



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

Relatório de Estágio

**PLANEAMENTO DE ALTA E *FOLLOW-UP* DO DOENTE
HEPATOBILIOPANCREÁTICO SUBMETIDO A CIRURGIA
– INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM**

Marlene Isaura Correia Pinto



Lisboa

2022



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

Relatório de Estágio

**PLANEAMENTO DE ALTA E *FOLLOW-UP* DO DOENTE
HEPATOBILIOPANCREÁTICO SUBMETIDO A CIRURGIA
– INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM**

Marlene Isaura Correia Pinto



Orientador: Professor Doutor Óscar Manuel Ramos Ferreira



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“Recomeça... se puderes,
sem angústia e sem pressa e os passos que deres,
nesse caminho duro do futuro, dá-os em liberdade,
enquanto não alcances não descanses,
de nenhum fruto queiras só metade.”*

Miguel Torga

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho só foi possível devido ao contributo distinto de algumas pessoas. É um trabalho que resulta de muito empenho, dedicação e sacrifício pessoal.

Assim não posso deixar de agradecer à minha chefe, a Enfermeira Paula Duarte por me apoiar e ajudar a concretizar este projeto.

Aos colegas de trabalho pelo apoio e paciência e também por facilitarem o meu processo formativo sempre que lhes foi possível.

Ao Professor Doutor Óscar Ferreira, pela orientação, disponibilidade e palavras de incentivo e encorajamento.

Aos enfermeiros orientadores dos locais de estágio pela generosidade e partilha de conhecimentos.

Às minhas colegas de mestrado, em particular à Adelaide pelas palavras de conforto e companheirismo.

Aos meus amigos Edu, Rafa, Tânia, Catarina e Patrícia, pela amizade e compreensão, tenho a certeza que ficarão para sempre na minha vida.

Aos meus pais e ao Vítor, por me ouvirem todos os dias, por me ajudarem a continuar quando a vontade era de desistir, por me apoiarem quando o entusiasmo ou o desânimo me invadiam, por me incentivarem durante esta caminhada.

Sem vocês não teria sido capaz de realizar este percurso.

Obrigada a todos.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AESOP - Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

CHUC - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EONS - *European Oncology Nursing Society*

ERAS - *Enhanced Recovery After Surgery*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HDO – Hospital de Dia Oncológico

ICN - *International Council of Nurses*

nº - número

NICE - *The National Institute for Health and Care Excellence*

OE – Ordem dos Enfermeiros

SPO - Sociedade Portuguesa de Oncologia

RESUMO

A alta hospitalar é um momento de transição crítica na gestão da saúde dos doentes. A precocidade com que as altas são dadas após cirurgia tende a complicar a sua preparação, devendo os enfermeiros serem capazes de recolher e analisar informação pertinente para uma adequada organização da alta de enfermagem. Os enfermeiros devem ter um papel ativo nas estratégias de transição dos cuidados a fim de aprimorar a preparação da alta e garantir a continuidade dos cuidados no domicílio.

Este projeto é desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica. Pretende dar visibilidade às intervenções autónomas do enfermeiro especialista na capacitação para o autocuidado do doente hepato-bilio-pancreático, constituindo ainda um importante contributo na construção de estratégias de melhoria de cuidados no período perioperatório. A sua finalidade é promover o autocuidado na preparação para a alta do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, implementar uma consulta de enfermagem de *follow-up* telefónica e prevenir reinternamentos hospitalares. Neste sentido, pretendo dar resposta à seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem que permitem capacitar o doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, com vista a uma alta segura para a comunidade?” A metodologia foi sustentada pela pesquisa bibliográfica e a realização dos estágios onde adquiri e consolidei conhecimentos e estratégias adotadas para a implementação da consulta de enfermagem *follow-up* telefónica.

A capacitação do doente para o autocuidado, desde a admissão, período perioperatório e acompanhamento pós-alta revela-se uma intervenção de enfermagem decisiva. A consulta de enfermagem de *follow-up* telefónica e a avaliação do enfermeiro sobre os problemas ou necessidades identificados mostrou-se eficaz na sua resolução. É considerada pertinente nos benefícios que proporciona ao doente e família e no desempenho dos enfermeiros, que assumem um papel dinamizador relativamente ao ensino, à promoção do autocuidado ao longo da preparação para a alta hospitalar e continuidade dos cuidados.

Palavras-chave: Neoplasias hepato-bilio-pancreáticas, Cirurgia oncológica, Alta hospitalar, Complicações pós-operatórias, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Hospital discharge is a time of critical transition in patient health management. The precocity with which discharges are given after surgery tends to complicate their preparation, and nurses should be able to collect and analyse pertinent information for an adequate organization of nursing discharge. Nurses should play an active role in care transition strategies to improve discharge preparation and ensure continuity of care at home.

This project is developed within the scope of the curricular unit of internship with report of the 12th Master in Medical Surgery Nursing Specialization, Oncological Nursing branch, for the Nurse Specialist and Master degree title. It intends to give visibility to the autonomous interventions of the specialist nurse in the training for the self-care of the hepatic-bile-pancreatic patient, constituting an important contribution in the construction of strategies to improve care in the perioperative period. The purpose is to promote self-care in preparation for the discharge of hepatic-bile-pancreatic patients undergoing surgery, to implement a telephone follow-up nursing consultation and to prevent hospital readmissions. In this sense, I intend to answer the following research question: "What are the nursing interventions that allow training the hepatic- bile- pancreatic patient undergoing surgery, with a view to a safe discharge to the community?" The methodology was supported by bibliographic research and the completion of internships where I acquired and consolidated knowledge and strategies adopted for the implementation of the telephone follow-up nursing consultation.

Patient empowerment for self-care, from admission, perioperative period and post-discharge follow-up, proves to be a decisive nursing intervention. The telephone follow-up nursing consultation and the nurse's assessment of the identified problems or needs proved to be effective in their resolution. It is considered relevant in the benefits it provides to the patient and family and in the performance of nurses, who assume a dynamic role in terms of teaching, promoting self-care throughout the preparation for hospital discharge and continuity of care.

Keywords: Hepatic-bile-pancreatic neoplasms, Oncologic surgery, Hospital discharge, Postoperative complications, Nursing care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
1.1 Hospitalização	25
1.2 Planeamento de alta	27
1.3 A capacitação para o autocuidado no período perioperatório	33
1.4 Complicações pós-operatórias.....	37
2.EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS.....	41
2.1 Campo de Estágio: Consulta ERAS do Hospital A	42
2.2 Campo de Estágio: Programa <i>Nurse Navigator</i> -HDO do Hospital A.....	46
2.3 Campo de Estágio: Unidade Multidisciplinar de Cancro Digestivo do Hospital B.....	50
2.4 Campo de Estágio: Serviço de Cirurgia Hepato-bilio-pancreática do Hospital C.....	58
2.5 Competências adquiridas durante os estágios.....	66
3.AVALIAÇÃO	69
3.1 Pontos fortes e pontos fracos	69
3.2 Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados....	70
3.3 Considerações Éticas do Projeto	72
CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo de revisão *Scoping*: “Mapeamento de intervenções promotoras da capacitação do doente cirúrgico hepato-bilio-pancreático para o autocuidado: revisão *scoping*”

Apêndice II – Protocolo de Revisão *Scoping*: “O papel do enfermeiro na consulta telefónica de *follow-up* pós-operatório: revisão *scoping*”

Apêndice III – Jornal de Aprendizagem sobre: “ A prática da Consulta de Enfermagem”

Apêndice IV – Jornal de Aprendizagem sobre: “O papel do Enfermeiro *Nurse Navigator* ”

Apêndice V – Caraterização da Unidade Multidisciplinar de Cancro Digestivo do Hospital B

Apêndice VI – Lista de intervenções de enfermagem realizadas ao doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia com vista à sua capacitação e planeamento de alta – Unidade de Digestivo

Apêndice VII – Reflexão sobre: "A aceitação e adaptação à doença oncológica"

Apêndice VIII – Caracterização do Serviço de Cirurgia Hepato-bilio-pancreático do Hospital C

Apêndice IX – Plano da sessão de formação: “Planeamento de alta e *follow-up* do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia - intervenções especializadas de enfermagem”

Apêndice X – Análise do questionário de avaliação da sessão de formação: “Planeamento de alta e *follow-up* do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia - intervenções especializadas de enfermagem”

Apêndice XI – Manual de Planeamento de Alta de Enfermagem

Apêndice XII – Fluxograma de planeamento de alta do doente cirúrgico hepato-bilio-pancreático

Apêndice XIII – Guia informativo sobre cirurgia hepato-bilio-pancreática

Apêndice IVX – Guia orientador da entrevista de *follow-up*

Apêndice XV – Algoritmo de resposta/necessidade do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia

Apêndice XVI – Estudo de caso

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de reinternamentos (30 días) dos doentes hepato-bilio-pancreáticos submetidos a cirurgia durante os últimos 5 anos [REDACTED] 2022).....	71
---	----

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, temos assistido em Portugal, à semelhança do que se passa no resto do Mundo, a um aumento da incidência do cancro. Segundo estimativas do *Global Cancer Observatory*, produzidas pela *International Agency for Research on Cancer* acerca da incidência e mortalidade do cancro, estima-se que em todo o mundo cerca de 19.3 milhões de novos casos de cancro e quase 10 milhões de mortes por cancro tenham ocorrido em 2020 (Global Cancer Observatory, 2020).

O sistema de saúde é constantemente desafiado com dois problemas, a pressão para aumentar a qualidade e a necessidade de contenção de custos (Jha; Orav; Epstein, 2009). Os hospitais são pressionados a responder ao aumento da procura de cuidados e simultaneamente a gerir com eficiência o uso de camas hospitalares, através dos tempos de internamento e da gestão de reinternamentos hospitalares não programados (Scott, 2010).

A doença oncológica revela-se, atualmente, como uma das prioridades nos programas nacionais de saúde por toda a Europa. Há uma clara necessidade de investimento na prevenção, no diagnóstico e no acompanhamento dos sobreviventes de cancro. Além disso, entramos na era da "medicina personalizada", que traz novos conceitos, novos tratamentos e cada vez mais especificidade e complexidade (European Cancer Organization, 2017). Torna-se, por isso, fundamental assegurar cuidados especializados que tragam melhores resultados para as pessoas com doença oncológica e isso passa pelo bom planeamento da alta, de forma a possibilitar uma transição segura entre o hospital e a comunidade e consequente acompanhamento através de uma consulta de enfermagem pós-operatória.

A Direção Geral da Saúde (DGS) define o planeamento de alta como:

“Um processo complexo que exige uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família, que deve considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários” (2004, p. 3).

É um processo organizado e multidisciplinar que permite que no momento da alta hospitalar tudo esteja preparado para que ocorra continuidade. O planeamento de alta impõe aos profissionais de saúde uma abordagem centrada no doente, no

cuidador e no meio social que os envolve. Exige ainda, uma resposta integrada, eficaz e coordenada entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, garantindo a continuidade de cuidados e a utilização adequadas de recursos (Petronilho, 2007).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que, por excelência, se encontram na linha da frente, em contato permanente com o doente e com a cultura organizacional, assumindo uma posição estratégica na perceção das características do ambiente de trabalho e na forma como estas influenciam a qualidade dos cuidados e a cultura de segurança (Dorigan & Guirardello, 2018). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015), o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional, contudo a tomada de decisão autónoma do enfermeiro tem por base uma abordagem sistémica e sistemática que incorpora os resultados da investigação na sua prática e que constitui a base estrutural fundamental para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

Ao longo do meu percurso profissional enquanto enfermeira sempre me dediquei ao cuidado do doente e família que vivencia processos cirúrgicos, decorrentes de doença aguda ou crónica, num serviço de internamento cirúrgico. Neste sentido, a ingressão no curso de mestrado emergiu como resposta a uma necessidade de desenvolvimento pessoal e profissional, consequência dos grandes avanços tecnológicos e científicos na área de Enfermagem, tendo como finalidade, garantir a máxima qualidade de cuidados ao doente oncológico submetido a cirurgia.

Este trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório integrada no plano de estudos do 12º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e consiste no culminar de um caminho iniciado em 2020. A sua finalidade é documentar o percurso desenvolvido desde a elaboração do projeto de intervenção até à sua implementação, de uma forma crítica e reflexiva com vista ao desenvolvimento e à aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de Enfermeiro Especialista em Pessoa e Situação Crónica e Paliativa, ambas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2019, 2018) bem como Enfermeiro Especialista em Oncologia da *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2018) e do 2º ciclo de estudos de Bolonha – Descritores de Dublin (Decreto-lei nº 74/2006) para a obtenção de grau de Mestre.

O desenvolvimento de competências nos cuidados de enfermagem ao doente oncológico centralizaram-se no domínio da prestação de cuidados, no domínio da formação, no domínio da gestão e no domínio da investigação, em combinação com as competências do enfermeiro especialista, particularmente em contexto de Oncologia. A prestação de cuidados ao doente oncológico retratou uma porção significativa de todo o percurso, onde se incluem as competências científicas, técnicas, relacionais e humanas, em que as situações de reflexão e os estudos de caso alicerçados à pesquisa bibliográfica retrataram momentos essenciais de aprendizagem.

Na unidade curricular Opção II foi-me pedido que identificasse na prática profissional um problema atual e que desenhasse um plano de resolução do mesmo, através da elaboração de um projeto de intervenção que fosse implementado no serviço onde exerço funções. Trabalho num serviço de cirurgia, onde a população predominante são doentes com cancro hepato-bilio-pancreático e, ao longo dos últimos anos, tem-se vindo a constatar um aumento dos reinternamentos a 30 dias. Scott (2010), refere que os reinternamentos hospitalares não programados são comuns nos 30 dias após a alta e podem refletir falhas no planeamento de alta hospitalar. Estes reinternamentos não programados, e possivelmente evitáveis, implicam uma utilização significativa de camas hospitalares.

O interesse por esta problemática surgiu das preocupações e vivências da prática clínica à pessoa em situação de dependência, após intervenção cirúrgica, onde se verificou que o modelo ainda dominante não valoriza devidamente o envolvimento do doente e família na preparação da alta hospitalar. A equipa de enfermagem reconhece o valor das intervenções educativas no planeamento de alta, contudo, estas intervenções nem sempre se refletem na prática diária. Tem-se verificado falhas a este nível, resultantes de intervenções não sistematizadas no decurso do plano educativo e de dúvidas frequentes dos doentes e família no momento da alta, o que compromete a adesão ao regime terapêutico e aos cuidados a ter aquando do regresso a casa. Foram várias as conversas informais realizadas com a equipa de enfermagem e com a enfermeira chefe, a fim de perceber se o projeto de intervenção era ou não adequado e pertinente para o serviço. Após discussão em equipa foi reconhecido o impacto do problema e a relevância do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Segundo Jordão (2012), a falta de investimento na preparação da alta hospitalar e a falta de acompanhamento adequado do doente no domicílio, são tidos como fatores que contribuem para as elevadas taxas de reinternamento hospitalar. Devido a esta problemática considera-se urgente tomar medidas para evitar os reinternamentos, por serem um forte contributo para o aumento dos custos na saúde. A não existência de um planeamento de alta de enfermagem contribui para que os doentes não estejam preparados para a alta, não compreendam o seu plano terapêutico nem o motivo por que estiveram internados (Jack *et al.*, 2009). De acordo com Scott (2010) em doentes com alto risco de reinternamento hospitalar não programado, a educação para a saúde e a preparação para a alta, tal como o *follow-up* telefónico, são estratégias que demonstraram relativa eficácia na sua prevenção.

Porém, comparando a prática no meu local de trabalho com a prática descrita na evidência científica, verifica-se uma lacuna na preparação para a alta da pessoa submetida a cirurgia oncológica. Neste sentido, surgiu o projeto de investigação intitulado como **“Planeamento de alta e *follow-up* do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia - intervenções especializadas de enfermagem”**. Este foi apoiado pela Teoria do Défice do Autocuidado, de Dorothea Orem, através da elaboração de estratégias e planeamento de ações, com o intuito de perspetivar resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem.

O conceito de autocuidado, base do referencial teórico de Dorothea Orem, pode ser definido como sendo a prática de atividades que a pessoa realiza em seu próprio benefício, que visam a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 2001). Segundo Orem (2001), as pessoas podem beneficiar da enfermagem quando têm limitações derivadas ou relacionadas com a saúde que comprometem o envolvimento na manutenção do autocuidado. O papel dos profissionais de saúde é essencial e indispensável no processo de capacitação e planeamento de alta que deve ser estruturado, multidimensional e ocorrer no momento certo tendo em conta a especificidade de cada situação (Dorant & Krieger, 2017).

Nesta perspectiva, com a elaboração e implementação do projeto de intervenção pretendeu-se um planeamento adequado de alta de enfermagem, a capacitação do doente para o autocuidado e planear uma consulta de enfermagem telefónica de *follow-up* pós-operatório. Paralelamente procurou-se melhorar o bem-estar dos doentes submetidos a cirurgia oncológica hepato-bilio-pancreática,

minimizando o risco complicações pós-operatórias e a recorrência a unidades de saúde após a alta hospitalar, com consequente diminuição da taxa de reinternamento.

Para alcançar o aperfeiçoamento na prestação dos cuidados de enfermagem, foram realizados estágios em quatro locais distintos: na Consulta *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) e Hospital de Dia Oncológico (HDO) do Hospital A (entre 11 de outubro e 19 de novembro de 2021), na Unidade do Digestivo do Hospital B (entre 22 de novembro de 2021 e 14 de janeiro de 2022) e no Serviço de Cirurgia Hepato-bilio-pancreática do Hospital C (entre 17 de janeiro e 25 de fevereiro de 2022). O último campo de estágio é referente ao meu local de trabalho, no qual implementei o projeto de intervenção.

O modelo de desenvolvimento de competências de Dreyfus, aplicado à disciplina de enfermagem por Benner (2001), menciona que a competência se transforma com a experiência profissional e com o domínio do conhecimento, o que fundamenta a minha presença neste Curso de Mestrado, acreditando que seja o início de um percurso que me possibilite atingir o nível de competente e no futuro de perito na área do planeamento da alta e *follow-up* do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia.

Na elaboração do presente relatório, foram delineados os seguintes objetivos:

- Analisar de forma crítica e reflexiva as atividades planeadas e realizadas bem como os resultados obtidos.
- Descrever e refletir sobre as competências adquiridas nos respetivos campos de estágio (Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, *European Oncology Nursing Society* e Mestre).
- Expôr os contributos deste projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no planeamento sistemático da alta de enfermagem, capacitação para o autocuidado do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia e o *follow-up* telefónico 48 horas após a alta.

Este documento integra três capítulos fundamentais. O primeiro, após a introdução ostenta o enquadramento teórico com base em evidência científica relacionada com o tema trabalhado. O segundo capítulo apresenta a execução das atividades previstas, em que se elabora uma análise crítica e reflexiva das atividades realizadas em cada campo de estágio e dos resultados atingidos. O terceiro capítulo contempla a avaliação do percurso desenvolvido ao longo dos campos de estágio,

os pontos fortes e fracos do projeto, questões éticas, bem como os contributos da implementação para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Por último, a conclusão do relatório que inclui uma síntese do trabalho e ainda as perspetivas futuras do projeto de intervenção desenvolvido.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A metodologia do projeto tem como objetivo a aquisição de capacidades e competências na concretização de projetos numa situação real tendo em vista a resolução de um problema, promovendo uma prática fundamentada e baseada na evidência (Ruivo & Ferrito, 2010). Transversalmente foi essencial realizar uma revisão bibliográfica extensa para aperfeiçoar conhecimentos e fundamentar o projeto de intervenção. Considerando a minha problemática, foi realizada uma revisão *scoping* sobre o tema (Apêndice I). Neste seguimento foi formulada a seguinte pergunta de investigação: **“Quais as intervenções de enfermagem que permitem capacitar o doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, com vista a uma alta segura para a comunidade?”** O conteúdo extraído foi substancial, uma vez que permitiu estabelecer um vínculo entre o conhecimento existente sobre o tema e o problema que se pretende investigar (Coutinho, 2011). Nesta perspectiva, é notório que a Prática Baseada em Evidência constitui um movimento que atua como um elo entre os resultados de pesquisas e sua aplicação prática, garantindo a melhoria da qualidade da assistência prestada aos doentes e maior visibilidade da profissão ao demonstrar as bases científicas do seu cuidado (Oliveira, Carvalho & Rossi, 2015).

1.1 Hospitalização

O hospital tem uma representação social de grande impacto junto do doente, tende a provocar uma rutura com o seu contexto habitual de vida, modificando os seus hábitos, a sua capacidade de auto-realização e de cuidado pessoal. O processo de hospitalização provoca no indivíduo uma certa “despersonalização” em relação ao ambiente onde está inserido pelo facto, de passar a ser tratado de acordo com a sintomatologia da patologia que apresenta, e não pela sua singularidade enquanto pessoa (Moura Sartor, 2017). Quando a hospitalização inclui a realização de uma cirurgia, esta é percecionada como um acontecimento stressante e com uma conotação negativa, assustadora e ameaçadora da integridade física e mental do indivíduo (Ribeiro, 2011).

O cancro hepato-bilio-pancreático é o cancro que está localizado no fígado, na vesícula biliar e/ou nas vias biliares, ou no pâncreas. Existem diferentes tipos de cancro com estas localizações. Muitos desenvolvem-se a partir de células que

constituem estes órgãos (tumores primários), outros têm origem em células tumorais oriundas de tumores localizados noutros órgãos – metástases ou tumores secundários (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC), 2020).

O cancro do fígado, ou carcinoma hepatocelular, tem vindo a aumentar e continua a ser um cancro de elevada mortalidade. Nos últimos 10 a 15 anos duplicou o número de casos e o número de mortes. A estatística a que temos acesso em Portugal junta o cancro do fígado ao das vias biliares. No último ano, registaram-se pelo menos 1.500 mortes (Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, 2020a). As metástases são de longe o tumor que mais frequentemente atinge o fígado. Nas fases avançadas da doença, 30 - 70% dos doentes com cancro têm metástases no fígado. O cancro colorectal é o que mais origina metástases no fígado. Na data do diagnóstico já 25% dos doentes têm metástases no fígado. Mais 25 - 30% destes doentes têm a probabilidade de desenvolver metástases nos anos seguintes, apesar de já terem operado ou retirado o tumor colorectal. No que respeita ao cancro primário do fígado, os números situam-se em cerca de 782 mil novos casos a nível mundial em termos de incidência e 745 mil casos a nível de mortalidade. É o sexto tumor digestivo mais comum. Em Portugal, a incidência situa-se em cerca de 1000 novos casos e cerca de 900 casos de mortalidade (European Society for Medical Oncology, 2016).

Os tumores das vias biliares definem-se como um grupo heterogéneo de neoplasias, na sua maioria adenocarcinomas, com origem a partir do epitélio do tracto biliar. De acordo com a sua distribuição anatómica, classificam-se como tumores da vesícula biliar, colangiocarcinomas intra-hepáticos ou colangiocarcinomas extra-hepáticos, estes últimos ainda subdivididos em perihilares, ou tumores de Klatskin e distais (Valle *et al.*, 2016). Os tumores das vias biliares são considerados raros, representando menos de 1% da totalidade das neoplasias humanas. Na Europa Ocidental e Estados Unidos da América, a sua incidência varia entre 1.6 - 2.0/100.000 para os tumores da vesícula biliar, e 0.3 - 3.5/100.000 no caso dos colangiocarcinomas (Valle *et al.*, 2016).

O cancro do pâncreas é a terceira neoplasia do sistema digestivo mais frequente em Portugal, logo a seguir ao cancro do cólon e do estômago. Existe uma maior prevalência no sexo masculino, sendo a mortalidade global mais elevada entre os 75 - 79 anos de vida. Contudo, parece haver uma tendência para um número crescente de mortes em idades cada vez mais precoces (Sociedade Portuguesa de

Gastroenterologia, 2020b). Atualmente, a taxa média de sobrevida aos 5 anos é de 3% a 9%. A expectativa de vida no momento do diagnóstico é de apenas 4 a 6 meses e o número de mortes por cancro do pâncreas quase duplicou nas últimas três décadas (Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, 2020b).

As opções para o tratamento do cancro hepato-bilio-pancreático dependem de vários fatores e podem incluir: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, técnicas de imagiologia e endoscópicas. O tratamento pode iniciar-se por uma intervenção cirúrgica, por quimioterapia, por quimioradioterapia ou radioterapia consoante o estágio do tumor quando foi feito o diagnóstico. Se o tumor desaparecer ou for removido durante o tratamento cirúrgico o tratamento pode ser curativo (CHUC, 2020).

Numa pessoa hospitalizada visa-se, sobretudo, a sua recuperação face a um problema de saúde, com o intuito de a melhorar e de a reintegrar na sociedade o mais rapidamente possível. Cabe ao enfermeiro avaliar todas as necessidades em que a pessoa precisa de auxílio para maximizar o autocuidado e a capacidade funcional (OE, 2014). Um adequado planeamento de alta hospitalar é fundamental, não só para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reintegração dos doentes e família na comunidade (Garção, 2013).

Os doentes com diagnóstico oncológico submetidos a cirurgia hepato-bilio-pancreática experienciam uma grande mudança nas suas vidas, perdendo temporária ou definitivamente a sua autonomia. Desta forma, é essencial promover a capacitação do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia para o autocuidado durante o internamento no Serviço de Cirurgia, apoiando-o, orientando-o e criando um ambiente facilitador de desenvolvimento de aprendizagens na preparação para a alta.

1.2 Planeamento de alta

A alta hospitalar é um momento de transição crítica na gestão da saúde dos doentes. Durante o internamento alguns doentes não chegam a recuperar totalmente e manifestam necessidade de apoio e avaliação da sua saúde após o momento da alta. Se não existir um planeamento de alta apropriado, as mudanças biopsicossociais que ocorrem no doente, resultantes do internamento, podem gerar

um conjunto de eventos adversos e resultar em reinternamentos hospitalares não programados (Halasyamani *et al.*, 2006).

O planeamento de alta hospitalar deve iniciar-se logo no acolhimento do doente ao serviço/unidade e consiste na criação de um plano de alta individual para o doente, com a finalidade da promoção da continuidade dos cuidados, da contenção de custos hospitalares e da contribuição para os resultados de saúde do indivíduo, permitindo assim uma integração entre os diferentes níveis de cuidados (Shepperd *et al.*, 2010). O processo de planeamento de alta está dividido em cinco (5) fases: acolhimento prévio à admissão; levantamento de dados na admissão; preparação da alta baseada no indivíduo e nas suas necessidades; implementação do plano de alta; e por último, monitorização do mesmo (Shepperd *et al.*, 2010).

Corroborando com Grimmer & Moss (2001), Mallett & Dougherty (2004), podem considerar-se os seguintes objetivos do planeamento da alta: (1) minimizar o número de dias de internamento hospitalar; (2) permitir à pessoa reassumir a sua vida social; (3) facilitar a rápida transição do doente do meio hospitalar para a comunidade; (4) conduzir à resolução de problemas e à obtenção de metas, tendo em conta as expectativas dos doentes, cuidadores e profissionais de saúde, sem prejudicar os imperativos dos hospitais.

O planeamento de alta em enfermagem é o culminar de um investimento dos enfermeiros na capacidade de cuidar da pessoa e assegurar que a dependência e o isolamento social das mesmas sejam minimizados, maximizando a sua autonomia (DGS, 2015a). A precocidade com que as altas são dadas após cirurgia tende a complicar a preparação para a mesma, uma vez que o tempo disponível para tal diminui, devendo o enfermeiro ser capaz de colher e analisar informação pertinente para o desenvolvimento de uma preparação para a alta adequada (Cornelius, 2000; Friedlander & Lage, 2002; Mizuno, Kakuta & Inoue, 2009).

Para Holland e Hermann (2011), a *standartização* do processo de planeamento de alta hospitalar e a formação das equipas de saúde relativamente a este tema são importantes fatores a considerar nas mudanças de práticas da instituição. De acordo com Jha, Orav e Epstein (2009) os enfermeiros são um recurso que contribui para um planeamento de alta efetivo e que podem reduzir os reinternamentos hospitalares.

Num estudo realizado por Wong *et al.* (2011) em que se procurou compreender as perspetivas dos diferentes profissionais e gestores de saúde

relativamente ao planeamento de alta hospitalar e às suas barreiras, verificou-se que a opinião foi geral quanto à necessidade de se estabelecer um protocolo *standartizado* de planeamento de alta, de modo a facilitar todo o processo e a torná-lo efetivo. Os participantes sugerem um programa de planeamento de alta hospitalar *standartizado*, com *guidelines* e protocolos definidos, que englobe todos os doentes com risco de reinternamento hospitalar, e que permita a identificação e o acompanhamento destes doentes e, ainda, a implementação de uma *checklist* com os procedimentos a realizar.

De acordo com, o *Victorian Government Health Information* (2011), o planeamento de alta hospitalar é o termo mais comum para se referir ao processo em que o planeamento é uma atividade e que deve ser iniciada previamente à admissão do doente, no caso de internamentos planeados, ou no momento da admissão, quando não são programados. Este processo é composto por quatro (4) fases e permite que sejam organizadas as atividades a realizar de modo a dar resposta às necessidades dos doentes e família:

- ✓ **Conhecimento das necessidades do doente:** onde estão incluídas as necessidades biopsicossociais e culturais, tal como o ambiente domiciliar do doente.

Procura-se compreender, os recursos que estão disponíveis à família e as suas preferências, ou seja, se a família tem recursos suficientes para prestar os cuidados necessários à recuperação do doente; as necessidades culturais, linguísticas e religiosas; o ambiente familiar que possa impedir a recuperação; a capacidade do doente de desempenhar as atividades diárias de vida; e os serviços comunitários já utilizados antes do internamento e que serão igualmente necessários no pós-alta.

- ✓ **Desenvolvimento do plano de cuidados:** onde são documentadas as estratégias utilizadas como parte do planeamento e identificados os problemas atuais e potenciais.

Os doentes devem estar incluídos no processo de planeamento dos cuidados, tal como a comunidade, de modo a garantir a sua capacidade de resposta.

- ✓ **Implementação do plano de cuidados:** em que há uma coordenação com o doente e a família, e ainda os serviços necessários para assegurar a continuidade dos cuidados ao doente e para o fornecimento de apoio à família.

O plano de cuidados pode ser implementado logo após a elaboração do mesmo e conter atividades como, fornecimento da informação e educação necessárias ao doente e família (relativamente ao fornecimento de contatos para dúvidas, esclarecimento sobre a medicação, serviços de apoio na comunidade, possíveis complicações e sinais e sintomas, entre outras); estabelecer contato com os Cuidados de Saúde Primários de modo a que haja um adequado acompanhamento do doente; criar e entregar ao doente um resumo do seu internamento; confirmar que o doente compreendeu a informação fornecida; garantir o transporte do doente para o domicílio; e contatar os familiares para confirmação da alta do doente.

- ✓ ***Follow-up pós-alta e avaliação da efetividade das estratégias:*** o *follow-up* pós-alta é efetuado com o objetivo de avaliar o impacto do planeamento das intervenções na recuperação do doente; identificar novas e possíveis necessidades; e também compreender a efetividade e a eficiência do processo de alta.

O período de início do planeamento de alta é determinante para identificar as necessidades dos doentes e ativar as respetivos meios (dentro e fora do hospital) que garantam a sua satisfação. Para que sua intervenção, seja válida para a continuidade de cuidados, os enfermeiros necessitam:

“Identificar o mais cedo possível as necessidades em cuidados após a alta, desenvolvendo com a participação do doente e seus familiares (ou pessoa significativa), planos de cuidados apropriados que minimizem o risco de readmissões ou de complicações, promovendo ações programadas de ensino (informação, demonstração e treino), envolvendo-os desde o início no processo de cuidados” (Augusto & Carvalho, 2005, p.47-48).

O processo de planeamento de alta hospitalar iniciado na admissão, contribui para um plano de cuidados mais rico, permite uma avaliação mais detalhada da família e situação social do doente e, em consequência possibilita a programação de soluções e a procura de recursos, que melhor se adaptem a cada caso.

A *standartização* de elementos relacionados com o planeamento de alta pode contribuir para a qualidade e transição dos doentes. Halasyamani *et al.* (2006) criaram uma lista com um conjunto de elementos que consideraram essenciais ter em conta no planeamento de alta de doentes cirúrgicos, tendo em conta a bibliografia existente. De entre os diversos elementos mencionados pelos autores

são de destacar a terapêutica, consultas de *follow-up*, resultados pendentes de exames complementares de diagnóstico, a educação, capacitação e entendimento dos doentes. Desta forma, a equipa de enfermagem perioperatória necessita identificar e definir a assistência de enfermagem mais apropriada ao doente, durante o período do pré, intra e pós-operatório. A enfermagem perioperatória apresenta, assim, uma abordagem holística multidisciplinar na medida em que se preocupa em proporcionar um ambiente seguro, proteger o doente de eventos adversos, obter resultados positivos, promover o conhecimento e as competências dos membros da equipa multidisciplinar e respeitar a dignidade de todas as pessoas, independentemente da sua origem e cultura (Hamlin *et al.*, 2009).

O processo de planeamento de alta hospitalar é efetivo na redução dos reinternamentos hospitalares não programados quando: há uma atempada identificação das necessidades pós-alta; são realizados ensinamentos e aconselhamentos ao doente ou pessoa significativa; há uma atempada transferência de informação entre os profissionais de saúde dos cuidados secundários e os primários; é realizado um *follow-up* dos doentes com risco de reinternamento nas primeiras 24 a 48 horas pós-alta; são realizadas visitas domiciliárias ou telefónicas aos doentes e há uma adequada referenciação para os cuidados continuados, em caso de necessidade (Scott, 2010).

A preparação do regresso a casa implica um compromisso de toda a equipa multidisciplinar. Porém, para garantir que a continuidade de cuidados seja efetiva, é imprescindível que os doentes e família se comprometam também neste processo. Muitas vezes, a família não vê os serviços hospitalares como parceiros, mas como uma necessidade, porque as instituições os excluem da tomada de decisão, ignorando o seu papel e necessidades (Teixeira, 2012). Petronilho (2007) ressalva que o envolvimento dos familiares no processo de cuidados é um aspeto fundamental para a continuidade de cuidados.

A família deverá, assim, ser convocada atempadamente e com frequência para participar nos cuidados de forma a adquirir capacidade para lidar com as situações adversas que possam resultar para o doente. Torna-se importante reforçar o acompanhamento, orientação e capacitação do cuidador/prestador de cuidados promovendo a sua autonomia na prestação de cuidados no domicílio (Dinis, 2007).

No planeamento de alta de cada doente, existem vários profissionais envolvidos, embora sejam três as categorias compreendidas em todas as situações:

a equipa médica, a equipa de enfermagem e o assistente social. Os outros profissionais interferem quando é relevante, face a cada situação: o dietista, o psicólogo e o terapeuta, bem como outros serviços clínicos envolvidos no internamento e no processo de alta. Para que alta hospitalar possa ser considerada adequada é preciso que a alta médica, alta de enfermagem e alta social coincidam com a alta efetiva do doente da instituição e que estejam disponíveis todo o tipo de cuidados apropriados a cada situação em particular.

Assim, cada profissional contribui com o seu conhecimento e responsabilidade durante a preparação da alta do doente.

✓ **O papel do Enfermeiro**

O enfermeiro deve avaliar as capacidades do doente para o autocuidado e o interesse da família, nomeadamente do cuidador/prestador de cuidados, em ajudá-lo tendo como finalidade a continuidade dos cuidados no domicílio. O papel de enfermeiro é o de capacitar o doente e /ou cuidador/prestador de cuidados orientando-os tecnicamente, transmitindo-lhes conhecimentos necessários para a realização dos procedimentos e treinando-os para a prestação de cuidados (Morais, 2010). O enfermeiro, assume ainda, um papel dinamizador, com outros serviços e apoios na comunidade.

✓ **O papel do Médico**

O médico é o profissional que recebe o doente, faz o diagnóstico clínico, elabora o plano terapêutico e faz os encaminhamentos necessários. Tem conhecimento dos serviços disponíveis quer no hospital, quer na comunidade, desempenhando o papel de coordenar a articulação entre os diversos serviços de saúde (Silva, 2010). De acordo com o mesmo autor é o responsável pelo diagnóstico clínico e por decisões críticas ao longo da evolução do doente. O médico deve comunicar à equipa o diagnóstico base, pré-morbilidades fatores sociais relevantes e historial médico. É também o principal responsável pela decisão da alta do doente.

✓ **O papel do Assistente Social**

O assistente social tem um papel relevante no processo de planeamento da alta, nomeadamente se for previsível algum grau de dependência que seja decorrente da doença que levou ao internamento. Pretende-se, nestes casos, que o assistente social identifique meios de apoio e que se articule com instituições na comunidade que possam anular o isolamento social do doente e maximizar a sua autonomia. Segundo Ramos (2015), o assistente social dever prestar o apoio

psicossocial indispensável e coordenar a ligação com os serviços prestadores de cuidados necessários ao doente, bem como, informar e orientar o doente e seus familiares quanto aos recursos disponíveis na comunidade.

A prática do planeamento de alta multidisciplinar será o procedimento adequado, no sentido de conjugar a eficácia dos meios usados com uma maior humanização dos serviços de saúde. Mesmo após a alta, os serviços hospitalares devem, tanto quanto possível, realizar o *follow-up* estabelecendo contato com o doente e/ou cuidador/prestador de cuidados de forma a avaliar a eficácia do processo de preparação para a alta.

O *follow-up* é visto como uma mais-valia para a pessoa e família por ter como objetivo identificar as necessidades e manter a continuidade dos cuidados (Burch & Taylor, 2012; Bernard & Foss, 2014). O enfermeiro detém capacidades e competências para realizar a avaliação do pós-operatório através do contacto telefónico, a qual garante a continuidade dos cuidados e a vigilância pós-operatória (Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), 2012). Há assuntos que devem ser avaliados durante o contacto, nomeadamente, a eficácia da terapêutica prescrita para o pós-operatório, a presença de perda sanguínea ou hemorragia no local cirúrgico, sinais de compromisso neurovascular, alteração do padrão de eliminação vesical e intestinal, tolerância alimentar e hídrica, cumprimento das restrições inerentes ao tipo de intervenção, e também perceber o nível de satisfação do utente com os cuidados recebidos (Lima, 2006). O acompanhamento por telefone permite complementar os cuidados pós-operatórios no domicílio e, nesta perspectiva é fulcral envolver o doente na tomada de decisão de modo, a promover ganhos em saúde e o uso racional dos serviços de saúde, porém, é imperativo investir na (in)formação dos cidadãos de modo a atingir níveis aceitáveis de literacia (Simão, 2009).

1.3 A capacitação para o autocuidado no período perioperatório

A cirurgia é um dos métodos de tratamento de cancro podendo esta ser profilática, curativa, reconstrutiva e paliativa (Otto, 2000; Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO), 2020). O número de cirurgias oncológicas realizadas em Portugal Continental tem aumentado ao longo dos anos, tendo sido realizadas 44.865 cirurgias em 2014 (DGS, 2016). No doente oncológico sujeito a tratamento cirúrgico existe uma maior probabilidade de este desenvolver complicações decorrentes da

sua situação de doença, uma vez que é um doente imunodeprimido (Otto, 2000; SPO, 2020).

O período perioperatório é um termo abrangente e que integra em si as três fases pelas quais a pessoa, que necessite de uma intervenção cirúrgica, irá passar, são elas: pré-operatório, o intra-operatório e o pós-operatório (Duarte *et al.*, 2014). A prática da enfermagem perioperatória inclui todas as atividades, quer autónomas, quer interdependentes, desenvolvidas pelo enfermeiro nas várias fases que envolve uma intervenção cirúrgica (Duarte *et al.*, 2014).

De acordo com AESOP (2012, p. 108), o papel do enfermeiro no contexto perioperatório pode ser referido como “o conjunto de atividades orientadas não só para a técnica, mas também para as necessidades humanas centradas na relação de ajuda e no cuidar”. Deste modo, a intervenção do enfermeiro ao doente cirúrgico oncológico no período perioperatório prende-se com a observação individualizada de cada doente com a finalidade de diminuir o risco de complicações resultantes do procedimento anestésico e cirúrgico e promover um ambiente seguro (Nascimento e Rodrigues, 2020).

Os cuidados perioperatórios de enfermagem consistem em identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família para planear e implementar intervenções a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e depois da cirurgia (AESOP, 2012).

Na enfermagem, o conceito de autocuidado tem sido muito usado e estudado ao longo dos tempos, sendo Dorothea Orem considerada, pela comunidade científica internacional, a precursora do desenvolvimento da sua conceptualização. O autocuidado é a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro do tempo previsto (Orem, 2001). Dorothea Orem propõe três teorias que se inter-relacionam: a Teoria do Autocuidado, a do Défice do Autocuidado e a dos Sistemas de Enfermagem, dando origem à sua teoria geral, a Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

De acordo com Orem (2001), existem três categorias de requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento de autocuidado e requisitos de desvio de saúde. Os requisitos universais de autocuidado podem ser definidos como ações dirigidas à promoção do autocuidado e estão associados com os processos de vida e com a manutenção e integridade da vida humana. Em termos comuns podemos

designá-los como as atividades de vida diária (Orem, 2001). A capacidade de colocar em prática o autocuidado exige requisitos específicos. São seis os requisitos sugeridos por Orem (2001): (1) manutenção de uma ingestão de ar, água e comida; (2) cuidados associados aos processos de eliminação e de excrementos; (3) preservação do equilíbrio entre atividade e descanso; (4) preservação do equilíbrio entre solidão e interação social; (5) prevenção de riscos para a vida, funcionamento e bem-estar humano e (6) promoção do desenvolvimento humano nos grupos sociais, consoante o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal.

Os requisitos de desenvolvimento de autocuidado podem definir-se como eventos ou situações novas que ocorrem na vida de um ser humano com o propósito do seu desenvolvimento (Orem, 2001). Por último, os requisitos de desvio da saúde, que se dividem em seis, são referentes aos cuidados ou tomadas de decisões relativamente ao problema identificado ou diagnosticado com o objetivo da sua recuperação e reabilitação (Orem, 2001).

No défice do autocuidado ocorre uma parceria entre enfermeiro e doente, na qual são identificados os problemas e determinadas as ações e o tipo de intervenção apropriada (Orem, 2001) no sentido de munir o doente de capacidades que lhe permitam ser autónomos para cuidarem de si mesmos. Quando a pessoa não consegue cuidar de si própria, o défice de autocuidado conduz à ativação de sistemas de enfermagem, que se definem como ações desencadeadas pelos enfermeiros que perspetivam minimizar as limitações do doente com défice de autocuidado (Orem, 2001).

De acordo com a intervenção do enfermeiro na ação, Orem (2001) criou três sistemas de enfermagem: o totalmente compensatório, o parcialmente compensatório e o sistema de apoio e educação. No sistema de enfermagem totalmente compensatório a pessoa encontra-se incapacitada para cuidar de si mesma, pelo que necessita que o enfermeiro o substitua. No parcialmente compensatório, existe uma partilha na realização do autocuidado entre enfermeiro e doente. No sistema de apoio e educação a pessoa é capaz de executar o autocuidado com o apoio e ensino por parte do enfermeiro (Tomey & Alligood, 2004). Quando uma pessoa com diagnóstico de cancro hepato-bilio-pancreático é submetida a cirurgia, perde provisoriamente a aptidão para a execução de algumas

atividades de vida diárias, perdendo a capacidade de se autocuidar. O enfermeiro tem, assim, um papel preponderante na promoção do autocuidado destas pessoas.

O enfermeiro assume um papel fundamental na capacitação do doente cirúrgico ao longo do período perioperatório, uma vez que este é o profissional responsável pela organização e gestão dos cuidados. Capacitar é um processo multidimensional que envolve o conhecimento, decisão e ação, em que os conhecimentos são construídos com base nos valores individuais de cada indivíduo, alterando-se ao longo da vida, uma vez que são influenciados por fatores sociais, culturais e religiosos (Sousa & Carvalho, 2017).

