervenções de enfermagem

Requisitos de autocuidado	Teorias de sistemas de enfermagem			Intervenções de enfermagem
	T.C	P.C	A.E	
<b>Universais</b>				
• Manutenção da ingestão suficiente de ar				
• Manutenção de uma ingestão suficiente de líquidos e alimentos				
• Manutenção de cuidados de higiene				
• Promoção do autocuidado de se vestir				
• Promoção dos cuidados associados com a eliminação				
• Manutenção do equilíbrio entre a atividade, sono e repouso				
• Manutenção da integridade da pele				
• Vigilância da dor				
• Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social				
• Prevenção dos riscos para a vida humana, funcionamento e bem-estar				
• Promoção da saúde				
<b>Desvios de saúde</b>				
• Conhecimento em relação à doença (aceitação ou rejeição e significado)				
• Conhecimento em relação à cirurgia				
<b>Desenvolvimento</b>				
• Situação ocorrida durante a vida (exemplos: divórcio, perda de familiar, maternidade, outros)				

T.C - Totalmente Compensatório; P.C - Parcialmente Compensatório; A.E - Apoio e Educação

### 2.2. Como avalia os seus conhecimentos e as capacidades necessárias para se autocuidar após a cirurgia? (assinale com um círculo)

Muito pouco preparado(a)	Pouco preparado(a)	Mais ou menos preparado(a)	Bastante preparado(a)	Muito preparado(a)
1	2	3	4	5

### 2.3. Como cuidador de pessoa com doença oncológica, como avalia os seus conhecimentos e as capacidades necessárias para ajudar no autocuidado? (assinale com um círculo)

Muito pouco preparado(a)	Pouco preparado(a)	Mais ou menos preparado(a)	Bastante preparado(a)	Muito preparado(a)
1	2	3	4	5

# Guião de colheita de dados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e seu cuidador

## 3. Levantamento dos défices de autocuidado no pós-operatório

Na tabela abaixo, o enfermeiro deve assinalar os défices de autocuidado tendo em conta os requisitos apresentados. Perante a Teoria de sistema de enfermagem assinalada, o enfermeiro deve indicar as respetivas intervenções de enfermagem.

### 3.1. Requisitos de autocuidado e intervenções de enfermagem

Requisitos de autocuidado	Teorias de sistemas de enfermagem			Intervenções de enfermagem
	T.C	P.C	A.E	
<b>Universais</b>				
• Manutenção da ingestão suficiente de ar				
• Manutenção de uma ingestão suficiente de líquidos e alimentos				
• Manutenção de cuidados de higiene				
• Promoção do autocuidado de se vestir				
• Promoção dos cuidados associados com a eliminação				
• Manutenção do equilíbrio entre a atividade, sono e repouso				
• Manutenção da integridade da pele				
• Vigilância da dor				
• Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social				
• Prevenção dos riscos para a vida humana, funcionamento e bem-estar				
• Promoção da saúde				
<b>Desvios de saúde</b>				
• Conhecimento em relação à doença (aceitação ou rejeição e significado)				
• Conhecimento em relação à cirurgia				
<b>Desenvolvimento</b>				
• Situação ocorrida durante a vida (exemplos: divórcio, perda de familiar, maternidade, outros)				

T.C - Totalmente Compensatório; P.C - Parcialmente Compensatório; A.E - Apoio e Educação

### 3.2. Como avalia os seus conhecimentos e as capacidades necessárias para se autocuidar após a cirurgia? (assinale com um círculo)

Muito pouco preparado(a)	Pouco preparado(a)	Mais ou menos preparado(a)	Bastante preparado(a)	Muito preparado(a)
1	2	3	4	5

### 3.3. Como cuidador de pessoa com doença oncológica, como avalia os seus conhecimentos e as capacidades necessárias para ajudar no autocuidado? (assinale com um círculo)

Muito pouco preparado(a)	Pouco preparado(a)	Mais ou menos preparado(a)	Bastante preparado(a)	Muito preparado(a)
1	2	3	4	5



**Apêndice III - Resultados do Guião de colheita de dados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e seu cuidador  
(Estágio num serviço de cirurgia oncológica)**



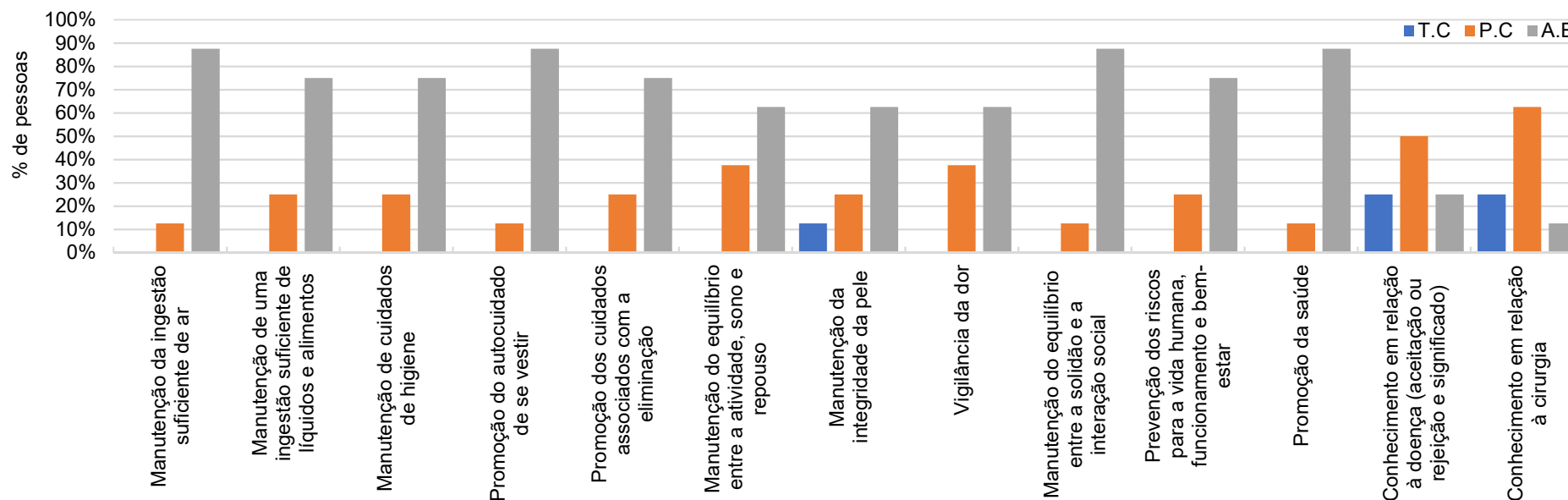
# Resultados do Guião de colheita de dados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e seu cuidador

## Estágio num serviço de cirurgia oncológica

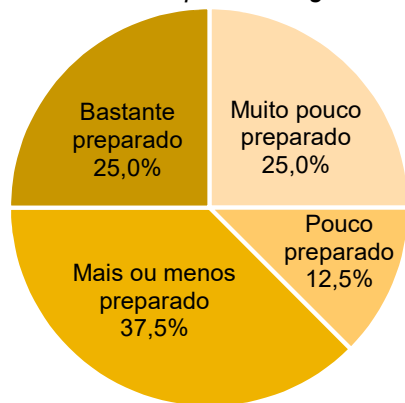
Guião aplicado a um total de **8 pessoas** com doença oncológica (cancro colorretal) submetidas a cirurgia e seu cuidador.

### 2. Levantamento dos défices de autocuidado no pré-operatório

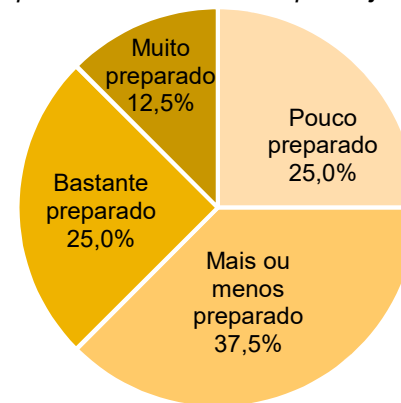
#### 2.1. Requisitos de autocuidado



#### 2.2. Como avalia os seus conhecimentos e as capacidades necessárias para se autocuidar após a cirurgia?



#### 2.3. Como cuidador de pessoa com doença oncológica, como avalia os seus conhecimentos e as capacidades necessárias para ajudar no autocuidado?



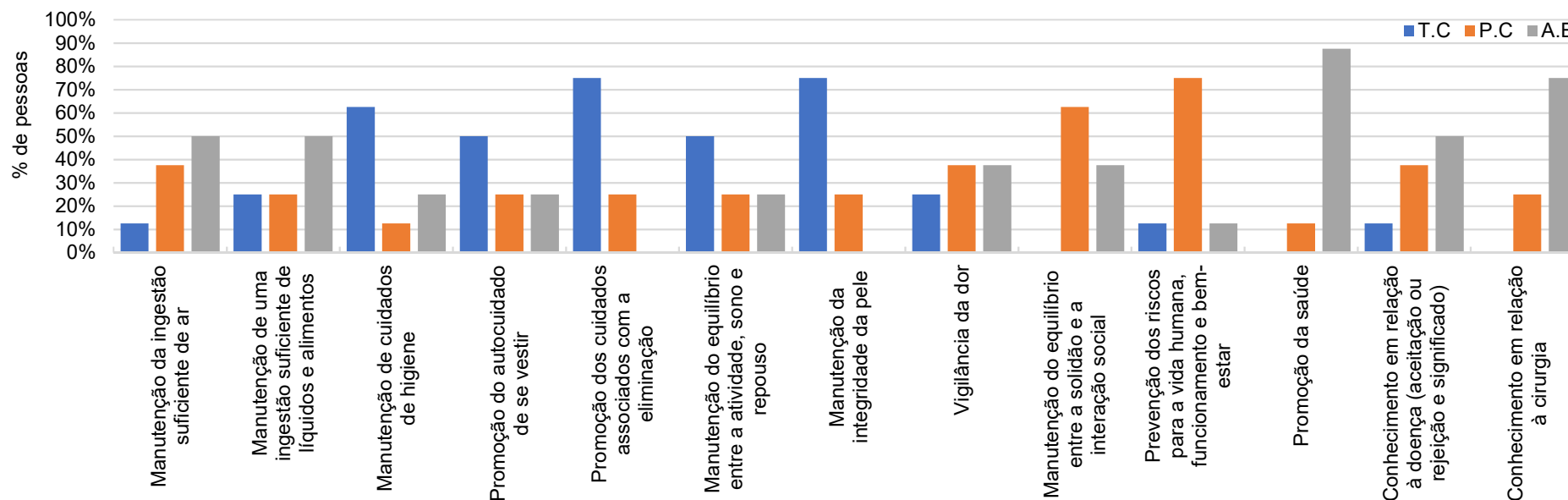
# Resultados do Guião de colheita de dados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e seu cuidador

## Estágio num serviço de cirurgia oncológica

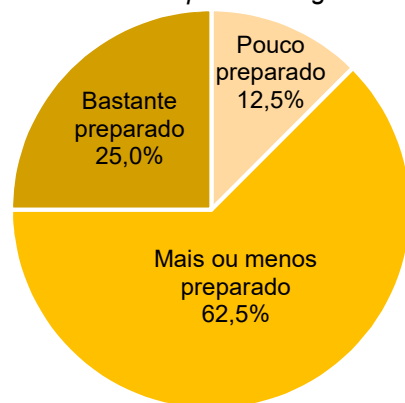
Guião aplicado a um total de **8 pessoas** com doença oncológica (cancro colorretal) submetidas a cirurgia e seu cuidador.