Os enfermeiros usufruem assim, de um lugar privilegiado na área da educação e promoção da saúde, devido às diversas oportunidades de contato com a pessoa e família, ao longo do processo de cuidados, no decurso do ciclo vital (Pestana, 2017). O enfermeiro, através do exame físico e história do doente, é capaz de identificar problemas, sinais e sintomas que necessitam de intervenção profissional, a fim de ajudar o doente na melhoria do seu estado de saúde (Vieira *et al.*, 2017).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define autocuidado como “uma atividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (International Council of Nurses (ICN), 2010, p. 41).

O autocuidado é um conceito transversal à enfermagem, que tem evoluído ao longo dos anos e está associado à autonomia, independência e responsabilidade pessoal, sendo um processo inato, mas também aprendido. É entendido como a “perceção, a capacidade e os comportamentos dos indivíduos em realizarem atividades práticas destinadas a promover e manter a saúde, a prevenir e gerir as doenças” (Petronilho, 2012, p. 92).

A evolução do conceito de autocuidado acompanha os múltiplos contextos de prestação de cuidados de enfermagem. Para Sidani (2011), o autocuidado surge como uma dimensão chave nas intervenções de enfermagem em todas as áreas e dimensões do cuidar, simultaneamente como um foco de intervenção e um resultado das intervenções de enfermagem. Assim, este representa uma base teórica para as intervenções psicoeducativas, cognitivas e comportamentais, o que implica o

planeamento de atividades de aprendizagem que visem o aumento dos conhecimentos e habilidades das pessoas face à tomada de decisão.

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (2016) em consonância com as recomendações de boa prática clínica são unânimes em considerar que a capacitação do doente/família/cuidador é um aspeto fundamental para o sucesso da transição de cuidados entre o hospital e a comunidade. Este processo nem sempre é simples ou efetivo quer do ponto de vista dos doentes e família, quer do ponto de vista dos profissionais de saúde. São indicados problemas relacionados com a educação dos doentes e família particularmente na dificuldade de envolver a família na equipa de cuidados durante o processo de capacitação, dificuldades de compreensão acerca da condição clínica, dificuldades na aceitação do estado de saúde e incapacidade do seu doente (Organização Mundial de Saúde, 2016).

1.4 Complicações pós-operatórias

A necessidade de gerir com eficiência o uso de camas hospitalares, otimizar recursos e despesas decorrentes dos internamentos hospitalares têm uma influência significativa na decisão de alta dos doentes (Sousa *et. al*, 2020). Decorrente disso, observa-se um aumento precoce da alta hospitalar e consequente transferência de cuidados para o ambiente domiciliar. A alta pode ser viabilizada sem o devido planeamento, expondo o doente a complicações e, consequentemente, a readmissões e/ou óbitos (Mouchtouris *et. al*, 2019).

A intervenção cirúrgica nunca é isenta do risco de complicações em qualquer um dos seus momentos (Koivisto *et. al*, 2019), razão pela qual deve ser motivo de atenção da equipe de saúde. O risco cirúrgico é resultado da predisposição às complicações cirúrgicas, visto que, vários fatores podem estar envolvidos, desde o estado de saúde geral do doente, até as boas práticas profissionais (The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2019). Estes eventos são frequentes e estão associados ao problema em si, que pretende ficar resolvido com o ato cirúrgico, com o tipo de anestesia, com o nível de invasividade e abrangência da intervenção, com os cuidados pós-operatórios e com a possibilidade de erro humano (Duarte *et al.*, 2014). Os cuidados cirúrgicos e complicações que deles podem advir representam uma faixa substancial, sendo em muitos casos

preveníveis, o que merece a atenção por parte da comunidade de saúde pública nacional e mundial (Haynes *et al.*, 2009).

O pós-operatório configura-se como um período de alto risco de complicações e compreende três etapas específicas: pós-operatório imediato, mediato e tardio. A primeira etapa, pós-anestésica, dura até 24 horas pós-cirurgia. A segunda é intermédia e corresponde ao período entre a fase pós-anestésica e a alta hospitalar (entre as 24 horas e os sete dias). Por fim, a terceira é a fase de convalescença que compreende o contínuo desde a alta hospitalar até a recuperação esperada (Stracieri, 2008).

As complicações pós-operatórias podem ser imediatas, mediatas ou tardias. Imediatas quando ocorrem até as quarenta e oito horas, mediatas quando ocorrem até ao sétimo dia e tardias quando ocorrem depois da retirada de pontos até à alta hospitalar definitiva (Manley e Bellman, 2003; Stracieri, 2008).

As complicações pós-operatórias tardias mais frequentes são:

➤ **Dor**

De acordo com Romão & Santos (2013, p. 668) “a dor é o sintoma que mais frequentemente leva as pessoas a procurarem ajuda médica”. A dor aguda pós-operatória é por norma um fator protetor, funcionando como sinal de alarme e provocando na pessoa a necessidade de defesa.

➤ **Náuseas e vômitos pós-operatórios**

Estas complicações são dois efeitos colaterais bastante comuns no contexto anestésico e cirúrgico. A ocorrência das náuseas e vômitos pós-operatórios é uma das experiências mais desagradáveis para a pessoa submetida a cirurgia, caso se manifestem após a alta são cumulativamente um dos maiores motivos para reinternamento (Gondim *et al.*, 2009).

➤ **Hipertermia**

Uma das complicações pós-cirúrgicas mais comuns é a febre. Ela aparece em aproximadamente 25% dos doentes que são submetidos a procedimentos de médio porte. Isso exige que os profissionais da saúde sejam capazes de distinguir uma resposta fisiológica normal à cirurgia de uma resposta patológica, que, por sua vez, pode ser infecciosa ou não infecciosa (Lederer, *et al.*, 2017). A intervenção do

enfermeiro aqui é fortemente influenciada pela causa da hipertermia. Tem um papel primordial quer nos cuidados com a ferida cirúrgica quer ao nível dos ensinamentos realizados com vista à alta para o domicílio (Machado *et al.*, 2013; Manley e Bellman, 2003; Phipps, Sands e Marek, 2003).

➤ **Hematoma**

A causa principal do hematoma é a hemostase incorreta, podendo ser agravado pelo estado de hipocoagulação da pessoa intervencionada, hipertensão pós-operatória ou tosse vigorosa. A abordagem, quando não está envolvido o risco de vida para a pessoa intervencionada, é essencialmente conservadora (Way *et al.*, 2011).

➤ **Infeção da ferida cirúrgica**

As infeções da ferida cirúrgica dependem de inúmeros fatores, podendo estes estar relacionados com a pessoa intervencionada, com os procedimentos perioperatórios e ainda com fatores ambientais e organizacionais. A infeção pré-existente, maior idade, índice de massa corporal acima de trinta, diabetes *mellitus*, imunossupressão, alterações da tireóide, a duração do ato cirúrgico, a assépsia do procedimento cirúrgico, a preparação inadequada da pele no pré-operatório ou outras complicações, como o hematoma ou o seroma são exemplos de fatores com impacto direto na cicatrização e que potenciam o risco de infeção da ferida cirúrgica (Pina, Maia & Pereira, 2012).

Torna-se fundamental a combinação de várias medidas básicas na prevenção da infeção da ferida cirúrgica tais como: a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica assética, a profilaxia antibiótica e os cuidados pós-operatórios (Norma nº 024/2013 de 23 de dezembro de 2013 - DGS, 2013).

➤ **Deiscência da sutura**

É uma complicação que pode ocorrer em qualquer momento do pós-operatório. No pós-operatório imediato ocorre por recorrência de vômitos ou tosse. No pós-operatório tardio a causa mais comum é a infeção, mas existem outras causas como: diabetes *mellitus*, corticoterapia, obesidade, imunossupressão, icterícia, desidratação, subnutrição, entre outros (Tidy, Knott & Bonsall, 2013; Way *et al.*, 2011). A abordagem a este problema pode ser a reintervenção ou a cicatrização

por segunda intenção, conforme a situação, o momento do pós-operatório ou a causa. Os cuidados de enfermagem são inúmeros e podem ir desde a prevenção das causas, ensino, identificação da complicação (particularmente importante caso exista deiscência aponevrótica e consequente evisceração), aos cuidados com a ferida ou mesmo à nova preparação cirúrgica (Manley e Bellman, 2003).

➤ **Alterações gastrointestinais**

O sistema digestivo em contexto perioperatório está sujeito a inúmeras alterações. Como tal, também sofre de complicações pós-operatórias com relativa frequência. No momento que precede a alta para o domicílio o enfermeiro deve reforçar o ensino realizado sobre a alimentação, sublinhando a necessidade de manter a alimentação prescrita, concretamente evitando alimentos que provoquem a fermentação (Manley e Bellman, 2003; Phipps, Sands e Marek, 2003).

A transição do hospital para o domicílio pode ser um período de incerteza e de risco para muitos doentes. Desta forma, um correto *follow-up* torna-se uma ferramenta fundamental para assegurar que a continuidade de cuidados seja garantida com a mesma qualidade que seria em um ambiente hospitalar (Sousa, 2020). Nesse sentido, os enfermeiros são os profissionais que estão melhor posicionados para assegurar os cuidados fora das organizações hospitalares (Sousa, 2020; Alecrim, 2019).

2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Com vista a desenvolver competências de enfermeira especialista e promover a melhoria de cuidados no serviço onde trabalho no âmbito da intervenção de enfermagem ao doente oncológico submetido a cirurgia, partiu-se da definição de um problema do meu serviço, para a construção de um projeto de intervenção. A prestação de cuidados é complexa e, portanto, a aquisição de competências pelo enfermeiro deve basear-se na interação entre a prática e a teoria para que possa desenvolver o seu processo de aprendizagem, no qual a perícia se desenvolve à medida que a experiência acontece (Benner, 2001). Seguindo esta linha de raciocínio foi delineado um percurso de aprendizagem que compreendeu a realização de estágios inseridos em contextos diferentes.

A realização de estágios revelaram-se cruciais para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e a aquisição de novos conhecimentos. Por sua vez, as atividades planeadas e realizadas, a observação da prática dos enfermeiros e enfermeiros-orientadores e a realização de documentos sobre as práticas de enfermagem permitiram dar resposta à problemática elegida para o desenvolvimento do projeto, incluída na prática de enfermagem oncológica e no âmbito do planeamento de alta e das intervenções educativas com vista à capacitação do doente oncológico hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia para o autocuidado. Os estágios curriculares supervisionados oferecem ao estudante cenários essenciais de aprendizagem que possibilitam a articulação dos conhecimentos, habilidades e atitudes, bem como fomentam o desenvolvimento do raciocínio crítico, de habilidades de comunicação, liderança e tomada de decisão, essenciais para um desempenho autónomo, seguro e de qualidade. (Esteves, Cunha, Bohomol & Negri, 2018).

O primeiro estágio decorreu na Consulta ERAS e HDO do Hospital A. Estes são dois campos de estágio distintos, mas que se encontram articulados, pela Enfermeira ERAS e pela Enfermeira *Nurse Navigator* do Cancro Digestivo, devido às patologias que os doentes apresentam e pelo seu tratamento. Destaca-se o acompanhamento dos doentes, desde o momento prévio à admissão, com a realização da consulta de enfermagem, acompanhamento durante o tratamento e sequente *follow-up* telefónico. A Unidade Multidisciplinar de Cancro Digestivo do Hospital B corresponde ao segundo local escolhido, este apresenta um plano

educativo estruturado e organizado de preparação para a alta complementado com suporte escrito para o doente e cuidador e ainda com *follow-up* telefónico. O Serviço de Cirurgia Hepato-bilio-pancreática do Hospital C equivale ao último estágio e ao local onde desenvolvo a minha atividade profissional. As razões pela escolha destes contextos de estágio foram as seguintes: o contexto A, B e C por estarem inseridos em instituições de referência, que tratam doentes com neoplasias hepato-bilio-pancreáticas desde o diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-alta e o último, por se tratar do local onde trabalho e onde pretendo implementar o projeto com vista à promoção da melhoria de cuidados ao doente oncológico hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia.

Neste capítulo está patenteado o percurso executado para a aquisição de competências de enfermeiro especialista e mestre, em que exponho os campos de estágios, bem como os objetivos gerais e específicos de cada um, as atividades e os indicadores de resultados. Através da descrição do caminho desenvolvido é feita uma análise crítica das atividades à luz da evidência científica bem com da aquisição de competências adquiridas de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente Oncológica e Mestre. Neste seguimento, passo a relatar, numa sequência temporal as atividades desenvolvidas em cada local de estágio. Os objetivos gerais e os objetivos específicos, as atividades planeadas e as competências a atingir para cada local de estágio foram concretizados no tempo previsto conforme o plano de atividades proposto e o cronograma apresentado no projeto de intervenção realizado na unidade curricular Opção II.

2.1 Campo de Estágio: Consulta ERAS do Hospital A

A Consulta ERAS do Hospital A foi selecionada para a realização do estágio no período compreendido entre 11 de outubro e 19 de novembro de 2021, pela razão de acompanhar doentes com patologia hepato-bilio-pancreática e de realizar a consulta de enfermagem pré-operatória, o ensino ao doente, a preparação para a alta, a prestação direta de cuidados no internamento e o *follow-up* telefónico.

Este estágio teve como objetivo geral: **adquirir e desenvolver competências em enfermagem médico-cirúrgica, na capacitação e planeamento de alta do doente hepato-bilio-pancreático, submetido a cirurgia.** Face a este objetivo,

houve a necessidade de planificar três objetivos específicos consonantes às atividades planeadas e indicadores de avaliação.

- Integrar o serviço e a dinâmica funcional e organizativa da Consulta ERAS.

A integração na Consulta ERAS foi realizada de forma crescente, o primeiro dia de estágio iniciou-se com uma conversa formal com a enfermeira-orientadora, pois o processo de integração de enfermeiros nos serviços resulta no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais (Macedo, 2012). Apresentou-me o programa ERAS, os protocolos e as orientações pelo qual se rege. Falou-me das suas funções no projeto ERAS, que consistem no acompanhamento do doente ao longo do período perioperatório, na formação às equipas de enfermagem e no processo de auditorias. A supervisão é fundamental para a resolução de problemas, apresentando-se como um aspeto facilitador para uma aprendizagem profícua, tendo a vantagem de, se for realizada num ambiente colaborativo, ser mais eficaz e eficiente (Pedras & Seabra, 2016). Considero importante frisar que a enfermeira-orientadora teve um papel preponderante e facilitador na adaptação ao campo de estágio.

Para a execução deste objetivo foram ainda efetuadas as seguintes atividades: a exposição do projeto de intervenção à equipa multidisciplinar, a observação da dinâmica funcional da equipa multidisciplinar da Consulta ERAS e a consulta de documentos e protocolos do serviço. A exposição do projeto de intervenção à equipa ERAS revelou-se fundamental, uma vez que este se adequava às funções desenvolvidas pelo enfermeiro no programa. A disponibilidade da equipa, a observação das práticas e da dinâmica, a consulta de normas e protocolos do serviço foram atividades extremamente úteis para a concretização deste objetivo, pelo que foi elaborado um texto escrito com a caracterização da estrutura e dinâmica do serviço¹.

¹ Dada a extensão deste relatório, optou-se por não inserir em apêndice este documento.

- Identificar as necessidades do doente hepato-bilio-pancreático nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social.

Para a concretização deste objetivo foram desenvolvidas duas atividades, com os seus indicadores de avaliação. As atividades desenvolvidas consistiam na observação da consulta de enfermagem ERAS realizada pelo enfermeiro orientador e na realização dessa mesma consulta a pelo menos (3) doentes. Este indicador foi superado dado que, foram realizadas (7) consultas a doentes do foro hepato-bilio-pancreático. Como indicador de resultado foi realizada também uma “Lista com as intervenções de enfermagem realizadas para a capacitação do doente oncológico hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia – Consulta ERAS”².

A consulta de enfermagem ERAS tem a finalidade de transmitir informação ao doente e família/cuidador sobre o procedimento anestésico-cirúrgico e os cuidados pré e pós-cirúrgicos no sentido de diminuir a ansiedade e medo, a dor, as complicações, o tempo de internamento e promover uma recuperação rápida e em segurança. A consulta de enfermagem é uma atividade autónoma do enfermeiro, sendo considerada uma “estratégia eficaz para a deteção precoce de desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, as quais se dirigem ao bem-estar das pessoas” (Oliveira *et al.*, 2012, p. 156). Na minha opinião este é um momento privilegiado para conhecer e preparar o doente para a intervenção cirúrgica e para a alta clínica, contemplando a identificação de antecedentes pessoais e a optimização pré-operatória. Conforme Clifford (2016) refere, é uma ocasião favorável para o ensino ao doente com aspetos que vão desde a sua admissão até à recuperação, o qual contribui para a redução da ansiedade e promove uma gestão adequada das expetativas do doente e família.

As intervenções de enfermagem na Consulta ERAS têm início ainda antes do internamento do doente (com a consulta pré-operatória) e prolongam-se até depois da alta (com *follow-up* telefónico). Durante a realização do ensino clínico tive a oportunidade de realizar as consultas pré-operatórias, onde fiz ensinamentos sobre as rotinas para a cirurgia, critérios de alta e preparação para a alta; pude acompanhar os doentes no internamento e instruí-los acerca dos cuidados a ter no pós-operatório imediato e realizar telefonemas de *follow-up* 48 horas após a alta.

² Dada a extensão deste relatório, optou-se por não inserir em apêndice este documento.

A educação pré-operatória do doente tem sido demonstrada como um pilar fundamental para a recuperação cirúrgica uma vez que a gestão da dor e náuseas ou envolvimento nos cuidados pós-operatórios são influenciados pela expectativa e participação do doente (Kim & Aloia, 2018).

Toda a atividade realizada na consulta de enfermagem pré-operatória, quer presencial, quer telefónica, é registada em sistema informático, para se poder dar visibilidade às intervenções e cuidados de enfermagem prestados. Os registos de enfermagem precisos contribuem simultaneamente para a melhoria da tomada de decisão em enfermagem e para a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente (Ribeiro, 2019).

Como trabalho já há vários anos num serviço de Cirurgia, estou familiarizada com os tratamentos, possíveis complicações pós-operatórias e cuidados a ter. Durante a realização do estágio tive a oportunidade de realizar telefonemas de *follow-up* 48 horas após a alta. Na realização dos telefonemas apliquei maioritariamente o sistema de enfermagem destacado por Orem (2001) de apoio-educação. As intervenções de enfermagem passavam pela gestão de náuseas e vómitos, controlo da dor, por informações acerca da toma de medicamentos e pelo apoio emocional. Os enfermeiros necessitam de ter conhecimentos bem sedimentados sobre a patologia e medidas terapêuticas usadas para que os doentes possam ser ajudados a aplicar conhecimentos relevantes no seu autocuidado (Orem, 2001).

Os telefonemas de *follow-up* são considerados um bom momento para realizar educação para a saúde sobre a gestão de sintomas e reconhecimento precoce de complicações. Isto pode tranquilizar os doentes e proporcionar satisfação, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade nos cuidados de enfermagem prestados (Clari *et al.*, 2015).

Devido ao facto da Consulta ERAS funcionar apenas dois dias durante a semana, nem sempre foi possível acompanhar todos os doentes a quem realizei a consulta pré-operatória durante o percurso perioperatório. No entanto, considero que este campo de estágio foi muito enriquecedor tanto a nível pessoal como profissional, permitiu-me compreender o valor do enfermeiro e conhecer o doente enquanto pessoa com as suas particularidades e necessidades no processo de transição saúde/doença.

- Compreender as práticas relativas às intervenções dos enfermeiros na consulta ERAS.

Para atingir este objetivo foi realizada uma pesquisa bibliográfica de forma a identificar as intervenções de enfermagem realizadas para a capacitação do doente oncológico hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, com vista à sua capacitação e ao planeamento de alta. Como indicadores de resultado foi elaborado um protocolo de revisão *scoping* sobre “O papel do enfermeiro na consulta telefónica de *follow-up* pós-operatório” (Apêndice II) e um “Jornal de Aprendizagem sobre a prática da Consulta de Enfermagem” utilizando o Ciclo de Gibbs, um ciclo reflexivo que se divide em seis etapas que nos fazem questionar as ações que realizamos e nos permite descrever, avaliar, analisar e planear a ação/intervenção para futuras situações (Jasper, 2003). Esta reflexão permitiu demonstrar o desenvolvimento e o aprimorar de competências de comunicação e de relação de ajuda com o doente cirúrgico oncológico e família (Apêndice III). A comunicação deve fazer parte do exercício profissional dos enfermeiros, para que estes possam garantir o êxito dos procedimentos técnicos e da convivência que competem para uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem (Bertone, Ribeiro & Guimarães, 2007). De acordo com os mesmos autores, no âmbito da saúde, a comunicação precisa ser terapêutica, pois objetiva o cuidado e, através deste, favorece a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada.

2.2 Campo de Estágio: Programa *Nurse Navigator*-HDO do Hospital A

O Programa *Nurse Navigator*-HDO do Hospital A foi selecionado para a realização do estágio no período compreendido entre 11 de outubro e 19 de novembro de 2021, pela razão de acompanhar doentes com patologia hepato-bilio-pancreática em tratamento de quimioterapia, de realizar a consulta de enfermagem, o ensino ao doente e o *follow-up* telefónico. Este campo de estágio foi escolhido no sentido de complementar o estágio realizado na consulta ERAS. A enfermeira ERAS e a enfermeira *Nurse Navigator* desenvolvem um trabalho conjunto no tratamento do doente com cancro digestivo.

Este estágio teve como objetivo geral: **compreender o papel do Enfermeiro Nurse Navigator, na capacitação do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, na transição do hospital para o domicílio.** De acordo com este objetivo foram delimitados dois objetivos específicos com respectivas atividades planeadas e indicadores de avaliação.

- Integrar o serviço e a dinâmica funcional e organizativa do Hospital de dia oncológico- Consulta de Enfermagem do cancro digestivo.

Para concretizar este objetivo, a equipa de enfermagem teve um papel influente, uma vez que fui recebida de forma bastante calorosa. A minha integração no serviço não foi difícil pois este local de estágio não era desconhecido para mim, desempenho funções de enfermagem como prestadora de serviços neste local. Através de reuniões informais com a equipa multidisciplinar expus o meu projeto à mesma. A consulta de normas e protocolos, a observação da prática realizada e com o apoio e esclarecimentos da enfermeira-orientadora foi possível atingir este objetivo específico com alguma facilidade, pelo que retrato a caracterização do serviço num documento próprio³. Segundo Benner *et al.*, (2009) a maior parte dos protocolos e diretivas, têm por objetivo garantir aos doentes que serão cuidados com segurança. Acrescentam ainda, que um enfermeiro perito não rejeita *guidelines* ou protocolos, mas considera-os instrumentos auxiliares para a tomada de decisão.

- Identificar as práticas relativas às intervenções dos enfermeiros (*Nurse Navigator*) na consulta de enfermagem do cancro digestivo.

Para que este objetivo específico fosse atingido foram planeadas várias atividades, tais como: a observação da consulta de enfermagem do cancro digestivo realizada pela enfermeira-orientadora (*Nurse Navigator*); a realização de consulta de enfermagem a pelo menos (3) doentes com diagnóstico de cancro digestivo; a identificação das intervenções de enfermagem realizadas durante a consulta de enfermagem com vista à capacitação e ao acompanhamento do doente hepato-bilio-pancreático pelo *Nurse Navigator* e pesquisa bibliográfica sobre estas mesmas intervenções de enfermagem.

³ Dada a extensão deste relatório, optou-se por não inserir em apêndice este documento.

De forma a concretizar este objetivo executaram-se os seguintes indicadores de avaliação: a elaboração de uma lista com as intervenções de enfermagem realizadas pelo enfermeiro *Nurse Navigator* ao doente oncológico hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, com vista à sua capacitação e ao planeamento de alta⁴ e uma Jornal de Aprendizagem usando o Ciclo de Gibbs, sobre o papel do Enfermeiro *Nurse Navigator*, tendo por base uma descrição do acompanhamento realizado a estes doentes (Apêndice IV). O jornal de aprendizagem permite a aquisição de competências em enfermagem, a aprendizagem experiencial e sobre si próprio: *coping*, pensamentos, emoções e sentimentos, além de promover a autoconfiança e a capacidade de empatizar com os doentes (González-García *et al.*, 2020).

O enfermeiro *Nurse Navigator* em Oncologia é o profissional que possui conhecimento e habilidades avançados na área, desempenha funções de práticas avançadas, fornece assistência individualizada e possibilita ao doente ultrapassar as barreiras dos sistemas de saúde (Oncology Nursing Society, 2017). Este programa permite a prestação de cuidados de enfermagem especializados e personalizados. O enfermeiro é o profissional de referência que fornece informação e recursos para facilitar a tomada de decisão informada e providencia o acesso atempado aos cuidados de saúde, garantindo a continuidade dos cuidados ao longo das etapas definidas.

Durante o ensino clínico realizei autonomamente duas consultas de enfermagem de primeira vez a doentes a iniciarem quimioterapia endovenosa e três consultas de *follow-up*, sendo que dois doentes estavam sob quimioterapia oral e um sob quimioterapia endovenosa. Nas duas consultas de enfermagem de primeira vez, tive em consideração os princípios da comunicação e da relação terapêutica e, ainda, da promoção da adesão ao regime terapêutico e ao autocuidado. Tive ainda a oportunidade de participar na reunião multidisciplinar de decisão clínica, o que me permitiu conhecer a situação clínica do doente e qual o plano terapêutico decidido, possibilitando assim definir o plano de intervenção de Enfermagem.

Para o enfermeiro que trabalha na oncologia o uso da comunicação terapêutica é indispensável para assegurar o sucesso dos cuidados.

⁴ Dada a extensão deste relatório, optou-se por não inserir em apêndice este documento.

Numa primeira consulta de enfermagem, não chega explicar os efeitos secundários da medicação e os cuidados a ter, é preciso ter consciência que o diagnóstico de doença oncológica aparece como um acontecimento que implica a gestão de um turbilhão de emoções.

Segundo Pereira (2008) a informação prestada ao doente e à família constitui uma das armas mais poderosas no que se refere à ajuda necessária, à aceitação, à confrontação da doença e à adaptação às mudanças que ocorrem. Para Benner (2001) as enfermeiras experientes aprenderam a comunicar e a transmitir informações em situações extremas. Assim, são obrigadas a utilizar todos os seus recursos pessoais: a atitude, o tom de voz, o humor, a competência, assim como qualquer outro tipo de abordagem ao doente.

Tanto nas consultas de primeira vez como nas consultas de *follow-up*, os doentes verbalizaram a incerteza quanto ao futuro, o medo dos efeitos secundários da quimioterapia como as náuseas, os vômitos e a queda do cabelo. Neste sentido, o enfermeiro deve utilizar a comunicação para promover o bem-estar e a segurança do doente, dando uma resposta adequada às suas necessidades, através de uma comunicação eficaz e terapêutica “expressando os seus conhecimentos, atitudes e habilidades de forma assertiva e responsável” (Riley, 2004, p. 35).

A minha conduta na realização das consultas primou sempre pelo respeito da individualidade do doente, permitindo-me assim estabelecer uma relação terapêutica, de forma a colmatar as suas necessidades e promover o *empowerment* para a adesão ao regime terapêutico e ao autocuidado.

Assim, por vezes basta a presença e segurança do enfermeiro assim como palavras de encorajamento para que o doente se sinta capaz de controlar e dirigir a sua ação de autocuidado e noutras os indivíduos podem necessitar de assistência e supervisão para a concretização do autocuidado (Orem, 2001).

De acordo com o exposto, compreende-se que o enfermeiro ao recorrer ao ensino, como método de ajudar o outro, tenha um conhecimento profundo acerca do que o doente necessita de saber e as estratégias educacionais apropriadas que devem ser providenciadas (Orem, 2001).

2.3 Campo de Estágio: Unidade Multidisciplinar de Cancro Digestivo do Hospital B

A Unidade Multidisciplinar de Cancro Digestivo do Hospital C foi escolhida para a realização do estágio no período compreendido entre 22 de novembro de 2021 e 14 de janeiro de 2022, por apresentar um plano educativo estruturado e organizado de preparação para a alta complementado com suporte escrito para o doente e cuidador e ainda com *follow-up* telefónico.

Este estágio teve como objetivo geral: **aprofundar competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no âmbito da capacitação do doente oncológico hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, com vista a melhoria dos cuidados de enfermagem promotores de uma transição segura do hospital para o domicílio.** De acordo com este objetivo, foram delimitados quatro objetivos específicos com respectivas atividades planeadas e indicadores de avaliação.

- Integrar o serviço e a dinâmica funcional e organizativa da Unidade Multidisciplinar de Cancro Digestivo.

No início do estágio senti alguma dificuldade na adaptação a este novo contexto, uma vez que as constantes responsabilidades, atribuições e deveres, provocaram-me sensações como angústia, ansiedade e medo. As diferenças do método de trabalho, o cumprimento de uma carga horária elevada e as atividades extracurriculares foram geradoras de algumas situações de *stress* pessoal.

No entanto, as dificuldades sentidas no início do ensino clínico foram naturalmente colmatadas com o apoio e a orientação da enfermeira-orientadora, bem como de toda a equipa multidisciplinar que tiveram um papel decisivo, mediante um acompanhamento frequente e cooperativo, tal como é recomendado na supervisão clínica. Este processo pressupõe um profissional especializado, a formação coletiva de profissionais e também a melhoria de estratégias, através de um acompanhamento regular e colaborativo (Pedras & Seabra, 2016).

A apresentação do projeto de forma informal à enfermeira-orientadora e à enfermeira-chefe possibilitou-me mostrar que este projeto pretende dar visibilidade às intervenções autónomas do enfermeiro especialista na capacitação para o autocuidado do doente hepato-bilio-pancreático, constituindo um importante

contributo na construção de estratégias de melhoria de cuidados no período perioperatório. Ambas referiram que o projeto era muito pertinente, pois contribuía para a continuidade de cuidados e para a diminuição do risco de reinternamentos e complicações.

O processo de continuidade de cuidados deve ser definido desde o primeiro contato do doente com os serviços de saúde, até ao seu tratamento, reabilitação e reintegração. Pode ainda, ser uma ferramenta para planear as necessidades de cuidados continuados, como para informar os próprios doentes e cuidadores sobre o percurso a fazer no decurso do seu tratamento (Lopes *et al.*, 2014).

Através da observação da dinâmica funcional da equipa multidisciplinar desta unidade e da consulta de documentos e protocolos no serviço foi possível perceber que o método de trabalho de enfermagem é o de cuidados de enfermagem por enfermeiro de referência, cujo principal objetivo é a humanização dos cuidados e a principal característica é a descentralização das tomadas de decisão. De forma a cumprir este objetivo foi composto um texto de caracterização da estrutura e dinâmica do serviço (Apêndice V), o que me ajudou a perceber a filosofia de cuidados de enfermagem praticados.

Nesta instituição o foco de enfermagem é o doente pretendendo-se que receba cuidados individualizados, nos quais participem tão ativamente, quanto possível. Reforçando com Santos *et al.* (2013), a equipa de enfermagem tem grande importância no cuidado, devendo considerar os aspectos que possam reduzir as influências do sofrimento e possibilitem o estabelecimento de assistência humanizada, implementando cuidados que vão além da técnica, tais como o estabelecimento de vínculo, amizade, empatia e confiança, promovendo ao doente a sensação de pertencer ao processo observando toda a dimensão humana.

- Identificar as intervenções de enfermagem, no âmbito da capacitação do doente oncológico hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, de forma a promover uma transição segura do hospital para o domicílio-planeamento da alta de enfermagem.

Para este objetivo específico foram planeadas as seguintes atividades: observação do Enfermeiro Especialista, na realização de intervenções promotoras da capacitação do doente oncológico hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, com vista ao planeamento de alta e a identificação dessas mesmas intervenções.

Foi possível realizá-lo através dos seguintes indicadores de avaliação: observa o Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, com vista à sua capacitação e planeamento de alta e elabora uma lista de intervenções de enfermagem realizadas na unidade para a capacitação do doente oncológico hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, com vista ao planeamento da alta.

O serviço onde realizei o ensino clínico é um serviço de ambulatório. Os enfermeiros asseguram cuidados de enfermagem individualizados ao doente a quem é proposto tratamento cirúrgico, nas fases pré e pós-operatória. Realizam consultas de enfermagem pré-operatórias, *follow-up* 24 a 48 horas após a alta e cuidados de enfermagem pós-operatórios como os cuidados à ferida cirúrgica, despistar eventuais complicações pós-operatórias e a promoção da adesão ao regime terapêutico. De forma a documentar as intervenções observadas foi elaborada uma lista com as intervenções de enfermagem realizadas em cada um dos atos de enfermagem (Apêndice VI).

A observação dos cuidados de enfermagem realizados no âmbito da capacitação do doente hepato-bilio-pancreático proposto e submetido a cirurgia pela enfermeira-orientadora e outros enfermeiros, possibilitaram-me questionar e refletir sobre a importância e relevância destas intervenções para o doente oncológico. O enfermeiro que presta cuidados de enfermagem em Oncologia, necessita de adequar a sua intervenção às características do doente/família que se encontra à sua frente, havendo a necessidade de constante mudança, adaptação e atualização das práticas, de forma a capacitá-los para viverem com a doença oncológica e continuarem, dentro dos seus limites, o seu percurso de vida (EONS, 2018; Oliveira *et al.*, 2012; Orem, 2001). Os cuidados de enfermagem têm como objetivo capacitar as pessoas para os autocuidados, de forma a criar oportunidades para que se sintam mais competentes, independentes e autoconfiantes em relação às suas capacidades para irem de encontro às suas necessidades (Loureiro e Miranda, 2010).

- Analisar a prática de cuidados de enfermagem, no âmbito da capacitação do doente oncológico hepato-bilio-pancreático para promover uma transição segura do hospital para o domicílio-planeamento de alta de enfermagem.

É importante salientar que o doente que experiencia um evento cirúrgico confronta-se com a necessidade de desenvolver aptidões para gerir expectativas e um conjunto de novos acontecimentos adquirindo novos saberes sobre o que irá enfrentar. A pessoa que vivencia uma situação de doença apresenta prontidão para aprender, para adquirir conhecimento (Orem, 2001). A mesma autora enfatiza o papel do enfermeiro na capacitação da pessoa para a execução das atividades essenciais para viver, com o objetivo de manter a saúde e o bem-estar.

A observação dos cuidados prestados pelos enfermeiros, neste contexto de estágio, possibilitou-me compreender as estratégias educativas que os enfermeiros utilizavam na área da capacitação para o autocuidado no período perioperatório. A consulta de enfermagem pré-operatória é considerada um momento de interação entre o enfermeiro, doente e família. Tem como finalidade a preparação do doente para a cirurgia e para a alta, identificando as suas necessidades e instruindo-o sobre os cuidados pré-operatórios. A intervenção de ensino pré-operatório tendo por base os conceitos de informar, aconselhar e treinar os doentes tem vindo a tornar-se cada vez mais necessária para a enfermagem (Strupeit, Bud & Dassen, 2013). A educação em saúde é considerada como importante no processo do autocuidado. O autocuidado consiste num processo autodirigido, dinâmico e autoempoderante na implementação de comportamentos que reconhecem, previnem, aliviam e/ou diminuem o tempo, a intensidade, a angústia, a afluência e a qualidade desagradável dos sintomas com o intuito de atingir os melhores resultados de desempenho funcional (EONS, 2018). Segundo Orem (2001) é através da educação que os doentes adquirem os conhecimentos e as habilidades necessárias que lhes permitem a tomada de decisão e o desempenho do autocuidado.

Neste período de observação, foi possível perceber que as técnicas educativas centravam-se no envolvimento do doente e da família e desenvolvia-se num ambiente de abertura, privacidade, disponibilidade e respeito mútuo. Cabe ao enfermeiro encorajar o doente a tomar conta de si mesmo e, para tal, a sua ação não deve assentar apenas em informações mas também em oferecer maneiras de ser, de enfrentar e mesmo novas perspetivas, auxiliando o doente na aquisição de aprendizagens para enfrentar a doença (Benner, 2001). Durante o estágio analisei os registos efetuados pelos enfermeiros sobre a capacitação do doente oncológico hepato-bilio-pancreático acerca das intervenções de enfermagem implementadas no plano de cuidados, com vista ao planeamento de alta. Os registos de enfermagem

servem de ferramenta de comunicação e de ajuda para determinar a eficácia dos cuidados, bem como para definir as prioridades dos cuidados em curso de modo a simplificar o registo e a promover uma documentação atempada e correta (Doenges e Moorhouse, 2010). As notas de campo foram um recurso usado para durante o estágio registar as observações e intervenções promotoras da capacitação realizadas pelos enfermeiros. Para Benner, “os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem” (2001, p. 33).

Para cumprir este objetivo propus-me a realizar uma reflexão de uma situação vivenciada, sobre a aceitação e adaptação à doença oncológica (Apêndice VII). Esta situação foi marcante, tocou-me psicologicamente e portanto considero que as reflexões críticas são fundamentais tanto para o desenvolvimento profissional como para o pessoal. A capacidade de refletir na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na acção (Schön, 2000), é importante para o desenvolvimento dos diferentes saberes de enfermagem, para a aquisição de competências de enfermeiro especialista e principalmente para evoluir enquanto pessoa. No decorrer do estágio promovi momentos de reflexão quando oportunos. Em certos momentos entre os cuidados de enfermagem e face a situações que me suscitavam dúvidas, orientei o diálogo com os colegas para a temática da capacitação para o autocuidado do doente hepato-bilio-pancreático e planeamento da alta, aplicando os conhecimentos adquiridos através da revisão da literatura realizada.

- Prestar cuidados de enfermagem ao doente oncológico hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, no âmbito da sua capacitação para o autocuidado de forma a promover uma transição segura do hospital para o domicílio-planeamento de alta de enfermagem

Para cumprir este objetivo estavam planeadas três atividades, no entanto foram apenas desenvolvidas duas, com os seus indicadores de avaliação. A atividade que não realizei foi a elaboração de um guia de trabalho com as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação do doente durante o internamento, visto que este campo de estágio era um serviço de ambulatório, não foi possível a sua realização. As duas atividades desenvolvidas foram prestar cuidados de enfermagem ao doente oncológico hepato-bilio-pancreático e acompanhar pelo menos (2) doentes oncológicos hepato-bilio-pancreático desde a

admissão no hospital até à sua transição segura para o domicílio. No decorrer do estágio tive a oportunidade de realizar consultas de enfermagem pré-operatórias (6), consultas de *follow-up* telefónico (10) e cuidados de enfermagem pós-operatórios (4). O acompanhamento efetuado ao longo do período perioperatório permitiu-me conhecer o doente enquanto pessoa com as suas singularidades e necessidades.

No período pré-operatório a equipa de enfermagem tem a responsabilidade fulcral de ajudar o doente cirúrgico a compreender e a lidar com as alterações físicas, psicológicas e sociais, com as circunstâncias e complexidades que envolvem o momento cirúrgico, de modo a este poder adquirir um certo sentimento de domínio (Gonçalves, Cerejo & Martins, 2017). É neste momento que se inicia o planeamento de alta hospitalar, dando orientações para o doente se autocuidar no domicílio, alertando para os sinais de complicações precoces (Pedro & Travado, 2017).

As consultas de enfermagem pré-operatórias eram realizadas uma semana antes da cirurgia, portanto, fiz ensinamentos sobre a otimização pré-operatória: alimentação e exercício físico; a profilaxia do tromboembolismo na véspera da cirurgia, com ensino do procedimento quando planeada a auto-administração; a prevenção da infeção do local cirúrgico através da desinfeção com cloro-hexidina na véspera e até 2 horas antes da cirurgia; forneci informação acerca da dinâmica do pré, intra e pós-operatório e expliquei sobre o que era expectável no período de convalescença. A informação dada pelo enfermeiro ao doente e família sobre os procedimentos cirúrgicos permitem o esclarecimento de dúvidas, a manifestação de preocupações e ainda identificação de problemas, possibilitando ao enfermeiro elaborar um plano de intervenção envolvendo o doente e a família (Pedro & Travado, 2017).

Nas consultas de enfermagem de *follow-up* realizei ensinamentos das orientações adequadas às necessidades manifestadas pelo doente e família considerando, as muitas dúvidas que surgem no período pós-alta, validando a informação apreendida e o nível de compreensão apresentado. O *follow-up* telefónico permite a continuidade dos cuidados pós-operatórios após a alta hospitalar, oferecendo ensino e orientações aos doentes de acordo com as necessidades (Cardozo *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2021). Neste sentido, a prática do enfermeiro associada ao *follow-up* pós-operatório tem um papel facilitador na aprendizagem, despertando nos doentes a autonomia e a habilidade necessária para a gestão do cuidado da própria saúde e

pode provocar mudanças significativas na capacidade de ajuste à nova condição de saúde (Oliveira *et al.*, 2021).

Na consulta de enfermagem após a cirurgia tive a oportunidade de realizar cuidados de enfermagem à ferida cirúrgica, avaliar a adesão ao regime terapêutico e a adaptação no domicílio, despistar eventuais complicações pós-operatórias, realizar educação para a saúde consoante as necessidades do doente e esclarecer dúvidas e questões. É conhecido que a situação de vida dos doentes após a cirurgia muda e que as complicações pós-operatórias podem provocar efeitos a nível físico, social e psicológico (Malmström *et al.*, 2013; McCorry *et al.*, 2009; Clarke *et al.*, 2011; Malmström *et al.*, 2016). A maioria das complicações pós-operatórias podem ser minimizadas através da criação de programas de educação para a saúde e acompanhamento contínuo dos enfermeiros para melhorar a qualidade de vida do doente (Semi *et al.*, 2022). Vários modelos de intervenção educativa fornecidos por enfermeiros incluem o aperfeiçoamento das habilidades psicossociais e de autogestão (Faury *et al.*, 2017; Semi *et al.*, 2022), grupos de apoio para melhorar o autocuidado, a qualidade de vida (Sheng *et al.*, 2017; Semi *et al.*, 2022), a partilha de experiências e atividades sociais para incentivar a auto-estima (Altuntas *et al.*, 2012; Semi *et al.*, 2022).

Os cuidados de enfermagem realizados nesta instituição são centrados na humanização, os gestos praticados e as palavras enunciadas, possibilitam reduzir a ansiedade do doente no período perioperatório. Para Sanches (2016), a humanização dos cuidados representa assim um conjunto de iniciativas que visam a produção de cuidados de saúde capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com o acolhimento, o respeito ético e cultural das pessoas doentes, bem como visa proporcionar espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde e dos respetivos doentes. Face a isto, compete ao enfermeiro assistir o doente para determinar se as medidas de autocuidado estão a ser efetivamente desempenhadas e para determinar os efeitos do autocuidado (Orem, 2001). É crucial compreender estes aspetos para assim poder responder adequadamente aos objetivos dos cuidados de saúde, especificar os tipos de cuidados necessários e os obstáculos ao autocuidado que estão ou podem vir a estar presentes (Orem, 2001).