### 3. Levantamento dos défices de autocuidado no pós-operatório

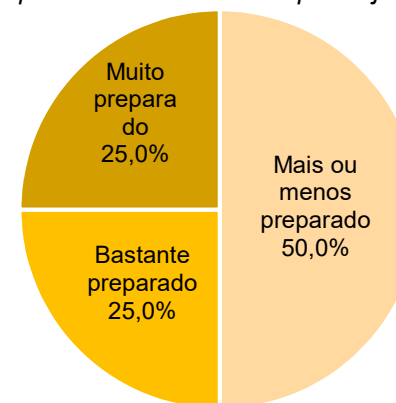
#### 3.1. Requisitos de autocuidado



#### 3.2. Como avalia os seus conhecimentos e as capacidades necessárias para se autocuidar após a cirurgia?



#### 3.3. Como cuidador de pessoa com doença oncológica, como avalia os seus conhecimentos e as capacidades necessárias para ajudar no autocuidado?



**Apêndice IV - Checklist de capacitação para o autocuidado da pessoa com  
doença oncológica submetida a laringectomia total**



## Checklist de capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a laringectomia total

Identificação da pessoa: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de cirurgia: \_\_\_\_\_ Diagnóstico/cirurgia: \_\_\_\_\_

Défices do autocuidado da pessoa com doença oncológica		Dia de pós-operatório:			Dia de pós-operatório:			Dia de pós-operatório:		
		T.C	P.C	A.E	T.C	P.C	A.E	T.C	P.C	A.E
1. Manutenção da ingestão suficiente de ar	Tossir									
	Inaloterapia									
	Cuidados traqueais									
	Expectoração									
	Outros									
2. Manutenção de uma ingestão suficiente de líquidos e alimentos	Desidratação									
	Sialorreia									
	Edema									
	Deglutição									
	Alimentação por sonda nasogástrica									
3. Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso	Movimentar pescoço									
	Deambular									
4. Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Aceitação da doença									
	Auto-imagem									
	Alteração da comunicação									
	Adaptação da comunicação									
5. Prevenção dos riscos para a vida humana, funcionamento e bem-estar	Risco de maceração									
	Risco de infecção									
	Adesão ao regime terapêutico									

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**Apêndice IX - Manual de apoio à capacitação para o autocuidado da pessoa  
com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar**





# Manual de apoio à capacitação para o autocuidado

Da pessoa com doença oncológica submetida a  
cirurgia hepatobiliar



Cuide de si!

Ajude a cuidar!

Elaborado por: Enf.<sup>a</sup> Vânia Afonso

## Apresentação:

Este guia de apoio para o autocuidado para a pessoa submetida a cirurgia hepatobiliar foi elaborado no âmbito da frequência e conclusão do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica Vertente Oncológica e na sua construção teve a colaboração de toda a equipa de enfermagem do

## Agradecimentos:

[Redacted text]

## O que é este guia

O Manual de Apoio para o Autocuidado para a pessoa submetida a cirurgia hepatobiliar tem por objetivo ajudar a como cuidar de si após a cirurgia.

Aqui encontra informações importantes, quer para a pessoa como para o cuidador que ajudem na recuperação e nos problemas que possam vir a surgir no período pós a alta.

## A quem se destina

À **pessoa** submetida a cirurgia hepatobiliar.

Ao **cuidador**, sendo este considerado a pessoa que tem disponibilidade física e emocional para se envolver nas atividades necessárias à recuperação da pessoa.



## Higiene pessoal

- Deve-se ter a preocupação de reunir o material necessário para facilitar a higiene.
- Deve fazer uma higiene diária.
- Pode tomar banho no chuveiro e pode molhar a ferida cirúrgica.
- Durante a lavagem e secagem não pressione ou comprima a ferida cirúrgica.



## Eliminação/obstipação

- Deve vigiar o seu funcionamento intestinal.
- Consumir no mínimo 1,5 litros de água por dia.
- Opte por alimentos ricos em fibras.
- Faça pequenas caminhadas.

## Alimentação

- Deve ser pobre em gorduras, variada e dividida em várias refeições por dia.
- Evitar alimentos ricos em açúcar.
- Faça refeições à base de cozidos e grelhados.
- Não deve fumar nem beber álcool.



## Levantar da cama

1. Deve colocar-se de lado e apoiar a barriga com uma mão.
2. Depois coloque os pés para fora da cama e lentamente levante o corpo apoiando-se com outro cotovelo no colchão.
3. Exerça força no braço que apoia e não na barriga.



## Deitar na cama

1. Deve sentar-se na beira da cama. Com uma mão apoia a barriga e com a outra apoia-se no colchão.
2. Lentamente deita-se de lado na cama fazendo sempre força no braço que apoia e nunca exercendo força sobre a barriga, posicionando-se assim confortavelmente.





## No movimentar

- Deve apoiar a barriga e a ferida cirúrgica.
- Evite movimentos bruscos e rápidos.
- Não é permitido carregar sacos pesados ou conduzir o automóvel (antes de passar 1 mês da cirurgia).



## Sono e repouso

- Opte por uma posição confortável na cama. Se necessário colocar uma almofada entre as pernas e outra a apoiar o abdómen ou as costas.
- Se tiver dor, tome a medicação prescrita em SOS, antes de dormir ou descansar.



## Medicação

- Deve cumprir toda a medicação prescrita.
- No caso de aparecimento de efeitos secundários da medicação deve contactar o seu médico assistente.



## Cuidar ferida cirúrgica

- Não retire o material da ferida.
- Vigie a ferida diariamente, observando se existem alterações, como vermelhidão, calor, inchaço ou saída de líquido da ferida.
- Manter sempre a ferida limpa (lavando-a com água e sabão durante o banho).

### Recorrer aos serviços de saúde se:

- Os pontos ou agrafos se soltarem;
- Tiver febre;
- Dor persistente na região da ferida cirúrgica;
- Se existir calor, vermelhidão, inchaço e ou saída de líquidos da ferida.



## Cuidar dos drenos

- Lave as mãos com água e sabão antes de mexer no dreno.
- Observe líquido e as suas características e anote a quantidade diariamente.
- Abra a tampa, deixe entrar o ar no frasco e despeje o seu conteúdo no esgoto.
- Pressione o frasco para fazer vácuo e feche a tampa do ar.

### Recorrer à urgência se:

- O líquido do dreno ficar muito vermelho (sangue).
- O dreno sair.
- Tiver febre.
- Se existir calor, vermelhidão, inchaço no local do dreno.





**Contactos:**

Hospital Cury Cabral

Serviço de Cirurgia B

Rua da Beneficência, n.º 8

Lisboa

Telefone: 21 792 42 00



**Apêndice V - Resultados da Checklist de capacitação para o autocuidado da  
pessoa com doença oncológica submetida a laringectomia total  
(Estágio num serviço de cirurgia oncológica de cabeça e pescoço)**

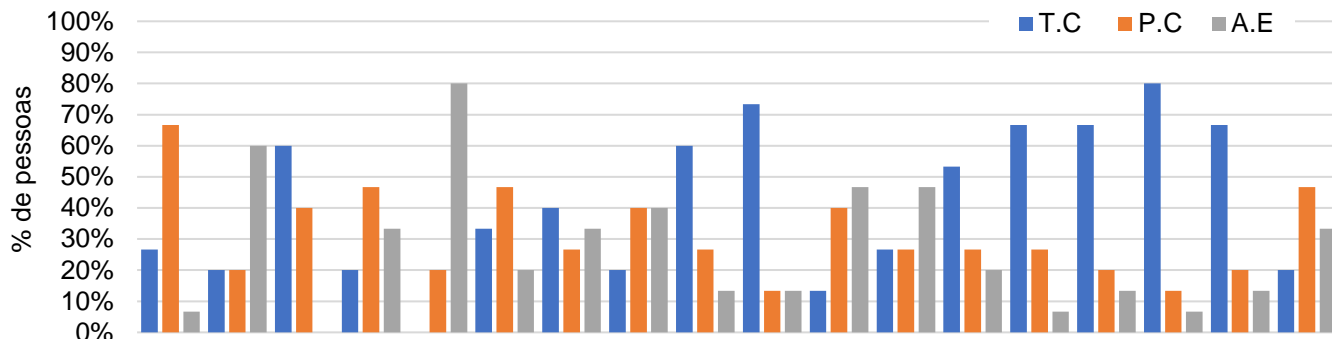


# Resultados da Checklist de capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a laringectomia total

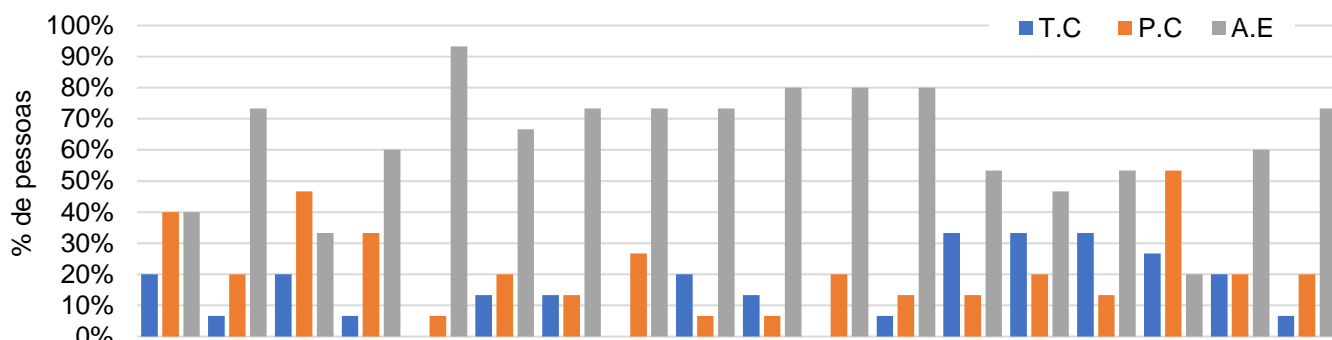
## Estágio num serviço de cirurgia oncológica de cabeça e pescoço

Checklist aplicada a um total de **15 pessoas** com doença oncológica submetidas a laringectomia total.