A realização de consultas de enfermagem, consultas de *follow-up* telefónico e cuidados de enfermagem pós-operatórios foram as circunstâncias adequadas para o

desenvolvimento das competências planeadas no que concerne à avaliação do doente oncológico submetido a cirurgia. A relação de proximidade que consegui estabelecer com os doentes e família permitiu que estes desenvolvessem estratégias de adaptação contribuindo assim para o processo de recuperação. Tal como refere Benner (2001), as funções educativas, relacionais e as observações do enfermeiro têm um papel fundamental na readaptação da pessoa e na promoção da saúde. Foram momentos importantes para a minha aprendizagem e consolidação de conhecimentos adquiridos durante a minha prática profissional e dos estágios realizados anteriormente. Neste enquadramento, considerei oportuno a elaboração de um estudo de caso⁵. A composição deste estudo de caso evidenciou o acolhimento do doente, a avaliação inicial, a identificação das necessidades, o desenvolvimento e a implementação do plano de cuidados, como também, a tomada de decisão ao longo do acompanhamento concretizado. O estudo de caso clínico fundamenta as ações de enfermagem; proporciona uma assistência individual personalizada, na qual o doente é visto como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas; proporciona um elo entre as diversas áreas que atuam de forma intervencionista nos problemas do doente (Galdeano *et al.*, 2006). De acordo com os mesmos autores, o estudo de caso proporciona uma familiaridade do enfermeiro com a literatura científica, utilizada para embasar as suas decisões; contribui na formação de um corpo concreto de conhecimento de enfermagem, pois os registos e os arquivos dos estudos de casos podem ser utilizados como referência futura e contribui para melhorar o desempenho da equipa de enfermagem.

A passagem por este serviço possibilitou-me momentos de partilha úteis, interessantes e oportunidades de aprendizagem, considerando que os enfermeiros focavam a sua prática na capacitação para o autocuidado do doente oncológico hepato-bilio-pancreático e na promoção da transição segura de cuidados. Os enfermeiros reconhecem os problemas e dificuldades dos doentes, particularizando e focando a sua intervenção na resolução de problemas.

⁵ Dada a extensão deste relatório, optou-se por não inserir em apêndice este documento.

2.4 Campo de Estágio: Serviço de Cirurgia Hepato-bilio-pancreática do Hospital C

O último estágio foi realizado no Serviço de Cirurgia Hepato-bilio-pancreática do Hospital C (consultar o apêndice VIII para compreender melhor a caracterização do serviço), no período compreendido entre 17 de janeiro e 25 de fevereiro de 2022. Este é o local onde desenvolvo a minha atividade profissional e no qual implementei o projeto de intervenção.

Estabeleci como objetivo geral: **implementar o planeamento sistemático da alta de enfermagem do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia e o *follow-up* telefónico 48 horas após a alta.** Para tal, estabeleci objetivos específicos e respetivas atividades para os atingir, que passo a descrever.

- Envolver os enfermeiros da equipa no projeto de intervenção.

Este objetivo assinala o início da implementação do projeto de intervenção no serviço e teve duas atividades para a sua realização. No planeamento adequado de alta hospitalar, a educação para a saúde oferece aos doentes e familiares as informações essenciais para tomar decisões informadas sobre o plano de tratamento (Collinsworth *et al.*, 2018), fornece-lhes o conhecimento necessário para a capacitação no autocuidado e recuperação da independência após a cirurgia (Polster, 2015).

A sensibilização da equipa de enfermagem foi realizada através da exposição do projeto de intervenção no serviço. Para isso foram praticadas reuniões com a enfermeira-chefe, que foi a minha orientadora de estágio e efetuada uma sessão de formação, onde se apresentou a finalidade e os principais temas do projeto. Esta sessão formativa foi essencial para demonstrar a evidência científica da importância do planeamento de alta do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia e da sua capacitação para o autocuidado. Durante a apresentação a equipa manifestou as suas opiniões e foram dando sugestões, que foram acatadas durante a implementação do projeto. Desde logo, todos exprimiram agrado, aprovação e receptividade, sendo constante desde o início do projeto, até à sua implementação, ao término e à continuidade deste no serviço. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 das competências comuns de Enfermeiro Especialista, na área do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o investimento em sessões de

formação para os profissionais, contribui para uma maior qualidade dos cuidados prestados, atuando o Enfermeiro Especialista como formador oportuno em contexto de trabalho.

- Promover a capacitação da equipa multidisciplinar no planeamento de alta de enfermagem do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia e implementação de consulta de enfermagem telefónica de *follow-up* 48 horas após a alta.

Para atingir este objetivo específico foram desenvolvidas as seguintes atividades: a realização de sessões formativas sobre a temática e a divulgação do material de apoio elaborado nos campos de estágio anteriores, após validação do orientador da ESEL e da enfermeira-chefe.

Foram realizadas duas sessões formativas sobre o planeamento de alta de enfermagem do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia e a implementação de consulta de enfermagem telefónica de *follow-up* 48 horas após a alta⁶ que decorreram nos dias 02 e 09 de fevereiro, com a presença de 15 enfermeiros dos 20 enfermeiros ativos no serviço. Divulgou-se a formação em serviço, de forma a promover a adesão da equipa, tendo sido realizada através de um documento informativo afixado em *placard* de informações, existente no serviço, e em diversos momentos informais como durante a passagem de turno. Foi elaborado um plano de sessão com os conteúdos abordados (Apêndice IX), bem como, um questionário de avaliação dos aspetos relativos à dinamização da formação e acerca dos principais contributos obtidos na sessão de formação⁷. Posteriormente foi realizada a análise da informação fornecida pelo questionário (Apêndice X).

Foi criado também um *dossier* do projeto de intervenção que integra o material de apoio das sessões formativas e os instrumentos de suporte criados para a implementação da consulta telefónica de *follow-up*, o qual foi compartilhado com a equipa de enfermagem e integrado na pasta de partilha existente no serviço.

^{6,7} Dada a extensão deste relatório, optou-se por não inserir em apêndice este documento.

Os aspetos positivos identificados pela equipa de enfermagem da sessão de formação foram a pertinência dos temas apresentados, nomeadamente a capacitação do doente para o autocuidado e a realização da consulta de *follow-up* pós-operatória 48 horas após a alta hospitalar. A criação e desenvolvimento de estratégias educativas, com recurso a instrumentos de suporte ajustados ao campo de intervenção da equipa de enfermagem e adequados às necessidades individuais do doente e família, foram aspetos considerados relevantes para o projeto de intervenção.

- Planear intervenções de enfermagem que visem o planeamento de alta de enfermagem, a capacitação do doente oncológico hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia e implementação de consulta de enfermagem telefónica de *follow up* 48 horas após a alta.

Com vista a atingir este objetivo específico foram programadas as seguintes atividades: a elaboração de guia de boas práticas sobre o planeamento de alta de enfermagem e ensinios a realizar ao doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, com vista à sua capacitação e *follow-up* telefónico; a criação de um guia de entrevista telefónica de *follow-up*, através de uma *check list* e a formulação de algoritmo de resposta ao problema/ necessidade do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia.

Para a elaboração dos instrumentos abaixo referidos foram utilizados os contributos dos estágios anteriores, da evidência científica e ainda da opinião da enfermeira-orientadora e do professor da ESEL.

O Manual de Boas Práticas (Apêndice XI) que criei para o meu serviço integra um conjunto de orientações sobre o planeamento adequado de alta hospitalar através da capacitação do doente para o autocuidado e a implementação de uma consulta de enfermagem telefónica de *follow-up* pós-operatória 48 horas após a alta. Estas orientações permitem organizar as atividades realizadas na unidade de cirurgia de modo a normalizar procedimentos que, além de garantirem a qualidade do serviço assistencial prestado, permitem a uniformização de protocolos de atuação e a padronização de processos.

Este manual é de consulta útil e fácil e pretende ser um instrumento de apoio aos enfermeiros na sua atividade diária, procurando responder mais facilmente às questões colocadas pelo doente e pelos outros profissionais de saúde no

planeamento de alta hospitalar e simultaneamente contribuir para a adoção de metodologias de trabalho mais direcionadas para o atendimento personalizado do doente oncológico cirúrgico. A produção e a divulgação de recomendações sistematizadas permitirão que os profissionais tenham acesso a informação fiável e atualizada sobre procedimentos relativos a sintomas, à utilização de equipamentos ou às intervenções inerentes a um estado, ou seja, em qualquer domínio da área da saúde onde seja necessária a intervenção profissional para a resolução de um problema, mas tendo também em conta as preferências dos doentes (OE, 2007a). No presente relatório opto por incluir apenas uma amostra, de forma a não tornar este documento muito extenso.

De modo a complementar a implementação deste projeto de intervenção foram criados dois instrumentos de suporte que não estavam programados. São eles: o fluxograma de planeamento de alta (Apêndice XII), que tem o intuito de ser o procedimento adequado, no sentido de conjugar a eficácia dos meios usados com uma maior humanização dos serviços de saúde e um guia informativo (Apêndice XIII) para facultar ao doente no momento da admissão ao serviço de Cirurgia. Este guia contempla um conjunto de recomendações que têm como principais objetivos melhorar a condição pré-operatória e diminuir o *stress* causado pela cirurgia, no sentido de melhorar os resultados cirúrgicos e promover uma melhor e mais rápida recuperação.

Para a realização do contato telefónico na consulta de *follow-up* pós-operatória foram criados dois instrumentos de suporte: um guia orientador da entrevista (Apêndice XIV), com o objetivo de nortear e padronizar os contatos e servir de instrumento de registo e um algoritmo de resposta aos problemas/necessidades identificados, cuja finalidade é encaminhar convenientemente o doente (Apêndice XV).

Ficou acordado em equipa que a realização da consulta de *follow-up* segue a seguinte sequência:

- O enfermeiro responsável pelo doente elabora a nota de alta de enfermagem e regista-a na Consulta de Enfermagem Pós-Operatória de *follow-up* telefónico (pasta de partilha);
- Efetua-se de segunda a sexta-feira no horário das 10:00 às 15:00h;
- Será realizada pelo enfermeiro que estiver sem doentes atribuídos ou na inexistência deste, pelo enfermeiro gestor ou em quem ele delegue;

- Realiza-se às 48 horas após a alta clínica;
- No contato telefónico utiliza-se um guia orientador da entrevista, que serve de instrumento de registo;
- De forma a encaminhar convenientemente o doente aplica-se um algoritmo de resposta aos problemas/necessidades identificados;
- Posteriormente faculta-se o guia orientador da entrevista à Assistente Administrativa para digitalização e inclusão no processo clínico eletrónico do doente.

- Implementar a consulta de enfermagem telefónica de *follow-up* 48 horas após a alta, com vista a prevenir complicações pós-operatórias e diminuir taxas de reinternamento hospitalar.

As atividades programadas com vista a atingir este objetivo específico foram a implementação da consulta de enfermagem telefónica de *follow-up* 48 horas após a alta, a capacitação da equipa de enfermagem e propor o projeto de intervenção, com indicador de qualidade. Como indicadores de resultado realizei consultas de enfermagem telefónicas de *follow-up* pós-operatório utilizando guia de planeamento de alta de enfermagem inserido no manual de boas práticas a pelo menos 50% dos doentes hepato-bilio-pancreáticos submetidos a cirurgia; elaborei e apresentei um estudo de caso com o objetivo de capacitar a equipa de enfermagem no planeamento de alta e realização de consulta de enfermagem telefónica de *follow-up* 48 horas após a alta.

Durante a realização do ensino clínico tive a oportunidade de aplicar o guia de planeamento de alta de enfermagem a (2) doentes, realizei a sua admissão ao serviço, a avaliação inicial, a identificação das suas necessidades, o desenvolvimento e implementação do plano de cuidados, a carta de alta e a consulta de *follow-up* telefónico. Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais próximos do doente e, como tal, desempenham um papel fundamental na promoção do seu conhecimento (Gonçalves, Cerejo e Martins, 2017).

Na admissão destes doentes ao serviço de Cirurgia realizei as seguintes intervenções de enfermagem: acolhimento do utente; avaliação inicial; identificação das necessidades; ensinei/eduquei e instruí o doente sobre os cuidados pré-operatórios, cuidados pós-operatório e critérios de alta e preparação para a alta. Esclarecer as dúvidas existentes, prestar apoio emocional, promover o ensino e

esclarecer acerca do circuito do doente, procedimentos cirúrgicos, anestesia, tempos de espera e recuperação, entre outras informações, exigem do enfermeiro uma preparação adequada (Giordani *et al.*, 2015; Vieira *et al.*, 2017).

No pós-operatório além de vigiar o estado hemodinâmico dos doentes, foram realizados ensinamentos sobre os cuidados pós-operatórios, nomeadamente, exercícios respiratórios, gestão da dor, gestão de náuseas e vômitos, mobilização precoce, a recuperação da via oral através de ingestão de dieta polifracionada e cuidados à ferida operatória e sistemas de drenagens. A intervenção do enfermeiro no pós-operatório compreende a monitorização dos sinais vitais, promoção do conforto e alívio da dor, prevenção de complicações pós-operatórias, alterações sistémicas e *stress* do doente, pois estas podem alterar a recuperação fisiológica principalmente no que se refere à cicatrização da ferida operatória e à estabilização hemodinâmica (Giordani *et al.*, 2015).

De forma a facilitar a transição de cuidados, aquando a alta hospitalar foi criado e entregue aos doentes um resumo do seu internamento (nota de alta). Todas estas intervenções de enfermagem foram realizadas com o intuito de capacitar os doentes para o autocuidado e promover a sua autonomia. O autocuidado representa assim um alicerce essencial para melhores práticas, permitindo um crescimento da profissão (Miller & Grise-Owens, 2020). Os profissionais devem desenvolver práticas que sejam promotoras do autocuidado, devendo haver um compromisso no desenvolvimento de recursos que ajudem as pessoas a ter um papel importante nestas ações, que se aplicam ao nível físico, psicológico e social, ou dito de outra forma permitam uma visão holística da pessoa (Miller & Grise-Owens, 2020). De acordo com Orem (2001), o enfermeiro interage com os doentes e age de forma consistente para responder às necessidades de autocuidado e regula o exercício ou o desenvolvimento das capacidades para o autocuidado. Nesta sequência, é urgente colocar de lado os modelos focados essencialmente na doença e investir num modelo centrado no doente, promovendo a sua capacitação/*empowerment* (Almeida *et al.*, 2019; Cortez *et al.*, 2018; Winters *et al.*, 2018).

A consulta de enfermagem de *follow-up* consiste no acompanhamento efetuado ao doente no pós-operatório tardio, 48h após a alta (Hodgins *et al.*, 2008; Marques, 2011). O *follow-up* ou seguimento pós-operatório é um processo contínuo que visa o desenvolvimento de competências para o autocuidado, centrado no doente submetido a cirurgia hepato-bilio-pancreática e na sua família em qualquer

das dimensões humanas, facilitando desta forma, o processo de transição do hospital para o domicílio (Sousa, 2014).

Dois dias após a alta clínica, os doentes foram contactados telefonicamente para avaliar as primeiras 48 horas após alta, sendo-lhe feita uma série de questões simples utilizando o guia orientador da entrevista de *follow-up* criado. Um dos doentes não apresentava complicações pós-operatórias, o outro apresentava alterações da glicemia devido à sua patologia de base e à cirurgia que tinha realizado. De modo a resolver este problema foi informado o cirurgião responsável, antecipada a consulta de cirurgia e pedido apoio da consulta de endocrinologia. Foram também realizados ensinamentos sobre as mudanças de hábitos de vida, cuidados com a alimentação, atividade física e repouso. A realização do telefonema de *follow-up* permite uma avaliação precoce do estado de saúde do doente, possibilita o esclarecimento de dúvidas e revela-se uma forma acessível de apoiar os doentes, melhorar a sua compreensão e adesão às instruções de cuidados pós-alta (Miller & Schaper, 2015). A adequada avaliação, julgamento clínico e habilidades de comunicação interdisciplinar dos enfermeiros permite resposta e resolução rápidas às necessidades individuais identificadas nos doentes e cuidadores (Miller & Schaper, 2015).

O enfermeiro assume a responsabilidade de desenvolver estratégias de intervenção centradas na pessoa e sua família valorizando a visão holística e humanizadora dos cuidados, sustentada numa abordagem que privilegia a relação, comunicação e o trabalho em equipa multidisciplinar. Orem (2001), refere que é crucial estabelecer uma relação complementar com a pessoa alvo dos cuidados para que o processo de cuidados de enfermagem se desenvolva. Esta complementaridade significa que o enfermeiro atua no sentido de ajudar os doentes a agir responsabilmente no seu autocuidado relacionado com a saúde, compensando as deficiências existentes nas suas capacidades para o autocuidado relacionado com a saúde e mantendo ou aumentando as suas capacidades para o autocuidado.

Ao longo do ensino clínico foram realizados mais (16) consultas de *follow-up* pós-operatório em que (11) doentes não apresentavam complicações pós-operatórias, (3) doentes apresentavam dor abdominal e (2) doentes apresentavam alterações gastrointestinais, nomeadamente obstipação. Foi aplicado o algoritmo de resposta aos problemas/necessidades identificados e em relação à dor abdominal,

os doentes encontravam-se medicados com analgésicos mas não aderiram ao regime terapêutico, foram reforçados os ensinamentos sobre a gestão do regime terapêutico, tal como a toma de analgésicos em horário. No que concerne às queixas de obstipação, os doentes foram instruídos para os cuidados com a alimentação, sobretudo, a ingestão de uma dieta rica em fibras, o reforço hídrico e retomar a atividade física, consoante as suas limitações. Os telefonemas de *follow-up* têm como objetivo a melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados, aprimorar a segurança do doente, reduzir eventos adversos, esclarecer dúvidas do doente sobre as instruções de cuidados de alta, avaliar a satisfação do doente sobre sua experiência de atendimento e abordar quaisquer preocupações sobre a sua experiência ou a sua recuperação (Schuller, Lin, Gamm, & Edwardson, 2015; Woods *et al.*, 2019).

A transição do hospital para o domicílio pode ser um período de incerteza e de risco para muitos doentes. Desta forma, um correto *follow-up* torna-se uma ferramenta fundamental para assegurar que a continuidade de cuidados seja garantida com a mesma qualidade que seria em um ambiente hospitalar (Sousa, 2019). Nesse sentido, os enfermeiros são os profissionais que estão melhor posicionados para assegurar os cuidados fora das organizações hospitalares (Sousa, 2020; Alecrim, 2019). Os enfermeiros dão grande importância à informação, ao ensino e à promoção do autocuidado ao longo da preparação para a alta hospitalar, identificando o conceito de autocuidado de Orem como uma atividade que pode ser aprendida e que deve ser, deliberadamente, desempenhada de forma contínua (Orem, 2001).

Na última fase deste longo percurso de aprendizagem mobilizei o conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades consequentes das vivências dos estágios e ainda das aprendizagens desenvolvidas durante o meu percurso profissional, suportadas em referencial teórico significativo, para a realização de um momento de discussão em equipa. A elaboração e apresentação do estudo de caso (Apêndice XVI) foi considerado um momento de aprendizagem, de reflexão e de debate, permitindo assim capacitar a equipa de enfermagem para o planeamento de alta de enfermagem adequado e para a realização da consulta de enfermagem de *follow-up* pós-operatório. Para Benner, “a reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correto que estão presentes na história; que identifiquem as competências

relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico” (2001, p. 14).

A implementação deste projeto de intervenção resulta de uma pesquisa intensiva baseada na evidência. Este estágio permitiu a aquisição de conhecimentos no reconhecimento das necessidades de cuidados do doente com doença oncológica hepato-bilio-pancreática; na identificação de intervenções educativas dirigidas à capacitação para o autocuidado e reconhecimento precoce de complicações pós-operatórias. Permitiu-me ainda perceber que telefonema de *follow-up* também é uma medida custo-efetiva para melhorar os resultados de saúde do doente, aumentar a sua satisfação e reduzir readmissões não planeadas.

2.5 Competências adquiridas durante os estágios

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, “os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (2019, p. 4744). Sendo assim, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (OE, 2019). As competências Comuns do Enfermeiro Especialista, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, 2019).

A Ordem dos enfermeiros (2018) refere que o Enfermeiro Especialista em Pessoa e Situação Crónica e Paliativa identifica as necessidades de intervenção especializada a pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, bem como dos seus cuidadores/familiares. Concebe, implementa e avalia os planos de cuidados, numa abordagem abrangente, compreensiva, numa avaliação holística da saúde do indivíduo, dos seus cuidadores/ familiares na satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e tomadas de decisão, maximizando a sua qualidade de vida, aliviando o sofrimento, com vista a preservar a sua dignidade.

O Enfermeiro Especialista em Oncologia é definido pela *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2018) como o enfermeiro qualificado que tem autoridade e total responsabilidade para prestar cuidados essenciais de enfermagem às pessoas com diagnóstico de cancro. A realização da revisão *scoping*, as sessões de divulgação de resultados do projeto a outros profissionais, a elaboração deste relatório e respetiva discussão pública a que me proponho, permitiu-me basear a minha *práxis* clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, na evidência científica mais atual e aplicada ao cuidado oncológico, permitindo-me adquirir competências conducentes ao grau de Mestre.

Deste modo, a minha atuação foi regulada com o descrito no REPE (art.º 9, nº4, alínea b), que refere, que os enfermeiros decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade.

Benner (2001) postula que a aquisição de competências dos enfermeiros se desenvolve por diferentes estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Ao analisar este percurso de desenvolvimento de competências foi possível passar do estadio competente, que se caracteriza por um enfermeiro que começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos, para o estadio proficiente, que reconhece as situações como uma globalidade e não em termos isolados, que aprende pela experiência e guia a sua prática por máximas (Benner, 2001).

Perante o desenvolvimento das diferentes atividades ao longo dos estágios foi possível desenvolver as seguintes competências: Comuns ao enfermeiro especialista (OE) - A. Responsabilidade profissional, ética e legal (A1e A2), B. Melhoria da qualidade (B3), D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D1 e D2); Específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE) - 2. Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, 3. Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, 4. Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave; Enfermeiro Especialista em Oncologia (EONS) - Módulo 1., Módulo 6. e Módulo 8.; Mestre (Descritores de

Dublin) - Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com situações complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as suas implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos.

O desenvolvimento das competências mencionadas permitiu aperfeiçoar a prática profissional, na prestação de cuidados ao doente hepato-bilio-pancreático com vista ao planeamento adequado da alta de enfermagem, de forma a promover a transição segura do hospital para a comunidade, assim como, criar instrumentos promotores da melhoria dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, uniformizando a sua atuação. Além do mais, contribuiu para aumentar e reforçar os conhecimentos existentes recorrendo a uma prática baseada na evidência, usando como suporte o conhecimento científico disponível e a análise reflexiva das experiências vividas nos vários locais de estágio.

3. AVALIAÇÃO

A avaliação final de um projeto tem um papel preponderante e deve ser globalizante, implicando a verificação da obtenção dos objetivos definidos inicialmente (Ruivo *et al.*, 2010). Nesta perspectiva, é fundamental questionar a relevância destes e constatar se os mesmos foram ou não relevantes, e quais as possíveis justificações, utilizando neste processo de avaliação, a contemplação de várias vertentes de análise e de reflexão (Ruivo *et al.*, 2010, p. 25).

O percurso realizado ao longo dos vários locais de estágio possibilitou o crescimento formativo, profissional e o desenvolvimento de competências através do uso de uma prática baseada na evidência e da prestação de cuidados holísticos e centrados nos doentes. Em seguida, pretendo analisar e refletir sobre o percurso vivido, sobre os pontos fortes e fracos do projeto, as questões éticas e o balanço dos contributos da sua implementação para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

3.1 Pontos fortes e pontos fracos

Na reta final de um longo percurso de aprendizagem, é inevitável a realização de um balanço onde, de forma crítica e reflexiva, se revê o caminho percorrido nos diferentes campos de estágio. É importante salientar a presença de elementos que foram favoráveis, como também, algumas situações difíceis e inesperadas que, de certo modo, contribuíram para o desenvolvimento deste projeto de intervenção.

Como pontos fortes destaco a realização dos estágios nos hospitais A e B, que me permitiram interagir e partilhar experiências e conhecimentos com enfermeiros especialistas e mestres na intervenção ao doente oncológico hepatobilio-pancreático. A abertura e a receptividade das equipas de enfermagem possibilitaram-me a participação nas dinâmicas de cuidados dos diferentes contextos de estágio. O conhecimento, a orientação e a exigência dos enfermeiros-orientadores foram condutores muito importantes para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem com qualidade. O apoio, o envolvimento, a disponibilidade e o empenho dos meus colegas de trabalho e da Enfermeira Chefe do estágio no Hospital C, local onde exerço funções, revelaram-se aspectos positivos para o crescimento, aperfeiçoamento, implementação, sustentabilidade e

continuidade deste projeto. Considero também a minha motivação pessoal e profissional de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia como um ponto forte. Os doentes também foram elementos fundamentais para a realização deste projeto, desempenharam um papel substancial para a sua conclusão, quer pela aprendizagem que me proporcionaram através das suas histórias de vida, quer pela sua disponibilidade para colaborar comigo.

Relativamente aos pontos fracos, destaco a falta de tempo, devido a fatores pessoais e profissionais, senti alguma dificuldade em conciliar os estágios, a execução dos trabalhos, a minha vida pessoal e a minha atividade profissional. No planeamento das atividades sinto que me propus a muitas atividades, a pesquisa bibliográfica e a realização de duas revisões *scoping* necessitaram de muita atenção e entrega. Por vezes, a gestão do tempo nas diversas situações não foi aproveitada da melhor forma, deixando a realização de algumas atividades para o estágio seguinte. Contudo, as dificuldades fazem parte do processo de aprendizagem e ao longo deste percurso não foi exceção.

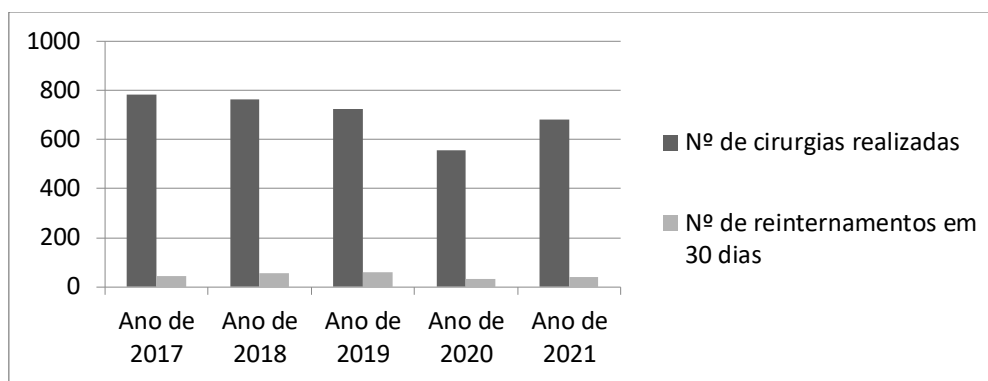
3.2 Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 – 2020, publicada através do Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio “pretende contribuir para o reforço da equidade como dimensão essencial do Serviço Nacional de Saúde, entendida como a garantia de que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza em condições adequadas às necessidades, impondo o desafio, aos serviços prestadores de cuidados, de incorporarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam os cuidados curativos, de reabilitação e de palição.”

A DGS considera que a melhoria contínua da qualidade é realizada através da identificação sistemática de problemas e oportunidades com o objetivo de os solucionar ou melhorar, estabelecer padrões desejáveis e realistas, identificar e atuar sobre os pontos críticos, planejar e implementar as mudanças, monitorizar e avaliar. Neste sentido, invoca a iniciativa dos profissionais para os planos de desenvolvimento profissional e das instituições e ainda, menciona que “obter-se-ão

mais facilmente ganhos em saúde se existir melhor adequação entre as necessidades de saúde e as respostas dos serviços e se existir melhor relação entre os recursos existentes e resultados obtidos” (DGS, 2015b, p. 15).

A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem deve responder à complexidade, especificidade, diversidade, intensidade e, muitas vezes, intangibilidade, dos cuidados, além de superar a sua dependência contextual e influência interativa da estrutura, do processo e dos resultados de todo o projeto de cuidados (OE, 2004). Seguindo esta lógica, foram pedidos à instituição onde trabalho, os dados relativos ao número de reinternamentos (30 dias) dos doentes hepato-bilio-pancreáticos submetidos a cirurgia durante os últimos 5 anos (Gráfico 1). Na posterioridade, tenciono propor o trabalho desenvolvido como projeto de melhoria contínua da qualidade.



Fonte: [REDACTED], 2022

Os projetos de melhoria contínua da qualidade em enfermagem são avaliados de acordo com os eixos definidos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002), uma vez que estes norteiam o exercício da profissão, proporcionam a reflexão da prática dos cuidados, orientam a tomada de decisão, evidenciam a visibilidade da dimensão autónoma dos cuidados e permitem a definição de indicadores de qualidade.

E neste seguimento, a Ordem dos Enfermeiros definiu seis enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, constituindo-se como um instrumento relevante para orientar o papel do enfermeiro junto dos doentes e de outros profissionais (OE, 2017). Os seis enunciados descritivos são: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017).

O desenvolvimento e implementação deste projeto visaram a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem realizados ao doente oncológico. Assim, teve-se em conta alguns aspetos considerados fundamentais pela OE (2017) para a excelência do exercício do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa.

Para tal procurou-se estabelecer parcerias com o doente e família onde se informa, explica e envolve no processo de tomada de decisões, promovendo a otimização das capacidades do doente e da família no planeamento do processo de cuidados (planeamento de alta e *follow-up* pós-operatório).

O bem-estar do doente foi realizado através do ensino, instrução e treino acerca da prevenção de complicações pós-operatórias, capacitação para o autocuidado e readaptação funcional, maximizando a sua autonomia e *empowerment*.

Outros elementos considerados de relevo foram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções e a organização dos cuidados através da elaboração de um manual de boas práticas sobre o planeamento de alta de enfermagem, da formação da equipa e da criação de instrumentos de suporte para a realização da consulta de enfermagem de *follow-up* pós-operatória.

Os indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem são marcadores específicos do estado da saúde das populações, evidenciando o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população (OE, 2007b).

Para dar visibilidade ao projeto de intervenção desenvolvido, foi elaborada e apresentada, no Congresso da Ordem dos Enfermeiros, no dia 05 de Maio, uma comunicação oral sobre o planeamento de alta de enfermagem e *follow-up* do doente hepato-bilio-pancreático- intervenções especializadas de enfermagem. É através da associação de todos estes aspetos que acredito que este projeto de intervenção poderá enquadrar-se num projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados.

3.3 Considerações Éticas do Projeto

Durante os estágios e na prática dos cuidados de enfermagem, regulei-me por um exercício profissional seguro e ético, respeitando sempre os direitos

humanos e a dignidade humana, e procurei responder às questões e necessidades do doente e da família, usando uma linguagem adequada ao nível sociocultural e estado emocional, com o intuito de esclarecer e minimizar a ansiedade e os medos.

No Código Deontológico do Enfermeiro artigo 110º está bem premente a ideia de uma prática individualizada dos cuidados, assim o enfermeiro deve adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa, e ainda tem o dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida em grupos de referência, e de criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (OE, 2015).

Para mais considero que as intervenções de enfermagem praticadas tiveram como base os princípios da beneficência e da justiça, pois a minha ação foi de encontro com os interesses e necessidades dos doentes e suas famílias, cuidando sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (Artigo 102º e 103º, OE, 2015).

Por último pretendo fazer uma breve avaliação deste projeto de intervenção, fruto de muito empenho e dedicação. O planeamento adequado de alta de enfermagem e a realização da consulta de enfermagem de *follow-up* pós-operatório permitiram a promoção da qualidade nos cuidados desenvolvidos. Para atingir este propósito, foi necessário uma extensa pesquisa bibliográfica em busca de conhecimento, por intermédio das revisões *scoping* e da literatura cinzenta.

Os campos de estágios revelaram-se locais oportunos na partilha de experiências e enriquecedores para aprofundar a minha prática nos cuidados de enfermagem. A concretização do projeto foi supervisionada através das conversas informais com as enfermeiras-orientadoras, das reuniões de avaliação nos diferentes locais de estágio e também pelo professor orientador da ESEL. Todos se revelaram fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional pela sua exigência e disponibilidade.

Transversalmente, nesta unidade curricular foram programadas (4) orientações tutoriais, onde por meio de apresentações se expunha o percurso percorrido, as aprendizagens e as reflexões sobre a prática realizada ao longo dos estágios. Eram momentos de partilha em grupo, com o intuito de analisar e discutir os projetos apresentados, de modo a contribuir positivamente para o sucesso da sua implementação. Para terminar é importante referir que as atividades desenvolvidas

nos diferentes campos de estágio exibem todo o esforço executado para apoiar este projeto e a aquisição de conhecimento e competências.

CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS

A concretização do presente relatório espelha a consolidação do extenso percurso de aprendizagem, que propiciou um contributo evidente no desenvolvimento de competências especializadas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção de enfermagem oncológica, assim como, o cumprimento dos objetivos inicialmente delineados. Com ele pretendi demonstrar as competências adquiridas ao longo dos quatro campos de estágio. Através da valorização da dimensão ética e deontológica da intervenção do enfermeiro, juntamente com a evidência científica, utilizando um pensamento crítico e reflexivo das experiências profissionais vividas nos contextos práticos por onde passei.

Analizando o caminho traçado, torna-se claro que os enfermeiros assumem um papel dinamizador relativamente ao ensino e à promoção do autocuidado com vista à preparação para a alta hospitalar. Seguramente, os diferentes locais de estágio contribuíram para um crescimento pessoal e profissional aperfeiçoado, para uma melhor capacidade de resposta às questões que emergem da prática e especialmente, na prestação de cuidados ao doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia. Foi uma experiência desgastante mas, acima de tudo gratificante, possibilitando-me a aquisição de conhecimento e competências, dando-me a oportunidade de refletir sobre outras práticas. Com base na descrição e avaliação das atividades executadas em cada campo de estágio, do processo de desenvolvimento de competências e implicações para a prática profissional, penso ter alcançado os objetivos estabelecidos e as competências definidas quer pela escola, quer pela Ordem dos Enfermeiros, quer pela EONS, que vão de encontro às exigidas para um enfermeiro especialista.

A investigação e a prática de enfermagem estão estreitamente relacionadas, existindo uma reciprocidade que contribui significativamente para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados e consequentemente a optimização dos resultados em saúde. O autocuidado é entendido como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Doran, 2011), deste modo, foi considerada essencial a utilização da Teoria do Déficit do Autocuidado Dorothea Orem como base de sustentação neste projeto, para dar suporte à prática clínica e também para destacar as intervenções autónomas de

enfermagem neste âmbito. Este contributo serviu para abrir caminho na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Este projeto permitiu constatar, que as necessidades dos doentes devem ser identificadas no momento da admissão, para facilitar a continuidade dos cuidados de saúde na transição segura do hospital para o domicílio ou outra instituição. Procurei melhorar a prática de cuidados, particularmente, ao centrar os cuidados de enfermagem no doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, atuando de acordo com as suas vontades e desejos e indo ao encontro das suas necessidades.

A implementação da consulta telefónica de *follow-up* no pós-operatório permite que os enfermeiros proporcionem um cuidado personalizado, incluindo o diagnóstico, planeamento de intervenções, implementação e avaliação, de forma a complementar o processo de enfermagem (Inman, Maxson, Johnson, Myers, & Holland, 2011; Santana *et al.*, 2018). Este cuidado personalizado contribui para a satisfação do doente e para um aumento de conhecimento sobre os tratamentos propostos podendo a longo prazo reduzir o número de complicações e reinternamentos associados.

Como perspetivas futuras, acredito que o projeto que iniciei, no planeamento adequado de alta de enfermagem e implementação de consulta de *follow-up* pós-operatória, trará indicadores positivos dos cuidados de enfermagem prestados, com consequentes vantagens para os doentes e repercussão positiva no seu percurso saúde-doença. Daqui a um ano pretende-se analisar se este projeto de intervenção teve impacto na redução de complicações pós-operatórias e na diminuição da taxa de reinternamento. Se o resultado for favorável planeia-se estender este projeto a todos doentes com doença oncológica submetidos a cirurgia, internados no meu serviço.

O curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica está agora perto do seu término, foi um desafio constante até ao último minuto, resta-me esperar que os resultados obtidos neste projeto permitam melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alecrim R. X., Taminato M., Belasco A., Longo M.C.B., Kusahara D.M., Fram D. (2019). Strategies for preventing ventilator-associated pneumonia: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 72(2),521-30.
- Almeida, M., Sousa, M. R. M. G. C. & Loureiro, H. M. A. M. (2019). Eficácia de um programa educacional baseado no empowerment na percepção de autoeficácia em utentes com diabetes. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (22), 33- 41.
- Altuntas, Y. E., Kement, M., Gezen, C., Eker, H. H., Aydin, H., Sahin, F. *et al.* (2012). The role of group education on quality of life in patients with a stoma. *Eur J Cancer Care.* 21(6), 776-81.
- Associação Enfermeiros Sala Operações Portuguesas. (2012). *Enfermagem Perioperatória - da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Augusto, B., & Carvalho, R. (2005). *Cuidados continuados: Família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Formasau.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Tanner, C., Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. 2ª ed. New York: Springer.
- Bernard, H. & Foss M. (2014). The impact of the enhanced recovery after surgery (ERAS) programme on community nursing. *Br J Community Nurs*, 9 (8), 15-9.
- Bertone, T. B., Ribeiro, A. P. & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*, 3, 1-5.
- Burch J. & Taylor C. (2012). Patients' need for nursing telephone follow-up after enhanced recovery. *Gastrointest Nurs*, 10 (4), 51-8.
- Cardozo, A. S. *et al.* (2017). Phone follow-ups as a nursing intervention in the surgical recovery of prostatectomized elderly. *Rev Enferm UFPE*.11 (8),3005-12.
- Clari, M., Frigerio, S., Ricceri, F., Pici, A., Alvaro, R., Dimonte, V. (2015). Follow-up telephone calls to patients discharge after undergoing orthopaedic

- surgery: double-blind, randomised controlled trial of efficacy. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2736-2744.
- Clarke *et al.* (2011). The role of identity in adjustment among survivors of oesophageal cancer. *Journal of Health Psychology*, 16 (1), 99-108.
 - Clifford, T. (2016). Enhanced Recovery After Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31 (2), 182-183.
 - Collinsworth, A. W., Brown, R. M., James, C. S., Stanford, R. H., Alemayehu, D., & Priest, E. L. (2018). The impact of patient education and shared decision making on hospital readmissions for COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary*, 13, 1325-1332.
 - Cornelius, F. (2000). Cuidados Domiciliários e Cuidados Alternativos no Cancro. In Otto, S. *Enfermagem em Oncologia* (747-793). Loures: Lusociência.
 - Cortez, D. N., dos Santos, J. C., Macedo, M. M. L., Souza, D. A. S., Reis, I. A., & Torres, H. C. (2018). Efeito de um programa educacional em empoderamento do autocuidado para cumprimento de metas em diabetes. *Ciencia y Enfermería*, 24 (3), 23-32.
 - Coutinho, C. P. (2011). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
 - Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março de 2006. Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1ª Série – Nº74. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>.
 - Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio. Diário da República nº102 – II Série. *Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>.
 - Dinis, R. P. A. B. (2007). *A Família do Idoso: o parceiro esquecido? Cuidar do Idoso hospitalizado em parceria com a família, perspetiva dos enfermeiros - Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Universidade Aberta.
 - Direção Geral de Saúde (2004). Circular Informativa nº. 12/DSPCS. *Planeamento da alta do doente com AVC*. Lisboa: Ministério da Saúde.
 - Direção Geral de Saúde (2013). Norma nº 024/2013. *Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. Lisboa: DGS.

- Direção Geral de Saúde (2015a). *Manual de Planeamento e Gestão de Altas*. Lisboa: DGS. Disponível em: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Manual_Planeamento_Gestao_Altas.pdf.
- Direção Geral da Saúde. (2015b). *Plano nacional de saúde 2012-2016. Revisão e extensão a 2020*. DGS, 1-38. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacloud.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.
- Direção Geral de Saúde (2016). *Portugal – Doenças oncológicas em números-2015*. Lisboa: DGS. ELI: <https://core.ac.uk/download/pdf/75983533.pdf>.
- Doenges, E. M., Moorhouse, M. (2010). *A Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem*. 5ª Edição, Lusociência – edições e técnicas científica, Lda.
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: the state of the science*. 2ª ed. United States of America: Jones & Bartlett Publishers.
- Dorant, E., & Krieger, T. (2017). Contextual Exploration of a New Family Caregiver Support Concept for Geriatric Settings Using a Participatory Health Research Strategy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14 (12), 1467.
- Dorigan, G. & Guirardello, E. (2018). Effect of the practice environment of nurses on job outcomes and safety climate. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3056.
- Duarte, A. et al (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa: Lidel - Edições técnicas, Lda.
- EONS European Oncology Nursing Society (2018). *The EONS cancer nursing education framework*. EONS. Disponível em <https://cancernurse.eu/education/cancer-nursing-education-framework>.
- Esteves, L. S. F., Cunha, I. C. K. O., Bohomol, E., & Negri, E. C. (2018). O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira Enfermagem*, 71 (4), 1842-1853.
- European Cancer Organization (2017). *State of Health in the European Union*. Luxembourg: Office of the European Union. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2017_companion_en.pdf.

- European Society for Medical Oncology (2016). *Cancro Colorretal: um guia para o doente - Informações baseadas nas Recomendações de Prática Clínica da ESMO*. Lisboa: ESMO. Disponível em: <https://www.esmo.org/content/download/98290/1727191/file/ESMO-ACF-Cancro-Colorretal-Um-Guia-para-o-Doente.pdf>.
- Faury, S., Koleck, M., Foucaud, J., M'Bailara, K., Quintard B. (2017). Patient education interventions for colorectal cancer patients with stoma: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 100(10), 1807-19.
- Friedlander, M., Lage, O. (2002). Preparo para alta pós-cirúrgica: resultados de ação andragógica observados durante a visita domiciliária. *Enfermagem*, 33 (2), 23-28.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., Zago, M. M. F. (2006). Guía instructiva para la elaboración de un estudio de caso. *Rev. LatinoAm. Enfermagem*, 11 (3).
- Garção, F. (2013). *Planeamento da Alta: Impacto nos Indicadores de Desempenho Hospitalar – Relatório de trabalho de projeto do Mestrado de Gestão em Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Giordani, A., Sonobe, H., Ezaias, G., Valério, M., & Barra, M. (2015). Perfil de pacientes cirúrgicos atendidos em um hospital público. *Revista de enfermagem UFPE*, 9 (1), 54- 61.
- Global Cancer Observatory (2020). Cancer Today. Disponível em <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie>.
- Gonçalves, M. A. R., Cerejo, M. d. N. R., & Martins, J. C. A. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (14), 17-26.
- Gondim, C. *et al.* (2009). Prevenção e tratamento de náuseas e vômitos no período pós-operatório. *Rev Bras Ter Intensiva*. 21(1), 89– 95.
- González-García, M., Lana, A., Zurrón-Madera, P., Valcárcel-Álvarez, Y., & Fernández-Feito, A. (2020). Nursing students' experiences of clinical practices in emergency and intensive care units. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (16), 5686.
- Grimmer, K., Moss, J. (2011). The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the

- community perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (2), 109-116.
- Halasyamani, L., Kripalani, M., Coleman, E., Schinipper, J., Van Walraven, C., Nagamine, J., Torcson, P., Bookwalter, T., Budnitz, T., Manning, D. (2006). Transition of Care for Hospitalized Elderly Patients - Development of a Discharge Checklist for Hospitalists. *Society of Hospital Medicine*. 1 (6), 354-60.
 - Hamlin, Lois. *et al* (2009). Enfermeria perioperatoria texto introductorio. Editorial ed. Colômbia: [s.n.].
 - Haynes, A. B. *et al*. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity e mortality in a global population. *The New England journal of medicine*. 360 (5), 491-9.
 - Hodgins, J. M., Ouellet, L. L, Knorr, S., & Geldart, G. (2008). Effect of telephone follow-up on surgical orthopedic recovery. *Science Direct*. 21 (4), 218-226.
 - Holland, D., Hermann, M. (2011). Standardizing Hospital Discharge Planning at the Mayo Clinic. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 37 (1), 29-36.
 - ICN. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
 - Inman, D. M., Maxson, P. M., Johnson, K. M., Myers, R. P., & Holland, D. E. (2011). The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: Finding value in low-margin activities. *Urologic Nursing*, 31 (2), 83-91.
 - Jack, B., Chetty, V., Anthony, D., Greenwald, J., Sanchez, G., Jonhson, A., Forsythe, S., O'Donnel, J., Passasche-Orlow, M., Manasseeh, C., Martim, S., Culpepper, L. (2009). A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization: A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine*. 150(3). 178-187. Disponível em: <http://https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2738592/>.
 - Jasper, M. (2003). *Beginning reflective practice. Foundations in nursing and health care [Iniciar a prática reflexiva. Fundamentos em enfermagem e cuidados de saúde]*. Cheltenham: Nelson Thornes.

- Jha, A., Orav, E., Epstein, A. (2009). Public Reporting of Discharge Planning and Rates of Readmissions. *The New England Journal of Medicine*. 361 (127), 2637-2645.
- Jordão, E. (2012). *A Problemática dos Reinternamentos: Análise Comparativa dos Serviços de Medicina das Duas Unidades do Centro Hospitalar do Alto Ave EPE*. Dissertação de Mestrado em Economia e Políticas da Saúde. Universidade do Minho, Braga. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/19164>.
- Käßmann, B.P., Docherty, L. S., Rice, H., Donald, B. & Schweutzer, M. (2012). Telephone follow-up for pediatric ambulatory surgery: parent e provider satisfaction. *Journal of pediatric nursing*, 27, 715-724.
- Kim, B. J., & Aloia, T. A. (2018). What is “enhanced recovery,” and how can I do it?. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 22 (1), 164-171.
- Koivisto J. M., Saarinen I., Kaipia A., Puukka P., Kivinen K., Laine K.M., *et al.* (2019). Patient education in relation to informational needs and postoperative complications in surgical patients. *Int J Qual Health Care*. 32 (1) 35-40.
- Lederer A. K., *et al.* (2017). Postoperative changes of the microbiome: are surgical complications related to the gut flora? A systematic review. *BMC Surgery*. 17(1), 125.
- Lima, N. A. (2006). O desafio da cirurgia de ambulatorio. *Revista Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses*, 31 (19), 13-20.
- Lopes, M., *et al.* (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Cuidados continuados integrados em Portugal – analisando o presente perspetivando o futuro. Disponível em : <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSC1.pdf>.
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Almedina.
- Macedo, M. (2012). *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico*. Dissertação de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Machado, N. D. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem - um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão - acção*. (Tese de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa).

- Mallett, J., & Dougherty, L. (2004). *Manual de procedimentos clínicos em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Malmström et al. (2013). Long-term experiences after oesophagectomy/gastrectomy for cancer – a focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (1), 44-5.
- Malmström, M., Ivarssona, B., Klefsgård, R., Persson, K., Jakobsson, U., Johansson, J. (2016). The effect of a nurse led telephone supportive care programme on patients' quality of life, received information and health care contacts after oesophageal cancer surgery-A six month RCT-follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 86-95.
- Manley, K., Bellman, L. (2003). *Enfermagem Cirúrgica - Prática Avançada*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Marques, A. R. (2011). *Cuidados de enfermagem pré e pós operatórios em cirurgia de ambulatório: percepção dos doentes*. (Tese de mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra).
- McCorry et al. (2009). Adjusting to life after esophagectomy: the experience of survivors and carers. *Qualitative Health Research*, 19 (10), 1485-1494.
- Miller, D. A., Schaper, A. M. (2015). Implementation of a follow-up telephone call process for patients at high risk for readmission. *J Nurs Care Qual*, 30 (1), 63-70.
- Miller, J., & Grise-Owens, E. (2020). Self-Care: An Imperative. *Social Work (United States)*, 65 (1), 5-9.
- Mizuno, M.; Kakuta, M.; Inoue, Y. (2009). The effects of sense of coherence, demands of illness, and social support on quality of life after surgery in patients with gastrointestinal tract cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36 (3), 144-152.
- Morais, J. P. L. (2010). *Preparação do regresso a casa: do hospital ao Contexto familiar - Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Universidade Católica.
- Moura Sartor, J. (2017). *O sujeito diante da hospitalização: a tarefa de compreender o que lhe ocorre*. Unijuí: Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul.
- Nascimento, F. C. L & Rodrigues, M. C. S. (2020). Risk for surgical injuries: scale validation in a rehabilitation hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 28, 3261.

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). *Surgical site infections: prevention and treatment guideline*. United Kingdom: NICE.
- Oliveira, A. R. S., Carvalho, E.C., Rossi, L.A. (2015). From The Principles of Practice to The Nursing Outcomes Classification: perspectives on care strategies. *Ciênc Cuid Saúde*, 14 (1), 986-92.
- Oliveira, D. S. S., Ribeiro, J. U., Sartório, N. A., Dias, A. R., Takeda, F. R., Cecconello, I. (2021). Impact of telephone monitoring on cancer patients undergoing esophagectomy and gastrectomy. *Rev Esc Enferm USP*, 55, 1-8.
- Oliveira, S. K. P. et al. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (1), 155-161.
- Oncology Nursing Society. (2017). *Oncology nurse navigator core competencies*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007a). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recommend_Manuais_BPraticas.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007b). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <https://www.esenfcvpoa.eu/wpcontent/uploads/2012/03/RMDE.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Diário da República, II Série (Nº135 de 16-07-2018), Regulamento nº 429/2018. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competência Comuns do Enfermeiro Especialista*. Assembleia da República. Diário da República, II Série (Nº26 de 06-02-2019), Regulamento n.º 140/2019. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>.
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. 6ª Edição. Mosby. St. Louis.
- Otto, S.E. (2000). *Enfermagem Oncológica*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pedras, S., & Seabra, F. (2016). Supervisão e Colaboração: contributos para uma relação. *Revista Transmutare*, 1 (2), 293-312.
- Pedro, S. & Travado, L., (2017). *100 Perguntas Chave no Cancro da Mama - Sociedade Portuguesa de Oncologia*. Permanyer. Portugal.
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto*. Coimbra: Formasau.
- Pestana, H. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F. A. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formação e Saúde.
- Petronilho, F. A. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem. Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau.

- Phipps, W.; Sands, J.; e Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição. Loures: Lusociência.
- Pimenta, C. A. M., Lopes, C. T., Amorim, A. F., Nishi, F. A., Shimoda, G. T., & Jensen, R. (2015). *Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem*. São Paulo: COREN-SP.
- Pina, E., Maia, M., Pereira, L. (2012). *Vigilância das infecções do local cirúrgico: helics-cirurgia relatório 2006-2010 pnci*. Lisboa: [s.n.].
- Polster, D. (2015). Preventing readmissions with discharge education. *Nursing Management*, 46(10), 30-7.
- Ramos, S. A. (2015). *A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente*. Lisboa: Universidade lusófona de Humanidades e Tecnologia.
- Ribeiro, I. M. (2011). *Enfermagem, valores e aprendizagem. Em Centro de Estudos em Educação e Formação*. Porto: Universidade Lusófona do Porto/ Centro de Estudos e Intervenção em Educação e Formação.
- Ribeiro, M., R., S., M. (2019). Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados. *Revista Sinais Vitais*, 129, 29-41.
- Riley, J., (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Romão, J. & Santos, R. V. (2013). *Dor*. In Machado, H. et al (2013). *Manual de Anestesiologia*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel - Edições técnicas, Lda.
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- Sanches, R., Gerhardt, P., Rêgo, A., Carreira, L., Pupulim, J., Radovanovic, C. (2016). Percepções de profissionais de saúde sobre humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Escola Anna Nery*, 20 (1), 48-54.
- Santana, R.F., Pereira, S.K., Carmo, T.G., Freire, V. E. C. S., Soares, T. S., Amaral, D. M, Vaqueiro, R. D. (2018). Effectiveness of a telephone follow-up nursing intervention in postsurgical patients. *International Journal of Nursing Practice*, 24 (4), 1-8.

- Santos, M. R., Silva, L., Misko, M. D., Bousso, K. P. R. S. (2013). Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. *Texto Contexto – Enferm*, 22 (3), 646-53.
- Schon, A. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Schuller, K. A., Lin, S. H., Gamm, L. D., & Edwardson, N. (2015). Discharge phone calls: A technique to improve patient care during the transition from hospital to home. *Journal for Healthcare Quality*, 37 (3), 163-172.
- Scott, I. (2010). Preventing the Rebound: improving care transition in hospital discharge processes. *Australian Health Review*. 34 (4), 445-451.
- Semi, H., Sambari, S. S., Syam, Y., Irwan, A. M. (2022). Effect of Follow-up Telephone by Enterostomal Nurses on Patients with Permanent Colostomy: A Systematic Review. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 21(01), 54-66.
- Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (2020). *Guia informativo: Cancro Hepatobiliopancreático*. Coimbra: CHUC.
- Sheng, M., Christopher, A. M. (2016). A Chronic Care Ostomy Self-Management Program for Cancer Survivors. *Psychooncology*. 176(1), 100-106.
- Shepperd S., McClaran J., Phillips C., Lannin N., Clemson L., McCluskey A., Cameron I., Barras S. (2010). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*. 20 (1).
- Sidani, S. (2011). Self-Care. In Doran, D. *Nursing Outcomes: the state of the Science*. Toronto: Faculty of Nursing University of Toronto.
- Silva, E. J. A. (2010). *Reabilitação após o AVC*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Simão, H. (2009). *Cuidados de salud basados en la eficiencia. Conceptos generales en evaluación económica de intervenciones sanitarias*. Lisboa.
- Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia (2020a). Hepatologia na era COVID: Outro Virus C, novamente a desafiar o fígado. *Portuguese Journal of Gastroenterology*. 27 (4), 230 – 236. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/508116.7>.
- Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia (2020b). Icterícia obstrutiva associada a quisto pancreático. *Portuguese Journal of Gastroenterology*. 27

(6), 446 – 448. Disponível em:
<https://www.karger.com/Article/FullText/507203>.

- Sociedade Portuguesa de Oncologia (2020). *Recomendações para o tratamento de doentes com cancro e o covid-19*. Lisboa: SPO.
- Sousa A. F. L., Bim L. L., Hermann P. R. S., Fronteira I., Andrade D. (2020). Complicações no pós-operatório tardio em pacientes cirúrgicos: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 72(3).
- Sousa, B. J. N. (2014). *O Follow-up e as Complicações Pós-Operatórias em Cirurgia de Ambulatório*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017). Pessoa com osteoartrose na anca e joelho em contexto de internamento e ortopedia. in C. Marques-Vieira.& L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Stracieri L. D. S. (2008). Cuidados e complicações pós-operatórias. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 41 (4), 465-8.
- Strupeit, S., Buß, A., & Dassen, T. (2013). Effectiveness of nurse-delivered patient education interventions on quality of life in outpatients: A systematic review. *Applied Nursing Research*, 26 (4), 232-238.
- Teixeira, M. I. (2012). *Planeamento Integrado de Alta Hospitalar nos Idosos*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Tidy, C., Knott, L. & Bonsall, A. (2013). Common postoperative complications. *Egton Medical Information Systems Limited*. 666(24), 1-6.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência, 15 -34.
- Valle, J.W., Borbath, I., Khan, S. A. et al (2016). Biliary cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 27 (5): 28 - 37.
- Victorian Government Health Information (2011). *Effective Discharge Strategy*. Victoria. Victorian: Government Health Information. Disponível em: <https://www2.health.vic.gov.au/searchresults?q=discharge>.
- Vieira, M., Oliveira, D., Carvalho, M., & Nóbrega, M. (2017). Diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes da clínica cirúrgica de um hospital escola. *Rev. Enferm*, 10 (12), 4517- 4523.

- Way, L. W. et al. (2011). *Cirurgia - Diagnóstico e Tratamento*. 13ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Winters, J. R. F., Heidemann, I. T. S. B. & Maia, A. R. C. R. (2018). O empoderamento das mulheres em vulnerabilidade social. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (18), 83- 91.
- Wong, E., Yam, C., Cheung, A., Leung, M., Chan, F., Wong, F., Yeoh, E. (2011). Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Services Research*. 11 (242).
- Woods, C. E., Jones, R., O'Shea, E., Grist, E., Wiggers, J., Usher, K. (2019). Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: a mixed study systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 28, 3386-3399.
- World Health Organisation (WHO). (2016). *Transitions of Care: technical series on safer primary care*, 1–26. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-%20eng.pdf;jsessionid=F02F4867BC0581E4B21DE72B23FC0994?sequence=](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-%20eng.pdf;jsessionid=F02F4867BC0581E4B21DE72B23FC0994?sequence=1)

1

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo de revisão *Scoping*: “Mapeamento de intervenções promotoras da capacitação do doente cirúrgico hepato-bilio-pancreático para o autocuidado: revisão *scoping*”

Mapeamento de intervenções promotoras da capacitação do doente cirúrgico hepato-bilio-pancreático para o autocuidado: revisão *scoping*

Mapping of interventions that promote the training of hepatic-bile-pancreatic surgical patients for self-care: a scoping review

Autores: Marlene Isaura Correia Pinto¹

Resumo

Introdução: O planeamento de alta em enfermagem é o culminar de um investimento dos enfermeiros na capacidade de cuidar da pessoa e assegurar que a dependência e o isolamento social sejam minimizados, maximizando a sua autonomia. A precocidade com que as altas são dadas após cirurgia tende a complicar a sua preparação, devendo os enfermeiros serem capazes de recolher e analisar informação pertinente para uma preparação para a alta adequada. Os enfermeiros devem ter um papel ativo nas estratégias de transição dos cuidados a fim de aprimorar a preparação da alta e garantir a continuidade dos cuidados no domicílio.

Objetivo: mapear a evidência disponível sobre a capacitação do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, com vista a uma alta segura para a comunidade.

Método: A partir da questão “Quais as intervenções de enfermagem que permitem capacitar o doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia para uma alta segura?” foi definido o protocolo de revisão *scoping* de acordo com o *Joanna Briggs Institute*. Recorreu-se às bases de dados MEDLINE e CINHALL. Esta revisão considerou todos os estudos que incluíssem adultos com idade igual ou superior a 19 anos e diagnóstico de cancro hepato-bilio-pancreático submetidos a cirurgia. Após a extração e síntese dos dados e para uma maior legibilidade e compreensão foi construído um documento com base no *template study details, characteristics and results extraction instrument do JBI*, os quais foram aglomerados em tabelas.

Resultados: O processo de planeamento de alta hospitalar é efetivo na redução dos reinternamentos hospitalares não programados quando: há uma atempada identificação das necessidades pós-alta; são realizados ensinamentos e aconselhamentos; há transferência de informação entre os profissionais de saúde dos diferentes níveis

¹ Enfermeira no [REDACTED]; Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Vertente Oncológica.

de cuidados; é realizado: um *follow-up* aos doentes nas primeiras 24 a 48 horas pós-alta e visitas domiciliárias ou telefónicas, bem como adequada referenciação para os cuidados continuados (Weber *et al.*, 2017 & Donsell *et al.*, 2021).

Conclusões: Numa pessoa hospitalizada visa-se, sobretudo, a sua recuperação com o intuito de a melhorar e reintegrar na sociedade. Cabe ao enfermeiro avaliar todas as necessidades da pessoa para maximizar o autocuidado e a sua capacidade funcional.

Palavras-chave: Neoplasias hepato-bilio-pancreáticas, Cirurgia oncológica, Alta hospitalar, Complicações pós-operatórias, Cuidados de Enfermagem.

Abstract:

Background: Nursing discharge planning is the culmination of an investment by nurses in the ability to care for the person and ensure that dependence and social isolation are minimized, maximizing their autonomy. The precocity with which discharges are given after surgery tends to complicate its preparation, and nurses should be able to collect and analyze relevant information for adequate preparation for discharge. Nurses must play an active role in care transition strategies in order to improve discharge preparation and ensure continuity of care at home.

Objective: to map the available evidence on the empowerment of hepatobiliopancreatic patients undergoing surgery, with a view to a safe discharge for the community.

Method: From the question "Which nursing interventions enable the training of hepatic-bile-pancreatic patients undergoing surgery for a safe discharge?" the scoping review protocol was defined in accordance with the *Joanna Briggs Institute*. The MEDLINE and CINHALL databases were used. This review considered all studies that included adults aged 19 years and over and diagnosed with hepatic-bile-pancreatic cancer undergoing surgery. After extracting and synthesizing the data and for greater readability and understanding, a document was built based on the *JBI template study details*, characteristics and results extraction instrument, which were clustered in tables.

Results: The hospital discharge planning process is effective in reducing unscheduled hospital readmissions when: there is a timely identification of post-discharge needs; teaching and counseling are provided; there is transfer of information between health professionals at different levels of care; is performed: a

follow-up of patients in the first 24 to 48 hours after discharge and home visits or telephone visits, as well as adequate referral for ongoing care (Weber *et al.*, 2017 & Donsell *et al.*, 2021).

Conclusions: In a hospitalized person, the aim is, above all, their recovery in order to improve and reintegrate them into society. It is up to the nurse to assess all the person's needs to maximize self-care and their functional capacity.

Keywords: Hepatic-bile-pancreatic neoplasms, Oncologic surgery, Hospital discharge, Postoperative complications, Nursing care.

Introdução

O cancro hepato-bilio-pancreático é o cancro que está localizado no Fígado, na vesícula biliar e/ou nas vias biliares, ou no pâncreas. Existem diferentes tipos de cancro com estas localizações. Muitos desenvolvem-se a partir de células que constituem estes órgãos (tumores primários), outros têm origem em células tumorais oriundas de tumores localizados noutros órgãos – metástases ou tumores secundários (CHUC, 2020).

As opções para o tratamento do cancro hepato-bilio-pancreático dependem de vários fatores e podem incluir: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, técnicas de imagiologia e endoscópicas (CHUC, 2020). Os procedimentos de cirurgia geral, como os procedimentos hepato-bilio-pancreáticos situam-se entre as especialidades relatadas com as maiores taxas de readmissão hospitalar (Kazaure, Roman & Sosa, 2012; Tevis, Cobian, Truong, Craven & Kennedy, 2016). As complicações pós-operatórias, tais como, dor pós-operatória, fadiga, infeção da ferida cirúrgica, entre outras podem alterar a autonomia dos doentes na sua recuperação após a alta hospitalar.

A precocidade com que as altas são dadas após cirurgia tende a complicar a preparação para a mesma, uma vez que o tempo disponível para tal diminui, devendo o enfermeiro ser capaz de colher e analisar informação pertinente para o desenvolvimento de uma preparação para a alta adequada (Cornelius, 2000; Friedlander & Lage, 2002; Mizuno, Kakuta & Inoue, 2009).

O planeamento de alta hospitalar deve iniciar-se logo no acolhimento do doente ao serviço/unidade e consiste na criação de um plano de alta individual para o doente, com a finalidade da promoção da continuidade dos cuidados, da

contenção de custos hospitalares e da contribuição para os resultados de saúde do indivíduo, permitindo assim uma integração entre os diferentes níveis de cuidados (Shepperd *et al.*, 2010).

No planeamento adequado de alta hospitalar, a educação na saúde oferece aos doentes e familiares as informações essenciais para tomar decisões informadas sobre o plano de tratamento (Collinsworth *et al.*, 2018), fornece-lhes o conhecimento necessário para a sua capacitação no autocuidado e recuperar a independência após a cirurgia (Polster, 2015). O planeamento de alta em enfermagem é o culminar de um investimento dos enfermeiros na capacidade de cuidar da pessoa e assegurar que a dependência e o isolamento social das mesmas sejam minimizados, maximizando a sua autonomia (DGS, 2015).

A *Scoping Review* desenvolvida neste trabalho teve como objetivo mapear a evidência disponível sobre a capacitação do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, com vista a uma alta segura para a comunidade, através da metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute for Scoping Reviews*.

Esta revisão teve como ponto de partida a seguinte questão de investigação:

“Quais as intervenções de enfermagem que permitem capacitar o doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, com vista a uma alta segura para a comunidade?”.

Esta questão de investigação foi elaborada utilizando-se a estratégia da mnemónica PCC, especificando-se os seus elementos constituintes na tabela 1.

P (População)	Doente cirúrgico oncológico hepato-bilio-pancreático
C (Conceito)	Planeamento da alta/capacitação do doente para o autocuidado
C (Contexto)	Serviço de cirurgia e comunidade

Tabela 1: Esquematização da formulação da questão de investigação

Para realizar a pesquisa e com base na questão formulada, foram definidos critérios de inclusão com o intuito de alcançar estudos primários adequados à temática em estudo, os quais se encontram descritos na tabela 2.

CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
Tipos de Estudos	Revisões sistemáticas da literatura, estudos qualitativos, quantitativos e mistos, publicados entre 2015 e 2021 ¹ , em Inglês, Português e Espanhol ²
Tipo de participantes	Adultos com idade igual ou superior a 19 anos ³ , com o diagnóstico de cancro hepato-bilio-pancreático submetidos a cirurgia
Fenómeno de Interesse	Intervenções promotoras da capacitação do doente hepato-bilio-pancreático para o autocuidado ⁴
Contexto	Período perioperatório (pré-operatório e pós-operatório)

Tabela 2- Critérios de Inclusão

¹ A limitação temporal estabelecida permitiu aceder à evidência científica mais recente.

² A seleção dos idiomas prendeu-se com a minha aptidão para ler e analisar artigos nestes idiomas.

³ A CINAHL e a MEDLINE definem “todos os adultos”, as pessoas com idade igual ou superior a 19 anos.

⁴ Incluíram-se todas as intervenções promotoras da capacitação do doente hepato-bilio-pancreático para o autocuidado e não só especificamente as intervenções de enfermagem, de modo a aceder à maior evidência científica existente nesta área

Estratégias de pesquisa

Para conseguir dar resposta à questão de investigação formulada, começou-se por se fazer pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE, da plataforma EBSCOhost *Integrated Search*, entre abril de 2021 e julho de 2021. Inicialmente foi feita pesquisa na CINAHL e na MEDLINE, usando termos em linguagem natural, o que permitiu aceder a estudos relacionados com a problemática abordada. Após a leitura dos títulos e resumos desses estudos, foram identificados mais termos de pesquisa. Posteriormente, foi feita pesquisa na CINAHL, utilizando todos os termos identificados em linguagem natural e termos indexados, através da

opção CINAHL *headings*, aplicando também os operadores booleanos *OR* e *AND*, tal como se encontra exposto na tabela 3.

PESQUISA	TERMOS DE PESQUISA
S1	Adult
S2	Cancer Patient
S3	Liver Neoplasms Surgery
S4	Bile Duct Neoplasms Surgery
S5	Pancreatic Neoplasms Surgery
S6	(MH" Surgical Oncology") OR (MH" Liver Neoplasms") OR (MH" Bile Duct Neoplasms") OR (MH" Pancreatic Neoplasms")
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6
S8	(MH "Patient Discharge") OR (MH "Hospital Discharge")
S9	(MH "Self Care")
S10	(MH "Nursing Care") OR (MH "Nurses Role")
S11	(MH "Postoperative Complications")
S12	S8 OR S9 OR S10 OR S11
S13	(MH " Perioperative Nursing") OR (MH "Practical Nurses")
S14	(MH "Oncologic Nursing") OR (MH "Canadian Association of Nurses in Oncology") OR (MH "Oncology Nursing Society"
S15	S13 OR S14
S17	S7 AND S12 AND S15

Tabela 3 – Pesquisa efetuada na CINAHL

Na MEDLINE foram pesquisados todos os termos identificados em linguagem natural e termos indexados, através da opção *Medical Subject Headings* (MESH),

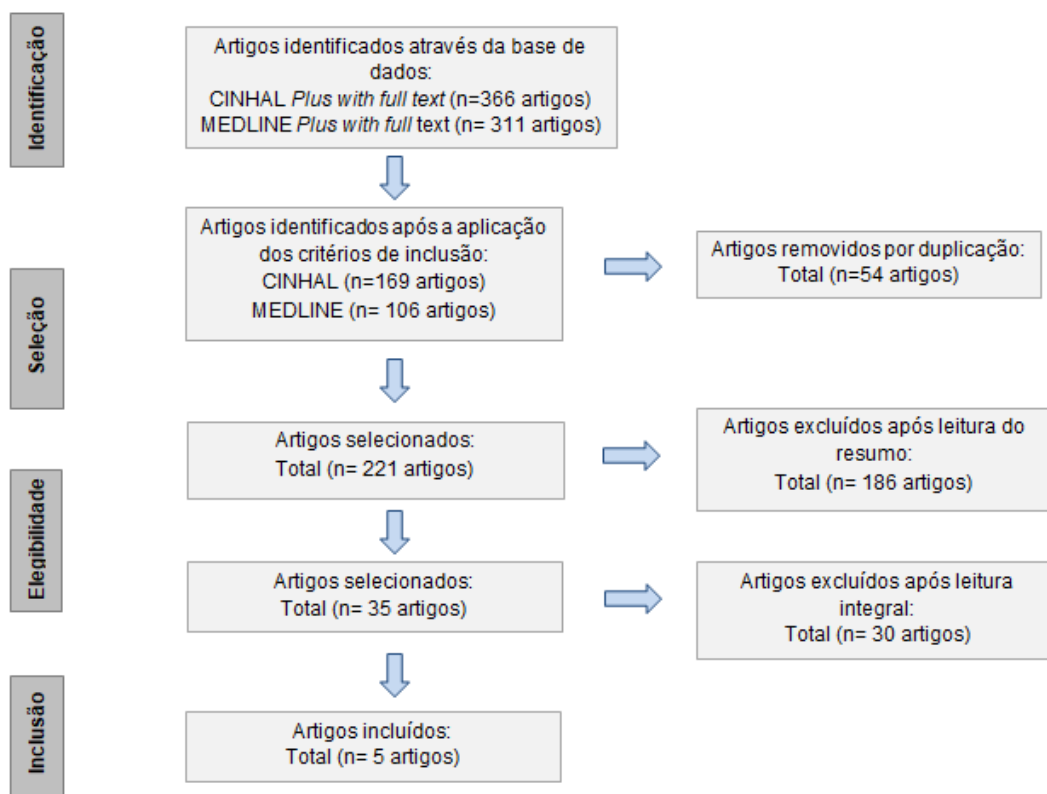
empregando também os operadores Boleanos *OR* e *AND*, assim como se encontra exposto na Tabela 4.

PESQUISA	TERMOS DE PESQUISA
S1	Liver Neoplasms Surgery
S2	Bile Duct Neoplasms Surgery
S3	Pancreatic Neoplasms Surgery
S4	Surgical Oncology
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4
S6	(MH “Patient Discharge”)
S7	(MH “ Hospital Discharge”)
S8	(MH “Self Care”)
S9	(MH “Nursing Care”)
S10	(MH “Nurses Role”)
S11	(MH “Postoperative Complications”)
S12	S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11
S13	(MH” Oncology Nursing”)
S14	Perioperative Nursing
S15	Postoperative Nursing
S16	(MH “Perioperative Care”) OR (MH “Nursing”) OR (MH “Nurses”) OR (MH “Perioperative Nursing”)
S17	(MH “Postoperative Care”) OR (MH “Postoperative Period”)
S18	S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17
S19	S5 AND S12 AND S18

Tabela 4 – Pesquisa efetuada na MEDLINE

Extração de dados

Os totais dos artigos obtidos na CINAHL e na MEDLINE, foram sujeitos à aplicação dos seguintes filtros: *Full Text* e a data de publicação desde 2015 a 2021. Após esta filtragem, foram identificados na CINAHL 169 artigos e na MEDLINE 106 artigos, como se encontra ilustrado na Esquema 1.



Esquema 1 – Resultados obtidos na CINAHL e MEDLINE após a introdução dos filtros

Com a soma dos 169 artigos conseguidos na CINAHL e dos 106 artigos obtidos na MEDLINE, identificaram-se 275 artigos. De seguida, eliminaram-se os artigos repetidos e efetuou-se a leitura dos títulos dos artigos obtidos, com base nos critérios de inclusão. Excluíram-se os que não cumpriam os critérios de inclusão e não se referiam à problemática do projeto. Prosseguiu-se com a leitura dos resumos destes artigos, tendo em conta os critérios de inclusão. Por fim, realizou-se a leitura integral dos mesmos, considerando os critérios de inclusão, o que permitiu eleger 5 artigos, conforme Tabela 5, que permitem dar resposta à questão formulada e que são citados na revisão crítica da literatura deste projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Matthew, H.G., <i>et al</i> (2016). Outpatient virtual clinical encounters after complex surgery for cancer: a prospective pilotstudy of “TeleDischarge. <i>Journal of Surgical Research</i> , 202 (11), 196-203.
Weber, L., Lima, M. A., Acosta, A., Marques, G., (2017). Care transition from hospital to home: integrative review. <i>Cogitare Enfermagem</i> , 22 (3), 1-11.
Santana, R. F., Pereira, S. K., Carmo, T. G. <i>et al.</i> (2018). Effectiveness of a telephone follow-up nursing intervention in postsurgical patients. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 24 (4), 1-8.
Kang, E., Tobiano, G. A., Chaboyer, W., Gillespie, B. M. (2020). Nurses’ role in delivering discharge education to general surgical patients: A qualitative study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 76 (7), 1698-1707.
Donsel, P. O., Missel, M. (2021). What's going on after hospital? – Exploring the transition from hospital to home and patient experiences of nurse-led follow-up phone calls. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 30 (11-12), 1694-1705.

Tabela 5 – Referências Bibliográficas dos artigos eleitos na CINAHL e na MEDLINE, após a leitura dos textos integrais, tendo em conta os critérios de inclusão

Segue-se a explicitação de como foi feita a análise dos artigos mais relevantes, obtidos na presente Revisão *Scoping* (Tabela 6).

TÍTULO (AUTORES, ANO)	- OBJETIVO - METODOLOGIA	- RESULTADOS	- CONCLUSÕES - IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM
<i>“Outpatient virtual clinical encounters after complex surgery for cancer: a prospective pilot study of TeleDischarge”</i> Matthew, H.G., et al (2016)	O objetivo principal do presente estudo foi determinar a viabilidade do uso de tecnologia móvel no período após a alta, de forma a avaliar os doentes que foram submetidos a cirurgia complexa para o tratamento de cancro. Estudo qualitativo descritivo	A idade média dos doentes inscritos foi de 63 anos e 93% realizaram pancreatoduodenectomia. As consultas telefônicas programadas foram realizadas por uma enfermeira, a primeira 48 horas após a alta e a segunda três semanas após a alta. Foi avaliada a viabilidade, a satisfação do doente, os eventos adversos pós-operatórios e os recursos humanos de assistência à saúde utilizados. Os doentes afirmaram que o cuidado pós-operatório foi aprimorado e consideraram que estas consultas deveriam ser regulares.	Ficou demonstrado que o uso de tecnologia móvel para avaliar os doentes submetidos a cirurgia complexa para o tratamento do cancro é viável, relativamente barato, contribui para a satisfação dos doentes e pode prevenir a progressão de complicações cirúrgicas iniciais. No planeamento de alta as atividades dos enfermeiros incidem na educação do doente, no ensino sobre a medicação, a vigilância da sutura operatória e de drenos cirúrgicos quando presentes.
<i>“Care transition from hospital to home: integrative review”</i> Weber, L., Lima, M. A., Acosta, A. Marques, G., (2017)	Identificar as atividades dos enfermeiros na transição do cuidado do hospital para o domicílio a partir de evidências na literatura. Revisão sistemática da Literatura	A alta hospitalar é um momento de mudança no quotidiano dos doentes. A amostra desta revisão foi composta por 22 estudos que descrevem atividades ou propõem intervenções a serem realizadas pelos enfermeiros, com a finalidade de qualificar a transição na alta do hospital para o domicílio. As atividades dos enfermeiros foram classificadas em cinco categorias temáticas: - Planeamento de cuidados para a alta;	As atividades dos enfermeiros desenvolvidas na coordenação dos cuidados na transição do hospital para o domicílio incluem a gestão de terapêutica, a orientação ao doente e família, o acompanhamento no domicílio após a alta hospitalar, a comunicação efetiva entre hospital e outros serviços de saúde e o apoio na comunidade. Estes são indicadores para avaliação da qualidade do

		- Assistência na reabilitação social; - Educação em saúde; - Articulação com os outros serviços de saúde; - Acompanhamento pós-alta.	atendimento prestado nos serviços de saúde. Este estudo fornece informações para o aperfeiçoamento das práticas e organização das atividades dos enfermeiros, para promover a coordenação dos cuidados para altas hospitalares com foco na transição do cuidado.
<i>“Effectiveness of a telephone follow-up nursing intervention in post surgical patients”</i> Santana, R. F., Pereira, S. K., Carmo, T. G. et al., (2018)	O objetivo principal deste estudo foi realizar uma comparação entre a eficácia da consulta telefónica e o acompanhamento convencional pelo profissional de saúde, dos doentes cirúrgicos no pós-operatório. Estudo experimental	A amostra deste estudo incluía doentes pós-cirúrgicos com mais de 60 anos submetidos a gastrectomia e colectomia. Foram divididos aleatoriamente em grupo de intervenção (22 doentes) e grupo de controlo (21 doentes). Comparando os doentes que receberam ligações de acompanhamento e os doentes que receberam acompanhamento convencional, os últimos revelaram uma recuperação lenta, apresentando mobilidade diminuída, necessidade de assistência para o autocuidado e fadiga.	Os ensinamentos realizados pelos enfermeiros tiveram como objetivo minimizar os seguintes problemas: dor, incontinência urinária, complicações relacionadas com a sutura operatória, risco de infecção, limitações no autocuidado, problemas nutricionais e gestão da saúde. As consultas telefónicas de <i>follow up</i> representam uma intervenção eficaz nos cuidados de enfermagem perioperatórios.
<i>“Nurses’ role in delivering discharge education to general surgical patients: A qualitative study”</i>	Explorar o papel do enfermeiro na educação para a saúde do doente cirúrgico e no planeamento de alta hospitalar adequada.	O planeamento de alta hospitalar adequada contribui para uma rápida recuperação dos doentes submetidos a cirurgia. Neste estudo emergem algumas das funções desempenhadas pelos	Este estudo destaca a importância da comunicação entre os profissionais de saúde no planeamento de alta, de modo a garantir uma transição tranquila e segura

Kang, E., Tobiano, G. A., Chaboyer, W., Gillespie, B. M., (2020)	Estudo qualitativo	enfermeiros no planeamento de alta: - Assumir a responsabilidade de educar o doente; - Apoiar os doentes no restabelecer da autonomia após a hospitalização; - Atender às necessidades dos doentes na preparação da alta.	do doente do hospital para o domicílio. Os enfermeiros atuam na compreensão das necessidades e circunstâncias individuais de cada doente para otimizar o seu envolvimento nos ensinos de preparação para a alta. Os enfermeiros desempenham um papel relevante no planeamento de alta hospitalar adequada.
<i>“What’s going on after hospital? – Exploring the transition from hospital to home and patient experiences of nurse-led follow-up phone calls”</i> Donsel, P. O., Missel, M. (2021)	Explorar a transição do doente cirúrgico do hospital para o domicílio e avaliar a experiência deste com o telefonema de acompanhamento pós-operatório conduzido por enfermeiro. Estudo qualitativo	Os doentes descrevem a chamada telefónica como uma oportunidade para discutir as preocupações com o enfermeiro e receber a garantia de que os sintomas que experienciaram no domicílio eram os esperados.	Este estudo demonstra que os doentes se encontram em diferentes estágios da sua transição após a alta hospitalar. O telefonema do enfermeiro pode ser um suporte neste período inicial em casa e na transição para a vida quotidiana.

Tabela 6 – Resumo da análise dos artigos mais relevantes, obtidos na presente *Scoping Review*

Análise e discussão dos dados

Os artigos incluídos variam entre 2016 e 2021. Os principais conteúdos encontrados centram-se no objetivo de mapear a evidência disponível sobre a capacitação do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, com vista a uma alta segura para a comunidade. Para conseguir dar resposta ao objetivo, foram selecionados 35 artigos, dos quais foram eleitos 5 artigos, que permitiram dar resposta à questão de investigação. Desta forma, foram extraídos dados dos 5 artigos analisados, sendo que se apresenta em forma de tabela (tabela 6) sintetizando as ideias chave que respondiam à questão de investigação, permitindo a interpretação sistematizada dos artigos.

Nos artigos analisados pode constatar-se que as atividades dos enfermeiros na transição do cuidado na alta do hospital para o domicílio são múltiplas e realizadas em diferentes complexidades, iniciando-se no período prévio à admissão do doente e completando-se quando o doente se insere no ambiente domiciliário. A alta hospitalar é um momento que requer planeamento, preparação e educação em saúde do doente e da família que apresentam necessidades de saúde persistentes e contínuas (Coleman *et al.*, 2003; Santana *et al.*, 2018).

O planeamento de alta hospitalar adequada contribui para uma rápida recuperação dos doentes submetidos a cirurgia. Os enfermeiros desempenham funções no planeamento de alta, tais como, assumir a responsabilidade de educar o doente, relativamente, ao ensino sobre a medicação, a vigilância da sutura operatória e de drenos cirúrgicos quando presentes (Matthew *et al.*, 2016), apoiar o doente no restabelecimento da sua autonomia após a hospitalização e atender às necessidades do doente na preparação da alta (Kang *et al.*, 2020).

As intervenções de enfermagem que permitem capacitar o doente submetido a cirurgia incidem em cinco categorias temáticas: planeamento de cuidados para a alta; assistência na reabilitação social; educação em saúde; articulação com os vários serviços e acompanhamento pós-alta.

O planeamento de alta é realizado pelo enfermeiro, em conjunto com o doente, família (Keeping-Burke *et al.*, 2013; Santana *et al.*, 2018) ou com equipa multiprofissional (Keeping-Burke *et al.*, 2013; Ulin *et al.*, 2016; Santana *et al.*, 2018) e reformulado durante o internamento, de acordo com mudanças clínicas e psicossociais do doente (Ulin *et al.*, 2016; Santana *et al.*, 2018).

A reabilitação social visa a retoma da vida quotidiana do doente após a alta hospitalar (Portillo *et al.*, 2009; Santana *et al.*, 2018). Os enfermeiros avaliam aspectos que podiam auxiliar ou dificultar a recuperação, como condições físicas (Portillo *et al.*, 2009; Li *et al.*, 2014; Santana *et al.*, 2018), sociais (Ulin *et al.*, 2016; Santana *et al.*, 2018), psicológicas (Portillo *et al.*, 2009; Barnason *et al.*, 2010; Li *et al.*, 2014; Santana *et al.*, 2018) e motivacionais (Barnason *et al.*, 2010; Santana *et al.*, 2018) do doente e família.

Os enfermeiros realizam educação em saúde sob diversos aspectos: mudança na dieta e possíveis restrições de alimentos (Wong *et al.*, 2005; Chow *et al.*, 2008; Barnason *et al.*, 2010; Santana *et al.*, 2018), realização de exercícios físicos (Wong *et al.*, 2005; Keeping-Burke *et al.*, 2013; Santana *et al.*, 2018), toma correta da medicação, como dosagem, frequência de administração e horários, interações dos medicamentos de uso contínuo (Harrison *et al.*, 2014; Young *et al.*, 2015; Santana *et al.*, 2018), reconhecimento de sinais e sintomas da doença em curso (Wong *et al.*, 2005; Portillo *et al.*, 2009; Keeping-Burke *et al.*, 2013; Englander *et al.*, 2014; Santana *et al.*, 2018) e autocuidado no domicílio (Wong *et al.*, 2005; Li *et al.*, 2014; Ulin *et al.*, 2016; Santana *et al.*, 2018).

Os enfermeiros redigem carta de alta do doente submetido a cirurgia, esta é entregue ao doente no momento da alta, permitindo assim gerir e articular o processo de transição do cuidado entre os vários serviços (Santana *et al.*, 2018).

No acompanhamento após a alta os enfermeiros executam ligações telefónicas ou visitas domiciliárias, com a finalidade de avaliar o plano de alta, abordar as orientações dadas em ambiente hospitalar e esclarecer possíveis dúvidas e dificuldades quanto a essas informações (Chow *et al.*, 2008; Harrison *et al.*, 2014; Santana *et al.*, 2018). Os pontos principais são: identificar e orientar aspectos do tratamento (Barnason *et al.*, 2008; Balaban *et al.*, 2008; Biese *et al.*, 2014; Santana *et al.*, 2018), sinais e sintomas de alarme (Wong *et al.*, 2005; Chow *et al.*, 2008; Keeping-Burke *et al.*, 2013; Santana *et al.*, 2018), administrações dos medicamentos (Keeping-Burke *et al.*, 2013; Berry *et al.*, 2014; Santana *et al.*, 2018), verificar a compreensão das atividades de gestão dos autocuidados (Chow *et al.*, 2008; Englander *et al.*, 2014; Harrison *et al.*, 2014; Santana *et al.*, 2018), elucidar quanto aos locais adequados para atendimento (Chow *et al.*, 2008; Santana *et al.*, 2018) e consultas de acompanhamento (Balaban *et al.*, 2008; Keeping-Burke *et al.*, 2013; Santana *et al.*, 2018).

Após a alta hospitalar podem surgir vários problemas complexos que podem afetar a recuperação pós-operatória. Estes incluem dificuldades com as atividades de vida diárias, confusão com a gestão de drenos ou dispositivos ou com a toma da medicação (Mistiaen & Poot, 2006; Matthew *et al.*, 2016). Estes problemas podem reduzir a qualidade de vida no pós-operatório, atrasar o início do tratamento com terapia adjuvante, bem como comprometer os resultados terapêuticos dos doentes submetidos a cirurgias complexas para o tratamento do cancro (Aloia *et al.*, 2014; Matthew *et al.*, 2016).

O processo de planeamento de alta hospitalar é efetivo na redução dos reinternamentos hospitalares não programados quando: há uma atempada identificação das necessidades pós-alta; são realizados ensinamentos e aconselhamentos; há transferência de informação entre os profissionais de saúde dos diferentes níveis de cuidados; é realizado: um *follow-up* aos doentes nas primeiras 24 a 48 horas pós-alta e visitas domiciliárias ou telefónicas, bem como adequada referenciação para os cuidados continuados (Weber *et al.*, 2017 & Donsell *et al.*, 2021).

Limitações do estudo

Como limitações deste estudo, realça-se que foram incluídos apenas artigos publicados em português, inglês e espanhol e a pesquisa foi realizada somente em duas bases de dados. Considera-se, assim, que poderá ser pertinente alargar os critérios de pesquisa e o número de bases de dados, por forma a aumentar a amostra teórica.

Conclusão

Os resultados deste estudo permitiram identificar as principais intervenções dos enfermeiros que possibilitam capacitar o doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, com vista a uma alta segura para a comunidade.

Aspectos relacionados com a preparação dos cuidados para alta, educação em saúde de doentes e familiares, apoio na continuidade dos cuidados no domicílio e acompanhamento pós-alta são indicadores para avaliação da qualidade do atendimento prestado nos serviços de saúde. Assim, este estudo facultará informações para o aprimoramento das práticas de enfermagem e organização das

atividades dos enfermeiros, para promover a coordenação dos cuidados para altas hospitalares com foco na transição do cuidado.

Numa pessoa hospitalizada visa-se, sobretudo, a sua recuperação com o intuito de a melhorar e reintegrar na sociedade. Cabe ao enfermeiro avaliar todas as necessidades da pessoa para maximizar o autocuidado e a sua capacidade funcional.

De acordo com os resultados encontrados, salienta-se a falta de estudos sobre as atividades dos enfermeiros no planeamento e na preparação da alta hospitalar para uma transição de cuidados adequados. É uma temática que necessita de mais pesquisas em Portugal, pois a transição do cuidado é uma estratégia que pode contribuir para a efetivação de sistemas integrados de saúde.