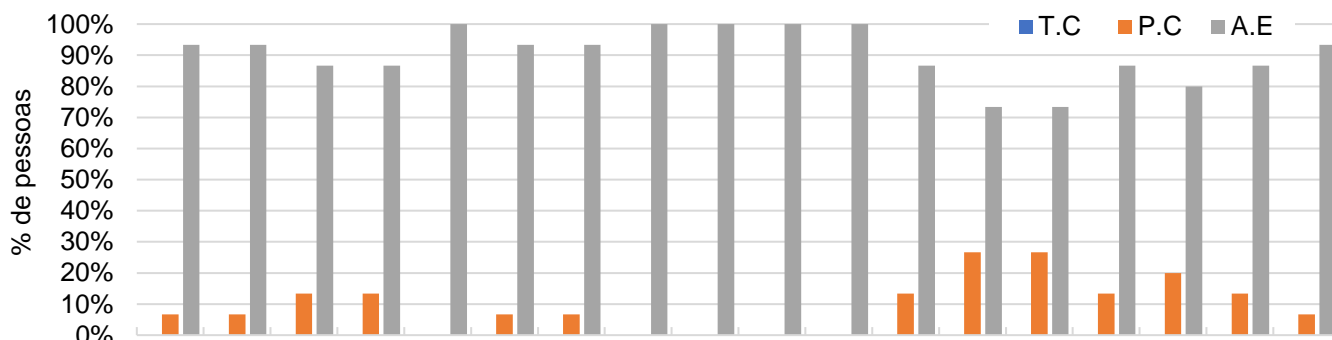
### 1º Dia pós-operatório



### 5º Dia pós-operatório



### Dia da alta hospitalar



1. Manutenção da ingestão suficiente de ar

2. Manutenção de uma ingestão suficiente de líquidos e alimentos

3. Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso

4. Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social

5. Prevenção dos riscos para a vida humana, funcionamento e bem-estar



**Apêndice VI - Resultados do Guião de colheita de dados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e seu cuidador  
(Estágio num serviço de cirurgia geral)**



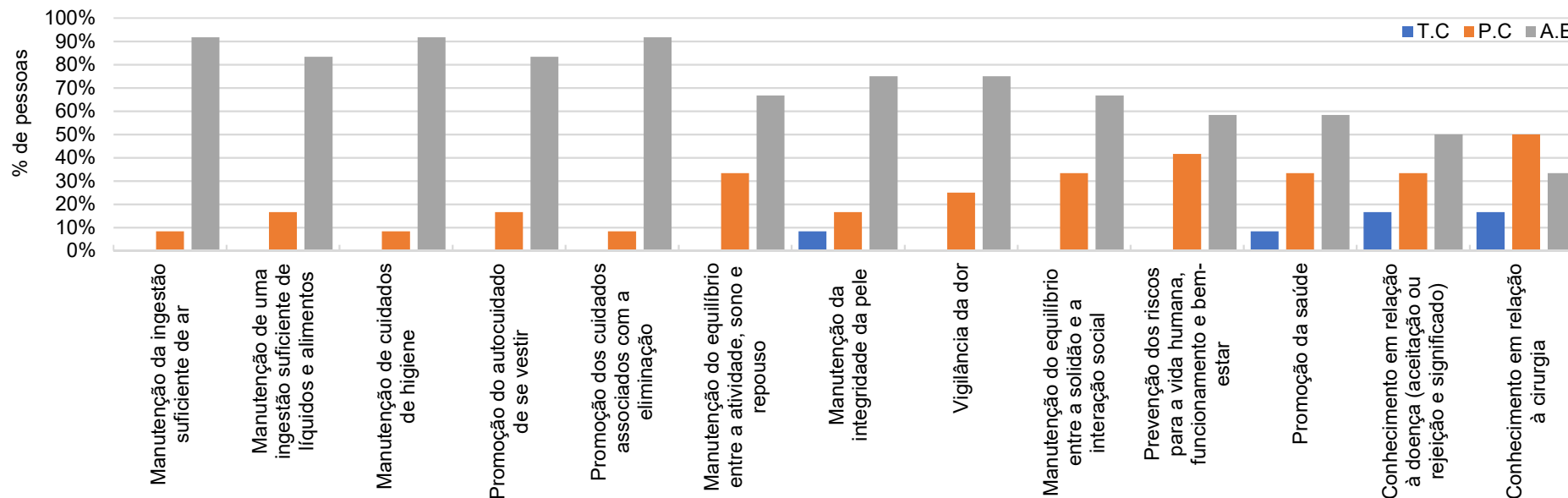
# Resultados do Guião de colheita de dados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e seu cuidador

## Estágio num serviço de cirurgia geral

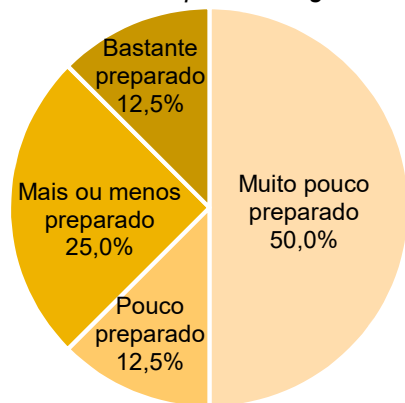
Guião aplicado a um total de **12 pessoas** com doença oncológica submetidas a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador.

### 2. Levantamento dos défices de autocuidado no pré-operatório

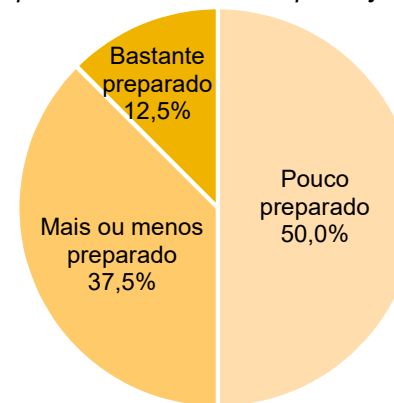
#### 2.1. Requisitos de autocuidado



#### 2.2. Como avalia os seus conhecimentos e as capacidades necessárias para se autocuidar após a cirurgia?



#### 2.3. Como cuidador de pessoa com doença oncológica, como avalia os seus conhecimentos e as capacidades necessárias para ajudar no autocuidado?



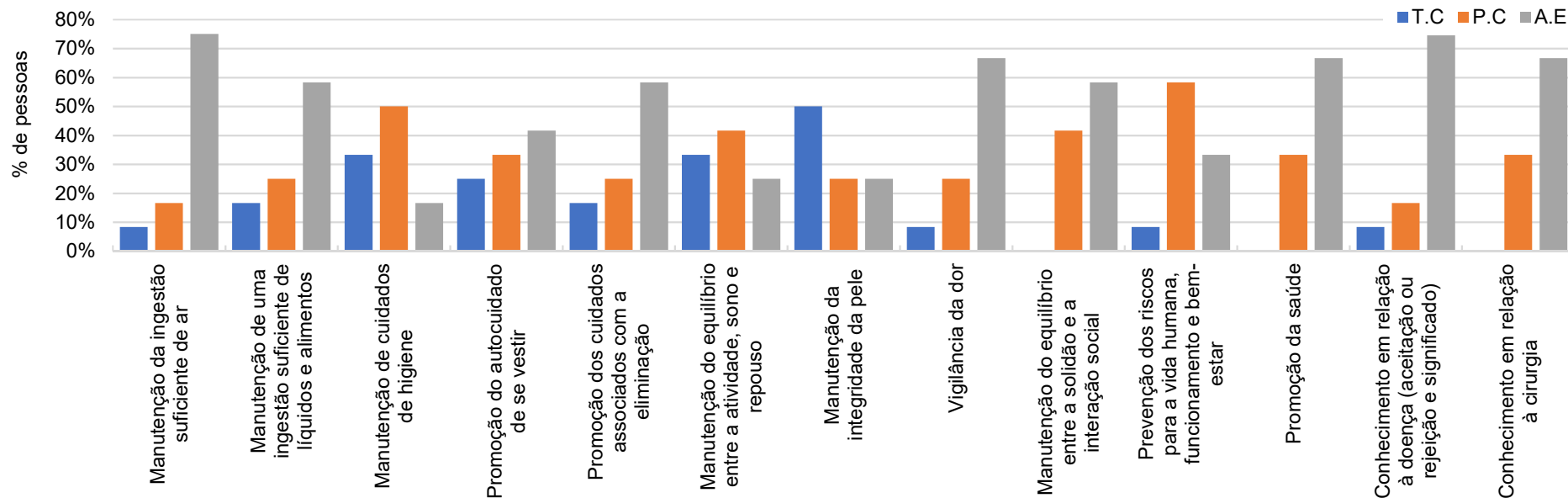
# Resultados do Guião de colheita de dados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia e seu cuidador

## Estágio num serviço de cirurgia geral

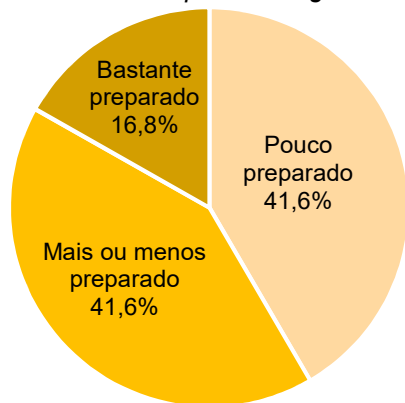
Guião aplicado a um total de **12 pessoas** com doença oncológica submetidas a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador.

### 3. Levantamento dos défices de autocuidado no pós-operatório

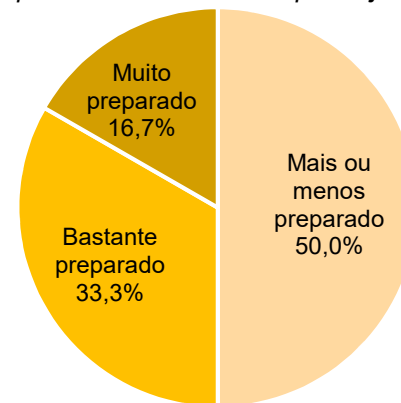
#### 3.1. Requisitos de autocuidado



#### 3.2. Como avalia os seus conhecimentos e as capacidades necessárias para se autocuidar após a cirurgia?



#### 3.3. Como cuidador de pessoa com doença oncológica, como avalia os seus conhecimentos e as capacidades necessárias para ajudar no autocuidado?



## **Apêndice VII - Reflexão segundo ciclo de Gibbs**





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

**REFLEXÃO SEGUNDO CICLO DE GIBBS**

**Vânia Cátia Lopes Afonso**

Orientadora: Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

**Lisboa**  
**abril 2018**

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	3
<b>1. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO</b>	4
1.1. Sentimentos e pensamentos	7
1.2. Avaliação	7
1.3. Análise	8
1.4. Conclusão	11
1.5. Planear a ação	11
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	13

## INTRODUÇÃO

No que concerne à prática profissional a reflexão é intuitiva por parte ao enfermeiro, pois permite melhorar a prestação de cuidados e atenuar os défices de autocuidado da pessoa.

No decorrer do estágio surgiram inúmeras situações e oportunidades de conhecer histórias de vida de pessoas com doença oncológica, muito ricas, porque souberem ultrapassar os desafios da doença oncológica.

Para mim fez sentido trabalhar com a Sr<sup>a</sup> JP, pelo contributo e aprendizagem com a pessoa e pela análise reflexiva da situação, permitindo o aprofundamento de conhecimentos e competências enquanto pessoa e profissional, que implicarão uma melhor prestação de cuidados às pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia hepatobiliar. Considerando que a dor aguda no pós-operatório é um dos sintomas predominantes nestas pessoas, elegi este tema porque desde que iniciei a minha atividade me deixa pensativa em cada situação clínica.

Com a elaboração desta reflexão pretendo analisar os contributos que possam enriquecer a implementação do projeto de estágio.

Esta reflexão é constituída por duas fases, sendo a primeira a descrição da situação e posteriormente é realizada a análise crítica tendo como base as etapas do ciclo reflexivo de Gibbs.