Bibliografia

- Aloia, T. A., Zimmitti, G., Conrad, C., Gottumukalla, V., Kopetz, S., Vauthey, J. M. (2014). Return to intended oncologic treatment (RIOT): A novel metric for evaluating the quality of oncosurgical therapy for malignancy. *J. Surg. Oncol*, 110 (4), 107-114.
- Balaban, R. B., Weissman, J. S., Samuel, P. A., Woolhandler, S. (2008). Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study. *J Gen Intern Med*, 23 (8), 1228-33.
- Barnason, S., Zimmerman, L., Hertzog, M., Schulz, P. (2010). Pilot testing of a medication self- management transition intervention for heart failure patients. *West J Nurs Res*, 32(7), 849-70.
- Berry, D. L, Cunningham, T., Eisenberg, S., Wickline, M., Hammer, M., Berg, C. (2014). Improving patient knowledge of discharge medications in an oncology setting. *Clin J Oncol Nurs*, 18(1), 35-7.
- Biese, K., Lamantia, M., Shofer, F., McCall, B., Roberts, E., Stearns, S. C., Principe, S., Kizer, J. S., Cairns, C. B., Busby-Whitehead, J. (2014). A randomized trial exploring the effect of a telephone call follow-up on care plan compliance among older adults discharged home from the emergency department. *Acad Emerg Med*, 21(2), 188-95.

- Chow, S. K., Wong, F. K., Chan, T. M., Chung, L. Y., Chang, K. K., Lee, R. P. (2008). Community nursing services for post discharge chronically ill patients. *J Clin Nurs*, 17(7B), 260-71.
- Coleman, E. A., Boult, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*, 51(4), 556-7.
- Collinsworth, A. W., Brown, R. M., James, C. S., Stanford, R. H., Alemayehu, D., & Priest, E. L. (2018). The impact of patient education and shared decision making on hospital readmissions for COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 13, 1325-1332.
- Cornelius, F. (2000). *Cuidados Domiciliários e Cuidados Alternativos no Cancro*. In Otto, S. *Enfermagem em Oncologia*. Loures: Lusociência.
- Direção Geral de Saúde (2015). *Manual de Planeamento e Gestão de Altas*. Lisboa: DGS. Disponível em: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Manual_Planeamento_Gestao_Altas.pdf
- Donsel, P. O., Missel, M. (2021). What's going on after hospital? – Exploring the transition from hospital to home and patient experiences of nurse-led follow-up phone calls. *Journal of Clinical Nursing*, 30 (11-12), 1694-1705.
- Englander, H., Michaels, L., Chan, B., Kansagara, D. (2014). The care transitions innovation (C-TraIn) for socioeconomically disadvantaged adults: results of a cluster randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*, 29 (11), 1460-7.
- Friedlander, M.; Lage, O. (2002) Preparo para alta pós-cirúrgica: resultados de ação andragógica observados durante a visita domiciliária. *Enfermagem*, 33 (2), 23-28.
- Harrison, J. D., Auerbach, A. D., Quinn, K., Kynoch, E., Mourad, M. (2014). Assessing the impact of nurse post-discharge telephone calls on 30-day hospital readmission rates. *J Gen Intern Med*, 29(11), 1519-25.
- Kang, E., Tobiano, G. A., Chaboyer, W., Gillespie, B. M. (2020). Nurses' role in delivering discharge education to general surgical patients: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 76 (7), 1698-1707.

- Kazaure, H. S., Roman, S. A., Sosa, J. A. (2012). Association of postdischarge complications with reoperation and mortality in general surgery. *Arch Surg*, 147(11), 1000-7.
- Keeping-Burke, L., Purden, M., Frasure-Smith, N., Cossette, S., McCarthy, F., Amsel, R. (2013). Bridging the transition from hospital to home: effects of the VITAL telehealth program on recovery for CABG surgery patients and their caregivers. *Res Nurs Health*, 36(6), 540-53.
- Li, J., Wang, H., Xie, H., Mei, G., Cai, W., Ye, J., et al. (2014). Effects of post-discharge nurse-led telephone supportive care for patients with chronic kidney disease undergoing peritoneal dialysis in china: a randomized controlled trial. *Perit Dial Int*, 34(3), 278-88.
- Matthew, H.G., et al (2016). Outpatient virtual clinical encounters after complex surgery for cancer: a prospective pilotstudy of "TeleDischarge. *Journal of Surgical Research*, 202 (11), 196-203.
- Mistiaen, P., Poot, E. (2006). Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*, 18 (4), 4510.
- Mizuno, M.; Kakuta, M.; Inoue, Y. (2009). The effects of sense of coherence, demands of illness, and social support on quality of life after surgery in patients with gastrointestinal tract cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36 (3), 144-152.
- Polster, D. (2015). Preventing readmissions with discharge education. *Nursing Management*, 46, 31.
- Portillo, M. C., Corchón, S., López-Dicastillo, O., Cowley, S. (2009). Evaluation of a nurse-led social rehabilitation programme for neurological patients and carers: An action research study. *Int J Nurs Stud*, 46(2), 204-19.
- Santana, R. F., Pereira, S. K., Carmo, T. G. et al. (2018). Effectiveness of a telephone follow-up nursing intervention in postsurgical patients. *International Journal of Nursing Practice*, 24 (4), 1-8.
- Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (2020). *Guia informativo: Cancro Hepatobiliopancreático*. Coimbra: CHUC. Disponível em: https://www.chuc.min-saude.pt/media/Cirurgia_Geral/Guia_CR_HBP_VF.pdf.

- Shepperd S., McClaran J., Phillips C., Lannin N., Clemson L., McCluskey A., Cameron I., Barras S. (2010). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*. 20 (1). Disponivel em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20091507/>.
- Tevis, S. E., Cobian, A. G., Truong, H. P., Craven, M. W., & Kennedy, G. D. (2016). Implications of multiple complications on the postoperative recovery of general surgery patients. *Annals of Surgery*, 263, 1213.
- Ulin, K., Olsson, L. E., Wolf, A., Ekman, I. (2016). Person-centred care – An approach that improves the discharge process. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 15(3), 19-26.
- Weber, L., Lima, M. A., Acosta, A., Marques, G., (2017). Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enfermagem*, 22 (3), 1-11.
- Wong, F. K., Mok, M. P., Chan, T., Tsang, M. W. (2005). Nurse follow-up of patients with diabetes: randomized controlled Trial. *J Adv Nurs*, 50 (4), 391-402.
- Young, L., Barnason, S., Hays, K., Do, V. (2015). Nurse Practitioner - led medication reconciliation in critical access hospitals. *J Nurse Pract*, 11(5), 511-8.

Apêndice II – Protocolo de Revisão *Scoping*: “O papel do enfermeiro na consulta telefónica de *follow-up* pós-operatório: revisão *scoping*”

O papel do enfermeiro na consulta telefónica de *follow-up* pós-operatório: revisão *scoping*

Introdução

Ao longo dos últimos anos, temos assistido em Portugal, à semelhança do que se passa no resto do Mundo, a um aumento da incidência do cancro. Segundo estimativas do *Global Cancer Observatory*, produzidas pela *International Agency for Research on Cancer* acerca da incidência e mortalidade do cancro, estima-se que em todo o mundo cerca de 19.3 milhões de novos casos de cancro e quase 10 milhões de mortes por cancro tenham ocorrido em 2020 (Global Cancer Observatory, 2020).

A cirurgia é um dos métodos de tratamento de cancro podendo esta ser profilática, curativa, reconstrutiva e paliativa (Otto, 2000; SPO, 2020). O número de cirurgias oncológicas realizadas em Portugal Continental tem aumentado ao longo dos anos, tendo sido realizadas 44.865 cirurgias em 2014 (DGS, 2016).

A intervenção cirúrgica nunca é isenta do risco de complicações em qualquer um dos seus momentos (Koivisto *et. al*, 2019), razão pela qual deve ser motivo de atenção da equipe de saúde. Os cuidados perioperatórios de enfermagem consistem em identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família para planear e implementar intervenções a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e depois da cirurgia (AESOP, 2012).

O pós-operatório configura-se como um período de alto risco de complicações e compreende três etapas específicas: pós-operatório imediato, mediato e tardio. A primeira etapa, pós-anestésica, dura até 24 horas pós-cirurgia. A segunda é intermédia e corresponde ao período entre a fase pós-anestésica e a alta hospitalar (entre as 24 horas e os sete dias). Por fim, a terceira é a fase de convalescença que compreende o contínuo desde a alta hospitalar até a recuperação esperada (Stracieri, 2008).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais próximos do doente e, como tal, desempenham um papel fundamental na promoção do seu conhecimento (Gonçalves, Cerejo e Martins, 2017). Assim, esclarecer as dúvidas existentes, prestar apoio emocional, promover o ensino e esclarecer acerca do circuito do

doente, procedimentos cirúrgicos, anestesia, tempos de espera e recuperação, entre outras informações, exigem do enfermeiro uma preparação adequada (Giordani *et al.*, 2015; Vieira *et al.*, 2017).

O enfermeiro assume a responsabilidade de desenvolver estratégias de intervenção centradas na pessoa e sua família valorizando a visão holística e humanizadora dos cuidados, sustentada numa abordagem que privilegia a relação, comunicação e o trabalho em equipa multidisciplinar. A prestação de cuidados de saúde não deve limitar-se apenas em promover o bem-estar, mas pelo contrário, deve ser direccionado para instruir e capacitar o doente, para melhorar a sua capacidade de autogerir o seu estado de saúde.

Não obstante do utente ter alta da unidade de cirurgia, o papel dos enfermeiros não termina neste momento, é fulcral o acompanhamento pós-operatório (*follow-up*) no domicílio, garantindo a qualidade dos cuidados (Marques, 2011). A consulta de enfermagem pós-operatória é fundamental para a averiguação de complicações que podem comprometer a qualidade da recuperação no pós-operatório (Machado, 2013).

A consulta de enfermagem de *follow-up* consiste no acompanhamento efetuado ao doente no pós-operatório tardio, 48h após a alta (Hodgins *et al.*, 2008; Marques, 2011). O *follow-up* ou seguimento pós-operatório é um processo contínuo que visa o desenvolvimento de competências para o autocuidado, centrado no doente submetido a cirurgia e na sua família em qualquer das dimensões humanas, facilitando desta forma, o processo de transição do hospital para o domicílio (Sousa, 2014).

No pós-operatório tardio, o enfermeiro deve estar preparado para oferecer cuidados de forma integral, observando sempre complicações que podem ocorrer depois da cirurgia e também promover cuidados que diminuam o risco de complicações (Nibi, 2014). Logo, o *follow-up* através do contato telefónico transmite serenidade e confiança, sendo um momento para clarificar inquietações e monitorizar a evolução da recuperação cirúrgica, aliando a contenção de custos para utentes e famílias, e ainda para as instituições de saúde (Käßmann *et al.*, 2012). A recolha de informação pelo enfermeiro durante o *follow-up* deve ser agilizada com questões simples e recurso a escalas de classificação verbal, que possam indicar ao enfermeiro a necessidade de reavaliação da condição do utente, a necessidade de

adequar orientações ou ainda, a necessidade de encaminhar o utente para o serviço de urgência (Caseiro & Tavares, 2013).

Os enfermeiros são os profissionais, segundo Leal (2006) que “estão melhor posicionados para assegurar os cuidados fora das organizações hospitalares”. Assim, o *follow-up* torna-se uma ferramenta fundamental para assegurar que a continuidade de cuidados é garantida com a mesma qualidade que seria num internamento hospitalar (Leal, 2006). Segundo Duarte *et al.*, (2014, p. 129) o *follow-up* “contribui de forma inequívoca para o cuidar em enfermagem de qualidade”.

De acordo com a AESOP (2012), a consulta de enfermagem pós-operatória é justificada pela necessidade de continuidade da prestação de cuidados, devendo esta avaliação ficar registada no processo individual do utente. Permite estabelecer uma relação de proximidade, possibilitando reforçar o ensino realizado anteriormente aquando o circuito do processo cirúrgico e reajustar as orientações para situações mais concretas. É também uma oportunidade de o enfermeiro recolher alguma informação relativa à satisfação do utente face aos cuidados recebidos (AESOP, 2012).

Nesta fase, qualquer intercorrência pode afetar negativamente e comprometer o bem-estar do utente. O contacto telefónico e a disponibilização de informação constituem por isso uma prática importante na supressão do medo e da ansiedade. Os ensinamentos realizados neste tipo de *follow-up*, onde a interação foi mais próxima entre o enfermeiro e a pessoas submetida a cirurgia, são indicados por Allison e George (2014) no seu estudo, como um dos mais importantes cuidados de enfermagem e que potencia a segurança das pessoas, no período pós-operatório, o que no nosso ponto de vista pode justificar esta diferença ao nível do risco de adquirir mais complicações no período pós-operatório. Através de uma relação empática, as equipas de enfermagem demonstram que, apesar do utente convalescer no domicílio, mantém uma ligação à unidade de saúde que o atendeu e pode recorrer aos profissionais de saúde dessa unidade, em caso de necessidade (Hodgins, Ouellet, Pond, Knorr, & Geldart, 2008).

Palavras-chave: Cirurgia oncológica; Enfermagem; Alta hospitalar; Consulta de *follow-up*, pós-operatório.

A *Scoping Review* desenvolvida neste trabalho teve como objetivo mapear a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem desenvolvidas pelo enfermeiro, na consulta telefónica de *follow-up* pós-operatório, do doente oncológico submetido a cirurgia, através da metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute for Scoping Reviews*. Esta revisão teve como ponto de partida a seguinte questão de investigação:

“Quais as intervenções de enfermagem desenvolvidas pelo enfermeiro na consulta telefónica de *follow-up* pós-operatório, do doente oncológico submetido a cirurgia?”

Esta questão de investigação foi elaborada utilizando-se a estratégia da mnemónica PCC, especificando-se os seus elementos constituintes na tabela 1.

P (População)	Doente oncológico submetido a cirurgia
C (Conceito)	Intervenções de enfermagem
C (Contexto)	Consulta telefónica de <i>follow-up</i> pós-operatória

Tabela 1: Esquematização da formulação da questão de investigação

Para realizar a pesquisa e com base na questão formulada, foram definidos critérios de inclusão com o intuito de alcançar estudos primários adequados à temática em estudo, os quais se encontram descritos na tabela 2.

CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
Tipos de Estudos	Revisões sistemáticas da literatura, estudos qualitativos, quantitativos e mistos, publicados entre 2015 e 2022 ¹ , em Inglês, Português e Espanhol ²
Tipo de participantes	Adultos com idade igual ou superior a 19 anos ³ , com o diagnóstico de cancro submetidos a cirurgia

Fenômeno de Interesse	Intervenções de enfermagem
Contexto	Consulta telefônica de <i>follow-up</i> pós-operatório

Tabela 2- Critérios de Inclusão

¹ A limitação temporal estabelecida permitiu aceder à evidência científica mais recente.

² A seleção dos idiomas prendeu-se com a minha aptidão para ler e analisar artigos nestes idiomas.

³ A CINAHL e a MEDLINE definem “todos os adultos”, as pessoas com idade igual ou superior a 19 anos.

Estratégias de pesquisa

Para conseguir dar resposta à questão de investigação formulada, começou-se por se fazer pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE, da plataforma EBSCOhost *Integrated Search*, entre outubro de 2021 e abril de 2022. Inicialmente foi feita pesquisa na CINAHL e na MEDLINE, usando termos em linguagem natural, o que permitiu aceder a estudos relacionados com a problemática abordada. Após a leitura dos títulos e resumos desses estudos, foram identificados mais termos de pesquisa. Posteriormente, foi feita pesquisa na CINAHL, utilizando todos os termos identificados em linguagem natural e termos indexados, através da opção CINAHL *headings*, aplicando também os operadores booleanos *OR* e *AND*, tal como se encontra exposto na tabela 3.

PESQUISA	TERMOS DE PESQUISA
S1	Adult
S2	Cancer Patient
S3	Surgical Oncology
S4	(MH” Adult”) OR (MH” Cancer Patient”) OR (MH” Surgical Oncology”)
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4

S6	(MH “Patient Discharge”) OR (MH “Hospital Discharge”)
S7	(MH “ <i>Follow-up care</i> ”)
S8	(MH “Telephone <i>follow-up</i> ”)
S9	(MH “ <i>Follow-up care</i> ”) OR (MH “Telephone <i>follow-up</i> ”)
S10	(MH “Nursing Care”) OR (MH “Nurses Role”)
S11	(MH “Nurse-led”) OR (MH” Postoperative Care”)
S12	S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11
S13	(MH “ Perioperative Nursing”) OR (MH “Practical Nurses”)
S14	(MH “Oncologic Nursing”) OR (MH “Canadian Association of Nurses in Oncology”) OR (MH “Oncology Nursing Society”)
S15	S13 OR S14
S17	S5 AND S12 AND S15

Tabela 3 – Pesquisa efetuada na CINAHL

Na MEDLINE foram pesquisados todos os termos identificados em linguagem natural e termos indexados, através da opção *Medical Subject Headings* (MESH), empregando também os operadores Boleanos *OR* e *AND*, assim como se encontra exposto na Tabela 4.

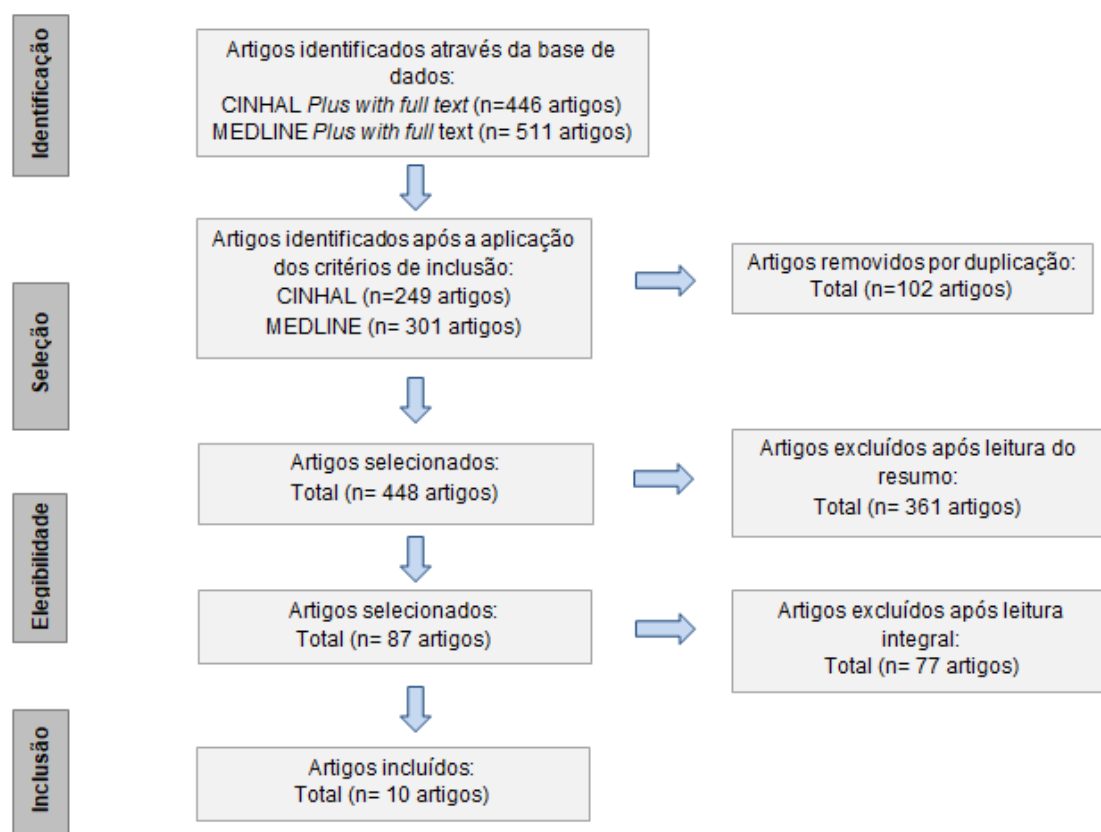
PESQUISA	TERMOS DE PESQUISA
S1	Surgical Oncology
S2	(MH” Nurse led”)
S3	(MH” Postoperative Care”)
S4	(MH “Practical Nurses”)
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4

S6	(MH “Patient Discharge”)
S7	(MH “ Hospital Discharge”)
S8	(MH “ <i>Follow-up</i> care”)
S9	(MH “Telephone <i>follow-up</i> ”)
S10	(MH “Nursing Care”)
S11	(MH “Nurses Role”)
S12	S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11
S13	(MH” Oncology Nursing”)
S14	Perioperative Nursing
S15	Postoperative Nursing
S16	(MH “Perioperative Care”) OR (MH “Nursing”) OR (MH “Nurses”) OR (MH “Perioperative Nursing”)
S17	(MH “Postoperative Care”) OR (MH “Postoperative Period”)
S18	S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17
S19	S5 AND S12 AND S18

Tabela 4 – Pesquisa efetuada na MEDLINE

Extração de dados

Os totais dos artigos obtidos na CINAHL e na MEDLINE, foram sujeitos à aplicação dos seguintes filtros: *Full Text* e a data de publicação desde 2015 a 2022. Após esta filtragem, foram identificados na CINAHL 249 artigos e na MEDLINE 301 artigos, como se encontra ilustrado na Esquema 1.



Esquema 1 – Resultados obtidos na CINAHL e MEDLINE após a introdução dos filtros

Com a soma dos 249 artigos conseguidos na CINAHL e dos 301 artigos obtidos na MEDLINE, identificaram-se 550 artigos. De seguida, eliminaram-se os artigos repetidos e efetuou-se a leitura dos títulos dos artigos obtidos, com base nos critérios de inclusão. Excluíram-se os que não cumpriam os critérios de inclusão e não se referiam à problemática do relatório. Prosseguiu-se com a leitura dos resumos destes artigos, tendo em conta os critérios de inclusão. Por fim, realizou-se a leitura integral dos mesmos, considerando os critérios de inclusão, o que permitiu eleger 10 artigos, conforme Tabela 5, que permitem dar resposta à questão formulada e que são citados na revisão crítica da literatura deste relatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Miller, D. A., Schaper, A. M. (2015). Implementation of a follow-up telephone call process for patients at high risk for readmission. *J Nurs Care Qual*, 30 (1), 63-70.

Malmström, M., Ivarssona, B., Klefsgård, R., Persson, K., Jakobsson, U., Johansson, J. (2016). The effect of a nurse led telephone supportive care programme on patients' quality of life, received information and health care contacts after oesophageal cancer surgery-A six month RCT-follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 86-95.

Santana, R. F., Pereira, S. K., Carmo, T. G. et al. (2018). Effectiveness of a telephone follow-up nursing intervention in postsurgical patients. *International Journal of Nursing Practice*, 24 (4), 1-8.

Woods, C. E., Jones, R., O'Shea, E., Grist, E., Wiggers, J., Usher, K. (2019). Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: a mixed study systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 3386-3399.

Oliveira, D. S. S., Ribeiro, J. U., Sartório, N. A., Dias, A. R., Takeda, F. R., Cecconello, I. (2021). Impact of telephone monitoring on cancer patients undergoing esophagectomy and gastrectomy. *Rev Esc Enferm USP*, 55, 1-8.

Shah, M., Douglas, J., Carey, R., Daftari, M., Smink, T., Paisley, A., Cannady, S., Newman, J., Rajasekaran, K. (2021). Reducing ER Visits and Readmissions after Head and Neck Surgery Through a Phone-based Quality Improvement Program. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 130 (1), 24-31.

Donsel, P. O., Missel, M. (2021). What's going on after hospital? – Exploring the transition from hospital to home and patient experiences of nurse-led follow-up phone calls. *Journal of Clinical Nursing*, 30 (11-12), 1694-1705.

Semi, H., Sambari, S. S., Syam, Y., Irwan, A. M. (2022). Effect of Follow-up Telephone by Enterostomal Nurses on Patients with Permanent Colostomy: A Systematic Review. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 21 (01), 54-66.

Yu, Y., Li, M., Kang, R., Liu, X., Wang, N., Zhu, Q., Cao, J., Cong, M. (2022). The effectiveness of telephone and internet-based supportive care for patients with esophageal cancer on enhanced recovery after surgery in China: A randomized

controlled trial. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 9(4), 217-228.

Trindade, L. F., Boell, J. E. W., Lorenzini, E., Montañez, W. C., Malkiewicz, M., Pituskin, E., Kolankiewicz, A. C.B. (2022). Effectiveness of care transition strategies for colorectal cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 30 (7), 6251-6261.

Tabela 5 – Referências Bibliográficas dos artigos eleitos na CINAHL e na MEDLINE, após a leitura dos textos integrais, tendo em conta os critérios de inclusão

Resultados

Após o processo de avaliação e seleção dos artigos foram incluídos, na *scoping review*, 10 artigos. A significativa discrepância entre o número de artigos identificados na pesquisa inicial e os incluídos no estudo deve-se, na sua globalidade, ao facto de a maioria dos artigos que abordam o tema “telefonema de follow-up” não evidenciarem o papel/intervenções do enfermeiro e o doente cirúrgico oncológico. Dos artigos incluídos, salienta-se que todos são de língua inglesa, um é do ano de 2015, um de 2016, um de 2018, um de 2019, três de 2021 e três de 2022.

Segue-se a explicitação de como foi feita a análise dos artigos mais relevantes, obtidos na presente Revisão *Scoping* (Tabela 6).

TÍTULO (AUTORES, ANO)	- OBJETIVO - METODOLOGIA	- RESULTADOS	- CONCLUSÕES - IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM
<i>“Implementation of a follow-up telephone cal process for patients at high risk for readmission.”</i> Miller & Schaper (2015)	O objetivo principal do presente estudo foi aprimorar o processo de transição hospital/domicílio, com o intuito de melhorar a compreensão e a adesão às instruções de cuidados pós-alta e diminuir as readmissões. Estudo qualitativo exploratório-descriptivo	Este projeto incluiu o desenvolvimento e implementação de uma chamada telefônica de acompanhamento às 72 horas pós-alta, visando doentes com alto risco de readmissão. Os dados sugerem que o acompanhamento realizado por enfermeiros através de chamada telefônica pode reduzir a taxa de readmissão em doentes de alto risco. Este projeto permitiu que a organização reconhecesse a necessidade de aperfeiçoar o processo da alta e melhorar a preparação dos doentes para a autogestão em casa.	Este projeto revelou que os doentes e cuidadores têm frequentemente dúvidas e problemas que requerem intervenção logo após a alta. A adequada avaliação, julgamento clínico e habilidades de comunicação interdisciplinar dos enfermeiros permite resposta e resolução rápidas às necessidades individuais identificadas nos doentes e cuidadores. As implicações para a enfermagem incluem avaliação precoce e planejamento das necessidades educacionais dos doentes, aumento do uso de reeducação e avaliação de nova orientação do enfermeiro sobre gestão de transições de cuidados.
<i>“The effect of a nurse led telephone supportive care programme on patients’ quality of life, received information and health care contacts</i>	O objetivo do estudo foi avaliar o efeito de um programa de cuidados de suporte por telefone liderado por enfermeiros sobre a	Foram incluídos neste estudo 82 doentes, com predominância do género masculino. Os resultados mostram que o grupo de intervenção ficou significativamente mais satisfeito com as	A intervenção proativa dos enfermeiros no acompanhamento por telefone tem um impacto efetivo e significativo na saúde dos doentes. As informações fornecidas revelam um efeito positivo na

<i>after oesophageal cancer surgery-A six month RCT- follow-up study.”</i> Malmström <i>et al.</i>, (2016)	qualidade de vida, informações recebidas e o número de contatos de saúde realizados em comparação com os cuidados convencionais após ressecção de cancro do esófago. Ensaio randomizado controlado	informações recebidas sobre os cuidados pós-operatórios. No entanto, este programa não revela qualquer efeito na qualidade de vida.	capacidade dos doentes para lidarem com os efeitos colaterais remanescentes e sintomas adversos sentidos após a cirurgia. Os cuidados de suporte realizados por telefone e liderados por enfermeiros aprimoram a satisfação dos doentes com as informações fornecidas e sem aumentar o número de contatos de saúde.
<i>“Effectiveness of a telephone follow-up nursing intervention in post surgical patients”</i> Santana, R.F., <i>et al.</i>, (2018)	O objetivo principal deste estudo foi realizar uma comparação entre a eficácia da consulta telefónica e o acompanhamento convencional pelo profissional de saúde, dos doentes cirúrgicos no pós-operatório. Estudo experimental	As consultas telefónicas de <i>follow-up</i> no pós-operatório permitem que os enfermeiros forneçam um cuidado personalizado, de forma a complementar o processo de enfermagem. Esta intervenção de enfermagem é destinada a prevenir as complicações pós-operatórias. As ligações telefónicas de acompanhamento foram associadas à diminuição do tempo de recuperação pós-cirúrgica em dias. Em comparação com doentes que receberam ligações de acompanhamento, os doentes que receberam acompanhamento convencional apenas tiveram piora nos resultados de recuperação,	O acompanhamento dos doentes cirúrgicos no pós-operatório através de consulta telefónica contribui para que a recuperação cirúrgica fosse mais rápida. As consultas telefónicas de <i>follow-up</i> representam uma intervenção eficaz nos cuidados de enfermagem perioperatórios. A adopção das consultas telefónicas durante o acompanhamento pós-cirúrgico de idosos tem implicações para a prática de enfermagem, como a qualidade da assistência de enfermagem, o uso de uma linguagem e contribuição para o desenvolvimento do conhecimento. Além disso, as consultas telefónicas de <i>follow-up</i> permitem direccionar as intervenções de

		como a mobilidade diminuída, necessidade de assistência para autocuidado, fadiga e aumento do tempo necessário para recuperação. A continuidade dos cuidados pós-operatórios no domicílio deve ser sistematizada por consulta telefónica.	enfermagem e promover uma visão ampliada do cuidado de enfermagem.
<i>“Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: a mixed study systematic review.”</i> Woods, C. E., et al. (2019)	O objetivo desta revisão de estudos mistos foi mapear a evidência mais recente sobre a eficácia e aceitação da intervenção do enfermeiro na realização do telefonema de <i>follow-up</i> após a alta. Teve como objetivo secundário avaliar o impacto desta intervenção nos resultados dos doentes que tiveram alta. Revisão sistemática de estudos mistos	Os resultados demonstram que as intervenções de enfermagem realizadas no telefonema de <i>follow-up</i> têm o potencial para melhorar os resultados dos doentes. Os estudos sugerem que a satisfação do doente com o telefonema é um dos resultados positivos mais fortes das intervenções. No entanto, os resultados não demonstram diminuição da taxa de readmissões ou da mortalidade do doente.	As intervenções de enfermagem realizadas durante o telefonema de <i>follow-up</i> proporcionam satisfação ao doente, permitem conhecer as suas necessidades, melhorar a comunicação, incentivar o autocuidado e a gestão do regime terapêutico, de modo a reduzir os problemas pós-alta. Quando conduzidas por um enfermeiro, estas intervenções têm o potencial para melhorar os cuidados pós alta e atender às necessidades manifestadas pelos doentes. Os doentes aceitaram o telefonema de <i>follow-up</i> e estão satisfeitos com esta forma de atendimento pós-alta.

<i>“Impact of telephone monitoring on cancer patients undergoing esophagectomy and gastrectomy”</i> Oliveira, D. et al. (2021).”	O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da monitorização e orientação verbal dos enfermeiros por telefone sobre os sintomas pós-operatórios, qualidade de vida, angústias, internamentos nos serviços de urgência e a satisfação dos doentes oncológicos submetidos a esofagectomia e gastrectomia. Ensaio prospectivo randomizado controlado	No presente estudo, procurou-se avaliar a sintomatologia apresentada pelos doentes após a realização de procedimentos cirúrgicos, percebeu-se que a dor foi o sintoma mais frequente em todos os contatos telefónicos efetuados, seguido de diarreia, falta de apetite, náusea e vômito. É importante salientar que a presença destes sintomas interferiu negativamente na qualidade de vida dos doentes.	A monitorização telefónica não reduziu o número de admissões no serviço de urgência dos doentes que participaram neste estudo. O contato telefónico realizado pelo enfermeiro proporcionou grande satisfação dos doentes no grupo de intervenção, demonstrando o real impacto deste processo no cuidado ao doente oncológico. A abordagem telefónica configura-se, desta forma, como estratégia para promoção da saúde.
--	---	--	---

<i>“Reducing ER visits and readmissions after head and neck surgery through a phone-based quality improvement program”</i> Shah, M. <i>et al.</i> (2021).	O objetivo do estudo foi avaliar o impacto do <i>follow-up</i> telefónico e verificações virtuais de feridas 72 horas após a alta hospitalar em doentes com diagnóstico de cancro de cabeça e pescoço submetidos a cirurgia oncológica. Pretendeu-se também avaliar a sua eficácia na redução de atendimentos destes doentes no serviço de urgência e reinternamentos. Estudo qualitativo descritivo	Os doentes foram contactados 72 horas após a alta hospitalar pelo cirurgião ou pelo enfermeiro. Como complemento à chamada, tiveram a oportunidade de enviar fotografias das feridas cirúrgicas ao enfermeiro que realizou o <i>follow-up</i> telefónico. 91 dos doentes preencheram os critérios de inclusão, dos quais 83 foram contactados. 6 doentes foram readmitidos e 3 não atenderam o telefone. Os doentes que não puderam ser contactados foram readmitidos por disfagia (2) e infeção do trato urinário (1). Os doentes contactados foram orientados a ir ao serviço de urgência por hemorragia pós-operatória (2) e perdas hemáticas gastrointestinais (1). Quando comparado ao ano anterior, houve redução significativa nas visitas ao serviço de urgência e nenhuma alteração relativamente às readmissões.	A implementação do telefonema de <i>follow-up</i> no pós-operatório tem o potencial de diminuir as visitas ao serviço de urgência e aumentar a satisfação do doente. Isto pode contribuir para a diminuição da pressão sobre o sistema de saúde e melhorar o atendimento ao doente. Embora as readmissões não tenham sido impedidas, nestes casos, o telefonema de <i>follow-up</i> alertou a equipa cirúrgica para o aparecimento precoce de complicações pós-operatórias e permitiu uma intervenção apropriada e oportuna. Num esforço para reduzir readmissões e visitas ao serviço de urgência não planeadas, as instituições têm enfatizado o planeamento da alta e a educação do doente. Para maximizar a eficácia do planeamento da alta, pretende-se a implementação de chamadas telefónicas de <i>follow-up</i>. Estas possibilitam uma comunicação eficiente com os doentes, respondendo às suas dúvidas e questões e mitigando as suas preocupações.
---	--	--	--

<i>“What's going on after hospital? – Exploring the transition from hospital to home and patient experiences of nurse-led follow-up phone calls”</i> Donsel, P. O. & Missel, M. (2021)	O objetivo do estudo foi explorar a transição do doente submetido a cirurgia torácica do hospital para o domicílio e avaliar as suas experiências em relação aos cuidados pós-operatórios realizados através de consulta telefónica de <i>follow-up</i> conduzida por enfermeiros. Estudo qualitativo	Os doentes descrevem a chamada telefónica como uma oportunidade para discutir as suas preocupações com o enfermeiro e receber a garantia de que os sintomas que experienciaram eram os esperados. Os doentes explicaram nas suas entrevistas o que pensavam no momento do telefonema. Alguns destacaram a necessidade de conversar com uma enfermeira no dia seguinte à alta porque se sentiam estranhos e inseguros por estar em casa.	Este estudo demonstra que os doentes se encontram em diferentes estágios da sua transição após a alta hospitalar. O telefonema do enfermeiro pode ser um suporte neste período inicial em casa e na transição para a vida quotidiana. Na prática clínica, os resultados podem ser usados para melhor compreender as experiências do doente durante o primeiro período em casa após participar no programa ERAS. Usando este conhecimento, podemos estruturar programas de tratamento futuros, de forma mais adequada para garantir uma transição segura do hospital para casa.
<i>“Effect of follow-up telephone by enterostomal nurses on patients with permanent colostomy: a systematic review”</i> Semi, H. et al. (2022).	O objetivo deste estudo foi descrever e avaliar sistematicamente o efeito do telefonema de <i>follow-up</i> realizado por um enfermeiro, a doentes com cancro colorretal e que ficaram com colostomia permanente. Revisão sistemática da literatura	A maioria dos estudos incluía doentes com diagnóstico de cancro colorretal em qualquer estadio, que após tratamento cirúrgico ficaram com colostomia permanente. Nesta revisão sistemática da literatura foi possível evidenciar que o acompanhamento por telefone liderado por enfermeiros é uma excelente forma de trocar informações, fornecer educação em saúde, aconselhamento sobre	Esta revisão sistemática resumiu a melhor evidência disponível sobre a eficácia do telefonema de <i>follow-up</i> conduzido por enfermeiros a doentes com colostomia permanente. Os achados revelam melhoria da qualidade de vida, da auto-eficácia e na redução de complicações pós-operatórias. Por esta razão, recomenda-se a realização de telefonemas de <i>follow-up</i> durante pelo menos três meses. No entanto serão necessárias mais pesquisas

		gestão de sintomas, reconhecer complicações e promover a satisfação do doente. O telefonema de <i>follow-up</i> realizado a doentes com colostomia permanente mostrou-se eficiente na auto-eficácia, qualidade de vida e diminuição na incidência de complicações pós-operatórias	para avaliar a frequência ou duração das chamadas telefónicas. Os doentes com colostomia permanente têm diferentes necessidades de cuidados de enfermagem em diferentes fases da doença. A intervenção do enfermeiro no telefonema de <i>follow-up</i> reduz o tempo de consulta no hospital e economiza custos.
<i>“The effectiveness of telephone and internet-based supportive care for patients with esophageal cancer on enhanced recovery after surgery in China: A randomized controlled trial”</i> Yu, Y. et al. (2022)	O objetivo deste estudo foi criar um programa de cuidados de suporte liderado por enfermeiros, com base no uso de telefone e um aplicativo de mensagens através da internet. Pretendeu-se também avaliar a sua eficácia em comparação com os cuidados convencionais realizados aos doentes com neoplasia do esófago após intervenção cirúrgica por intermédio do programa ERAS.	Foram incluídos neste estudo 168 doentes, 86 no grupo de intervenção e 82 no grupo de controlo. Os cuidados de suporte discutidos neste estudo abordaram principalmente os problemas nutricionais dos doentes. As medidas correctivas incluíram a avaliação das dificuldades alimentares, a orientação individualizada e diversas formas de educação nutricional. Os resultados mostraram uma diferença significativa na qualidade de vida após a implementação deste programa no grupo de intervenção. Os doentes do grupo de intervenção acharam o serviço de acompanhamento muito útil e ficaram mais satisfeitos com a assistência prestada	Este estudo destacou a importância do papel dos enfermeiros nos cuidados de suporte através do telefonema de <i>follow-up</i> e o uso de um aplicativo de mensagens nos cuidados pós-operatórios. A intervenção de enfermagem durante a realização do telefonema teve efeito no estado nutricional, na qualidade de vida e na satisfação dos doentes relativamente aos cuidados prestados. Os enfermeiros desempenham um papel essencial no apoio aos doentes com cancro. As suas intervenções centram-se na gestão de complicações relacionadas com doença, na monitorização das respostas do sistema de saúde e na

	Ensaio randomizado controlado	do que os doentes do grupo controlo. Isto indica que os cuidados de suporte prestados por telefone e Internet podem ajudar os doentes a resolver as suas necessidades.	coordenação do atendimento, contribuindo assim para o reequilíbrio e bem-estar do doente.
<i>“Effectiveness of care transition strategies for colorectal cancer patients: a systematic review and meta-analysis”</i> Trindade, L. F. et al. (2022)	Avaliar a eficácia das estratégias de transição do cuidado hospitalar para a comunidade em comparação com o cuidado habitual para doentes com cancro colorretal, de forma a reduzir o tempo de internamento, readmissões em 30 dias e visitas ao serviço de urgências até 30 dias. Revisão sistemática da literatura	Nesta revisão de literatura foram incluídos sete estudos. A análise dos estudos mostrou redução das readmissões em 30 dias e redução significativa do tempo de internamento dos doentes com cancro colorretal quando aplicadas as intervenções de transição de cuidados. Foram utilizadas as seguintes intervenções: acompanhamento pós-alta por telefone, programa de vigilância pós-alta por telemedicina, programa de transição e recuperação melhorada padronizada por protocolo.	Em conclusão este estudo permitiu demonstrar que as estratégias de transição de cuidados do hospital para o domicílio foram eficazes. Possibilitou uma redução de 32% nas readmissões hospitalares até 30 dias e uma redução de aproximadamente um dia e meio nos internamentos. Refletir na transição de cuidados de doentes com cancro colorretal é essencial, dada a incidência e prevalência atuais da doença. Assim, é importante que os serviços de saúde tenham protocolos de continuidade de cuidados eficazes, eficientes e baseados em evidências para otimizar a transição segura do hospital para a comunidade. Ao incorporar essas estratégias os custos serão reduzidos, os internamentos e eventos adversos serão evitados e a experiência do doente será melhor.

Tabela 6 – Resumo da análise dos artigos mais relevantes, obtidos na presente *Scoping Review*

Análise e discussão dos dados

Os artigos incluídos variam entre 2015 e 2022. Os principais conteúdos encontrados centram-se no objetivo de mapear a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem desenvolvidas pelo enfermeiro, na consulta telefónica de *follow-up* pós-operatório, do doente oncológico submetido a cirurgia. Para conseguir dar resposta ao objetivo, foram selecionados 87 artigos, dos quais foram eleitos 10 artigos, que permitiram dar resposta à questão de investigação. Desta forma, foram extraídos dados dos 10 artigos analisados, sendo que se apresenta em forma de tabela (tabela 6) sintetizando as ideias chave que respondiam à questão de investigação, permitindo a interpretação sistematizada dos artigos.

Nos artigos analisados pode constatar-se que as atividades dos enfermeiros na transição do cuidado da alta do hospital para o domicílio são múltiplas e realizadas em diferentes complexidades, iniciando-se no período prévio à admissão do doente e completando-se quando o doente se insere no ambiente domiciliar.

A qualidade de vida é severamente reduzida após a cirurgia e os doentes manifestam necessidades de cuidados de apoio após vivenciarem esta experiência (Malmström *et al.*, 2013; Malmström *et al.*, 2016). É conhecido que a situação de vida dos doentes após a cirurgia muda e que as complicações pós-operatórias podem provocar efeitos a nível físico, social e psicológico (Clarke *et al.*, 2011; Malmström *et al.*, 2013; McCorry *et al.*, 2009; Malmström *et al.*, 2016).

Após a cirurgia, os doentes sofrem de várias complicações pós-operatórias, tais como, fadiga, diarreia, dor, insónias, refluxo gastro esofágico, perda de apetite e alterações do paladar (Lagergren *et al.*, 2007; Malmström *et al.*, 2013; Olsson *et al.*, 2002; Verschuur *et al.*, 2006; Viklund *et al.*, 2006; Malmström *et al.*, 2016; Wikman, *et al.* 2014; Yu Y *et al.*, 2022), bem como sentimentos de depressão, solidão e abandono (Malmström *et al.*, 2013; Olsson *et al.*, 2002; Malmström *et al.*, 2016). Estes fatores podem contribuir para a redução da qualidade de vida, prolongar o tempo de recuperação pós-operatória e afetar a vida do doente por um tempo substancial após cirurgia (Djarv *et al.*, 2008; Lagergren *et al.*, 2007; Olsson *et al.*, 2007; Viklund *et al.*, 2006; Malmström *et al.*, 2016; Wainwright *et al.*, 2007; Ligthart-Melis *et al.*, 2013; Yu Y *et al.*, 2022).

A maioria das complicações pós-operatórias podem ser minimizadas através da criação de programas de educação para a saúde e acompanhamento contínuo dos enfermeiros para melhorar a qualidade de vida do doente (Semi *et al.*, 2022).

Vários modelos de intervenção educativa fornecidos por enfermeiros incluem o aperfeiçoamento das habilidades psicossociais e de autogestão (Faury *et al.*, 2017; Semi *et al.*, 2022), grupos de apoio para melhorar o autocuidado, a qualidade de vida, a autogestão (Sheng *et al.*, 2017; Semi *et al.*, 2022), a partilha de experiências e atividades sociais para incentivar a auto-estima (Altuntas *et al.*, 2012; Semi *et al.*, 2022).

A recuperação cirúrgica pode ser definida como os dias necessários para iniciar as atividades de vida diárias, manter a saúde e o bem-estar. De acordo a Classificação das Intervenções de Enfermagem, o acompanhamento por telefone é definido como “o fornecimento de resultados de exames ou avaliação da resposta do doente e determinação do potencial de problemas como consequência do tratamento, exame ou teste prévio, por meio do telefone” (McCloskey & Bulechek, 2014; Santana *et al.*, 2018). Um programa ativo de vigilância pós-alta está associado à redução das readmissões evitáveis em doentes com cancro no pós-operatório, contribuindo para a redução da morbilidade e dos custos hospitalares (Borsuk *et al.*, 2019; Trindade *et al.*, 2022). Os telefonemas de *follow-up* pós-operatórios realizados por enfermeiros reduzem a ansiedade dos doentes, deixando-os mais à vontade para questionar e esclarecer dúvidas (Beaver *et al.*, 2012; Trindade *et al.*, 2022).

Visitas não planeadas ao hospital, incluindo readmissões e as idas ao serviço de urgências são comuns, caras e um fardo para o sistema de saúde. Estudos demonstraram que entre 9 e 59% das readmissões não planeadas são evitáveis (Shah *et al.*, 2021). As instituições têm feito um esforço para tentar reduzir as readmissões e as vistas ao serviço de urgências e nesta perspectiva, têm enfatizado o planeamento da alta e a educação do doente (Rajasekaran *et al.*, 2015; Shah *et al.*, 2021).

A intervenção proativa dos enfermeiros no acompanhamento por telefone tem um impacto efetivo e significativo na saúde dos doentes. As informações fornecidas revelam um efeito positivo na capacidade dos doentes para lidarem com os efeitos colaterais remanescentes e sintomas adversos sentidos após a cirurgia (Malmström *et al.*, 2016). O seguimento telefónico permite a continuidade dos cuidados pós-operatórios após a alta hospitalar, oferecendo ensino e orientações aos doentes de acordo com as necessidades (Cardozo *et al.*, 2017; Oliveira *et al.*, 2021). A monitorização telefónica pode ser usada para o desenvolvimento de intervenções psicoeducativas, no acompanhamento e controlo dos sintomas, sendo um recurso

que amplia a ação do profissional de saúde, com a assistência direcionada em cada momento do tratamento oncológico (Stamm *et al.*, 2018; Pereira *et al.*, 2013; Oliveira *et al.*, 2021). Neste sentido, a prática do enfermeiro associada ao *follow-up* pós-operatório tem um papel facilitador na aprendizagem, despertando nos doentes a autonomia e a habilidade necessária para a gestão do cuidado da própria saúde e pode provocar mudanças significativas na capacidade de ajuste à nova condição de saúde (Oliveira *et al.*, 2021).

A transição de cuidados pode ser um momento desafiador e stressante para os doentes e familiares. A complexidade das situações de saúde e as falhas de comunicação entre as equipas de saúde criam dificuldades aos doentes que transitam do hospital para o domicílio (Miller & Schaper, 2015). Apesar do desenvolvimento de programas destinados a melhorar a transição entre o hospital e o domicílio, o processo de planeamento da alta seguro, eficiente e coordenado está longe de ser perfeito (Levine & Feinberg, 2012; Miller & Schaper, 2015). A transição de cuidados revela problemas básicos com a responsabilidade pela transferência e coordenação dos cuidados e pode culminar em readmissão hospitalar (Levine & Feinberg, 2012; Miller & Schaper, 2015).

A implementação do telefonema de *follow-up* permite uma avaliação precoce do estado de saúde do doente, possibilita o esclarecimento de dúvidas e revela-se uma forma acessível de apoiar os doentes, melhorar a sua compreensão e adesão às instruções de cuidados pós-alta (Miller & Schaper, 2015). A adequada avaliação, julgamento clínico e habilidades de comunicação interdisciplinar dos enfermeiros permite resposta e resolução rápidas às necessidades individuais identificadas nos doentes e cuidadores (Miller & Schaper, 2015). A intervenção do enfermeiro inclui a avaliação precoce, planeamento das necessidades educacionais dos doentes e orientação sobre os cuidados pós-operatórios (Miller & Schaper, 2015).

As consultas telefónicas de *follow-up* no pós-operatório permitem que os enfermeiros proporcionem um cuidado personalizado, incluindo o diagnóstico, planeamento de intervenções, implementação e avaliação, de forma a complementar o processo de enfermagem. Esta intervenção de enfermagem é destinada a prevenir as complicações pós-operatórias (Inman, Maxson, Johnson, Myers, & Holland, 2011; Santana *et al.*, 2018).

O acompanhamento por telefone é percebido como uma intervenção positiva conduzida por enfermeiros para trocar informações, prover conselhos de cuidados

posteriores, para controlar os sintomas, para reconhecer o início de complicações e como meio de tranquilizar e facilitar a transição do hospital para casa (Mistiaen & Poot, 2006; Woods *et al.*, 2019). O telefonema de *follow-up* também é defendido como uma medida custo-efetiva para melhorar os resultados de saúde do doente, aumentar a sua satisfação e reduzir readmissões não planeadas (Gonçalves-Bradley *et al.*, 2017; Hamar *et al.*, 2017; Woods *et al.*, 2019).

Os telefonemas de *follow-up* têm como objetivo a melhoria da qualidade e continuidade cuidados, aprimorar a segurança do doente, reduzir eventos adversos, esclarecer dúvidas do doente sobre as instruções de cuidados de alta, avaliar a satisfação do doente sobre sua experiência de atendimento e abordar quaisquer preocupações sobre a sua experiência ou a sua recuperação (Schuller, Lin, Gamm, & Edwardson, 2015; Woods *et al.*, 2019). As intervenções de enfermagem realizadas durante o telefonema de *follow-up* proporcionam satisfação ao doente, permitem conhecer as suas necessidades, melhorar a comunicação, incentivar o autocuidado e a gestão do regime terapêutico, de modo a reduzir os problemas pós-alta. Quando conduzidas por um enfermeiro, estas intervenções têm o potencial para melhorar os cuidados pós alta e atender às necessidades manifestadas pelos doentes (Woods *et al.*, 2019).

A implementação do telefonema de *follow-up* no pós-operatório tem o potencial de diminuir as visitas ao serviço de urgência e aumentar a satisfação do doente. Isto pode contribuir para a diminuição da pressão sobre o sistema de saúde e melhorar o atendimento ao doente (Shah *et al.*, 2021). A chamada telefónica pós-alta possibilita uma comunicação eficiente entre a equipa cirúrgica e os doentes, permitindo responder às suas dúvidas e questões e mitigar as suas preocupações (Shah *et al.*, 2021).

A consulta telefónica de *follow-up* de cuidados pós-operatórios, conduzida por uma enfermeira tem como foco as perspectivas e percepções dos doentes sobre a doença e as trajetórias de tratamento, com o intuito de ouvir os doentes e deixar suas perspectivas guiarem a intervenção clínica (Donsel & Missel, 2021). Como resultado, a enfermeira tem conhecimento e familiaridade com os procedimentos cirúrgicos no serviço, incluindo enfermagem pré e pós-operatória, bem como outros possíveis problemas e necessidades do doente (Donsel & Missel, 2021). A ligação telefónica pode ser vista como uma forma de cuidado que vai além do hospital. O telefonema é significativo para o doente em vários níveis; é sentir-se cuidado, ter a

certeza de que existe um profissional interessado em saber se há alguma complicação ou dor (Donsel & Missel, 2021).

O telefonema de *follow-up* pós-operatório realizado por enfermeiros é uma forma eficiente de fornecer apoio e suporte após o tratamento (Sharifi *et al.*, 2018; Semi *et al.*, 2022). Este tipo de intervenção de enfermagem é uma excelente forma de trocar informações, fornecer educação em saúde, aconselhamento sobre gestão de sintomas, reconhecer complicações e promover a satisfação do doente (Mistiaen *et al.*, 2010; Semi *et al.*, 2022).

A intervenção do enfermeiro no telefonema de *follow-up* é essencialmente de suporte e apoio, tem efeito no estado nutricional, na qualidade de vida e na satisfação dos doentes relativamente aos cuidados prestados (Yu *et al.*, 2022). Os enfermeiros desempenham um papel essencial no apoio aos doentes com cancro. As suas intervenções centram-se na gestão de complicações relacionadas com doença, na monitorização das respostas do sistema de saúde e na coordenação do atendimento, contribuindo assim para o reequilíbrio e bem-estar do doente (Viklund *et al.*, 2006; Moore *et al.*, 2004; Yu *et al.*, 2022).

De uma forma geral, o enfermeiro atua ao longo de todo o percurso cirúrgico do doente. O enfermeiro acompanha o doente desde o pré-operatório até ao período pós-operatório, em todas as suas fases. As intervenções de enfermagem incidem no ensino, na capacitação e no empoderamento do doente desde a admissão até ao momento em este se encontra inserido na comunidade; na preparação para a alta; na prestação de cuidados no internamento e na realização do *follow-up* telefónico pós-alta. A revisão da literatura evidencia a influência que estas intervenções têm na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao doente e, consequentemente, com impacto positivo nos resultados dos doentes.

Limitações do estudo

Como limitações deste estudo, realça-se que a pesquisa foi realizada somente em duas bases de dados e foram incluídos apenas artigos que se encontravam disponíveis em texto integral, o que pode ter excluído outros estudos com possíveis resultados importantes para a temática. Nesta revisão, inclui-se apenas artigos publicados em inglês, português e espanhol. Assim, artigos publicados noutros idiomas também poderiam ter sido importantes para esta revisão.

Como recomendações para a investigação, sugere-se alargar a pesquisa realizada a mais bases de dados e a mais recursos de literatura não publicada, de forma a poder obter um maior leque de resultados e a realizar uma avaliação mais sensível da literatura existente.

Implicações para a prática

Tendo em conta a pertinência do tema e a relevância das intervenções de enfermagem desenvolvidas na consulta telefónica de *follow-up* pós-operatório, constatou-se que seria importante futuramente a realização de mais estudos de investigação a fim de aperfeiçoar as intervenções de enfermagem procurando a uniformidade na prática junto do doente oncológico submetido a cirurgia.

Conclusão

O objetivo desta revisão *scoping* foi mapear a evidência disponível sobre as intervenções de enfermagem desenvolvidas pelo enfermeiro, na consulta telefónica de *follow-up* pós-operatório, do doente oncológico submetido a cirurgia. Nesta revisão verificou-se que as intervenções de enfermagem recaem no ensino, na capacitação e no empoderamento do doente. Durante a realização do telefonema de *follow-up* o papel do enfermeiro alude sobre a educação para a saúde, nomeadamente na gestão de sintomas, na capacitação para o autocuidado, nos cuidados com a ferida operatória e no reconhecimento precoce de complicações pós-operatórias. As intervenções de enfermagem praticadas durante a consulta de *follow-up* proporcionam satisfação ao doente, permitem conhecer as suas necessidades, melhorar a comunicação, incentivar o autocuidado e a gestão do regime terapêutico, de modo a reduzir os problemas pós-alta.

Desta forma conclui-se que o enfermeiro tem um papel de relevo na consulta de *follow-up* pós-operatório. Foi possível responder à questão de investigação inicialmente elaborada, pelo que se conclui uma abordagem metodológica adequada, no entanto, pelas limitações já anteriormente descritas e de acordo com as recomendações apresentadas, considera-se necessário alargar a pesquisa e a investigação realizada. Por último, evidencia-se que a consulta de *follow-up* pós-operatório integra uma conjuntura favorável para distinguir o impacto da atividade do enfermeiro na qualidade dos cuidados perioperatórios, bem como a sua influência direta nos resultados cirúrgicos do doente e na resolução dos seus problemas.

Referências bibliográficas

- Alecrim, R. X., Taminato, M., Belasco, A., Longo, M. C. B., Kusahara, D. M., Fram, D. (2019). Strategies for preventing ventilator-associated pneumonia: an integrative review. *Rev Bras Enferm*, 72 (2), 521-30.
- Allison, J. & George, M. (2014). Using preoperative assessment e patient instruction to improve patient safety. *AORN jornal*, 99 (3), 364-75.
- Almeida, M., Sousa, M. R. M. G. C., & Loureiro, H. M. A. M. (2019). Eficácia de um programa educacional baseado no empowerment na percepção de autoeficácia em utentes com diabetes. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (22), 33- 41.
- Altuntas, Y. E., Kement, M., Gezen, C., Eker, H. H., Aydin, H., Sahin, F. *et al.* (2012). The role of group education on quality of life in patients with a stoma. *Eur J Cancer Care*, 21(6), 776-81.
- Associação Enfermeiros Sala Operações Portuguesas (2012). *Enfermagem Perioperatória - da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidática.
- Beaver, K., Campbell, M., Williamson, S., Procter, D., Sheridan, J., Heath, J. *et al.* (2012). An exploratory randomized controlled trial comparing telephone and hospital follow-up after treatment for colorectal cancer. *Colorectal Dis*, 14 (10), 1201-1209.
- Borsuk, D. J., Al-Khamis, A., Geiser, A. J., Zhou, D., Warner, C., Kochar, K. *et al.* (2019). S128: active post discharge surveillance program as a part of Enhanced Recovery After Surgery protocol decreases emergency department visits and readmissions in colorectal patients. *Surg Endosc*, 33 (11), 3816-3827.
- Cardozo, A. S. *et al.* (2017). Phone follow-ups as a nursing intervention in the surgical recovery of prostatectomized elderly. *Rev Enferm UFPE*, 11 (8), 3005-12.
- Caseiro, J. M., & Tavares, J. (2013). *Procedimentos 2014 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa*. Lisboa: Oncoanestesia.
- Clarke *et al.* (2011). The role of identity in adjustment among survivors of oesophageal câncer. *Journal of Health Psychology*, 16 (1), 99-108.
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Portugal – Doenças oncológicas em números-2015*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2015-pdf.aspx>.

- Djärv *et al.* (2008). Long-term health-related quality of life following surgery for oesophageal cancer. *British Journal of Surgery*, 95, 1121-1126.
- Donsel, P. O., Missel, M. (2021). What's going on after hospital? – Exploring the transition from hospital to home and patient experiences of nurse-led follow-up phone calls. *Journal of Clinical Nursing*, 30 (11-12), 1694-1705.
- Duarte, A. *et al.* (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa: Lidel - Edições técnicas, Lda.
- Faury, S., Koleček, M., Foucaud, J., M'Bailara, K., Quintard B. (2017). Patient education interventions for colorectal cancer patients with stoma: A systematic review. *Patient Educ Couns*, 100 (10), 1807-19.
- Garção, F. (2013). *Planeamento da Alta: Impacto nos Indicadores de Desempenho Hospitalar – Relatório de trabalho de projeto do Mestrado de Gestão em Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Giordani, A., Sonobe, H., Ezaias, G., Valério, M., & Barra, M. (2015). Perfil de pacientes cirúrgicos atendidos em um hospital público. *Revista de enfermagem UFPE*, 9 (1), 54- 61.
- Global Cancer Observatory (2020). Cancer Today. Disponível em <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie>.
- Gonçalves-Bradley, D. C., Iliffe, S., Doll, H. A., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., Shepperd, S. (2017). Early discharge hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 1-135.
- Gonçalves, M., Cerejo, M., & Martins, J. (2017). The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (14), 17-26.
- Hamar, G. B., Coberley, C., Pope, J. E., Cottrill, A., Verrall, S., Larkin, S., & Rula, E. Y. (2017). Effect of post-hospital discharge telephonic intervention on hospital readmissions in a privately insured population in Australia. *Australian Health Review*, 42 (3), 241.
- Hartford, K. (2005). Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 459 – 468.
- Hodgins, J. M., Ouellet, L.L, Knorr, S., & Geldart, G. (2008). Effect of telephone follow-up on surgical orthopedic recovery. *Science Direct*, 21 (4), 218-226.

- Inman, D. M., Maxson, P. M., Johnson, K. M., Myers, R. P., & Holland, D. E. (2011). The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: Finding value in low-margin activities. *Urologic Nursing*, 31 (2), 83-91.
- Käßmann, B. P., Docherty, L. S., Rice, H., Donald, B. & Schweutzer, M. (2012). Telephone follow-up for pediatric ambulatory surgery: parent e provider satisfaction. *Journal of pediatric nursing*, 27, 715-724.
- Koivisto, J. M., Saarinen, I., Kaipia, A., Puukka, P., Kivinen, K., Laine, K. M., et al. (2019). Patient education in relation to informational needs and postoperative complications in surgical patients. *Int J Qual Health Care*, 32 (1) 35-40.
- Lagergren et al. (2007). Health-related quality of life among patients cured by surgery for esophageal câncer. *Cancer*, 110 (3), 686-693.
- Leal, M. T. (2006). Cirurgia Ambulatória: estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem?. *Pensar Enfermagem*, 10 (1), 67-74.
- Levine, C., Feinberg, L. (2012). Transitions in care: are they person and family centered? *Generations*, 36(4), 20-27.
- Ligthart-Melis, G. C., Weijs, P. J., et al. (2013). Dietician-delivered intensive nutritional support is associated with a decrease in severe postoperative complications after surgery in patients with esophageal cancer. *Dis Esophagus*, 26(6), 587-593.
- Machado, N. D. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem - um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão - ação*. Tese de doutoramento não publicada. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
- Malmström et al. (2013). Long-term experiences after oesophagectomy/gastrectomy for cancer – a focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (1), 44-5.
- Malmström, M., Ivarssona, B., Klefsgård, R., Persson, K., Jakobsson, U., Johansson, J. (2016). The effect of a nurse led telephone supportive care programme on patients' quality of life, received information and health care contacts after oesophageal cancer surgery- A six month RCT-follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 86-95.

- Marques, A. R. (2011). *Cuidados de enfermagem pré e pós operatórios em cirurgia de ambulatório: percepção dos doentes*. Tese de mestrado não publicada. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (2014). *Nursing Interventions Classification (NIC): Iowa intervention project*. St. Louis: Elsevier.
- McCorry *et al.* (2009). Adjusting to life after esophagectomy: the experience of survivors and carers. *Qualitative Health Research*, 19 (10), 1485-1494.
- Miller, D. A., Schaper, A. M. (2015). Implementation of a follow-up telephone call process for patients at high risk for readmission. *J Nurs Care Qual*, 30 (1), 63-70.
- Mistiaen, P., & Poot, E. (2006). Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 1-129.
- Mistiaen, P., Poot, E. (2010). Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database Syst Ver*, 1, 24.
- Moore, S. (2004). London and South East Lung Cancer Forum for Nurses. Guidelines on the role of the specialist nurse in supporting patients with lung cancer. *Eur J Cancer Care*, 13 (4), 344-348.
- Nibi, F. A. (2014). Cuidados intensivos no pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica. *Revista Uninga*, 39 (1).
- Oliveira, D. S. S., Ribeiro, J. U., Sartório, N. A., Dias, A. R., Takeda, F. R., Cecconello, I. (2021). Impact of telephone monitoring on cancer patients undergoing esophagectomy and gastrectomy. *Rev Esc Enferm USP*, 55, 1-8.
- Olsson *et al.* (2002). Patients' experiences of the recovery period 3 months after gastrointestinal cancer surgery. *European Journal of Cancer Care*, 11, 51-60.
- Olsson *et al.* (2007). Patients' subjective symptoms, quality of life and intake of food during the recovery period 3 and 12 months after upper gastrointestinal surgery. *European Journal of Cancer Care*, 16, 74-85.
- Otto, S.E. (2000). *Enfermagem Oncológica*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pereira, M. R. *et al.* (2013). Qualidade de vida de doentes esofagectomizados: adenocarcinoma versus carcinoma epidermóide. *Rev Col Bras*, 40(1), 3-10.

- Rajasekaran, K., Revenaugh, P., Benninger, M., Burke, B., Sindwani, R. (2015). Development of a quality care plan to reduce otolaryngologic readmissions: early lessons from the Cleveland clinic. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 153(4),629-635
- Santana, R. F., Pereira, S. K., Carmo, T. G. *et al.* (2018). Effectiveness of a telephone follow-up nursing intervention in postsurgical patients. *International Journal of Nursing Practice*, 24 (4), 1-8.
- Schuller, K. A., Lin, S. H., Gamm, L. D., & Edwardson, N. (2015). Discharge phone calls: A technique to improve patient care during the transition from hospital to home. *Journal for Healthcare Quality*, 37 (3), 163-172.
- Semi, H., Sambari, S. S., Syam, Y., Irwan, A. M. (2022). Effect of Follow-up Telephone by Enterostomal Nurses on Patients with Permanent Colostomy: A Systematic Review. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 21 (01), 54-66.
- Shah, M., Douglas, J., Carey, R., Daftari, M., Smink, T., Paisley, A., Cannady, S., Newman, J., Rajasekaran, K. (2021). Reducing ER Visits and Readmissions after Head and Neck Surgery Through a Phone-based Quality Improvement Program. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 130 (1), 24-31.
- Sheng, M., Christopher, A. M. (2016). A Chronic Care Ostomy Self-Management Program for Cancer Survivors. *Psychooncology*, 176(1), 100-106.
- Sociedade Portuguesa de Oncologia (2020). *Recomendações para o tratamento de doentes com cancro e o covid-19*. Lisboa: SPO.
- Sousa, B. J. N. (2014). *O Follow-up e as Complicações Pós-Operatórias em Cirurgia de Ambulatório*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Stamm, B. *et al.*, (2018). Intervenção telefónica para manejo da ansiedade de pacientes oncológicos: ensaio clínico randomizado. *Acta Paul Enferm*, 31(2),137-43.
- Stracieri L. D. S. (2008). Cuidados e complicações pós-operatórias. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 41 (4), 465-8.
- Trindade, L. F., Boell, J. E. W., Lorenzini, E., Montañez, W. C., Malkiewicz, M., Pituskin, E., Kolankiewicz, A. C. B. (2022). Effectiveness of care transition strategies for colorectal cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 30 (7), 6251-6261.

- Verschuur *et al.* (2009). Nurse-led follow-up of patients after oesophageal or gastric cardia cancer surgery; a randomised trial. *British Journal of Cancer*, 100, 70-76.
- Vieira, M., Oliveira, D., Carvalho, M., & Nóbrega, M. (2017). Diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes da clínica cirúrgica de um hospital escola. *Rev. Enferm*, 10 (12), 4517- 4523.
- Viklund *et al.* (2006). Supportive care for patients with oesophageal and other upper gastrointestinal cancers: the role of a specialist nurse in the team. *European Journal of Oncology Nursing*, 10 (5), 353-363.
- Wainwright, D., Donovan, J. L., Kavadas, V., Cramer, H., Blazeby, J. M. (2007). Remapping the body: learning to eat again after surgery for esophageal cancer. *Qual Health Res*, 17(6), 759-771.
- Wikman, A., Johar, A., Lagergren, P. (2014). Presence of symptom clusters in surgically treated patients with esophageal cancer: implications for survival. *Cancer*, 120(2), 286-293.
- Woods, C. E., Jones, R., O'Shea, E., Grist, E., Wiggers, J., Usher, K. (2019). Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: a mixed study systematic review. *Journal of Clinical Nursin*, 28, 3386-3399.
- Yu, Y., Li, M., Kang, R., Liu, X., Wang, N., Zhu, Q., Cao, J., Cong, M. (2022). The effectiveness of telephone and internet-based supportive care for patients with esophageal cancer on enhanced recovery after surgery in China: A randomized controlled trial. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 9(4), 217-228.

**Apêndice III – Jornal de Aprendizagem sobre: “ A prática da
Consulta de Enfermagem”**

Jornal de Aprendizagem sobre a prática da Consulta de Enfermagem

A Prática Reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e suas práticas (Santos & Fernandes, 2004). Este exercício permite ao profissional reflexivo reavaliar as suas intervenções, tentando compreender o impacto que as suas ações têm no Outro e em Si, produzindo significados e aprendizagens significativas para as situações reais com as quais este se depara diariamente na sua prática.

O enfermeiro recorre ao conhecimento declarativo para melhor sustentar as suas análises, mas transforma-o na sua mente misturando-o com a sua própria experiência, ou seja, atribui-lhe um significado próprio (Santos & Fernandes, 2004). De acordo com o modelo de Dreyfus aplicado à Enfermagem por Benner (...) um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito” (Benner, 2001, p. 39). A autora considera a experiência profissional como base do desenvolvimento de competências e afirma que o conhecimento prático é adquirido com a vivência de situações reais.

O estágio na Consulta ERAS tem sido rico em diversas situações de aprendizagem, mas houve uma situação que me marcou, pelo que decidi refletir um pouco sobre ela, elaborando um Jornal de Aprendizagem. Como ferramenta para a elaboração desta reflexão, elegi a utilização do Ciclo de Gibbs, um ciclo reflexivo que se divide em seis etapas que nos fazem questionar as ações que realizamos e nos permite descrever, avaliar, analisar e planejar a ação/intervenção para futuras situações (Jasper, 2003). Esta reflexão permite demonstrar o desenvolvimento e o aprimorar de competências de comunicação e de relação de ajuda com o doente cirúrgico oncológico e família.

Descrição da situação

A situação vivenciada é alusiva a uma consulta de enfermagem pré-operatória realizada no âmbito do primeiro estágio realizado na Consulta ERAS [REDACTED]
[REDACTED] Tenho de referir que esta foi a primeira consulta que realizei no campo de estágio.

O Sr. B. de 54 anos de idade, nacionalidade portuguesa, reside com a esposa, tem dois filhos que residem no estrangeiro, um em Angola e outro em França, pelo que identificou como familiar de referência a esposa. No início do ano de 2020, foi-lhe diagnosticado um tumor do pâncreas estadio III, pelo que realizou vários ciclos de quimioterapia neoadjuvante, ficando proposto para realização de uma duodenopancreatectomia total.

Assim, de acordo com o protocolo do programa ERAS *Society*, o Sr. B. realizou uma consulta de enfermagem pré-operatória. No dia da consulta, este chegou apreensivo com um olhar triste e fixo no chão, ligeiramente ansioso, no entanto comunicativo, na companhia da esposa. A consulta teve início com a apresentação da enfermeira responsável e de seguida a minha, bem como, o objetivo da minha presença. O facto de ter consultado antecipadamente o processo clínico, foi facilitador da minha interação com o doente. O medo da cirurgia e o prognóstico da doença transpareciam no olhar desta pessoa, fixo e preocupado. “Estou a ver que está triste, o que o está a preocupar?” - perguntei. Os momentos que se seguiram foram de silêncio, até que Sr. B. disse: “passei um mau bocado com os tratamentos de quimioterapia, tive muitos efeitos secundários. Com a doença já tinha perdido muito peso, mas com a quimioterapia, perdi ainda mais 5 quilos. Para lhe ser sincero, sinto medo da cirurgia, já me explicaram que é uma cirurgia invasiva e muito agressiva” (SIC). Como resposta à sua intervenção, expliquei ao Sr. B. a cirurgia que iria realizar, bem como os acontecimentos que poderiam surgir, de forma clara com termos que me pareceram perceptíveis, validando com o doente e esposa a sua percepção. Seguiu-se a colheita de dados de acordo com a folha de admissão na instituição. No decorrer da conversa, era visível a ansiedade e o medo que o doente e a esposa sentiam perante a situação de doença e a expectativa da cirurgia. O Sr. B. apresentava-se ligeiramente sudorético, com tensão no maxilar, o que lhe provocava alteração no tom de voz. A esposa mostrava mais foco nas coisas negativas do que nas positivas.

Ao longo da consulta de enfermagem, foram transmitidas informações importantes sobre todo o percurso, a preparação para a cirurgia e todas as atividades do período pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório. Praticamente no final da consulta, o Sr. B. confidenciou-me que estava nervoso por toda a sua situação de doença, mas também porque era a primeira vez que iria ser submetido a uma cirurgia. “Tenho receio de não acordar, de não voltar a ver a minha família. Os

meus filhos vivem longe e não podem estar presentes” (SIC). De forma a tranquilizar o doente, expliquei-lhe que a equipa de profissionais de saúde que o iria acompanhar ao longo de todo o processo, era uma equipa com uma vasta experiência neste tipo de cirurgia, que era normal que se sentisse com receio e com medo, que a junção de todos os factos que contribuíram para esta situação eram geradores de *stress* para vida de uma pessoa. O Sr. B. explicou que “embora eu acredite que tudo o que me disse seja verdade, mesmo assim sinto-me angustiado” (SIC).

Em diversas situações, quando se faculta muita informação num só momento o doente pode não conseguir apreender tudo de uma vez. Nesta situação é fundamental tempo para o doente assimilar, caso contrário este não consegue identificar aspetos importantes da sua doença ou tratamento porque não entendeu e não memorizou. O doente iria precisar de tempo para refletir na situação que estava a vivenciar e nas informações que necessitava, para melhor se adaptar à situação. O que lhe disse foi que à medida que lhe surgissem dúvidas, as fosse escrevendo no papel, para que em outro momento com a equipa de saúde as pudesse esclarecer, não só nas consultas presenciais mas por via telefone (contato facultado pela equipa de enfermagem). Elucidei o doente que poderia, sempre que tivesse alguma dúvida, telefonar para a equipa de enfermagem. Entreguei-lhe o folheto informativo da cirurgia, disponível na instituição, que utilizei para esclarecer o doente. Perguntei se havia mais alguma coisa que eu pudesse fazer neste momento para ajudar, ao que o doente respondeu já se sentir um pouco mais calmo. Saiu da consulta, apresentando um fâcies que aparentava maior tranquilidade, agradecendo pela ajuda dispensada.

Sentimentos

O estágio é um período rico em experiências de aprendizagem, em que nos encontramos fora do nosso ambiente de conforto, em que podemos e devemos comparar realidades profissionais e questionar as nossas práticas quotidianas. Como tal, sentimentos como a insegurança, a dúvida, a crítica ou a curiosidade, são perfeitamente justificáveis. Em relação a esta situação com o doente, não posso dizer que tivesse sido um momento fácil para mim, mas a reflexão e o facto de a escrever mostraram-me uma maior transparência quanto ao que senti no final da consulta. A comunicação foi eficiente através da minha postura, dos meus gestos,

olhar, bem como pelas palavras, apoiei o Sr. B. a adquirir a confiança necessária para se ajustar a esta situação e alcançar bem-estar. No entanto, penso que a minha postura revelou alguma “fragilidade” e nervosismo, pois a minha preocupação era ter uma resposta que fosse ao encontro das necessidades do doente, o que nem sempre é possível.

Avaliação

A relação empática entre o doente e o enfermeiro é primordial num percurso favorável de doença ou na adesão ao tratamento. O meu conhecimento pessoal e experiência profissional já comportavam o saber de que a doença oncológica altera toda a dinâmica da vida do doente, que todas as suas necessidades básicas ficam modificadas, que os sentimentos e pensamentos se encontram em desordem e que as emoções oscilam. Machado *et al.* (2015) revela ser consensual que no pré-operatório é fulcral estabelecer um diálogo que possibilite transmitir informações relativas aos procedimentos, às intervenções de enfermagem e, essencialmente, que haja interesse pela partilha das emoções do doente.

Agora que penso nesta situação, considero que os momentos iniciais não foram fáceis de gerir, mas no final tive o sentimento agradável de ter conseguido. A gestão de emoções em situações complicadas, que envolvem sentimentos como o sofrimento, medo, angústia, tristeza é difícil de gerir, mas acho relevante, como profissional de saúde, ter consciência que as nossas emoções podem contribuir para a criação de obstáculos no processo comunicativo e que devemos adoptar estratégias para ultrapassar estas dificuldades. O dever educativo dos enfermeiros do perioperatório é transversal a qualquer doente, no entanto torna-se mais perceptível quando o mesmo manifesta medo, dúvidas, inquietações e outros desconfortos psicológicos que podem comprometer a preparação cirúrgica e/ou a recuperação pós-operatória. Nestas ocasiões, é crucial o enfermeiro enfatizar as competências comunicacionais, de forma a conseguir dialogar, escutar, perceber e apoiar o doente (Perrando *et al.*, 2011).

A avaliação da experiência foi de uma forma global boa pois a relação estabelecida com o doente foi de empatia imediata e de respeito pelos seus sentimentos e vivências enquanto pessoa. A expressão facial que tive durante a consulta, nomeadamente o sorriso, permitiu a transmissão de tranquilidade junto do doente e da esposa.

Análise da situação

A consulta de enfermagem é uma oportunidade fundamental para conhecer o doente e família, ou seja, identificar quais as suas verdadeiras necessidades e dificuldades para a realização da cirurgia, reconhecer barreiras e obstáculos e fornecer estratégias para a pessoa que está a nossa frente utilizar. Segundo a Portaria nº306-A/2011, de 20 de Dezembro, do Ministério da Saúde e das Finanças, no artigo 2º, alínea g), a Consulta de Enfermagem é definida como sendo *“uma intervenção que visa a realização de uma avaliação ou o estabelecimento de um plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado.”*

A consulta de enfermagem permite estabelecer uma relação empática com a pessoa e família, avaliar as percepções e expectativas da pessoa e família, dar informação e fazer ensino relacionado com a intervenção. O contato prévio da pessoa com o enfermeiro perioperatório permite o reconhecimento deste e constituir a pessoa de referência no ambiente cirúrgico, considerado bastante inóspito e desconhecido (Cabrita, 2017). Muitas vezes foram abordadas as expectativas que o doente tem perante a situação que está a viver e as diversas formas de ajudar. Durante a realização da consulta foram mencionadas, algumas vezes, frases importantes que demonstraram a calma e disponibilidade da equipa: “ Em que mais posso ajudar? Tem mais alguma questão que eu possa esclarecer? Se chegar a casa e sentir que ficou com alguma dúvida tem o número e pode telefonar sempre que achar necessário”.

A informação, no período perioperatório, torna-se uma necessidade real para os doentes, permitindo adquirir respostas adequadas às diferentes situações que vivenciam e possibilita uma participação efetiva na tomada de decisão e perspectiva futura (Gonçalves, Cerejo & Martins, 2017). Contudo, quando os doentes enfrentam uma cirurgia e o internamento hospitalar, pretendem que esse período seja o mais curto possível, o que está em conformidade com o atual modelo organizativo das instituições, acabando assim por influenciar a expressão de preocupações e dúvidas, bem como o processo de transmissão de informações fundamentais para a recuperação no domicílio. Dessa forma, os enfermeiros devem gerar condições que promovam uma comunicação eficaz com o doente e, ao mesmo tempo, que atendam às exigências atuais sobre o tempo de permanência no internamento (Ferreira, Ferreira & Carvalho, 2013; Mitchell, 2014). Neste sentido, o programa

ERAS inicia-se logo no pré-operatório com uma avaliação multidisciplinar, através de consultas, que permite aos diferentes profissionais de saúde identificar fatores de risco, informar o doente sobre todo o processo cirúrgico, satisfazer as suas necessidades, com o objetivo de minimizar as morbilidades, o tempo de internamento e aumentar a satisfação do doente e a qualidade de vida (Lau & Chamberian, 2017).

De acordo com Perrando *et al.* (2011) e Sayin e Aksoy, (2012) as orientações perioperatórias devem ser realizadas em linguagem acessível, com o objetivo de garantir maior compreensão por parte do doente e diminuir conflitos emocionais, prevenindo assim complicações cirúrgicas e melhorando a qualidade da recuperação pós-operatória. A informação dada ao doente revela-se essencial para o aumento do seu conhecimento e capacitação, bem como na adaptação às alterações do estilo de vida após a cirurgia. Os enfermeiros têm de focar os seus cuidados, não só na vertente técnica, mas também na psicossocial (Bayraktar *et al.*, 2018). A ansiedade é um fator determinante na evolução clínica do doente cirúrgico, a educação pré-operatória transmitida pelos enfermeiros, aumenta as habilidades para o autocuidado e ajuda a gerir esse conflito de emoções (Gürsoy, Candas, Güner & Yilmaz, 2016).

Analisando a situação descrita, em particular, é relevante mencionar a importância da comunicação e da relação de confiança entre enfermeiro-doente. Considero que a utilização de estratégias de comunicação adequadas a cada doente, são de extrema importância, pois cada um reage emocionalmente de modo diferente a situações com características idênticas. A comunicação está diretamente relacionada à visão de mundo do profissional, a sua forma de partilhar conhecimentos e experiências; da capacidade de expressar um olhar atencioso, de tocar respeitosamente o doente, confortando e reforçando a auto-estima, a partir de um esquema de orientações, incentivando e elogiando, estimulando a atitude positiva em relação ao mundo (Teixeira *et al.*, 2009). É, portanto, fundamental estar atento às reações, verbais e não-verbais, e pronto para responder ao doente; escutá-lo cuidadosamente, proporcionando-lhe tempo para reagir e encorajá-lo a expressar os sentimentos e pensamentos; respeitar o seu silêncio, possibilitando que pense antes de responder a uma pergunta; responder-lhe com empatia; facultar espaço ao doente para que possa assimilar o que lhe foi dito e encontrar sentido no contexto da sua vida. Corroborando com Coelho e Sequeira (2014), a comunicação

terapêutica é essencial para a prática de enfermagem, visto que permite, de forma consciente e intencional, identificar e responder às necessidades de cada pessoa, contribuindo, simultaneamente, para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Conclusão

De forma ajudar o doente e a sua família, foi imprescindível envolver-me e acreditar no que fazia durante a realização da consulta de enfermagem, foi possível estabelecer uma relação com o doente que simplificou o reconhecimento de dúvidas e a transmissão de informações apropriadas, promovendo assim o aumento do conforto, segurança e envolvimento do doente em todo o processo cirúrgico. Tive oportunidade de aprofundar as minhas competências de comunicação com o doente cirúrgico oncológico, essencial para a criação de uma relação de ajuda, de forma a ser um elemento facilitador deste processo de transição que está a vivenciar.

Agenda ou planeamento para situações futuras

Evidentemente que, se voltar a acontecer uma situação semelhante a esta, tentarei ser mais assertiva nas minhas ideias, debatendo em equipa os meus pontos de vista, com o intuito de encontrar estratégias que contribuam para o bem-estar do doente. Considero que o meu principal objetivo é ajustar a comunicação à pessoa que tenho à minha frente, utilizando da melhor forma as estratégias de comunicação para a situação. Tenho a perceção que não posso ter resposta para todas as perguntas do doente e família e, é neste sentido que tentarei encontrar soluções e partilhar experiências com os diferentes elementos da equipa multiprofissional, sempre que necessário, pois é desta complementaridade entre os diferentes elementos que compõem a equipa, que se pode esperar a qualidade dos cuidados.

Referências Bibliográficas

- Bayraktar, N., Berhuni, O., Berhuni, M. S., Zeki, O., Sener, Z. T., & Sertbas, G. (2018). Effectiveness of Lifestyle Modification Education on Knowledge, Anxiety, and Postoperative Problems of Patients With Benign Perianal Diseases. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33 (5), 640-650.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Cabrita, M. (2017). *Funções do Enfermeiro Perioperatório: Apontamentos. Unidade Curricular: Enfermagem perioperatória II*. Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória. Escola Superior de saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Setúbal.
- Coelho, M., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 31-38.
- Ferreira, L. R., Ferreira, T., & Carvalho, E. (2013). Nursing actions in the perioperative, period and in preparing prostatectomy patients for discharge. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31 (3), 406-413.
- Gonçalves, M. A. R., Cerejo, M. D. N. R., & Martins, J. C. A. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (14), 17-26.
- Gürsoy, A., Candaş, B., Güner, S., & Yilmaz, S. (2016). Preoperative stress: Na operating room nurse intervention assessment. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 31 (6), 495-503.
- Jasper, M. (2003). *Beginning reflective practice. Foundations in nursing and health care [Iniciar a prática reflexiva. Fundamentos em enfermagem e cuidados de saúde]*. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Lau, C. S. M., & Chamberlain, R. S. (2017). Enhanced Recovery After Surgery Programs Improve Patient Outcomes and Recovery: A Meta-analysis. *World Journal of Surgery*, 41 (4), 899 – 913.
- Machado, J., Silva, L., Guedes, M., Freitas, M., Ponte, K. & Silva, A. (2015). Autocontrolo de ansiedade no pré-operatório cardíaco: resultado de uma intervenção de enfermagem. *Revista de Políticas Públicas*, 14 (2), 36-42.
- Ministério da Saúde e das Finanças. (2011). Diploma – Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respectivas regras de apuramento e cobrança. Portaria nº306-A, de 20 de Dezembro, do, no artigo 2º, alínea g). Diário da República nº 242/2011, 1º Suplemento, Série I.
- Mitchell, M. (2014). Home recovery following day surgery: a patient perspective. *Journal of clinical nursing*, 24 (3-4), 415-427.

- Perrando, M., Beuter, M., Brondani, C. M., Roso, C. C., Santos, T. M., & Predebon, G. R. (2011). O preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 1 (1), 61-70.
- Sayin, Y., & Aksoy, G. (2012). The Nurse's Role in Providing Information to Surgical Patients and Family Members in Turkey: A Descriptive Study. *AORN Journal*, 95 (6), 772-787.
- Santos, E. Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, nº 11, 59-62.
- Teixeira, C. A. B. et al. (2009). Comunicação Interpessoal como Instrumento que Viabiliza a Qualidade da Consulta de Enfermagem Ginecológica. *Rev. APS*, 12 (1), 16-28.

**Apêndice IV – Jornal de Aprendizagem sobre: “O papel do
Enfermeiro *Nurse Navigator*”**

Jornal de Aprendizagem sobre o papel do Enfermeiro *Nurse Navigator*

A Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que a reflexão é um meio que contribui para a garantia da qualidade dos cuidados. A reflexão é uma ferramenta essencial para o enfermeiro crescer profissionalmente e como pessoa. Costa e Morais (2013) mencionam que a reflexão sobre a prática no contexto profissional adquire importância por ser um espaço de transformação de competências profissionais. Desta forma, a prática reflexiva é um instrumento necessário que o enfermeiro utiliza para refletir sobre as suas práticas e acima de tudo para evoluir.

A “reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correto que estão presentes na história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico” (Benner, 2001, p. 14).

Neste sentido, durante a realização do estágio clínico no Hospital de dia de Oncologia (HDO) do [REDACTED] foi elaborada um jornal de aprendizagem de uma situação vivenciada, de forma a espelhar a importância do papel do enfermeiro *Nurse Navigator* na oncologia. O enfermeiro *Nurse Navigator* em Oncologia é o profissional que possui conhecimento e habilidades avançados na área, desempenha funções de práticas avançadas, fornece assistência individualizada e possibilita ao doente ultrapassar as barreiras dos sistemas de saúde (Oncology Nursing Society, 2013).

Para a elaboração desta reflexão, utilizei o Ciclo de Gibbs, este constitui uma abordagem apropriada, pois “orienta o utilizador através de algumas questões de modo a dar estrutura para a reflexão sobre uma experiência” (Palmer, Burns & Bulman, 1995, p.135, citado por Santos 2009). De acordo com Furter (1982), a reflexão consiste numa análise da própria ação que se realiza de modo particular e distanciado, pressupondo assim um pensamento de segunda ordem, no qual o indivíduo repensa a sua ação (Vieira, 2006, citado por Soares 2008).

Descrição da situação

Deste modo, começo pela descrição da situação, trata-se de uma pessoa com doença oncológica, mulher de 59 anos de idade, casada e com um filho. Uma senhora a quem chamarei de Arminda, com um Tumor de Klatskin em estadio IV, já paliado com prótese biliar. Apresentava metastização óssea e carcinomatose peritoneal, sob tratamento de quimioterapia com capecitabina 2000 mg/m²/dia, dividido em duas tomas, do dia 1 ao dia 14 e oxaliplatina 130 mg/m², intravenoso durante 1 hora, a cada 21 dias.