# 1. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A iatrogenia da cirurgia, surge por vezes, de agressividade extrema de forma a proporcionar a ressecção tumoral com margens de segurança, é mesmo a causa mais frequente de dor aguda (Valentim, 2008) e predomina no efeito adverso das pessoas submetidas a cirurgia (McMain, Lorraine 2010). Por dor peri-operatória define-se, a dor presente na pessoa submetida a cirurgia em regime de internamento ou ambulatório, causada por doença preexistente, devida à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas” (Direção Geral de Saúde (DGS), 2001).

A situação que apresentarei nesta reflexão reporta-se ao estágio no meu local de trabalho. A Sr<sup>a</sup> JP tem 72 anos de idade, é casada e tem 3 filhos e 2 netos, vive com o marido em Alfama, em Lisboa. Iniciou a sua atividade profissional aos 15 anos como empregada de mesa num restaurante, profissão que manteve até à idade de reforma. Por opção própria e da mãe fez apenas o 6º ano de escolaridade. O motivo pela qual abandonou a escola foi a partida do pai para a guerra, onde faleceu meses depois em combate.

Tem o apoio de uma filha que vive em Lisboa, que aos domingos vai visitar os pais. Considera-se uma pessoa com muita fé e crença religiosa, tendo um papel ativo na comunidade católica. Ensina catequese às quartas feiras a um grupo de 15 crianças afirmando a importância da igreja na sua vida, dando-lhe suporte emocional para ultrapassar a doença oncológica e todas as suas implicações.

A Sr<sup>a</sup> JP tem como antecedentes pessoais hipertensão arterial, hábitos tabágicos marcados (25 cigarros/dia), e consumos de álcool significativos, não especificando a quantidade. Durante a nossa conversa manteve sempre um discurso otimista, referindo consecutivamente sentir-se bem e ter sido sempre saudável, não compreendendo a situação atual de doença.

Em novembro de 2016, a Sr<sup>a</sup> JP após ter realizado uma biópsia hepática revelou um carcinoma hepatocelular. O processo de compreensão e aceitação da doença foi um caminho longo e exaustivo para a Sr<sup>a</sup> JP. Pouco mais de um mês depois do diagnóstico, a situação clínica foi discutida em reunião multidisciplinar, tendo como decisão terapêutica a realização de uma hepatectomia direita por via laparotómica, realizada a 16 de janeiro de 2017.

A Sr<sup>a</sup> JP foi internada neste contexto de doença oncológica e apesar da experiência do anterior internamento ter sido uma mais valia, a ansiedade, a incerteza e o medo estavam bem patente na sua face. Referia que tinha medo de morrer durante cirurgia.

Dado que seria o segundo internamento no mesmo serviço, o seu acolhimento foi reduzido à indicação da unidade e da apresentação das pessoas da enfermaria. Durante a colheita de dados comecei a falar sobre a doença e a cirurgia, tendo a Sr<sup>a</sup> JP permanecendo em silêncio, não colocando nenhuma questão. É importante que o enfermeiro perceba qual é a informação que a pessoa quer conhecer e é capaz de suportar naquele momento, pelo que parei de falar destes temas e optei por perguntar pela família e também pelas aulas de catequese que era assunto que deixavam a Sr<sup>a</sup> JP bastante confortável e que se mostrou muito comunicativa.

No final deste dia de internamento a Sr<sup>a</sup> JP veio ter comigo e pediu-me para falar da cirurgia, pois não estava informada e até então recusava saber algo, mas após pensar sobre o assunto decidiu melhorar o seu conhecimento. Foram então realizados os ensinamentos pré-operatório. Era notória a preocupação da Sr<sup>a</sup> JP que foi colocando várias questões inerentes aos cuidados, tendo a conversa terminado com “porquê a mim? (sic), “não encontro nenhuma resposta” (sic), “tenho muito medo da dor, não vou suportar” (sic) fez-se uma pequena pausa de silêncio na conversa, mas seguidamente questionei, o que a preocupava? Referi que compreendia o seu pensamento e toda a equipa estava presente para a ajudar em qualquer campo ou dúvida que surgisse. No que respeita ao controlo da dor, reforcei as medidas farmacológicas e não farmacológicas que poderiam ajudar, no entanto a Sr<sup>a</sup> JP disse “está bem, vamos ver, mas tenho mesmo medo da dor” (sic).

Salientava que a dor era uma preocupação, pois até então “nunca tinha precisado de ingerir medicamentos para as dores quando estava em casa” (sic), orgulhosamente nomeava o seu marido “ele toma 6 comprimidos e diz que são sempre para as dores” (sic), “eu nunca precisei, mas a minha mãe quando foi operada sofreu muito com as dores, até gritava” (sic).

Percebi de imediato que iria ser muito complicado para a Sr<sup>a</sup> JP lidar com a dor e na adesão ao regime terapêutico farmacológico.

Tinham passado 2 dias da cirurgia, entrei no quarto e vejo a Sr<sup>a</sup> JP com a face triste fixando o olhar na janela, olhou para mim e disse “eu avisei que iria ter muitas dores, esta situação é horrível de suportar, dói-me tudo” (sic) “o que faço agora? vou para casa assim, não vou conseguir fazer nada” (sic), “muito menos cuidar de mim” (sic), “aqui fazem-me tudo” (sic). Confesso que me absteve de comentários e perguntei como a poderia ajudar a ultrapassar a situação e a fazer sentir-se melhor no presente momento. A sr<sup>a</sup> JP referiu “se me tirar as dores, já me sentia melhor” (sic). Questionei se aceitaria um analgésico? Inicialmente ficou remitente, mas posteriormente disse “está bem, acho que ontem também me deram esse medicamento e pouco aliviou” (sic). Elucidei que com a dor intensa que manifestava seria difícil prestar os cuidados de higiene, mobilizar-se ou posicionar-se.

Percebi que a sr<sup>a</sup> JP tinha um carácter forte, apresentava um perfil apreensivo e desconfiado. Realizei ensinamentos relativos à técnica de posicionamentos e transferências, assim como a importância do controlo de respiração para realizar movimentos mais bruscos. Foi-lhe proposto a aplicação de gelo na região da dor, a qual aceitou, no entanto bastante insegura com a eficácia da ação.

Uma hora depois, a Sr<sup>a</sup> JP chama-me e diz-me “estou pronta, já me sinto capaz, mas não foi por causa do medicamento” (sic) “foi pela técnica que a enfermeira me ensinou para me levantar e deitar, fez mais que o medicamento” (sic). Neste momento a Sr<sup>a</sup> JP necessitava parcialmente de ajuda para prestar os cuidados de higiene e mobilizar-se, ações que realizamos em parceria. Posteriormente, pelo olhar e um pequeno sorriso quando estava sentada, perguntei-lhe se gostava de ler, que tínhamos umas revistas e assim podia relaxar e distrair, intervenção que foi desde logo aceite pela Sr<sup>a</sup> JP.

Fiquei 3 dias sem ir ao serviço e quando regresssei, a Sr<sup>a</sup> JP ainda não tinha a dor controlada, e confessou “agora tomo sempre a medicação, ajuda-me, mas quando for para casa não vou tomar” (sic), eu referi que o importante era saber controlar e avaliar a dor independente do método, no entanto não precisava de sofrer por dor, o que inconscientemente iria interferir nas suas atividades de vida diárias. Neste dia a Sr<sup>a</sup> JP era independente o que me deixou bastante satisfeita.

No dia anterior à alta hospitalar, estávamos a conversar e por minha admiração a Sr<sup>a</sup>JP disse-me “ainda bem que a encontrei e tratou de mim”, “já quase não tenho dores”, “vou tomar medicação para as dores em casa, mas antes vou fazer aqueles exercícios e técnica que a enfermeira me ensinou” (sic), e começou a caminhar pelo corredor da unidade.

### **1.1. Sentimentos e pensamentos**

Ao longo do internamento foi possível estabelecer uma relação empática, no entanto nem sempre foi fácil, houve ocasiões em que me senti pouco confiante e impugnada, nem sempre soube como seria a forma mais correta de responder. Perante as atitudes da Sr<sup>a</sup> JP fiquei apreensiva comigo, no entanto após refletir sobre os temas abordados percebi que era um método de defesa e diminuição dos medos sentimentos relacionados com cirurgia.

A gratidão e reconhecimento por parte da Sr<sup>a</sup> JP, que atribuiu para os cuidados prestados, com relevância para o controlo da dor, foi muito gratificante e encorajador para continuar este percurso profissional, conseguindo maximizar o seu bem-estar e satisfação, conforme preconizado por Orem (2001).

Estas perceções, que ao longo da minha experiência profissional se repetem, levantaram-me questões similares quando reflito sobre estes temas. Será que todas as reações demonstradas pela Sr<sup>a</sup> JP eram o resultado da não aceitação da doença oncológica, ou era a sua postura como forma de defesa? Será que a minha postura perante a situação foi a mais correta?

### **1.2. Avaliação**

Na situação descrita considero que existem fatores facilitadores e inibidores de experiência.

Facilitadores:

✓ Ressalvo a oportunidade de ter realizados estágios anteriores na área de oncologia, tendo sido um aspeto positivo e facilitador para identificar o processo de doença oncológica e as suas implicações, permitindo-me compreender melhor o comportamento expresso pela Sr<sup>a</sup> JP e intervir da melhor forma.

✓ O fato de frequentar a especialidade, possibilitou-me aprofundar os temas que a oncologia envolve, nomeadamente o controlo da dor, sentindo-me mais preparada para lidar com situações idênticas.

✓ Observar e sentir que os cuidados prestados melhoraram o bem-estar da Sr<sup>a</sup> JP, tornando-se independente ao longo do internamento.

Inibidores:

✓ O fato de não ter acompanhado a Sr<sup>a</sup> JP no período pós-operatório imediato, sinto que pode limitar a minha ação.

✓ A repugnância e resistência demonstrada na adesão ao regime terapêutico não farmacológico foi um fator limitador no início da prestação de cuidados, sendo um fator a ser ultrapassado.

✓ A periodicidade entre os turnos, foi um aspeto a refletir, senti que a Sr<sup>a</sup> JP me tinha como elemento confiante, assim a minha presença poderia ter facilitado o controlo da dor.

Considero que a minha intervenção foi positiva, embora as minhas ações fossem maioritariamente baseadas em conhecimentos empíricos e da experiência profissional.

### **1.3. Análise**

Não posso deixar de referir a gratidão que senti, quando a Sr<sup>a</sup> JP me disse, “ainda bem que a encontrei e tratou de mim” (sic) é com estas pequenas frases que no final do dia de trabalho sinto que o meu trabalho foi valorizado.

Foi muito importante ouvir da Sr<sup>a</sup> JP “vou tomar medicação para as dores em casa, mas antes vou fazer aqueles exercícios e técnica que a enfermeira me ensinou” (sic), principalmente em alguém que no início se apresentou tão remitante à adesão ao regime terapêutico para controlo da dor.

Foi com base na teoria de Dorothea Orem que orientei a minha reflexão, assente na teoria do défice de autocuidado que é a essência da teoria geral de enfermagem, pois as necessidades de enfermagem. A enfermagem é exigida quando a pessoa necessita de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao sistema de autocuidado, cuja realização necessita de conhecimentos e habilidades especializadas, adquiridas pelo treino e experiência,

ou quando a pessoa recupera da doença ou da lesão para enfrentar os efeitos (Frota et al., 2012).