É importante referir que logo que conheci a Dona Arminda consegui estabelecer uma relação empática com ela e com os seus familiares, as palavras fluíam instantaneamente e a escuta ativa esteve sempre presente. O desenvolvimento da relação interpessoal pessoa/enfermeira e família/enfermeira em cada consulta realizada permitiu-me conhecer todo o percurso de doença, as suas dúvidas, medos e inseguranças, bem como, identificar as principais mudanças ocorridas. Das conversas com a Dona Arminda, realço o momento em que esta descreveu que muitas vezes colocou a si própria as questões: “Porquê eu? Porquê comigo?”, face à revolta que sentia em relação à sua situação de saúde, explicou-me que procurou encontrar respostas para essas questões no seio da família, isto é, com o apoio desta aprendeu a “aceitar e enfrentar a doença”.

No domicílio, a Dona Arminda detinha como suporte familiar o marido, condutor de transportes públicos e a irmã, enfermeira. No entanto, a organização familiar era muito complexa, tinha um filho com necessidades especiais, portador de Trissomia 21 que dependia dela e necessitava de ajuda parcial para as atividades de vida diárias. A situação de doença oncológica implica que o doente tenha de adaptar-se a um novo conjunto de papéis, a transição do papel de cuidador informal para o de pessoa que necessitava de cuidados, manifestava na Dona Arminda algum receio de inadaptação à situação. Porém, não foi o que aconteceu, a Dona Arminda exibia força de vontade e capacidade de resiliência sempre com esperança de melhorar. Sempre que se deslocava ao HDO para mais uma sessão de tratamento de quimioterapia, a Dona Arminda demonstrava uma postura de confiança, embora com limitações físicas cada vez mais visíveis, mostrava-se otimista e perseverante para tentar ultrapassar os obstáculos da vida, procurava estratégias que contribuíssem para a melhoria da sua qualidade de vida e maximização do conforto.

Durante o estágio, tive a oportunidade de privar várias vezes com a Dona Arminda, sempre que a encontrava e conversávamos, sentia uma grande admiração pela sua postura e pela sua forma de estar na vida, sempre com um sorriso generoso e genuíno no rosto. Foi satisfatório sentir o seu agradecimento e carinho em todos os encontros e conversas que tivemos.

Num *follow-up* telefónico realizado com a Dona Arminda foi possível reconhecer que o seu estado clínico se tinha deteriorado. “Ai Sra. Enfermeira nestes últimos dias não me sinto nada bem. Tenho falta de apetite, não consigo comer nada. Até acho que perdi peso. Tenho sempre vontade de vomitar e uma dor na barriga que não passa com nenhuma medicação. Não consigo cuidar do meu filho que tanto precisa de mim. Sinto-me cansada e com vontade de desistir.” (SIC).

Durante a realização do telefonema, questionou-se a Dona Arminda se tinha condições físicas para se deslocar ao HDO para ser observada e avaliada pela equipa médica. Esta respondeu que o marido não tinha ido trabalhar, tinha ficado em casa para a apoiar e ajudar a cuidar do filho, uma vez que estava mais debilitada e que conseguia ir ao HDO. Quando esta chegou e olhei para ela, estava quase irreconhecível, apresentava-se muito fragilizada, deprimida e debilitada. Face ao quadro clínico da Dona Arminda foi acordado com a equipa multidisciplinar que a doente necessitava de internamento imediato para controlo sintomático. Foi internada no serviço de Cuidados Paliativos, confidenciou-me que o seu pensamento estava no seu filho, nas necessidades que este tinha, na falta que a mãe fazia para o apoiar e ajudar ao longo da sua vida.

Quando o marido da Dona Arminda soube da gravidade da sua situação de doença, referiu ter sentido um vazio inexplicável, como se de um pesadelo se tratasse e que depois de “acordar” tudo passaria. Mas infelizmente era mesmo verdade e tanto ele como toda a família tiveram de se conformar com a dura realidade que a Dona Arminda vivenciava e que também eles experienciavam. A Dona Arminda ficou internada nos Cuidados Paliativos durante 10 dias, com acompanhamento da equipa multidisciplinar do internamento. Tanto eu como a enfermeira *Nurse Navigator* do HDO, fomos visitá-la sempre que podíamos. Foi prestado apoio emocional, psicológico e psiquiátrico à doente e os seus sintomas foram controlados. Teve alta clínica para o domicílio, ao cuidado do marido e da irmã.

Sentimentos

Neste momento, senti uma ambivalência de sentimentos, impotente por não poder resolver o problema da doente, mas concomitante, conforto por ter conseguido que esta exprimisse os seus sentimentos, constatando que a sua expressão facial foi de alívio por revelar uma verdade escondida. Pensei que aquela mulher com quem tinha partilhado momentos de alegria, de tristeza estava a atingir ao seu limite. A força que a animou e lhe deu alento até aquele momento estava esgotada. Era visivelmente uma mulher derrotada pela doença oncológica. Senti uma grande decepção e frustração por não poder intervir de modo mais consistente e de forma a ter evitado aquele momento de sofrimento na Dona Arminda. Esta situação constituiu fonte de preocupação com o bem-estar da doente a nível físico, emocional e psicológico.

Avaliação

Esta experiência teve mais aspectos positivos que negativos no meu caminho formativo, pois possibilitou-me mais um momento de aprendizagem relevante. Foi muito positivo observar o trabalho do enfermeiro *Nurse Navigator* nos cuidados de enfermagem que presta ao doente oncológico. A preocupação com o bem-estar da doente foi bem evidente. A comunicação e a relação terapêutica foram realizadas de forma eficaz, permitiu-me uma maior aproximação e uma partilha das suas angústias e medos. Esta situação teve um desenrolar favorável para a Dona Arminda e para a família, muito graças à intervenção da equipa de enfermagem, ou seja, o acompanhamento realizado ao longo da trajetória da doença, possibilita a promoção do bem-estar emocional do doente e da sua família.

Como aspecto negativo tenho de referir a sensação de impotência que senti nesta situação, no facto da Dona Arminda e a família estarem a viver um evento desgastante e triste. Penso que quando não sabemos como lidar com determinadas situações, o melhor é manter a calma e aceitar. Devemos olhar para a situação da maneira como ela se apresenta e tentar descobrir quais os recursos necessários para conseguir uma solução.

Análise da situação

A doença oncológica tem um grande impacto nas pessoas, familiares e na sociedade (Direção Geral da Saúde, 2012), com implicações não só ao nível da

saúde, mas ao nível social, económico e dos direitos humanos (The Union for International Cancer Control, 2017). Todos nós sabemos que perante o diagnóstico da doença oncológica, a pessoa passa por um processo de aceitação, enfrenta efeitos adversos dos tratamentos, encara o afastamento dos amigos, lida por vezes com a perda de emprego e o ajuste de recursos económicos, adequa rotinas diárias consigo e com a família, vive o sofrimento (Canteiro, 2015).

A doença oncológica surge silenciosamente e quando está instalada exige uma mudança muito rápida de papéis. Surgem alterações a nível emocional, social e financeiro. As pessoas geralmente não estão preparadas para lidar com estas alterações (Ullgren *et al.*, 2018, Weis, 2015). De acordo com Charalambous *et al.* (2017), o número de pessoas em contato com a doença oncológica tem vindo a aumentar significativamente, o que se traduz no aumento das necessidades de cuidados especializados e centrados na pessoa com cancro, ao longo da trajetória da doença. Os cuidados centrados na pessoa tem uma íntima e indissociável relação com os cuidados individualizados ou seja, só a partir de um profundo conhecimento da pessoa que temos à nossa frente para cuidar, podemos efetivamente realizar cuidados dirigidos (McCormack & McCance, 2003). A adaptação da pessoa a um problema de saúde resulta não só das suas características pessoais, mas também do seu contexto sociocultural, sendo a interação entre a dinâmica familiar e a evolução do problema de saúde um processo contínuo e temporal (Yates, 2014).

Um dos aspectos mais importantes para mim nesta situação prende-se com o facto de perceber nitidamente que a comunicação, a escuta ativa e a relação terapêutica são elementos fundamentais na atuação do enfermeiro *Nurse Navigator* e acompanhamento dos doentes oncológicos. A relação de confiança e empatia estabelecida entre o enfermeiro *Nurse Navigator* e o doente é um dos pontos-chave da sua atuação (Cantril *et al.*, 2013). Os doentes, quando acompanhados por este profissional, em função desta relação de confiança, sentem-se mais amparados emocionalmente, mais envolvidos com o seu tratamento (*empowerment*) e, consequentemente, mais aptos a planear o seu futuro e a tomar as decisões necessárias para direccionar a sua vida (Wagner *et al.*, 2014).

Ao longo da sua trajetória esta doença é plena de alterações que se reflectem em momentos de grande ansiedade e que podem constituir má notícia. Este momento consistiu também num alerta para os enfermeiros. Uma

consciencialização das necessidades dos doentes oncológicos e uma correcta intervenção face à satisfação das necessidades do doente e família, mesmo que isso implique a comunicação de má notícia. Os enfermeiros no seu dia-a-dia e na sua prática clínica devem desenvolver momentos favoráveis e facilitadores para a escuta dos doentes, no sentido de identificar as suas necessidades de forma eficaz. Os enfermeiros são treinados para antecipar e entender o impacto que um diagnóstico de cancro tem para os doentes e seus familiares (Gilbert, 2011). Os internamentos hospitalares planeados e inesperados, o impacto emocional e económico do tratamento fazem com que os doentes necessitem de um suporte adicional (Gilbert, 2011). Os doentes oncológicos a realizar tratamentos antineoplásicos referem sentir ansiedade e perda de controlo para gerirem de forma autónoma os efeitos secundários dos tratamentos afetando, muitas vezes, a capacidade em reter informações sobre a doença, tratamento e controlo de sintomas (Pedersen, Koktved & Nielsen, 2012).

Toda esta situação fez-me reflectir sobre o papel do enfermeiro *Nurse Navigator* na trajectória da doença oncológica, e tornou-se claro que os doentes oncológicos enfrentam uma multiplicidade de sofrimentos e o enfermeiro *Nurse Navigator* acompanha-os durante todas as fases da doença. A relação terapêutica implica assim, por parte do enfermeiro *Nurse Navigator*, estar atento à pessoa e a tudo o que a caracteriza, considerando o seu ambiente humano e físico, reconhecendo as suas próprias impressões, ou seja, sensações, pensamentos, emoções e necessidades, bem como conhecer que o cuidado e o tratamento não podem existir sem a presença de um laço significativo. Em Oncologia, a relação terapêutica é central no processo de cuidar, pois o restabelecimento do equilíbrio do doente em sofrimento assenta em relações interpessoais significativas (Chalifour, 2008). A existência desta relação terapêutica promove o envolvimento do indivíduo, convidando-o a reconhecer e a utilizar todos os sinais que o seu organismo lhe envia acerca do seu estado de saúde, visando prevenir ou encontrar uma solução para o problema que enfrenta.

A caminhada do tratamento oncológico pode ser extremamente assustadora e stressante para a maioria dos doentes (Thygesen *et al.*, 2012). Incertezas, ansiedade e preocupações são comumente relatadas pelos indivíduos ao longo da sua trajetória (Thygesen *et al.*, 2012). Doentes diagnosticados com cancro deparam-se com a necessidade de tomar decisões que podem alterar completamente as suas

vidas, enquanto negociam com um Sistema de Saúde muitas vezes fragmentado (Wagner *et al.*, 2012). Isto contribui para aumentar o sofrimento de lidar com um diagnóstico que coloca o seu futuro em risco (Wagner *et al.*, 2012). Além disso, a busca pelo atendimento especializado e as dificuldades que encontram neste processo faz com que fique evidente a demora no acesso ao tratamento necessário, causando uma dose extra de ansiedade e insegurança com o seu futuro (Ludman *et al.*, 2015).

O cancro é considerado uma doença potencialmente fatal e o seu diagnóstico, prognóstico e respetivo tratamento sugerem consequências ao nível físico, psicológico e do bem-estar social (Piazza *et al.*, 2017). O enfermeiro *Nurse Navigator* em Oncologia assegura suporte emocional para o doente e família, é responsável pelo acompanhamento sistemático do doente ao longo das diferentes etapas do percurso clínico. É o profissional de referência que fornece informação e recursos para facilitar a tomada de decisão informada, providenciando o acesso atempado aos cuidados de saúde, garantindo a continuidade dos cuidados ao longo das etapas definidas (Oncology Nursing Society, 2017). Assim sendo, o enfermeiro tem um papel importante e variável no cuidado à pessoa diagnosticada com cancro (Campbell *et al.*, 2017) e deve ter em atenção um conjunto de deveres ao longo do tratamento desta doença, de forma a conseguir acompanhar a sua evolução e complexidade. Corroborando com a *Oncology Nursing Society* (2013), a intervenção do *Nurse Navigator* é relevante para a melhoria da qualidade de vida dos doentes com cancro porque intervém nas diversas áreas do bem-estar físico, emocional, espiritual, sócio-familiar e funcional e, simultaneamente permite alcançar níveis de satisfação superiores com os cuidados de saúde prestados.

Ao longo do processo de doença oncológica o doente e a família contactam frequentemente com os profissionais de saúde, sendo que o enfermeiro *Nurse Navigator* é o profissional que se encontra mais presente, fornecendo informações precisas, completas e consistentes, prestando apoio, realizando educação para a saúde, tratamentos e promovendo a adaptação à doença (Krumwiede & Krumwiede, 2012). O enfermeiro *Nurse Navigator* não só participa na equipa multidisciplinar como deve avaliar, sinalizar e encaminhar para recursos da comunidade e ajuda especializada; realizar *follow-ups* telefónicos; planejar, reavaliar e documentar para assegurar a continuidade dos cuidados, sendo essenciais competências de

comunicação e que tenha uma vasta rede de contactos adequada às especificidades da doença (Cowman, *et al.*, 2010; Sheldon, Harris, & Arcieri, 2012).

O enfermeiro *Nurse Navigator*, em relação à formação, possui o conhecimento e as habilidades necessárias para intervir diretamente nestas áreas, pois acompanham os doentes durante toda a sua trajetória (Gilbert, 2011). Por isso, na área da oncologia, os enfermeiros têm sustentado a posição de *navigators* nos diversos modelos de programas existentes a nível internacional, trabalhando com uma equipa multidisciplinar e direcionando as suas ações para atingir, de forma colaborativa, os desfechos desejados para os doentes (Crane-Okada, 2013).

Esta prática desenvolve-se na prestação diária de cuidados dos cuidados de enfermagem, diariamente, aprendemos com o doente oncológico e a sua família. Benner confirma que “as enfermeiras na prática desenvolvem tanto o conhecimento clínico como uma estrutura moral, pois aprendem com os seus doentes e as suas famílias” (2001, p.13).

Conclusão

Em jeito de conclusão, perante esta situação em que a Dona Arminda necessitava de ajuda e de cuidados questiono-me várias vezes. Será que agi correctamente? Será que fiz tudo o que podia enquanto enfermeira? Para responder a esta questão a reflexão é sem dúvida essencial. De acordo com esta situação que vivi a constatação da necessidade de ajuda foi instantânea. A preocupação pelo estado clínico da Dona Arminda incutiu-me um propósito, ter uma resposta célere e adequada para a ajudar na resposta ao seu problema. A reunião da equipa multidisciplinar foi fulcral para que a doente fosse internada para controlar os sintomas. Por outro lado, a consciencialização de situações de cuidados que demandam uma atuação ao nível das emoções transformam-se por vezes em momentos complexos e difíceis, testam as nossas capacidades como pessoa e profissional. O papel do enfermeiro *Nurse Navigator* implica a necessidade de estabelecer uma relação de proximidade, de carinho e compreensão para conhecermos a pessoa de quem cuidamos, pois assim estaremos sempre mais próximo de “perceber” as suas necessidades e atuar em conformidade. A relação terapêutica entre a pessoa que cuida e a que é cuidada, tornou-se a base dos cuidados de enfermagem. Da mesma maneira a consciencialização do impacto destas situações nas nossas próprias emoções e sentimentos prepara-nos para gerir

situações posteriores. Considero que a reflexão sobre estes acontecimentos é sempre relevante e uma mais-valia para o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro nas suas práticas diárias.

Agenda ou planeamento para situações futuras

Penso que o que é importante é evitar que os doentes cheguem ao ponto de deterioração do estado da Dona Arminda. Pareceu-me que a situação familiar da doente a impediu de recorrer mais cedo ao apoio dos profissionais de saúde. A experiência vivida trouxe aprendizagem e pode ajudar a construir no futuro acções mais consistentes e organizadas com o propósito de diminuir o sofrimento do doente e sua família.

É essencial ter um conhecimento verdadeiro das necessidades do doente para evitar estes momentos. Penso que é importante que o enfermeiro na sua atuação consiga:

- promover a escuta ativa, pois é através desta que reconhecemos os aspectos mais importantes a ter em conta para uma prestação de cuidados dirigida;
- estabelecer uma relação com o doente e família, não ter medo de interagir com o doente, esses momentos são a essência dos cuidados de enfermagem;
- assegurar a continuidade de cuidados para que todos os profissionais conheçam as necessidades do doente.

O acompanhamento dos doentes e a adoção de estratégias dirigidas aos problemas encontrados podem impedir estes momentos de sofrimento para o doente que já vive uma situação desgastante com a doença oncológica. A reflexão sobre esta situação clínica permitiu-me perceber a importância do acompanhamento adequado do doente oncológico e o papel do enfermeiro *Nurse Navigator* na resolução eficaz do problema. Espero no futuro compreender de forma mais rápida e atempada estas situações que requerem cuidados dirigidos e bem definidos para ajudar a pessoa de forma consistente e com a qualidade que se impõe.

O papel do enfermeiro *Nurse Navigator* é fundamental em Oncologia, este profissional está habilitado para antecipar e entender o impacto que o diagnóstico de cancro tem para os doentes e seus familiares, direccionar suas necessidades e reduzir barreiras de acesso à assistência oncológica (Pautasso *et al.*, 2020). Desta forma, a atuação do *Nurse Navigator* proporciona aos doentes uma melhor qualidade de vida, direciona-os para uma melhor perceção em relação aos cuidados

durante o seu tratamento, reduzindo a ocorrência de problemas relacionados com questões psicossociais, coordenação do cuidado e acesso a informações (Wagner *et al.*, 2014).

Referências Bibliográficas

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito, excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Campbell, P., Torrens, C., Kelly, D., Charalambous, A., Domenech-Climent, N., Nohavova, I., Ostlund, U., Patiraki, E., Salisbury, D., Sharp, L., Wiseman, T., Oldenmenger, W., Wells, M. (2017). Recognizing European cancer nursing: Protocol for a systematic review and meta-analysis of the evidence of effectiveness and value of cancer nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 73 (12), 3144-3153.
- Canteiro, A. (2015). *O impacto da doença oncológica na dinâmica da família - um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado. Universidade de Évora. Escola de Ciências Sociais. Évora. Disponível em: [http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/15910/1/O%20impacto%20da%20Doen%
c3%a7a%20Oncol%
c3%b3gica%20na%20Din%
c3%a2mica%20da%20Fam%
c3%adlia%20%e2%80%93%20Um%20estudo%20explorat%
c3%b3rio.pdf](http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/15910/1/O%20impacto%20da%20Doen%c3%a7a%20Oncol%c3%b3gica%20na%20Din%c3%a2mica%20da%20Fam%c3%adlia%20%e2%80%93%20Um%20estudo%20explorat%c3%b3rio.pdf).
- Cantril C, Haylock, P. J. (2013). Patient navigation in the oncology care setting. *Semin Oncol Nurs*, 29 (2), 76-90.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica. Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Charalambous, A., Adamakidou, T., Cloconi, C., Charalambous, M., Tsitsi, T., Vondráčková, L., & Bužgová, R. (2017). The quality of oncology nursing care: a cross sectional survey in three countries. *European Journal of Oncology Nursing*, 27, 45 – 52.
- Crane-Okada, R. (2013). Evaluation and outcome measures in patient navigation. *Semin Oncol Nurs*, 29 (2), 128-40.
- Costa, A., Morais, S. (2013). Supervisão clínica em Enfermagem: a importância da relação supervisiva na partilha e construção do conhecimento. *Sinais Vitais*, 111, 12-21.

- Cowman, S., Gethin, G., O'Neill, M., Lawrence, S., Kinsella, K., Lavelle, A. Roberts, A. (2010). *Evaluation of the role clinical nurse specialist in cancer care*. Ireland: Royal College of Surgeons in Ireland.
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Programa nacional para as doenças oncológicas. Orientações pragmáticas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Gilbert J. E., Green E, Lankshear S., Hughes E., Burkoski V., Sawka C. (2011). Nurses as patient navigators in cancer diagnosis: review, consultation and model design. *Eur J Cancer Care*, 20 (2), 228-36.
- Krumwiede, K. A. & Krumwiede, N. (2012). The Lived Experience of Men Diagnosed With Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39 (5), 443-450.
- Ludman E.J., McCorkle R., Bowles E.A., Rutter C.M., Chubak J., Tuzzio L., et al. (2015). Do depressed newly diagnosed cancer patients differentially benefit from nurse navigation?. *Gen Hosp Psychiatry*, 37 (3), 236-9.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
- Pautasso, F. F., Lobo, T. C., Flores, C. D., Caregnato, R. C. A. (2020). Nurse Navigator: desenvolvimento de um programa para o Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28 (1) 32-75.
- Pedersen, B., Koktved, 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.
- Piazza, M. F., Galletta, M., Portoghese, I., Pilia, I., Ionta, M. T., Contu, P., Mereu, A., Campagna, M. (2017). Meeting psychosocial and health information needs to ensure quality of cancer care in outpatients. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 98-105.
- Oncology Nursing Society. (2013). *Oncology nurse navigator core competencies*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de idoneidade formativa dos contextos da prática clínica*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf.
- Santos, E. Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, 11, 59-62.

- Santos, E. M. M. (2009). *A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico. Dissertação de Doutoramento em didática*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sheldon, L., Harris, D., & Arcieri, C. (2012). Psychosocial concerns in cancer care: the role of the oncology nurse. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16 (3), 316-319.
- Soares, C. (2008). *Da investigação à educação. Dissertação de Doutoramento*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- The Union for International Cancer Control. (2017). *A guide to creating a strong foundation for cancer advocacy*. Disponível em: <https://www.uicc.org/advocacy-resources-guide>.
- Thygesen, M. K., Pedersen, B. D., Kragstrup, J., Wagner, L., Mogensen, O. (2012). Gynecological cancer patients' differentiated use of help from a nurse navigator: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 12-168.
- Ullgren, H., Tsitsi, T., Papastavrou, E., Charalambous, A. (2018). How family caregivers of cancer patients manage symptoms at home: A systematic review. *International Journal of Nursin Studies*. 85, 68-79.
- Wagner, E. H., Ludman, E. J., Bowles, E. J. A., Penfold, R., Reid, R. J., Rutter, C. M., Chubak, J., Mccorkle, R. (2014). Nurse Navigators in Early Cancer Care: a randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 32 (1), 12-18.
- Weis, J. (2015). Psychosocial Care for Cancer Patients. *Breast Care*. 10 (2), 84-86.
- Yates, P. (2014). Cancer. In E. Chang e A. Johnson (Eds). *Chronic Illness & Disability: Principles for nursing practice*. Austrália: Elsevier.

**Apêndice V – Caracterização da Unidade Multidisciplinar de Câncer
Digestivo do Hospital B**

Caraterização da Unidade Multidisciplinar do Cancro Digestivo

A [REDACTED] situa-se na área da grande Lisboa, sendo considerada de direito privado com utilidade pública pela declaração 46/2005 (Diário da República, 2005). O seu fundador, [REDACTED], foi um empreendedor, filantropo e visionário, que pretendia utilizar a área da instituição científica ao dispor da Oncologia e neurociências, com missão de promover a saúde e bem-estar da humanidade, procurando intervir ativamente na procura de soluções que aliviem o peso que a doença tem na sociedade e no indivíduo ([REDACTED] 2021).

O bem-estar, conforto e personalização do atendimento fazem deste espaço um local único, com uma arquitetura também ela visionária, mas de cariz contemporâneo que alia a estética à funcionalidade. Os seus espaços amplos com uma grande incidência de luz natural visam proporcionar condições de trabalho agradáveis e simultaneamente relaxantes para que investigadores e profissionais possam exercer as suas funções a tender para a excelência.

A instituição organiza-se em três áreas, mas todas elas interligadas para promover o convívio e colaboração entre investigadores, clínicos e restantes profissionais ([REDACTED], 2021).

As áreas compreendem:

- o edifício principal com instalações de diagnóstico, tratamento, internamento e centro cirúrgico;
- laboratórios de investigação das neurociências e oncologia situados no piso 1 do edifício principal em volta do jardim interior;
- serviços administrativos.

Esta entidade ainda dispõe de um auditório, centro de exposições, anfiteatro, cafeteria, restaurante externo, jardim exterior voltado para o rio Tejo, jardim *Zen* (inserido no Hospital de Dia) e jardim tropical interior coberto por uma pérgula. A estrutura organizacional compreende um Conselho de Administração e um Conselho de Curadores formando o *Business Plan*, este define políticas estratégicas para os Conselhos de Curadores, Científico e Ético.

O [REDACTED] é uma instituição médica, científica e tecnológica de última geração, onde, a par da prestação integrada e interdisciplinar de cuidados clínicos especializados, se desenvolvem atividades de investigação

aplicada e programas avançados de educação médica e técnica. O [REDACTED] pratica uma medicina personalizada e centrada no doente que permite alcançar níveis mais elevados de eficácia no controlo da doença, o que se traduz em maior sobrevivência e melhor qualidade de vida.

O [REDACTED] está organizado em Unidades Multidisciplinares de Patologia (UMP) – que incluem, entre outros, oncologistas médicos, cirurgiões, radioncologistas, radiologistas, patologistas, geneticistas, especialistas em medicina nuclear, enfermeiros, psico-oncologistas, nutricionistas, fisioterapeutas e especialistas em cuidados paliativos – que se reúnem regularmente para elaborarem, em conjunto, os planos personalizados de diagnóstico e tratamento ajustados ao caso individual do doente. Estão em funcionamento sete unidades dedicadas ao tratamento e investigação dos cancros com maior incidência. São elas a Unidade de Mama, a Unidade do Pulmão, a Unidade de Urologia, a Unidade de Digestivo, a Unidade de Ginecologia, a Unidade de Hemato-Oncologia e a Unidade de Dermatologia. A Unidade Multidisciplinar de Cancro Digestivo do [REDACTED] foi estruturada no último trimestre de 2013, sob a direção do [REDACTED], médico oncologista. Abrange o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos tumores do tubo digestivo, fígado, vias biliares e pâncreas. A Unidade de Digestivo é composta por três enfermeiras: uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e duas enfermeiras de cuidados gerais.

A equipa de enfermagem da Unidade do Digestivo prestam cuidados aos doentes para o diagnóstico e tratamento das patologias oncológicas, endócrinas, metabólicas e/ou defeitos anatómicos do trato gastrointestinal superior (esófago e estômago) e inferior (estômago, intestino delgado, intestino grosso, reto e ânus) e glândulas acessórias (fígado, pâncreas e vesícula).

Em colaboração com as restantes unidades existentes na zona multidisciplinar, os Enfermeiros da Unidade de Digestivo asseguram a prestação de cuidados de Enfermagem ao doente proposto para tratamento cirúrgico, nas fases pré e pós-operatória, das patologias supramencionadas. Neste âmbito assume-se a necessidade de articulação direta com a Unidade de Ginecologia no acompanhamento das doentes propostas para cirurgia de citorredução (seguida ou não de quimioperfusão intraperitoneal hipertérmica). Nas indicações para o tratamento médico, a equipa de Enfermagem intervém no acompanhamento e prestação de cuidados ao doente submetido a terapêutica antineoplásica sistémica,

antes do seu início e durante a sua realização. Os Enfermeiros da Unidade de Digestivo asseguram ainda a prestação de cuidados (telefónico e presencial) a doentes e famílias em situação de descontrolo sintomático decorrente de doença aguda, crónica, avançada e/ou progressiva.

A Reunião Multidisciplinar de Digestivo é realizada semanalmente à quinta-feira e, pelo menos um dos elementos da equipa de Enfermagem deverá estar presente. A equipa de enfermagem trabalha em dias úteis, com horários rotativos entre as 08 e as 20 horas, totalizando as 40 horas/semanais.

As funções dos enfermeiros na Unidade do Digestivo compreendem atos de enfermagem presenciais e não presenciais. São eles:

1. Atos de enfermagem presenciais da unidade de digestivo
 - a) Consulta de Enfermagem pré-operatória
 - b) Consulta de Estomaterapia pré-operatória
 - c) Consulta de Estomaterapia pós-operatória
 - d) Ensino de Quimioterapia
 - e) Enfermagem Tratamentos
 - f) Enfermagem Pensos
 - g) Consulta de Apoio de Enfermagem
 - h) Enfermagem Ensaio Clínico
 - i) Consulta de enfermagem controlo de sintomas
2. Atos de enfermagem não presenciais da unidade de digestivo
 - a) *Follow-up* telefónico de Estomaterapia
 - b) *Follow-up* de Enfermagem
 - c) Atendimento Telefónico
 - d) *Follow-up* cirúrgico de Enfermagem
 - e) *Follow-up* após quimioterapia

No [REDACTED] existe um programa de reabilitação implementado e bem estruturado, baseado nas recomendações da sociedade ERAS): o Programa de Recuperação Avançada (PRA). Este programa inclui todos os doentes submetidos a cirurgia hepato-bilio-pancreático, colorretal e ginecológica, seja por via minimamente invasiva ou por laparotomia. O PRA tem como objetivo reduzir as taxas de complicações cirúrgicas e anestésicas, através de um conjunto de diretrizes de abordagem multimodal e multidisciplinar nas três fases de cuidados peri-operatórios. No pré-operatório o doente elegível para o PRA tem uma consulta programada com

a EEER onde, para além da preparação pré-operatória protocolada, são introduzidos exercícios de reeducação funcional respiratória (RFR) e reeducação funcional motora (RFM). A equipa de Enfermagem da Unidade de Digestivo é informada das altas clínicas através de correio electrónico. Com o objetivo de fazer o despiste de complicações precocemente e otimizar a recuperação, o *follow-up* cirúrgico deve ser realizado 24 a 48 horas após a alta através de contacto telefónico. É importante referir que a equipa de Enfermagem da unidade de digestivo dispõe de um telemóvel que fica contactável durante os dias úteis das 8 horas às 20 horas. O processo de Enfermagem implica registos no início e fim do atendimento de cada doente, na colheita de dados inicial e na continuidade de cuidados, parâmetros vitais e ensinamentos, em todos os atos praticados, aquando da administração de terapêutica, gestão de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, marcação de atos futuros, registo de consumos e consulta de registos.

As marcações dos atos de Enfermagem são da responsabilidade do Gestor de Doente. Podem ser solicitados pelo Enfermeiro, Médico assistente ou doente/família.

Na Unidade Multidisciplinar de Cancro Digestivo do [REDACTED] a filosofia dos cuidados baseia-se nos cuidados centrados no doente, ou seja, num modelo de prestação de cuidados em que o doente é participante ativo do seu processo de doença e cura e em que a sua dimensão é envolvida em todos os cuidados prestados, adquirindo por isso um plano de cuidados único e individual. A prestação de cuidados de qualidade implica uma componente de humanização, à competência técnica deve associar-se o cuidado humano e o cuidado social. O método de trabalho de enfermagem é o de cuidados de enfermagem por enfermeiro de referência. O principal objetivo é a humanização dos cuidados e a principal característica é a descentralização das tomadas de decisão. O foco de enfermagem é o doente pretendendo-se que receba cuidados individualizados, nos quais participem tão activamente, quanto possível.

Todos os elementos que compõem a equipa da Unidade de Digestivo, independentemente do programa em que estão integrados, trabalham em conjunto, numa dinâmica multidisciplinar para apresentar aos doentes as melhores opções terapêuticas disponíveis, caso a caso. Deste esforço colaborativo é exemplo a participação de consultores internacionais nas atividades da Unidade, de onde resultam sinergias que constituem uma mais-valia para as opções de tratamento

apresentadas aos doentes. A formação contínua e a partilha de conhecimento são assim vetores base da estratégia de funcionamento e crescimento da Unidade.

O [REDACTED] permite assim que o doente com patologia digestiva consiga ter um Enfermeiro de referência que o acompanha, estabelece prioridades, aconselha e implementa as intervenções necessárias ao seu processo de diagnóstico, tratamento, recuperação ou recaída.

Apêndice VI - Lista de intervenções de enfermagem realizadas ao doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia com vista à sua capacitação e planeamento de alta – Unidade de Digestivo

Lista de intervenções de enfermagem realizadas ao doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia com vista à sua capacitação e planeamento de alta – Unidade de Digestivo

O [REDACTED] permite assim que o doente com patologia digestiva consiga ter um Enfermeiro de referência que o acompanha, estabelece prioridades, aconselha e implementa as intervenções necessárias ao seu processo de diagnóstico, tratamento, recuperação ou recaída. Em colaboração com os restantes elementos das unidades, os Enfermeiros da Unidade de Digestivo asseguram a prestação de cuidados de Enfermagem ao doente a quem é proposto tratamento cirúrgico, nas fases pré e pós-operatória.

Consulta de enfermagem pré-operatória

Na consulta de Enfermagem pré-operatória realizam-se as seguintes intervenções:

- Identificação dos antecedentes pessoais e familiares.
- Otimização pré-operatória: alimentação, exercício físico, cessação tabágica ou alcoólica.
- Identificação das alergias conhecidas.
- Identificação da medicação habitual e reforço da medicação a suspender.
- Avaliação psicológica e fisiológica (com avaliação dos parâmetros antropométricos).
- Avaliação do risco social.
- Ensino da preparação alimentar e jejum (a definir pelo anestesista).
- Informação sobre a profilaxia do tromboembolismo na véspera da cirurgia, com ensino do procedimento se planeada auto-administração.
- Ensino da prevenção da infeção do local cirúrgico através da desinfeção com cloro-hexidina na véspera e até 2 horas antes da cirurgia.
- Informação acerca da dinâmica do pré, intra e pós-operatória.
- Ensino acerca do expetável no período de convalescença.
- Entrega da documentação de apoio e contactos telefónicos.
- Identificação de contraindicação para o suplemento nutricional de carboidratos (Fresubin Juicy). Entrega do suplemento caso não seja efetuada consulta de nutrição.

- Informação detalhada do procedimento cirúrgico com os objetivos diários do plano de recuperação pós-operatória.
- Sessão individual de treino respiratório e otimização da independência funcional, se a consulta for realizada por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A frequência dos exercícios deve ser ajustada à condição clínica e participação do doente.

***Follow-up* cirúrgico de enfermagem**

A equipa de Enfermagem da Unidade de Digestivo é informada das altas através de correio electrónico. Com o objetivo de fazer o despiste de complicações precocemente e otimizar a recuperação, o *follow-up* cirúrgico deve ser realizado 24 a 48 horas após a alta através de contacto telefónico. Atividades realizadas pelo Enfermeiro:

- Identificação da data e tipo de cirurgia.
- Despiste de sinais e sintomas de infeção.
- Despiste de sinais e sintomas de hemorragia.
- Avaliação da tolerância alimentar.
- Avaliação do trânsito intestinal e urinário.

Consulta de apoio de enfermagem de controlo de sintomas (1ª vez)

A referenciação para a equipa de enfermagem de doentes com necessidade de consulta de controlo de sintomas é habitualmente feita pela equipa médica e tem como objetivo a realização de consulta de enfermagem e realização de procedimentos em contexto de ambulatório. As consultas e procedimentos são maioritariamente para controlo de sintomas e gestão de sintomatologia, em doentes submetidos a terapêutica antineoplásica ou em contexto de cuidados paliativos e fim de vida.

Atividades realizadas pelo enfermeiro:

- Realização de conferências familiares conjuntas para discussão de questões relacionadas com as necessidades provocadas pela doença.
- Administração de terapêutica para controlo de sintomas.

- Ensino acerca da otimização terapêutica realizada em consulta médica (efeito terapêutico, início de ação, efeitos adversos, posologia e manuseamento) e entrega de guia de terapêutica.
- Ensinos relacionados com prevenção de lesões por pressão.
- Articulação com outras unidades, se necessidade de administração de terapêutica para gestão de sintomatologia e/ou vigilância.
- Levantamento de necessidades de ajudas técnicas no domicílio e aconselhamento de ajudas técnicas.
- Entrega de documentação de apoio.

Enfermagem tratamentos

O ato corresponde à execução de técnicas de Enfermagem. A este episódio deve ser associado um registo de procedimento.

Enfermagem pensos

O ato corresponde à intervenção do enfermeiro com vista à cicatrização de feridas, através do conhecimento aprofundado da fisiologia da cicatrização, cuidados à pele peri-lesional, preparação do leito da ferida e escolha do tratamento adequado.

Apêndice VIII – Reflexão sobre: “A aceitação e adaptação à doença oncológica”

Reflexão sobre: “A aceitação e adaptação à doença oncológica”

A reflexão é encarada como um instrumento de aprendizagem e o seu valor reside no desenvolvimento de conhecimentos que possibilitam o desenvolvimento pessoal e profissional (Alarcão, 2001).

A prática reflexiva tem adquirido um profundo reconhecimento na prática de enfermagem, não só para apoiar os enfermeiros a reconhecerem as suas forças e fraquezas (Somerville & Keeling, 2004), mas igualmente para superar a lacuna existente entre a teoria e a prática de enfermagem e expandir o corpo de conhecimentos da enfermagem integrada na prática (Johns, 2002).

A enfermagem procura atender à cura quando exequível mas, acima de tudo procura atender a pessoa na sua globalidade, numa tentativa de compreensão da pessoa na sua plenitude, visando o seu bem-estar, respeitando a sua dignidade, os seus valores, liberdade e individualidade.

Este campo de estágio permitiu uma multiplicidade de experiências, o que me consentiu aprender e crescer enquanto profissional. A enfermagem abre caminho para a reflexão e para a análise crítica das situações vivenciadas pelos profissionais pelo que, os estágios são momentos extremamente enriquecedores para colocar em prática esta realidade. Deste modo, durante a realização do estágio clínico na Unidade do Digestivo [REDACTED] foi elaborada uma reflexão de uma situação vivenciada, sobre a aceitação e adaptação à doença oncológica.

No início do estágio fui acompanhando a enfermeira orientadora do serviço, observando-a e aprendendo as dinâmicas da unidade, tive a oportunidade de ir conhecendo os doentes e de me dar conhecer. Quando conheci a Catarina na segunda semana de estágio, identifiquei-me logo com ela. Não sei se pelo facto de ser do Norte ou se pela sua simplicidade e amabilidade, consegui logo estabelecer uma relação de empatia. Apesar da escolha desta situação para refletir, não ir de encontro aos meus objetivos de estágio que se centram na capacitação do doente hepatobiliopancreático, é verídico e importante referir que a história de vida de Catarina é marcante, tocou-me psicologicamente, pelo facto de ser uma doença exclusiva da mulher, que mexe com a nossa feminilidade, com a reprodução e fertilidade.

A doença oncológica é considerada uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em todo o mundo. As últimas estatísticas apontam para 18,1 milhões

de novos casos de cancro e 9,6 milhões de mortes por cancro em todo o mundo, no ano de 2018 (Ferlay *et. al.*, 2019).

A Catarina é uma jovem de 28 anos de idade, que até ao dia 25/10/21 era perfeitamente saudável. Vive com o companheiro na zona de Loures e desenvolve a sua atividade profissional como médica de Medicina Geral e Familiar, numa Unidade de Saúde Familiar em Lisboa. É natural de Vila Real, mas refere que veio para Lisboa estudar medicina, onde acabou por ficar a viver após o término do curso. Os pais são ambos médicos e continuam a residir no Norte do país, a irmã encontra-se a estudar medicina em Coimbra.

No dia 05/11/2021 refere início relativamente abrupto de queixas álgicas tipo “pontadas” (sic) no abdómen durante período de férias em Espanha, com exacerbação com a evacuação. No regresso a Portugal, foi orientada por colega ginecologista do [REDACTED] para seguimento no [REDACTED] após exame pélvico e realização de ecografia que revelou, “volumosa tumefacção anexial/uterina, com cerca de 8 cm, com aspecto suspeito”. Realizou vários exames complementares de diagnóstico que revelaram um carcinoma seroso do ovário e implantes peritoneais.

O cancro do ovário no início é, geralmente assintomático, pode surgir uma massa anexial sólida, irregular, fixa e, pode ser descoberta casualmente no exame pélvico e retovaginal. Quando o cancro está em estadio avançado pode apresentar sintomas inespecíficos como, por exemplo, dispepsia, distensão abdominal, saciedade precoce, dor causada por gases, dor nas costas. Com a progressão da doença geralmente pode ocorrer dor pélvica, anemia, caquexia e distensão abdominal por aumento do ovário ou ascite (Ramirez *et. al.*, 2017).

O diagnóstico de uma doença oncológica, é encarado como uma ameaça à integridade física e psicológica do sujeito, tendo um impacto profundo na forma como a pessoa se percebe a si mesmo e ao ambiente social que o rodeia, bem como o seu bem-estar e qualidade de vida (Francisco, Carvalho & Batista, 2008).

Ao contar-me a sua história de vida, a Catarina salienta particular ansiedade durante este processo com o facto de na altura estarem “em aberto” uma série de possibilidades “um tumor benigno, um tumor maligno, tumor maligno metastizado...” (SIC) o que teria implicações em decisões cirúrgicas durante a intervenção “tanto poderiam tentar remover só o tumor, como haver necessidade de remoção de órgão,

como ser ainda mais extenso do que isso (...) o resultado foi ainda mais inesperado, acabou por ser bastante mais extenso” (SIC).

A atenção sobre a doença oncológica e o seu diagnóstico começa geralmente com a deteção de uma anormalidade num autoexame, num resultado de laboratório, num procedimento de rastreio ou num exame clínico (Cordova, Riba & Spiegel, 2017).

Nem todas as pessoas vivem da mesma maneira e com a mesma intensidade o diagnóstico de doença oncológica. Algumas pessoas reagem ao diagnóstico de doença oncológica com incerteza face ao futuro, medo da morte e dos tratamentos, e receio pela possível desfiguração e pelas mudanças exigidas a nível social e do ambiente físico (Pitman *et. al.*, 2018; Rowland & Massie, 2010).

Independentemente da trajetória da doença ser singular, existem momentos chave no decurso da doença oncológica que contribuem para que tanto os profissionais de saúde como o doente e família se defrontem com desafios como, o diagnóstico, o prognóstico, a discussão sobre a realização ou não de tratamentos, os efeitos secundários associados aos tratamentos realizados, a recidiva, a necessidade de realizar testes genéticos e os seus resultados, a abordagem sobre cuidados paliativos, a morte, entre outros (Baile & Parker, 2011).

Durante o estágio consultei o processo clínico da Catarina, com o seu consentimento verbal. Teve um internamento longo, com algumas intercorrências. A primeira cirurgia realizou-se duas semanas após o diagnóstico, foi submetida a citorredução de intervalo, esta é uma modalidade de tratamento existente, que consiste na extirpação cirúrgica de todos os depósitos tumorais intraperitoneais visíveis. A Catarina optou por não preservar a fertilidade. Quando abordámos este assunto pela evidência de ser tão jovem disse-me “Eu já me sentia extremamente angustiada pelo diagnóstico de uma doença grave e receei que ao tentar estratégias para hipoteticamente ser mãe no futuro atrasasse os tratamentos e piorasse as minhas possibilidades de sobrevivência” (SIC). Enquanto enfermeira e mulher entendi a acção da doente, uma vez que o cancro tem uma grande conotação de incerteza e provoca profundas alterações na vida da pessoa (Barbero *et. al.*, 2005; Onan *et. al.*, 2015). Apesar da complexidade da situação, é muito importante que o profissional de enfermagem ofereça o suporte necessário às mulheres por meio de uma assistência terapêutica eficaz, minimizando, assim, suas angústias e aproximando-as do serviço de saúde (Maia *et. al.*, 2019). No intra-operatório constatou-se que a

pélvis estava totalmente preenchida por tumor, com múltiplos implantes no diafragma direito e esquerdo e um implante com cerca de 4 cm, no cólon sigmóide. O pós-operatório foi complicado de sépsis, peritonite abdominal secundária, ruptura total da parede posterior da bexiga e deiscência da anastomose colo-retal, com necessidade de voltar ao bloco operatório, por duas vezes, para laparotomias exploradoras, foi submetida colectomia e colostomia terminal.