É uma teoria geral composta por três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias, a teoria do déficit do autocuidado que descreve e explica por que razões as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem, a teoria dos sistemas de enfermagem que descreve e explica as relações que têm de existir para que haja enfermagem (Taylor, 2004). Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação (Orem, 2001).

Atendendo à descrição da situação da Sr<sup>a</sup> JP vou reportar-me ao sistema de apoio e educação em que a pessoa é capaz de desempenhar o seu autocuidado, necessitando de apoio, orientação e instrução. Assim, o papel do enfermeiro é de promover a pessoa como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de conhecimento e habilidades (Neves, 2012).

Na cirurgia oncológica a dor pode provocar alterações a nível fisiológico e psicológico e que conseqüentemente irão provocar repercussões no bem-estar e conforto da pessoa, nomeadamente perturbação do sono, desmoralização, incapacidade de raciocínios básicos e de interação, ansiedade e depressão (Valentim, 2008; McMain & Lorraine, 2010).

Além das conseqüências imediatas, o déficit do tratamento da dor aguda no pós-operatório pode-se transformar em dor crónica (DGS, 2001 & Saraiva, 2008, Vandrevale et al., 2016). A realçar que o alívio e controlo da dor seja encarado pelos profissionais de saúde como um desafio constante, priorizando o seu tratamento pois considera-se eticamente inaceitável não propiciar às pessoas todos os meios disponíveis para lhe aliviar a dor e o sofrimento inúteis (DGS, 2001).

A evidência científica apresenta, como tratamento para a dor aguda no pós-operatório, as intervenções farmacológicas como primeira instância, sendo aconselhável que “a terapêutica analgésica inicial deve ser sempre mais forte e agressiva que nos dias seguintes, mas sempre adequada ao quadro algico” (Serralheiro, 2008, p.24-25).

O plano de cuidados deve incluir intervenções não-farmacológicas embora produzam um alívio de curta duração (DGS, 2010). Estas baseiam-se em processos mecânicos, térmicos e elétricos, sendo mais eficientes se aplicadas de forma continuada (Binoche & Martineau, 2006). Estas intervenções podem dividir-se em 3 tipos: físicas, suporte emocional e cognitivo-comportamentais (OE, 2008). As físicas, como a aplicação de frio ou de calor, o relaxamento muscular, diminuem a inflamação e a tensão muscular, aliviam a dor e libertou substâncias analgésicas endógenas (de alívio da dor) e promovem a mobilidade física (OE, 2008). As de suporte emocional permitem promover o apoio e a segurança através do contacto com a pele, fomentar o relaxamento, reduzir a ansiedade e controlar a dor ou outros sintomas que provocam desconforto. As cognitivo-comportamentais, como o relaxamento com imaginação, a terapia cognitiva e comportamental, o treino de habilidades de *coping* e técnicas de distração (leitura, música), têm como finalidade ajudar a pessoa a alterar as suas perceções ou padrões de dor, aumentar a sensação de controlo da dor, gerar pensamentos positivos, ajudar a pessoa no desenvolvimento de habilidades para controlar ou gerir a dor e o *stress*, aumentar o foco nas sensações de bem-estar e diminuir a atenção prestada à dor (OE, 2008).

Percebendo que a preocupação central da Sr<sup>a</sup> JP seria o controlo da dor e que iria interferir nas atividades de vida diárias, deveria ter começado a prepará-la para o que poderia acontecer ao longo do internamento. Deveria ter explicado melhor todas as medidas de controlo da dor, assim como as consequências da dor não controlada, interferindo no seu autocuidado, ao ponto de necessitar de ajuda total ou parcial para prestar os seus cuidados de higiene, mobilizar-se e transferir-se, dado que implicaria um esforço acrescido na região abdominal.

Quando a Sr<sup>a</sup> JP soube que iria ter alta hospitalar, foram realizados os ensinamentos relativos aos défices de autocuidado com incidência para o controlo da dor, foram apresentadas outras formas de controlo da dor no domicílio, como a continuação da aplicação de gelo na região da dor e dado que a sua casa tinha um quintal poderia apanhar sol e ler em simultâneo, ideia que recebeu com agrado e satisfação.

## **1.4. Conclusão**

Todas as situações de interação e ajuda estabelecidas com a Sr<sup>a</sup> JP foram fundamentais para o controlo da dor aguda no pós-operatório. No entanto, refletindo acerca da minha intervenção deveria ter iniciado desde a sua admissão um plano de ensino específico para o controlo da dor, mas isso não aconteceu.

Assim confronto-me com a seguinte questão: será que a minha postura perante a situação foi a mais correta?

O fato de inicialmente me sentir pouco confiante e impugnada com as atitudes e questões da Sr<sup>a</sup> JP, sinto que poderia ter comprometido os cuidados e posteriormente os ensinamentos que prestei. Penso que com a experiência profissional que tenho aliado às situações idênticas que me vão surgindo, assim como a evidência científica que consultei, não me deveria ter deixado intimidar com a reação da Sr<sup>a</sup> JP.

Deveria também ter demonstrado mais disponibilidade desde a sua admissão e procurar os motivos para as suas preocupações relativas à cirurgia, pois nas pessoas com doença oncológica, os sentimentos negativos relativamente à hospitalização são agravados pelas dúvidas e incertezas no sucesso do tratamento, bem como pelo receio e medo face ao prognóstico e qualidade de vida (Moreira, Castanheira & Reis, 2003).

Durante os ensinamentos realizados no internamento relativos ao controlo da dor aguda no pós-operatório, estamos pouco conscientes de não lhe atribuímos o devido valor, nem sem questionarmos muitas vezes se a pessoa compreendeu. Devemos também realizar uma validação sem esquecer a importância de informação escrita que deve ser entregue.

## **1.5. Planear a ação**

Tendo por base a situação descrita considero relevante incluir os aspetos, ao nível pessoal e profissional evidenciando as aprendizagens ao longo desta reflexão.

- ✓ Considerar que a pessoa é um ser único individualizado, validando as necessidades que apresenta acerca da dor relacionada com o cancro e a cirurgia.

- ✓ Não me deixar intimidar com as reações e questões da Sr<sup>a</sup> JP, devendo perceber que os sentimentos negativos e a ansiedade, o medo e a incerteza são aspetos que terei que trabalhar e desmistificar.
- ✓ Ao estabelecer uma relação de proximidade e empatia considero ser uma mais valia na promoção da comunicação com vista à implementação dos cuidados.
- ✓ Realizar um ensino mais precoce relativo ao que é esperado no pós-operatório com incidência no controlo da dor aguda no pós-operatório.
- ✓ Avaliar os ensinios sobre o controlo da dor e esclarecer a pessoa quando surgissem dúvidas.
- ✓ Promover a interação com a equipa de enfermagem no sentido reforçar ensinios com a Sr<sup>a</sup> JP no controlo a dor aguda no pós-operatório.
- ✓ Alertar a equipa de enfermagem para a importância de registar os ensinios em relação à dor aguda no pós-operatório.

Reconhecendo que a dor aguda no pós-operatório pode persistir durante algum tempo ou transformar-se em dor crónica, cabe ao enfermeiro identificar a causa dessa dor e como a podemos controlar, proporcionando à pessoa estratégias para minimizar o impacto da dor relacionada com a cirurgia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Binoche, T. & Martineau, C. (2006). *Guia prático do tratamento das dores*. São Paulo: Andreia Editora.
- Direção Geral da Saúde. (2001). *Plano nacional de luta contra a dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Orientações técnicas para o controle da dor na pessoa idosa*. Lisboa. Acedido em 10/09/2017. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=16947>.
- Frota, N., Santos, Z., Soares, E., Moura, J., Costa, A. & Caetano, J. (2012). Déficits de autocuidado de idosas institucionalizadas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(5), 983-94.
- McMain, Lorraine (2010). Pain management in recovery. *Journal of Perioperative Practice*, 20 (2), 59-65.
- Moreira, C., Castanheira, I. & Reis, T. (2003). Acolhimento do doente oncológico: o que valorizam os enfermeiros? *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 27-36.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Acedido em 30/10/2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). Missouri: Mosby. ISBN 0-323-00864-X.
- Neves, D. (2012). Autocuidado. Conceito central da enfermagem. Interações: Sociedade e as novas modernidades, 23.
- Saraiva, A. (2008). Organização da dor aguda do pós-operatório. *Dor*, 16 (1), 18-22. ISSN 0872-4814.
- Serralheiro, Isabel (2008). Como construir protocolos para o tratamento da dor aguda do pós-operatório. *Dor*, 16 (1), 23-26.
- Taylor, S. (2004). Dorothea Orem – Teoria do Déficit do Auto-cuidado de Enfermagem. In A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teorias de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. (5ª edição). Loures: Lusociência.

Valentim, Jorge (2008). Dor aguda do pós-operatório – princípios básicos. *Dor*, 16(1), 12-17.

Vandrevala, T., Senior, V., Spring, L., Kelliher, L., Jones, C. ( 2016), 'Am I really ready to go home?' A qualitative study of patients' experience of early discharge following an enhanced recovery programme for liver resection surgery. *Support Care Cancer*, 24, 3447–3454. **DOI:** 10.1007/s00520-016-3158-6

**Apêndice VIII - Guia de apoio à capacitação para o autocuidado da pessoa com  
doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar**



# **Guia de apoio à capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar**



**Elaborado por:  
Enfermeira Vânia Afonso**

O presente manual de apoio à capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar tem por objetivo sistematizar a prática dos enfermeiros do [REDACTED], junto das pessoas e seus cuidadores.

É da responsabilidade da enfermagem promover as relações de parceria entre a pessoa, o cuidador e o enfermeiro.

Logo, deve o enfermeiro assumir um papel preponderante nesta etapa do ciclo vital da pessoa com doença oncológica, tornando-se importante que esta conheça os seus défices de autocuidado, de forma a minimizar as consequências biopsicossociais inerentes à cirurgia hepatobiliar.

A elaboração deste manual é fundamentada na teoria de Enfermagem de Dorothea Orem (1993, p.131) que define autocuidado como: “o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar”.

A teoria do défice de autocuidado desenvolvida por Orem (1993) é assim constituída por três teorias que se completam entre si:

- A teoria do autocuidado, que explica o porquê das pessoas cuidarem de si próprias;
- A teoria do défice de autocuidado, que desenvolve e explicita o porquê das pessoas poderem ser ajudadas através das intervenções de enfermagem;
- A teoria dos sistemas de enfermagem, que explica as relações que necessitam de ser desenvolvidas em prol do bem-estar e saúde da pessoa, atuando o enfermeiro como um facilitador da mudança.

Os requisitos de autocuidado definem-se como “as reflexões exploradas e expressas sobre as ações necessárias e que se supõe que têm validade na regulação dos aspetos de funcionamento e desenvolvimento humano” (Orem, 1993, p.136).

Na sua teoria, Orem (1993) incorpora os requisitos do autocuidado apresentando três categorias: universais, de desenvolvimento e nos desvios da saúde.

Deste modo, com a aplicação do modelo teórico de Orem, à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar, pretende-se identificar quais os requisitos de autocuidado que apresentam alterações face à sua situação normal, avaliar quais os défices de autocuidado que a pessoa apresenta e qual o sistema de enfermagem que irá determinar a prática de cuidados de enfermagem.

Estes mesmos cuidados de enfermagem revelam-se necessários quando as capacidades da pessoa para o autocuidado se mostram insuficientes, intervindo então o enfermeiro através de três sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação.

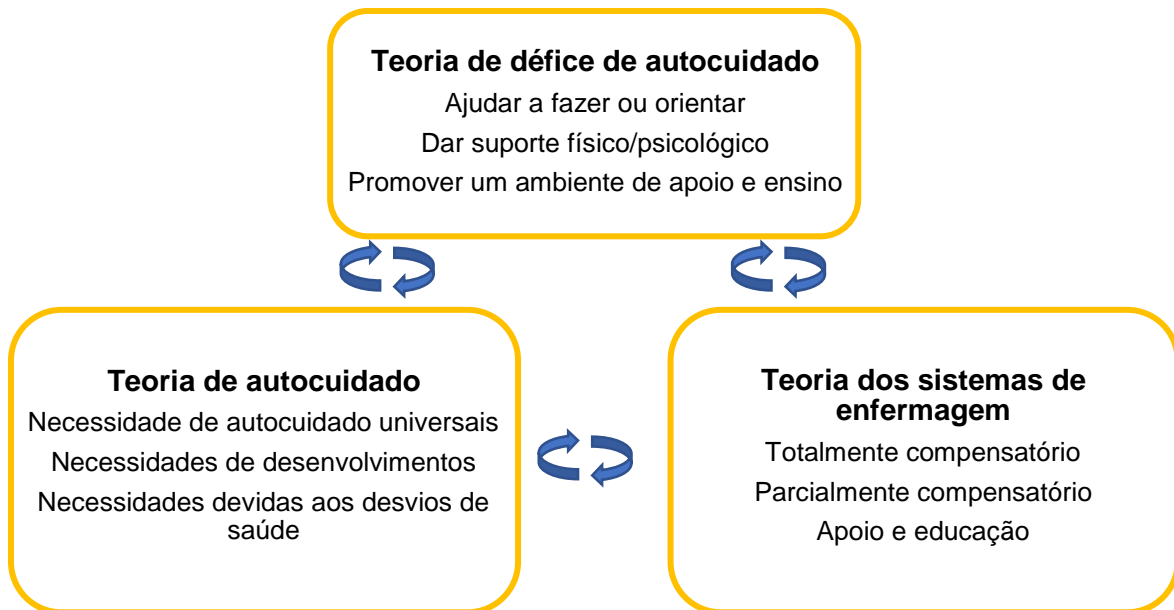
Esta intervenção resulta da aplicação do processo de enfermagem que segundo Orem (1993) se organiza em três passos, nomeadamente: diagnóstico e prescrição de enfermagem, definição de um sistema de enfermagem e planeamento para a prestação de cuidados e controlo dos sistemas de enfermagem.

Assim, este manual pretende ser uma ferramenta de apoio à equipa de enfermagem do serviço de [REDACTED], e está organizado da seguinte forma:

Em primeiro lugar são apresentadas algumas definições dos principais conceitos da teoria de enfermagem de Dorothea Orem (1993), que se pretende que sejam facilitadores para a compreensão e justificação da aplicação da respetiva teoria dos défices de autocuidado.

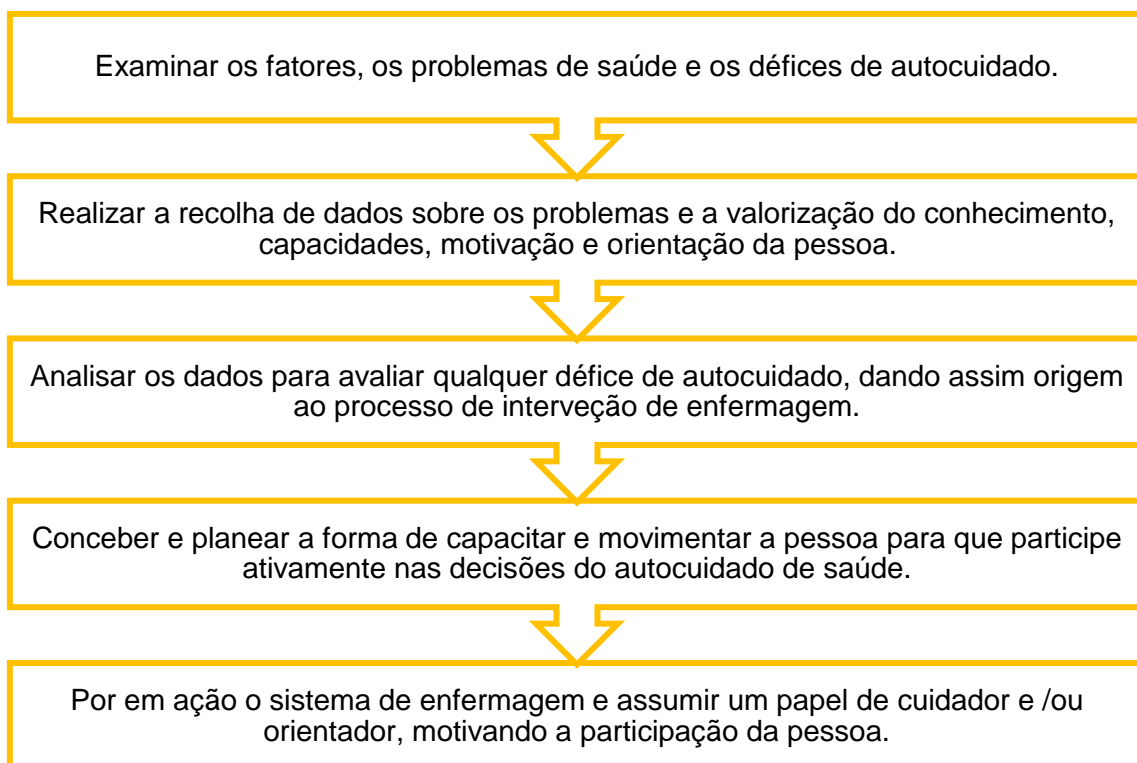
Em segundo lugar apresenta-se uma checklist dos possíveis défices de autocuidado que a pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar pode apresentar.

## Modelo da teoria do défice de autocuidado de Orem



## Aplicação da teoria passo a passo

Fluxograma das etapas para aplicação prática da teoria de défice de autocuidado



**IMPORTANTE:** As atividades de autocuidado são assim aprendidas de acordo com a evolução da pessoa e são afetadas pelos aspetos socioculturais, sistema familiar e social e os fatores ambientais. A idade, etapa do desenvolvimento e estado de saúde, poderão também afetar a capacidade da pessoa para realizar as atividades de autocuidado.

# Glossário dos principais conceitos da teoria do déficit de autocuidado

## Autocuidado

É uma conduta que existe em situações concretas da vida, dirigidas pelas pessoas em direção a si mesmo e ao seu ambiente, para assim regularem os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento e funcionamento, para benefício da sua vida, saúde e do seu bem-estar.

É uma atividade que é aprendida pelos indivíduos e orientada para um determinado objetivo.

## Requisitos de autocuidado

São o número e o tipo das ações que a pessoa executa ou deveria executar num determinado tempo, para conseguir atingir as suas necessidades de autocuidado.

## Requisitos de autocuidado universais

São comuns a todos os indivíduos. São exemplos: a conservação do ar, a água, os alimentos, a eliminação, a atividade e o descanso, a solidariedade, a interação social, a prevenção de riscos e a interação com as atividades humanas.

## Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

Promovem as condições necessárias para a vida e para a maturidade da pessoa, impedem o aparecimento de condições adversas ou reduzem os efeitos dessas mesmas situações nos diferentes momentos do processo evolutivo ou do desenvolvimento do ser humano, nomeadamente, infância, adolescência e idade adulta.

# Glossário dos principais conceitos da teoria do défice de autocuidado

## Requisitos de autocuidado de desvios de saúde

Os requisitos de desvio de saúde existem para as pessoas que estão com problemas de saúde (incluindo incapacidades) e que por isso estão a ser submetidas a um determinado tratamento médico.

## Défices de autocuidado

Traduzem a ligação entre as capacidades de ação da pessoa e as suas necessidades de autocuidado terapêutico. É um conceito orientador, facilitando a adequação dos processos de ajuda e a inclusão do papel da pessoa no autocuidado. Ao conhecer os défices de autocuidado, o enfermeiro pode planear de forma mais adequada as suas intervenções.

## Sistemas de Enfermagem

Resultam de um processo com o objetivo de melhorar os défices de autocuidado identificados na pessoa. Classificam-se do seguinte modo:

Sistema Totalmente Compensatório: a pessoa não tem papel ativo no seu autocuidado, sendo totalmente dependente de outros; o enfermeiro substitui-o assim em todas as suas atividades;

Sistema Parcialmente Compensatório: a pessoa consegue executar algumas atividades de forma autónoma. Aqui o papel do enfermeiro é ajudar nas situações que ela não é capaz de fazer sozinha;

Sistema de Apoio e Educação: a pessoa é capaz de executar o autocuidado. Neste sistema cabe ao enfermeiro ensinar e supervisionar na execução das ações de forma adequada, estimulando a pessoa a ser o agente de autocuidado, através da aprendizagem e reforço das suas capacidades.

# Requisitos de autocuidado: Universais

Défices na autocuidado e Intervenções de Enfermagem (segundo a linguagem CIPE)

## Respirar

- Gerir a oxigenoterapia.
- Vigiar a respiração.
- Instruir sobre as técnicas respiratórias.
- Treinar as técnicas respiratórias.
- Otimizar o repouso.
- Otimizar o posicionamento.
- Validar o conhecimento sobre a técnica respiratória.

## Higiene

- Assistir ao autocuidado: higiene.
- Ensinar à pessoa e ao cuidador, os procedimentos fundamentais relativos ao autocuidado: higiene.
- Validar o conhecimento sobre o autocuidado: higiene.
- Orientar o cuidador para o uso de equipamento adaptativo no autocuidado: higiene.

## Vestir-se

- Otimizar o calçado.
- Otimizar o vestuário.
- Assistir ao autocuidado: vestuário.
- Ensinar ao cuidador os procedimentos fundamentais relativos ao autocuidado: vestuário.
- Validar o conhecimento sobre o autocuidado (da pessoa e do cuidador): vestuário.

# Requisitos de autocuidado: Universais

Défices na autocuidado e Intervenções de Enfermagem (segundo a linguagem CIPE)

## Alimentar-se

- Otimizar a sonda nasogástrica.
- Vigiar o conteúdo gástrico.
- Vigiar a refeição.
- Assistir ao autocuidado: alimentar-se.
- Ensinar ao cuidador, os procedimentos fundamentais relativos ao autocuidado: alimentar-se.
- Validar conhecimento sobre o autocuidado: alimentar-se.

## Eliminação

- Vigiar eliminação urinária.
- Vigiar eliminação intestinal.
- Assistir no uso de arrastadeira /urinol.
- Otimizar fralda.
- Vigiar a pele do períneo.
- Assistir o autocuidado: uso de sanitário.
- Ensinar à pessoa e ao cuidador, os procedimentos fundamentais relativos ao autocuidado: uso de sanitário.

## Mobilizar-se/transferir-se

- Assistir a pessoa no posicionamento.
- Incentivar a pessoa a posicionar-se.
- Assistir a pessoa na mobilidade.
- Ensinar à pessoa e ao cuidador os procedimentos relativos à prevenção de quedas.
- Gerir o ambiente físico.
- Assistir a pessoa na transferência da cama para a cadeira.
- Assistir a pessoa na transferência cadeira da para a cama.
- Orientar o cuidador a posicionar a pessoa.

# Requisitos de autocuidado: Universais

Défices na autocuidado e Intervenções de Enfermagem (segundo a linguagem CIPE)

## Feridas cirúrgicas

- Executar o tratamento à ferida cirúrgica.
- Vigiar a ferida cirúrgica.
- Vigiar o penso da ferida cirúrgica.
- Remover o material de sutura.
- Executar o tratamento ao local de inserção do dreno.
- Monitorizar a eliminação de líquido através do dreno.
- Vigiar a eliminação de líquido através do dreno.
- Remover o dreno.
- Vigiar o penso do local de inserção do dreno.
- Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do dreno.
- Ensinar à pessoa e ao cuidador, os procedimentos fundamentais relativos à prevenção de complicações da ferida cirúrgica.

## Sono e repouso

- Facilitar o suporte familiar.
- Gerir o ambiente físico.
- Assistir a pessoa no posicionamento.
- Vigiar a dor.
- Instruir à pessoa e o cuidador para o uso de estratégias não medicamentosas para alívio da dor.
- Vigiar o sono e o repouso.

## Solidão e interação social

- Determinar os padrões familiares de relacionamento e os comportamentos sociais.
- Encorajar a pessoa ao convívio social com os amigos e familiares.
- Estimular a sua participação em atividades do autocuidado.

# Requisitos de autocuidado: Universais

Défices na autocuidado e Intervenções de Enfermagem (segundo a linguagem CIPE)

## Tratamento da dor

- Vigiar a dor.
- Monitorizar a dor.
- Aplicar estratégias farmacológicas para alívio da dor.
- Assistir a pessoa no posicionamento.
- Gerir regime terapêutico.
- Otimizar o posicionamento.
- Instruir prestador de cuidados sobre a dor.
- Validar conhecimento sobre regime terapêutico.

## Prevenção de riscos à vida e ao bem-estar

- Identificar fatores de risco cirúrgico e comorbidades.
- Estimular a aceitação da dieta prescrita.
- Avaliar o local cirúrgico e os sistemas de drenagem.
- Vigiar a dor.
- Vigiar a ferida cirúrgica.
- Instruir à pessoa e o cuidador sobre aos principais cuidados à ferida cirúrgica.
- Instruir à pessoa e o cuidador das complicações da ferida cirúrgica.
- Incentivar a cessação do tabaco e bebidas alcoólicas.

## Promoção da saúde

- Instruir a pessoa e prestador de cuidados para a promoção de uma vida saudável.
- Instruir a pessoa no cumprimento do regime terapêutico.
- Elogiar o envolvimento do prestador de cuidados.

## Requisitos de autocuidado de desenvolvimento

Défices na autocuidado e Intervenções de Enfermagem (segundo a linguagem CIPE)

### Acontecimentos da vida humana

- Ensinar estratégias de coping.
- Identificar estratégias anteriores de adaptação eficazes com a pessoa.
- Encorajar a comunicação expressiva de emoções.
- Facilitar o suporte familiar.

## Requisitos de autocuidado nos desvios de saúde

Défices na autocuidado e Intervenções de Enfermagem (segundo a linguagem CIPE)

### Conhecimento em relação à doença

- Instruir (a pessoa e o cuidador) sobre o pré-operatório e pós-operatório relativo à doença.
- Avaliar o conhecimento sobre o significado da doença
- Avaliar a aceitação ou rejeição e adaptação à doença
- Promover a adesão ao regime terapêutico
- Orientar (a pessoa e o cuidador) para os recursos na comunidade.

### Conhecimento em relação à cirurgia

- Instruir (à pessoa e o cuidador) sobre o pré-operatório e pós-operatório relativo à cirurgia.
- Validar conhecimento (da pessoa e do cuidador) sobre o pré-operatório e pós-operatório.
- Ensinar à pessoa e ao cuidador os procedimentos fundamentais relativos à prevenção de complicações da ferida cirúrgica.
- Orientar (a pessoa e o cuidador) para os recursos na comunidade.

## Referências bibliográficas

Orem, D. (1993). Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona. Masson Salvat Enfermería. ISBN: 84-458-0092-2.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem* (CIPE/ICNP) (3ª edição), Versão Beta 2, Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros.

**Apêndice X - Formação em serviço – Plano de sessão (A)**



**FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO**

**Tema:** Formação sobre os défices de autocuidado, tendo por base a teórica de Enfermagem de Dorothea Orem.

**Local:** [REDACTED] **Data:** [REDACTED] **Hora:** 14 h 45

**Objetivo geral:** Conhecer os pontos fundamentais para o levantamento dos défices de autocuidado segundo a tórica de Dorothea Orem

**Objetivos específicos:**

- Apresentar o guião de colheita de dados a para a pessoa com oncológica submetido a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador, segundo a teórica de Dorothea Orem
- Analisar, discutir e validar a proposta do Guia de apoio à capacitação para o autocuidado na pessoa submetida a cirurgia hepatobiliar
- Analisar, discutir e validar a proposta do Manual de apoio para o autocuidado: ao doente submetido a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
1. Teórica de enfermagem: Défices de autocuidado de Dorothea Orem	1. Expositivo	1. Computador	30 Minutos	Vânia Afonso
2. Apresentação do guião de colheita de dados	2. Expositivo	2. Computador	30 minutos	Vânia Afonso
3. Análise, discussão e validação do Guia de apoio à capacitação para o autocuidado na pessoa submetida a cirurgia hepatobiliar	3. Expositivo e demonstrativo	3. Guia	30 minutos	Vânia Afonso
4. Análise, discussão e validação do Manual de apoio para o autocuidado: ao doente submetido a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador	4. Expositivo e demonstrativo	4. Manual	30 minutos	Vânia Afonso



**Apêndice XI - Formação em serviço – Sumário e presenças (A)**



**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - SUMÁRIO E PRESENÇAS**

**Área/Unidade/Especialidade:** [REDACTED]

**Tema:** Formação sobre os défices de autocuidado, tendo por base a teórica de Enfermagem de Dorothea Orem

**Data:** [REDACTED]

**Hora:** 14 h 45

**Duração:** 2 horas

**Local:** \_\_\_\_\_

**SUMÁRIO:** A ação de formação realiza-se no âmbito do relatório de estágio do curso de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente oncológica. Pretende-se realizar um levantamento dos défices de autocuidado das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia hepatobiliar

Será apresentado, analisado, discutido e validado documentos de trabalho do relatório de estágio: Guião de colheita de dados a para a pessoa com oncológica submetido a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador, segundo a teórica de Dorothea Orem; Guia de apoio à capacitação para o autocuidado da pessoa submetida a cirurgia hepatobiliar e o Manual de apoio para o autocuidado da pessoa submetida a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador.

**Formador(es):** Vânia Cátia Lopes Afonso (n.º mecanográfico: 71903)

**PRESENÇAS**

N.º MEC.	NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Responsável \_\_\_\_\_



**Apêndice XII - Acta de reunião de Focus Group (A)**



### Acta de reunião de Focus Group

<b>Participantes</b>					
<b>Data</b>		<b>Hora</b>	<b>Início:</b> 14h45 <b>Fim:</b> 16h45	<b>Local</b>	

<b>Objetivos a concretizar</b>	
1.	Identificar os aspetos essenciais associados ao processo de autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar.
2.	<p>- Apresentar o guião de colheita de dados a para a pessoa com oncológica submetido a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador, segundo a teórica de Dorothea Orem</p> <p>Analisar, discutir e validar a proposta de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guia de apoio à capacitação para o autocuidado na pessoa submetida a cirurgia hepatobiliar</li> <li>- Manual de apoio para o autocuidado: ao doente submetido a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador</li> </ul>

<b>ACTA</b>
<b>Conclusões</b>
<p>Ponto 1 - não houve proposta de alterações;</p> <p>Ponto 2 - No guia de apoio à capacitação; na página nº4 a palavra polifarmacoterapia foi substituído por variada, na mesma página a palavra atezemem foi substituído por barreira. Na página 5 a palavra terapêutica foi substituído por medicação. Na página 6 foi sugerido a alteração de imagens referentes à ferida cirúrgica, na mesma página</p>

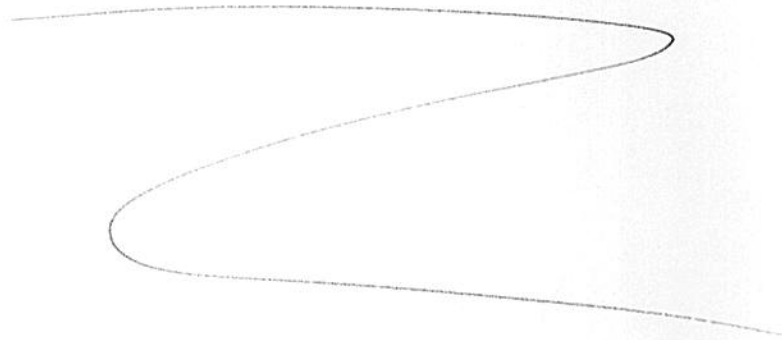
foi acrescentado a palavra vermelho (sangre).

- No manual de apoio para a autoavaliação foi sugerido a alteração da imagem de capa. Na página 2 foi substituído a frase "da doença oncológica e seu cuidador" para "pessoas e seus cuidadores". Na página 5 encontra-se em falta a referência / fonte da imagem / esquema segundo o modelo da teoria de deficiências de autoavaliação de Orem. Na página 6 foi sugerido a frase "motivando a participação do doente". Na página 8 foi acrescentado a frase (incluindo inspeções). Na página 13 foi acrescentado a frase (o doente e o cuidador em vários pontos).

- No guião de colheita de dados não houve propostas de alterações:

- Foi sugerido por 2 elementos da equipa, a elaboração de um plano de desenvolvimento na preparação para o autoavaliado em situações com doença oncológica submetidas a cirurgia hepática.

Sem mais assuntos em discussão, a presente acta é encerrada.



Acta elaborada por: Vanice Cátia Lopes Afonso

**Apêndice XIII - Plano de desenvolvimento na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar**



## Plano de desenvolvimento na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar

Pré-operatório (1º dia)	Durante o internamento	Momento da alta
<p>1. Acolhimento à pessoa com doença oncológica e cuidador no serviço e unidade;</p> <p>2. Preenchimento do guião de colheita de dados no momento de admissão e colocação da pulseira de identificação;</p> <p>3. Prestação de cuidados no pré-operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ A pessoa é questionada sobre o tipo de cirurgia a que vai ser submetida e é esclarecida de todas as dúvidas;</li> <li>❖ É explicado à pessoa todo o percurso durante o internamento;</li> <li>❖ A pessoa é informada sobre os cuidados de higiene no turno da tarde antes da cirurgia e na manhã da cirurgia. Estes devem ser efetuados com solução antisséptica (exceto a cabeça e a cara);</li> <li>❖ Devem ser retirados todos os adornos (brincos, pulseiras, etc.);</li> <li>❖ Devem ser retiradas próteses: dentárias/auditivas/ óculos e lentes de contato;</li> <li>❖ É colocado um acesso venoso periférico;</li> </ul>	<p>1. Prestação de cuidados no pós-operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ A pessoa regressa da unidade de cuidados intensivos em média 24 h após a cirurgia;</li> <li>❖ É realizada a avaliação de parâmetros vitais no mínimo de 8 em 8 horas;</li> <li>❖ É avaliar a estabilidade hemodinâmica da pessoa;</li> <li>❖ A ferida cirúrgica deve permanecer encerrada, durante as primeiras 48 horas;</li> <li>❖ São realizados ensinamentos para vigilância de possíveis perdas hemáticas (feridas cirúrgicas e drenos);</li> <li>❖ São realizados ensinamentos de exercícios respiratórios;</li> <li>❖ A pessoa é incentivada a posicionar-se e mobilizar-se;</li> <li>❖ A pessoa é informada que sempre que se mobiliza, posiciona ou tosse deve suportar a ferida cirúrgica;</li> </ul> <p>São realizados os ensinamentos relativos:</p> <p><i>Técnica do levantar da cama</i></p> <p>- Deve colocar-se de lado e apoiar o abdómen com uma mão, depois coloque os pés para fora e lentamente levante o tronco apoiando o outro cotovelo no colchão, exerça a força no braço de apoio e não no abdómen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ A pessoa e o cuidador são preparados para a alta hospitalar desde o momento da admissão no serviço;</li> <li>❖ É criado um momento onde a pessoa e o cuidador podem expor as suas dúvidas;</li> <li>❖ A pessoa e o cuidador são abordados em conjunto com o intuito de avaliar os possíveis défices de autocuidado e, neste sentido, o enfermeiro deve reforçar os ensinamentos;</li> <li>❖ São reforçadas todas as informações do manual para a capacitação da pessoa submetida a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador;</li> <li>❖ O enfermeiro esclarece todas as dúvidas da pessoa e do seu cuidador;</li> <li>❖ É entregue à pessoa, a carta de alta de enfermagem devidamente explicitada de forma a garantir a continuidade dos cuidados no domicílio;</li> <li>❖ É reforçado a importância do cumprimento do regime terapêutico e são prestados todos os esclarecimentos sobre o mesmo.</li> </ul>

(continua na página seguinte)

## Plano de desenvolvimento na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar

Pré-operatório (1º dia)	Durante o internamento	Momento da alta
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ A pessoa deve estar em dieta zero a partir das 00h do dia da cirurgia;</li> <li>❖ Devem ser realizados ensinamentos para o repouso no leito após a cirurgia;</li> <li>❖ A pessoa é incentivada a expressar a dor após a cirurgia e é explicado o método para a controlar;</li> <li>❖ É comunicado à pessoa que após acordar da cirurgia pode sentir algum desconforto, proveniente de drenos/sondas/pensos;</li> <li>❖ A pessoa é informada que após a cirurgia haverá a possibilidade de ir para a unidade de cuidados intensivos nas primeiras horas para uma maior vigilância;</li> <li>❖ No dia da cirurgia é realizada a tricotomia à região da intervenção cirúrgica;</li> <li>❖ É preenchido o documento de checklist de preparação pré-operatória (existente no serviço);</li> <li>❖ É colocado soro em veia periférica na manhã da cirurgia;</li> <li>❖ A pessoa deve vestir a bata operatória e as meias de contenção.</li> <li>❖ A pessoa será levada pelo enfermeiro e auxiliar para o bloco operatório.</li> </ul>	<p><i>Técnica ao deitar na cama</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deve sentar-se na beira da cama, com uma mão apoiada no abdómen e com a outra apoiada no colchão, lentamente deita-se de lado na cama exercendo sempre força no braço, nunca sobre o abdómen, e por fim posiciona-se confortavelmente.</li> </ul> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ No 3º dia pós-operatório é entregue o manual de capacitação para o autocuidado à pessoa submetida a cirurgia hepatobiliar;</li> <li>❖ São realizados os ensinamentos quanto a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados com a ferida cirúrgica;</li> <li>- Manipulação e vigilância de drenagem;</li> <li>- Uso de vestuário confortável;</li> </ul> </li> <li>❖ O Enfermeiro avalia em conjunto com a pessoa e seu cuidador as condições e necessidades (eventuais) que a pessoa poderá ter após a cirurgia;</li> <li>❖ O Enfermeiro avalia a necessidade de pedir a colaboração de outros membros da equipa multidisciplinar para dar resposta às necessidades da pessoa e seu cuidador.</li> </ul>	

**Apêndice XIV - Formação em serviço – Plano de sessão (B)**



**FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO**

**Tema:** Apresentação dos resultados do guião de colheita de dados para a identificação dos défices de autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar

**Local:** [REDACTED] **Data:** [REDACTED] **Hora:** 14 h 45

**Objetivo geral:** Apresentar os resultados finais do levantamento dos défices autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar.

**Objetivos específicos:**

- Apresentar os resultados finais do levantamento dos défices de autocuidado, baseado no guião de colheita de dados, segundo a teórica de Dorothea Orem;

Apresentar, analisar e validar os três documentos do programa educativo:

- Guia de apoio à capacitação para o autocuidado na pessoa com oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar;

- Manual de apoio para o autocuidado: da pessoa com doença oncológica submetido a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador;

- Plano de desenvolvimento na capacitação para o autocuidado em doentes submetidos a cirurgia hepatobiliar;

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS TÉCNICAS	E	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
1. Apresentação dos resultados finais do levantamento dos défices de autocuidado, baseado no Guião de colheita de dados, segundo a teórica de Dorothea Orem;	1.Expositivo		1.Computador	30 Minutos	Vânia Afonso
2. Análise, discussão e validação do Guia de apoio à capacitação para o autocuidado na pessoa oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar	2.Expositivo e demonstrativo		2.Guia	30 minutos	Vânia Afonso
3. Análise, discussão e validação do Manual de apoio para o autocuidado: para a pessoa com doença oncológica submetido a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador	3.Expositivo demonstrativo	e	3.Manual	30 minutos	Vânia Afonso

<p>4. Análise, discussão e validação do Plano de desenvolvimento na capacitação para o autocuidado em doentes submetidos a cirurgia hepatobiliar;</p>	<p>4. Expositivo e demonstrativo</p>	<p>4. Plano de desenvolvimento</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Vânia Afonso</p>
---	--------------------------------------	------------------------------------	-------------------	---------------------

C.H.L.C. Mod. 0003

**Apêndice XV - Formação em serviço – Sumário e presenças (B)**



**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - SUMÁRIO E PRESENÇAS**

Área/Unidade/Especialidade: [REDACTED]

**Tema:** Apresentação dos resultados do guião de colheita de dados para a identificação dos défices de autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar

**Data** [REDACTED]

**Hora:** 14 h 45

**Duração:** 2 horas

**Local:**

**SUMÁRIO:** A ação de formação realiza-se no âmbito do relatório de estágio do curso de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente oncológica. Pretende-se apresentar os resultados dos défices de autocuidado das pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia hepatobiliar.

Será apresentado, analisado e validado: O Guia de apoio à capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar, O Manual de apoio para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador e o Plano de desenvolvimento da capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar.

**Formador(es):** Vânia Cátia Lopes Afonso (n.º mecanográfico: 71903)

**PRESENÇAS**

N.º MEC.	NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]



**Apêndice XVI - Acta de reunião de Focus Group (B)**



### Acta de reunião de Focus Group

<b>Participantes</b>					
<b>Data</b>		<b>Hora</b>	<b>Início:</b> 16h45 <b>Fim:</b> 16h45	<b>Local</b>	

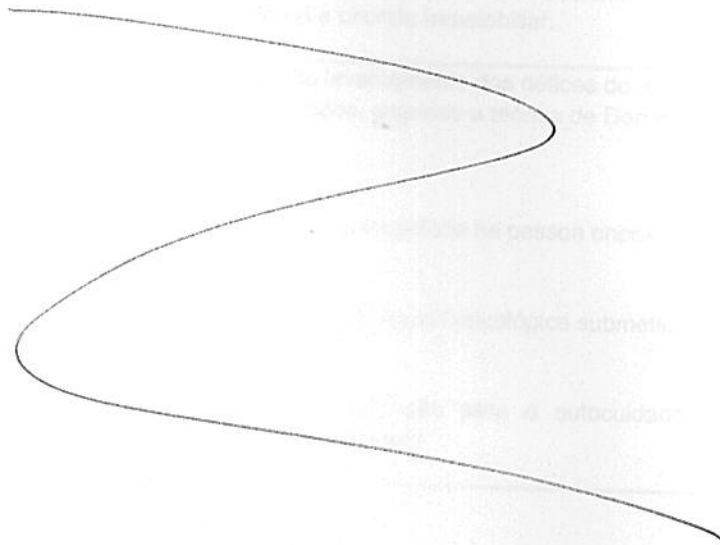
<b>Objetivos a concretizar</b>	
1.	Apresentar os resultados finais do levantamento dos défices autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar.
2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar os resultados finais do levantamento dos défices de autocuidado, baseado no guião de colheita de dados, segundo a teórica de Dorothea Orem</li> <li>Apresentar, analisar e validar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guia de apoio à capacitação para o autocuidado na pessoa oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar</li> <li>- Manual de apoio para o autocuidado: a pessoa oncológica submetida a cirurgia hepatobiliar e seu cuidador</li> <li>- Plano de desenvolvimento na capacitação para o autocuidado em pessoas oncológicas submetidas a cirurgia hepatobiliar</li> </ul> </li> </ul>

<b>ACTA</b>
<b>Conclusões</b>
<p>Ponto 1 - não houve proposta de alterações.</p> <p>Ponto 2 - Na apresentação final dos resultados, não houve proposta de alterações ou comentários.</p> <p>• No guia de apoio à capacitação, na página 3 a palavra "cuidado" foi substituído por "pequeno". Na página 4, foi eliminada a frase "Evidências científicas sobre o cuidado" na mesma página a palavra não deve</p>

foi substituída por deve evitar. Na página nº5 a frase "antes de passar" foi substituída por no. Na página nº 6 foi retirada a frase "não retire o material da ferida" e acrescentado a frase secura com a doçura. Na mesma página foi retirada a frase "os pontos ou agulhas se soltarem" e alterado o ordena da 1ª frase "Tiver febre" para a última frase." E a frase "O líquido do dreno ficou muito vermelho foi substituído pelo frase "o líquido do dreno altera as características / cor."

- No manual de apoio para o cuidador, não houve propostas de alteração.
- No plano de desenvolvimento na capacidade; foi na página 2 foi acrescentado a palavra parte de gestos. Na mesma página foi acrescentado a palavra explicitada.

Sem mais assuntos em discussão, a present etc e - encende.



Acta elaborada por: Vénia Cordeiro Lopes Afonso