A Catarina é bastante comunicativa, autocaracterizava-se de disciplinada, racional e dotada de uma grande força de vontade. No entanto, nesta nossa interação foi mais além, emocionou-se, falou de receios, dúvidas e retrospectivas. E acho que isto aconteceu não só devido a este momento em si, mas também devido à relação terapêutica que desenvolvemos quando nos conhecemos. “ Enfermeira senti muita dificuldade na recuperação física após a cirurgia, tive necessidade de ser reintervencionada por duas vezes, achei que o meu corpo não iria resistir, tinha dúvidas se tinha força para aguentar mais” (SIC). Descreveu períodos de franco desânimo mas manteve a adesão ao plano terapêutico e esperança na recuperação “neste tipo de doenças, em última análise o que interessa é a vida, e é nisso que eu estou focada... mas tenho vivido o dia-a-dia, ainda não penso nisto a longo prazo” (SIC) referindo-se ao facto de ter ficado com estoma permanente.

O processo de adaptação à doença influencia intimamente a qualidade de vida e a criação de uma ostomia é associada à diminuição desta qualidade, na medida em que as metas individuais, as expectativas, o padrão e o estilo de vida são afetados (Cardoso, 2011). A vivência da doença oncológica é um facto individual mas também familiar e social, com grande carga emocional que acarreta grandes alterações na vida dos doentes e da família (Fonseca *et. al.*, 2007).

A doença oncológica reveste-se de particularidades específicas com uma pesada carga emocional e social, havendo por vezes, uma estigmatização da sociedade. O desespero, angústia, mutilação e morte estão associados ao cancro, sendo que em algumas pessoas provoca sensações de repugnância e medo. São estas representações que influenciam a forma como os familiares e o doente experienciam todo o processo de adaptação à doença (Fonseca *et. al.*, 2007). O doente oncológico sofre uma deterioração progressiva ao nível físico, funcional e psicológico que levam a uma dependência gradualmente maior dos familiares, cuidadores informais e profissionais de saúde (Paredes *et. al.*, 2008).

Sempre que nos encontrámos a Catarina manteve-se calma e cordial, com fácies e olhar triste, mantinha contato ocular. Tinha uma postura adequada e uma atitude colaborante. De acordo com Pais (2004) existem sete preocupações predominantes nos indivíduos a quem é diagnosticada uma doença oncológica, nomeadamente: preocupação com a saúde (disseminação da doença, efeitos secundários da terapêutica); auto-avaliação (alterações físicas, auto-estima e auto-imagem); trabalho e situação económica; família e amigos (perdas de amizades, alterações a nível sexual); religião (sentimento de abandono ou mesmo requerer à fé); amigos e parceiros (limitações que a doença possa trazer em relação aos amigos) e preocupações existenciais (a sua própria existência é, por vezes, colocada em causa).

A Catarina disse-me várias vezes a dificuldade que sentia a realizar os cuidados à colostomia. “É tão difícil lidar com a colostomia, ainda não me consegui adaptar. Acordámos tantas vezes de noite, com medo que o saco fique muito cheio. O meu companheiro e a minha família ajudam-me muito mas, enquanto estava internada aqui no hospital sentia-me protegida, em casa sinto-me desorientada” (SIC). Na sequência da alta hospitalar é muito importante que o acompanhamento da pessoa ostomizada seja efetuado por um profissional de saúde especializado, pois nesta nova fase é indispensável haver um aconselhamento continuado acerca do estoma e dos auto cuidados com vista à sua auto-suficiência e adaptação à nova situação, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. (Pinheiro & Tavares, 2005).

Em alguns dos momentos em que prestei cuidados à Catarina o silêncio esteve presente, sentia-me frágil e sem palavras. Por vezes pensava, o que posso eu dizer para ajudar a Catarina? Na minha opinião, o silêncio, sobretudo nas respostas à doente, indicou no meu entendimento, uma “fraqueza e frustração” pois a minha preocupação era ter uma resposta que fosse ao encontro das suas necessidades. Nas nossas interações percebi que a Catarina entendia o meu silêncio, era considerado uma forma de falar, mas sem palavras. A boa relação que consegui construir com a Catarina e a família contribuiu para uma adaptação e reabilitação satisfatória da pessoa colostomizada, sempre me mostrei disponível e, nunca desvalorizei os receios e as suas preocupações, pretendi atuar no sentido de os minimizar. O acompanhamento que fiz à Catarina foi constituído por um leque de ensinamentos que englobaram a higiene da ostomia, a alimentação, o vestuário, o

exercício físico. A capacitação da pessoa para a vida com uma ostomia é cada vez mais um importante foco de atenção dos enfermeiros, que apesar da sua complexidade e multidimensionalidade, o desenvolvimento de capacidades no autocuidado à ostomia é descrito na literatura como um dos principais impulsionadores de uma transição saudável (Queirós, Santos, Brito & Pinto, 2017). Tentei elucidá-la que a convivência com o estoma exige da pessoa ostomizada a adoção de inúmeras medidas de adaptação e reajustamento às atividades do dia-a-dia, incluindo nestas a aprendizagem das ações de autocuidado do estoma e pele periestomal. Ao longo do processo de doença oncológica o doente e a família contatam frequentemente com os profissionais de saúde, sendo que o enfermeiro é o profissional que se encontra mais presente, fornecendo informações precisas, completas e consistentes, prestando apoio, realizando educação para a saúde e tratamentos e promovendo a adaptação à doença (Krumwiede & Krumwiede, 2012).

Para além do medo e ansiedade inerentes à própria cirurgia, a Catarina também sentia medo da reação da família e amigos perante a sua ostomia. Contou-me que sentia que o companheiro estava com dificuldade na conciliação do trabalho com as responsabilidades familiares e com o apoio que lhe dava a si. De acordo com Queirós (2004), o enfermeiro é o profissional de saúde que mais diretamente contata com a pessoa ostomizada e a família, daí a necessidade de estar preparado para os compreender e atendê-los de acordo com uma filosofia holística, pois se alguns problemas físicos são geralmente mais fáceis de detetar, outros de tipo psicológico revelam-se de grande complexidade e de difícil resolução. “ Eu tento não o preocupar, mas sinto-o inquieto, esta doença trouxe alterações na nossa dinâmica familiar” (SIC). Sentimentos de choque, de raiva, de inferioridade, depressão ou dependência poderão surgir. Para além destes, pela alteração da imagem corporal, em que a saída das fezes passa a ser feita por uma abertura não natural no abdómen, a pessoa colostomizada poderá sentir vergonha, repugnância e refugiar-se num isolamento social. (Serrano & Pires, 2005). A Catarina referiu-me algumas vezes que “Às vezes custa-me estar à beira de pessoas, porque há ocasiões, sabe como é, ouvem-se os gases, eu fico assim um bocado constrangida” (SIC). Expliquei-lhe que a alteração da imagem corporal é um dos efeitos secundários mais comuns que pode surgir com a presença da colostomia, no entanto, a aceitação e a adaptação contribuem para uma melhor qualidade de vida. Para Serrano & Pires (2005), a pessoa colostomizada pode ter uma vida completamente normal se

encarar bem a sua ostomia e cuidar bem do seu estoma. Poderá fazer tudo o que gosta e que o fazia antes da cirurgia: atividade profissional, desporto, viagens, divertir-se e conviver com familiares e amigos, desde que o seu estado de saúde o permita.

Martins (2004) refere que, é fundamental o apoio dos profissionais de saúde na compreensão da perspetiva emocional do cliente, nas várias fases do processo de aceitação da doença, para que este encare com esperança e positividade a sua vida futura e adaptar-se da melhor forma à sua nova condição de vida. Segundo o mesmo autor, o enfermeiro tem um papel importante não só no que diz respeito aos cuidados técnicos prestados ao doente, mas também no ensino efetuado, no apoio emocional e acompanhamento do cliente/ família ao longo de todo o processo.

O doente principia uma longa jornada que começa com o diagnóstico, prolongando-se com os tratamentos e mantendo-se na fase crónica da doença. Esta jornada é partilhada com os profissionais de saúde, particularmente com os enfermeiros. Os enfermeiros têm um papel importante na prestação de cuidados e apoio ao doente e à sua família (Komatsu & Yagasaki, 2014). A educação do doente e da família acerca da doença, das estratégias de tratamento e dos efeitos colaterais dos tratamentos, contribui para a prevenção e redução da ansiedade e do medo (Garcia, 2014). Considero essencial que o enfermeiro se demonstre sempre disponível e consiga desenvolver com o doente uma relação de empatia e confiança, tendo como objetivo primordial o restabelecimento da autonomia e a reabilitação do doente ostomizado o mais precocemente possível, promovendo o autocuidado e a aceitação da nova imagem corporal.

Benner (2001) defende que é através da experiência que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e a extrair o seu significado. De acordo com esta autora, só os enfermeiros que participam na prática de cuidados têm a noção da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado. Os enfermeiros serão considerados tanto melhores profissionais quanto mais próximos dos padrões de excelência definidos estiver o seu desempenho. Benner (2001) considera que a excelência no exercício da prática só se consegue participando dela.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência*, (6), 53-59.

- Baile, W. & Parker, P. (2011). Breaking bad news. In Kissane, D., Bultz, B., Butow, P. & Finlay, I. (Ed.) *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care* (p. 101 - 112). Oxford: Oxford University Press.
- Barbero, J., Barreto, P., Arranz, P., Bayés, R. (2005). *Comunicación en oncología clínica*. Madrid: Editorial Just in Time S. L.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito, excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, T. (2011) *Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9258/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Teresa%20Cardoso.pdf>.
- Cordova, M. J., Riba, M. B. & Spiegel, D. (2017). Pos-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatric*, 4 (4), 330-338.
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D. M., Piñeros, M., Znaor, A. & Bray, F. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International Journal of Cancer*, 144 (8), 1941-1953.
- Fonseca, A., Mira, H., Gato, L. (2007). Dar a vida aos dias... Uma conquista da Família. *OncoNews*. 1 (3), 17-23.
- Francisco, J., Carvalho, M. & Batista, A. (2008). *Otimismo, estratégias de coping e ajustamento emocional em indivíduos com doenças do foro oncológico*. Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.
- Garcia, S. (2014). The Effects of Education and Anxiety Levels in Patients Receiving Chemotherapy for the First Time: An Integrative Review. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (5), 516- 521.
- Johns, C. (2002). *Guided reflection: advancing practice*. London, England: Blackwell Science.
- Komatsu, H. & Yagasaki, K. (2014). The Power of nursing: Guiding patients through a journey of uncertainty. *European Journal of Oncology Nursing*, 18 (4), 419-424.
- Krumwiede, K. A. & Krumwiede, N. (2012). The Lived Experience of Men Diagnosed With Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39 (5), 443-450.

- Maia, J. S., Souza, C. P., Menezes, G. O., Mota, T. A. O. (2019). O câncer de mama e a gestação. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 4 (7), 110-127.
- Martins, M. (2004). *Um olhar sobre a saúde reprodutiva em Portugal: o passado, o presente, que futuro?* In Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
- Onan, N., Barlas, G., Karaca, S., Yildirim, N., Taskiran, O. & Sumeli, F. (2015). The Relations Between Perceived Stress, Communication Skills and Psychological Symptoms in Oncology Nurses. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 5 (3), 170 – 177.
- Pais, F. (2004). *O impacto da doença oncológica no doente e na família*. Coimbra: Editora Formasau.
- Paredes, T., Simões, M. R., Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Quartilho, M. J., Rijo, D., Gameiro, S. & Corona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 73-87.
- Pereira, L. D. A., Brandão-Souza, C., Musso, M. A. A., Calmon, M. V., Neto, S. B. C., Miotto, M. H. M. B., Zandonade, E., Amorim, M. H. C. (2016). Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama no Pré e Pós-Operatório. *Invest. Educ. Enferm*, 35 (1), 109-119.
- Pinheiro, A., Tavares, M. J. (2005). *Guia de Ostomias para o Profissional*. Lisboa: Convatec.
- Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N. & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*, 361, 1315.
- Queirós, E. (2004). *Ostomizado Intestinal. O Autocuidado como Fator de Reintegração Social*. Lisboa: Convatec.
- Queirós, S., Santos, C., Brito, M., & Pinto, I. (2017). Fatores condicionadores do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação. *Revista de Enfermagem Referência*, 14 (4), 57-66.

- Ramirez, P., Gershenson, D., & Sailvo, G. (2017). *Câncer ovariano*. Última revisão/alteração completa. Recuperado de <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia>.
- Rowland, J. H., & Massie, M. J. (2010). Breast Cancer. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B., Jacobsen, M. S., Lederberg, M. J., Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology*, 152 (1), 177-186.
- Serrano, C., Pires, P. (2005). Enfermeiro e o Doente Ostomizado. *Nursing*, 203, 35-41.
- Somerville, D., & Keeling, J. (2004). A practical approach to promote reflective practice within nursing. *Nursing Times*, 100 (12), 42-45.

**Apêndice VIII – Caracterização do Serviço de Cirurgia Hepato-bilio-
pancreático do Hospital C**

Caraterização do Serviço de Cirurgia Hepato-bilio-pancreático do Hospital C

O Hospital C integra o Centro Hospitalar [REDACTED] desde fevereiro de 2012. É considerada uma unidade polivalente, do sector público, com níveis de diferenciação e qualidade de referência a nível nacional, salientando-se o diagnóstico e tratamento das patologias hepato-bilio-pancreáticas. O serviço de Cirurgia A foi construído em 2003, sendo inicialmente destinado à cirurgia geral, mas ao longo dos anos foi adquirindo a sua valência na cirurgia hepato-bilio-pancreática. A partir de 2006, começou a admitir o internamento de pessoas fora da sua área geográfica de referência, tendo sido reconhecido, em 2016, como Centro de Referência Nacional do Cancro Hepato-bilio-pancreático (HBP).

O Centro de Referência Nacional do Cancro Hepato-bilio-pancreático é uma unidade orgânico-funcional, dotada de meios físicos, técnicos e humanos próprios, vocacionada para a prestação de cuidados específicos aos doentes com cancro HBP, procurando uma estreita articulação com todos os serviços do CH [REDACTED] no tratamento de doentes.

O serviço é constituído por um total de 28 camas divididas em 6 enfermarias cada uma com 4 camas e 4 quartos individuais. Cada enfermaria tem as suas próprias instalações sanitárias, com uma sala para chuveiro e outra para sanitário. A distribuição das pessoas internadas pelas enfermarias de 4 camas é aleatória, consoante a disponibilidade do serviço, havendo apenas a discriminação do sexo da pessoa. A distribuição pelos quartos individuais prioriza casos de necessidade de isolamento dos doentes (por infeção ou imunossupressão), priorizando em seguida casos em que a situação clínica dos doentes seja mais sensível, como o caso de doentes em fim de vida, mais concretamente, nos últimos dias e horas de vida.

No que diz respeito a especialidades cirúrgicas este encontra-se atribuído sobretudo ao internamento da cirurgia HBP, mas também integra pessoas para cirurgia geral, cirurgia esófago-gástrica, cirurgia colo-retal e cirurgia endócrina. Ocasionalmente, sobretudo por gestão de vagas e necessidades de outros serviços, utentes da Unidades de Transplante Hepático poderão ser também admitidos.

A proveniência das pessoas internadas poderá ser do serviço de urgência do centro hospitalar ou através de internamentos eletivos. Para além de doentes cirúrgicos, sujeitos a cuidados pré e/ou pós-operatórios, também, por vezes, são internados doentes para controlo de sintomas ou otimização do estado geral, quer seja através de procedimentos invasivos, ou através de tratamento conservador e prestação de cuidados de suporte e cuidados paliativos. A colaboração entre valências médicas decorre sempre que a equipa médica assistente requisitar a colaboração de outra valência médica de interesse existente no hospital, ou no centro hospitalar, tal como medicina interna, psiquiatra, medicina paliativa, entre outras.

Semanalmente existe uma reunião multidisciplinar no Hospital C, onde são apresentados casos clínicos. Na reunião participam médicos especialistas em cirurgia hepato-bilio-pancreática, em cirurgia geral, gastroenterologia e hepatologia, oncologia médica e radiologia de intervenção, nefrologia e especialistas de medicina interna, endocrinologia e anatomia patológica. Por consenso é definido o plano terapêutico, programada a cirurgia a realizar e feito o agendamento, conforme as prioridades.

O internamento electivo funciona de 2^a a 6^a feira entre as 08:00 e as 16:00 horas. O planeamento é estruturado semanalmente e organizado por patologias. O internamento urgente funciona 24 horas por dia 365 dias por ano. Decorrente da reunião multidisciplinar as intervenções programadas são agendadas sob a forma de mapas operatórios com programas semanais. O agendamento da intervenção é realizado pela equipa médica de acordo com o grau de urgência e tipo de intervenção. Estabelecida a data da intervenção, o doente é convocado, pelo assistente técnico responsável, para se proceder ao seu internamento na véspera da intervenção.

A equipa de enfermagem é constituída por vinte elementos. A maioria são enfermeiros generalistas, existindo dois elementos com a especialidade de Enfermagem de Reabilitação e três elementos com a especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, dois concretamente na vertente oncológica e outro em funções de chefia e gestão do serviço. O período de trabalho é de trinta e cinco horas semanais, com realização de trabalho por turnos (diurno e noturno), distribuídos pelos sete dias da semana. A filosofia dos cuidados baseia-se nos cuidados centrados no doente, ou seja, num modelo de prestação de cuidados em que o doente é participante ativo

do seu processo de doença e cura e em que a sua dimensão é envolvida em todos os cuidados prestados, adquirindo por isso um plano de cuidados único e individual. O método de trabalho de enfermagem é o método individual, este baseia-se no conceito de cuidado global e implica a afectação de um enfermeiro a um único doente ou mais do que um, se a "carga de trabalho" o permitir. O processo de Enfermagem implica a realização de registos, na avaliação inicial e na continuidade de cuidados, parâmetros vitais e ensinos, em todos os atos praticados, aquando da administração de terapêutica e gestão de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

A restante equipa a desenvolver funções no serviço é constituída por treze assistentes operacionais, a equipa médica das diferentes valências cirúrgicas, dois nutricionistas (presentes de 2ª a 6ª feira na visita médica), um assistente social e três fisioterapeutas (diariamente, nos dias de semana) e uma secretária de unidade.

No pré-operatório ou pré procedimento o enfermeiro responsável pelo doente informa, ensina e treina sobre o ato cirúrgico e/ou procedimento a realizar bem como os exercícios de reeducação funcional motora e respiratória cuja aprendizagem será de extrema importância no pós-operatório. No dia da cirurgia o enfermeiro responsável pelo doente dá continuidade ao processo de preparação, acompanha-o ao bloco operatório, juntamente com o assistente operacional e, procede à transferência de cuidados. O processo de preparação da alta inicia-se na admissão. É realizado ensino ao doente e família/pessoa significativa com vista à capacitação para a continuidade de cuidados após a alta. Decorrente da avaliação sócio-familiar poder-se-á ter que envolver no processo a assistente social com vista a facilitar o regresso ao domicílio e/ou candidatura para a rede de cuidados continuados. No momento da alta é entregue o barómetro de satisfação do centro de referência e explicado o procedimento de preenchimento e entrega do mesmo.

Apêndice IX – Plano da sessão de formação: “Planeamento de alta e *follow-up* do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia - intervenções especializadas de enfermagem”

Plano da sessão de formação

Tema da formação	Planeamento de alta e <i>follow-up</i> do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia - intervenções especializadas de enfermagem				
Estágio com Relatório	12º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, Vertente Oncológica.				
Docente Orientador	Prof. Dr. Óscar Ferreira	Enfermeira Orientadora	Enf. ^a [REDACTED]	Formadora	Enf. ^a Marlene Pinto
Destinatários	Equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia A – [REDACTED]				
Local	Serviço de Cirurgia A	Data	02/02/2022	Duração	45 minutos
		Hora	08:30		
Objetivos Gerais	➤ Implementar o planeamento sistemático da alta de enfermagem do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia e o <i>follow-up</i> telefónico 48 horas após a alta				
Objetivos específicos	➤ Envolver os enfermeiros da equipa no projeto de intervenção ➤ Promover a capacitação da equipa de enfermagem no planeamento da alta de enfermagem do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia e implementação da consulta de enfermagem telefónica de <i>follow-up</i> 48 horas após a alta ➤ Planear intervenções de enfermagem que visem o planeamento de alta de enfermagem, a capacitação do doente oncológico hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia e implementação de consulta de enfermagem telefónica de <i>follow-up</i> 48 horas após a alta ➤ Implementar a consulta de enfermagem telefónica de <i>follow-up</i> 48 horas após a alta, com vista a prevenir complicações pós-operatórias e diminuir taxas de reinternamento hospitalar				
Etapas	Conteúdos			Metodologia e Recursos	
Introdução	➤ Sumário da sessão ➤ Objetivos da sessão			➤ Método Expositivo ➤ Programa	

	➤ Contextualização da temática	Informático Microsoft Powerpoint.
Desenvolvimento	➤ Problemática e pertinência do projeto de intervenção ➤ Enquadramento Conceptual: ○ Impacto das Doenças Oncológicas nomeadamente do cancro hepato-bilio-pancreático ○ Planeamento adequado de alta de enfermagem ○ Capacitação do doente cirúrgico hepato-bilio-pancreático para o autocuidado ○ Implementação da consulta de enfermagem telefónica de <i>follow-up</i> 48 horas após a alta ○ Aplicação do algoritmo de resposta ao problema/ necessidade identificado na consulta de enfermagem telefónica de <i>follow-up</i>	➤ Método Expositivo ➤ Programa Informático Microsoft Powerpoint.
Conclusão e avaliação	➤ Síntese da temática ➤ Esclarecimento de dúvidas.	➤ Debate com os participantes ➤ Aplicação de um questionário de avaliação da sessão de formação

Apêndice X – Análise do questionário de avaliação da sessão de formação: “Planeamento de alta e *follow-up* do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia - intervenções especializadas de enfermagem”

Análise do questionário da avaliação da formação: “Planeamento de alta e *follow-up* do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia - intervenções especializadas de enfermagem”

1. Metodologia

O questionário de avaliação é fundamental para avaliar a satisfação dos enfermeiros em relação à formação realizada. Para além disso é essencial para compreender a perceção da equipa de enfermagem face estratégias adotadas para a implementação do projeto de intervenção: Planeamento de alta e *follow-up* do doente hepato-bilio-pancreático submetidos a cirurgia e avaliar a sua relevância.

Foram realizadas duas formações, com a duração de 45 minutos cada e estiveram presentes 15 enfermeiros dos 20 enfermeiros em função no serviço. Portanto, estas formações tiveram uma adesão superior a 50%.

Na primeira parte do questionário pretendeu-se avaliar a avaliação geral da formação, sendo aplicada uma escala *Likert* (sendo o 1 o nível mais baixo e 5, o mais alto). Na segunda parte foram avaliadas as estratégias formativas utilizando o mesmo tipo de escala. Na terceira parte do questionário foram realizadas questões sobre: os benefícios que o projeto de intervenção trará para os doentes hepato-bilio-pancreáticos submetidos a cirurgia, os temas de maior interesse abordados na formação e se tinham sugestões para a implementação do projeto de intervenção.

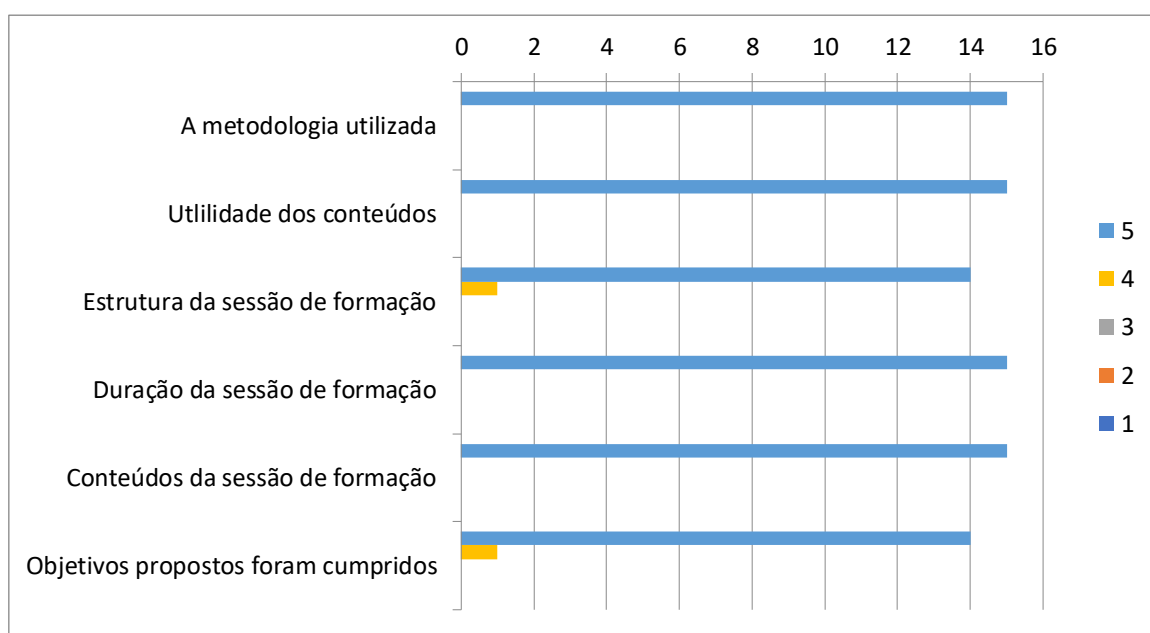


Gráfico 1: Avaliação geral da formação

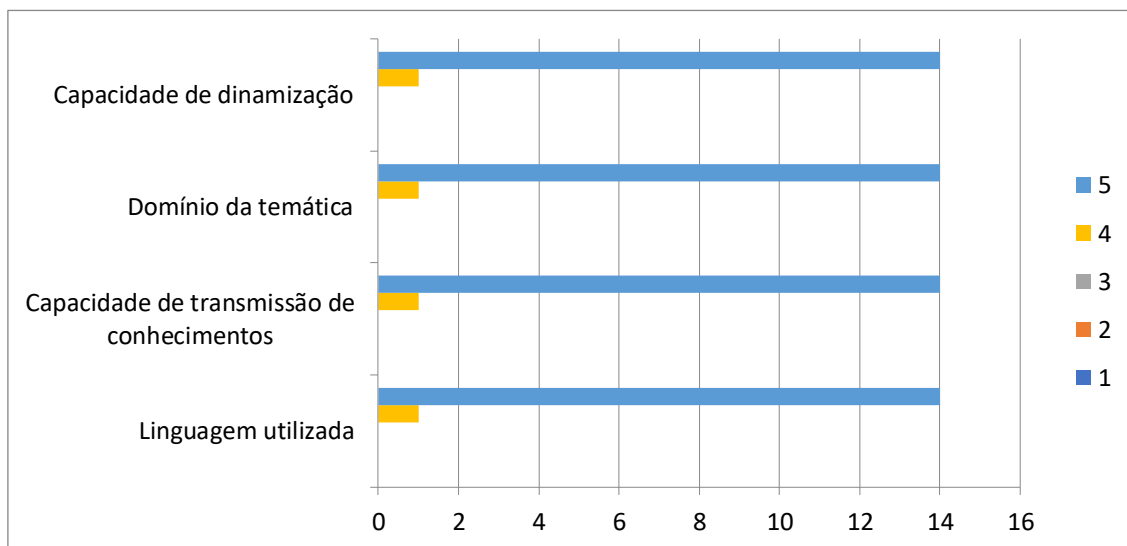


Gráfico 2: Avaliação das estratégias formativas

Neste questionário pretendeu-se também saber se a implementação do projeto traria benefícios para o doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia, ao que todos os enfermeiros presentes (100%) nas formações responderam que sim. A maioria dos enfermeiros acham que o projeto permitirá prevenir reinternamentos, detetar precocemente complicações pós-operatórias, trabalhar adequadamente o processo de preparação para a alta, diminuir preocupações e inseguranças do doente e família e esclarecer dúvidas. Relativamente aos temas abordados, nove enfermeiros (60%) acharam todos os temas abordados interessantes e pertinentes, um enfermeiro (6,67%) referiu o autocuidado, cinco enfermeiros (33,3%) aludiram que foi o guia orientador da entrevista utilizado para a consulta de *follow-up* e o algoritmo de resposta aos problemas/necessidades identificados que lhes despertou maior interesse. Em relação à pergunta sobre sugestões para a implementação do projeto treze enfermeiros (86,7%) responderam que não, um enfermeiro (6,67%) propôs a articulação com a secretária de unidade para orientar as marcações de consultas e pedidos de transporte dos doentes do hospital para o domicílio e um enfermeiro (6,67%) sugeriu o envolvimento da equipa médica e criação de elos de ligação para outras consultas de especialidade.

Por fim, esta exposição e abertura à equipa constituíram uma oportunidade para que todos os elementos se pudessem manifestar e familiarizar quanto ao projeto a implementar, tornando mais coesa a abordagem ao doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia.

Apêndice XI – Manual de Planejamento de Alta de Enfermagem

12º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Área de Especialização em Enfermagem médico-cirúrgica,
Vertente Oncológica

Planeamento de Alta de Enfermagem

Manual de boas práticas

12º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Área de Especialização em Enfermagem médico-cirúrgica,
vertente Oncológica

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Planeamento de Alta de Enfermagem
Manual de boas práticas

Marlene Isaura Correia Pinto
Nº10531

Enf.ª Orientadora:
Enf.ª Especialista Paula Duarte

Professor orientador:
Prof. Dr. Oscar Manuel Ramos Ferreira

Lisboa
2022



Índice

Introdução.....	9
1. Hospitalização.....	10
2. Planeamento de Alta de Enfermagem.....	11
3. Fluxograma de planeamento da alta do doente cirúrgico hepato-bilio-pancreático.....	13
4. A capacitação para o autocuidado no período peroperatorio.....	16
4.1 Capacitação do doente cirúrgico oncológico hepato-bilio-pancreático.....	17
4.2 Complicações pós-operatórias.....	22
5. Consulta de Enfermagem Pós-Operatória de <i>follow-up</i>	25
5.1 Consulta de Enfermagem Pós-Operatória de <i>follow-up</i> – Cirurgia A.....	26
6. Conclusão.....	28
7. Referências Bibliográficas.....	29
Anexo I - Fluxograma de planeamento de alta do doente cirúrgico hepato-bilio-pancreático.....	37
Anexo II – Guia informativo sobre cirurgia hepato-bilio-pancreática.....	41
Anexo III – Guia orientador da entrevista de <i>follow-up</i>	47
Anexo IV- Algoritmo de resposta ao problema/necessidade do doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia.....	51

Introdução

Ao longo dos últimos anos, temos assistido em Portugal, à semelhança do que se passa no resto do Mundo, a um aumento da incidência do cancro. Segundo estimativas do *Global Cancer Observatory*, produzidas pela *International Agency for Research on Cancer* acerca da incidência e mortalidade do cancro, estima-se que em todo o mundo cerca de 19.3 milhões de novos casos de cancro e quase 10 milhões de mortes por cancro tenham ocorrido em 2020 (Global Cancer Observatory, 2020).

O sistema de saúde é constantemente desafiado com dois problemas, a pressão para aumentar a qualidade e a necessidade de contenção de custos (Jha; Orav; Epstein, 2009). Os hospitais são pressionados a responder ao aumento da procura de cuidados e simultaneamente a gerir com eficiência o uso de camas hospitalares, através dos tempos de internamento e da gestão de reinternamentos hospitalares não programados (Scott, 2010).

O planeamento de alta hospitalar deve iniciar-se logo no acolhimento do doente ao serviço/unidade e consiste na criação de um plano de alta individual para o doente, com a finalidade da promoção da continuidade dos cuidados, da contenção de custos hospitalares e da contribuição para os resultados de saúde do indivíduo, permitindo assim uma integração entre os diferentes níveis de cuidados (Shepperd *et al.*, 2010).

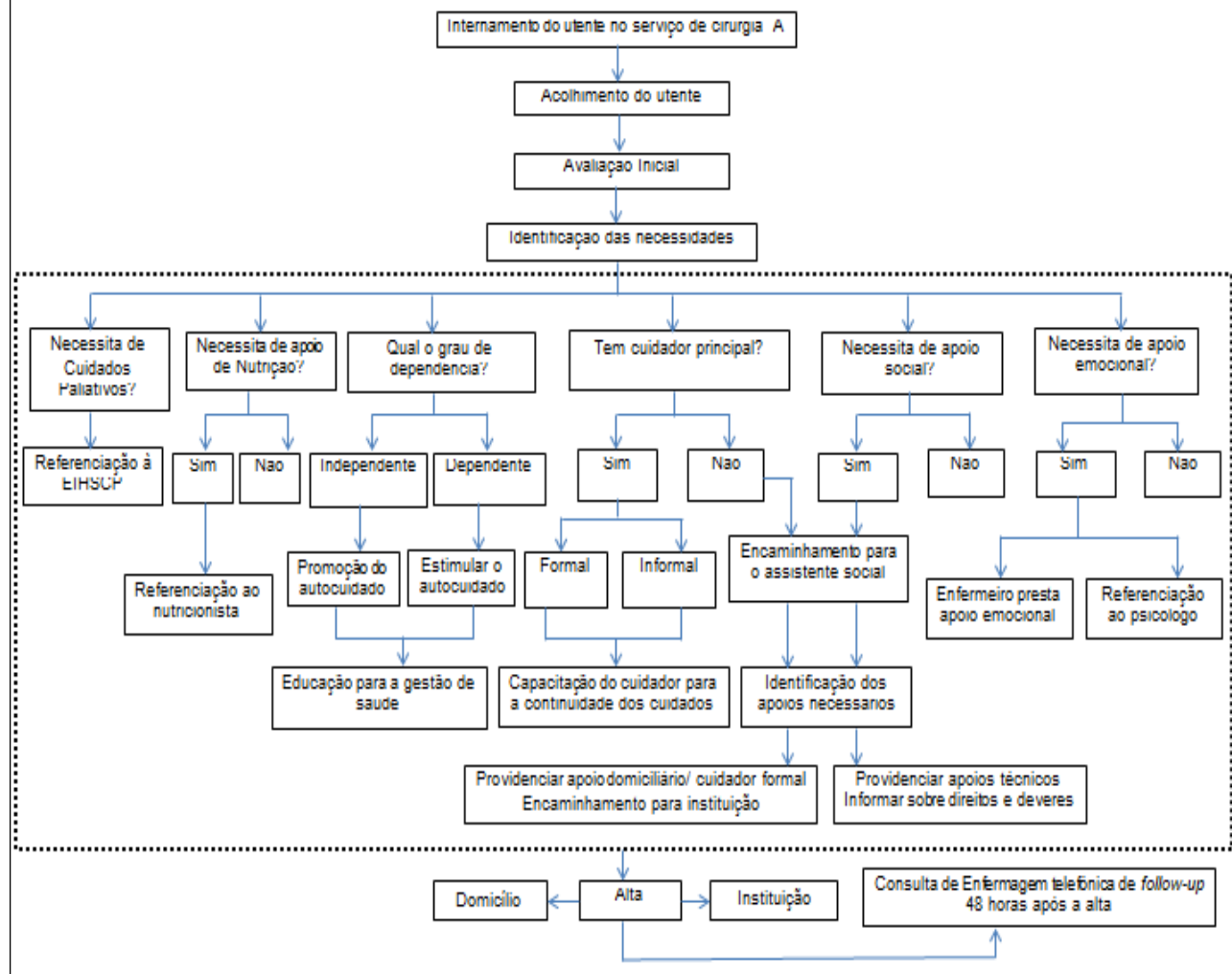
O Manual de Boas Práticas do Serviço de Cirurgia A integra um conjunto de orientações sobre o planeamento da alta hospitalar, que permitem organizar as atividades realizadas na unidade de cirurgia de modo a normalizar procedimentos que, além de garantirem a qualidade do serviço assistencial prestado, devem também permitir a uniformização de protocolos de atuação e a padronização de processos, podendo ser o primeiro passo para a implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade.

Este Manual, de consulta útil e fácil, pretende ser um instrumento de apoio aos enfermeiros na sua atividade diária, procurando responder mais facilmente às questões colocadas pelo doente e pelos outros profissionais de saúde no planeamento da alta hospitalar e simultaneamente contribuir para a adopção de metodologias de trabalho mais direcionadas para o atendimento personalizado do doente oncológico cirúrgico. Com o intuito de prevenir complicações pós-operatórias

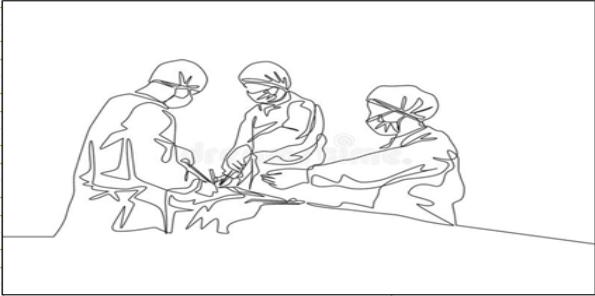
de doentes submetidos a cirurgia oncológica hepato-bilio-pancreática e, de forma a diminuir a taxa de reinternamento, pretende-se documentar o planeamento adequado de alta de enfermagem através da capacitação do doente para o autocuidado e a implementação de uma consulta de enfermagem telefónica de *follow-up* pós-operatória 48 horas após a alta.

**Apêndice XII – Fluxograma de planeamento de alta do doente
cirúrgico hepato-bilio-pancreático**

FLUXOGRAMA DE PLANEAMENTO DE ALTA DO DOENTE CIRÚRGICO HEPATO-BILIO-PANCREÁTICO



**Apêndice XIII – Guia informativo sobre cirurgia hepato-bilio-
pancreática**

GUIA INFORMATIVO	
CIRURGIA HEPATO-BILIO-PANCREÁTICA	
	
Fonte: www.vectazzy.com/arte-vetorial	
Data: Fevereiro de 2022	

Guia Informativo	Véspera da Cirurgia
Este documento pretende informá-lo para que possa participar de forma mais ativa no seu processo de recuperação após a cirurgia. O Centro de Referência Hepato-Bilio-Pancreático do [REDACTED] contempla um conjunto de recomendações que têm como principais objetivos melhorar a sua condição pré-operatória e diminuir o stress causado pela cirurgia, no sentido de melhorar os resultados cirúrgicos e promover uma melhor e mais rápida recuperação. Para que todo o processo ocorra da melhor forma, é necessário o seu envolvimento e da sua família/pessoa significativa no plano de cuidados. A equipa de saúde é constituída por assistentes operacionais, assistentes sociais, assistentes técnicos, enfermeiros, nutricionistas, fisiatras, fisioterapeutas, médicos, entre outros profissionais.	<u>Prevenção de trombose venosa *</u> Pelas ____ horas do dia ____ é administrada a injeção de Enoxaparina de ____ mg. * <i>Irá manter as injeções durante o internamento e posteriormente e em casa</i> <u>Preparação da pele</u> De modo a reduzir o risco de infeção da ferida operatória deverá efetuar duche na noite da véspera (____) e no dia da cirurgia (____) com o seguinte produto: ☐ Esponja de Clorexidina a 2% ◆ Tomar duche de água tépida durante 1 a 2 minutos. ◆ Após aplicar o produto da cabeça aos pés (incluído cabelo), deixar atuar durante 1 a 2 minutos. ◆ Enxaguar e secar o corpo com uma toalha lavada.
Em caso de dúvida ou necessidade de esclarecimento adicional, contacte o serviço de Cirurgia A	

Dia da Cirurgia

Preparação alimentar

Jejum para sólidos e líquidos de 8h antes da cirurgia.

Pode tomar a sua medicação habitual na manhã da cirurgia com um pequeno gole de água.

Tricotomia

Antes da ida para o bloco operatório, será depilada a zona a ser operada, caso seja necessário.

Deve remover próteses (auditivas, dentárias, óculos) e adornos (brincos, verniz, pulseiras, relógios).

Vestir a bata fornecida e colocar meias de contenção (se não houver contra-indicação).

Dia da Cirurgia

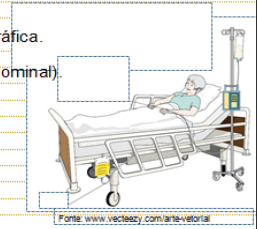
Depois da cirurgia irá acordar da anestesia no bloco operatório ou na Unidade de Cuidados Intensivos.

Poderá sentir-se **sonolento**, com **sede** e apresentar **náuseas**. Estes são os possíveis efeitos de alguma da medicação anestésica.

Dependendo da cirurgia poderão ser colocados diversos **dispositivos médicos** com o objetivo de prevenir complicações e monitorizar o seu estado de saúde.

Poderá ter:

- Máscara de oxigénio.
- Braçadeira de pressão arterial.
- Fios de monitorização eletrocardiográfica.
- Drenos (exemplo: algália, dreno abdominal).
- Cateter venoso central.
- Linha arterial.
- Sonda nasogástrica



O conteúdo deste guia é complementar e não substitui a informação dada pelos profissionais de saúde.

Após a cirurgia

Controlo da dor

- Avise o enfermeiro se sentir dor de intensidade superior a 4 na escala da dor.



Levante precoce

- No primeiro dia após a cirurgia ou após transferência da Unidade de Cuidados intensivos irá levantar-se e sentar-se no cadeirão com a ajuda do enfermeiro e/ou fisioterapeuta.
- Quando se sentir capaz deve deambular pelo quarto e corredor pelo menos 1 x por dia.

Dieta polifracionada

- Inicia dieta de água e chá em pequenas quantidades e poderá progredir na dieta, consoante a sua tolerância e mediante indicação médica.
- Deve ingerir as refeições sentado no cadeirão, de forma a facilitar a digestão.

Lista de atividades

Véspera da cirurgia

Atividades	Sim	Não
Esclareci as minhas dúvidas		
Cumpri as indicações de alimentação		
Tomei banho com esponja de clorexidina a 2%		

Dia da cirurgia

Atividades	Sim	Não
Cumpri o jejum para sólidos e líquidos de 8 horas		
Tomei banho com esponja de clorexidina a 2%		
Removi próteses e adornos		
Vesti a bata e coloquei as meias de contenção		

Após a cirurgia

Atividades	Sim	Não
Tive náuseas/vômitos		
Tive dor		
Levantei-me para o cadeirão		
Andei pelo quarto/corredor		
Ingeri líquidos		
Ingeri alimentos sólidos		
Emiti gases/Evacuei		
Tive alta		

Em casa, sinais de alerta:

- Cicatriz vermelha, quente ou com saída de líquido.
- Febre (temperatura $\geq$ a 38°C), arrepios ou calafrios.
- Não conseguir comer ou beber por falta de apetite, náuseas ou vômitos.
- Dor intensa, que não alivia com os medicamentos prescritos.



Critérios para a alta/ Cuidados pós alta

Poderá ter alta quando:

- ◆ Conseguir alimentar-se de dieta sólida, sem náuseas e sem vômitos;
- ◆ Controlar a dor: se tiver um nível de dor inferior a quatro, na escala numérica, apenas com analgésicos em comprimidos;
- ◆ Restabelecer o trânsito intestinal (emissão de gases ou evacuar);
- ◆ Recuperar a autonomia nas atividades de vida diárias.

Após ter alta do hospital, deverá:

- ◆ Cumprir o plano dietético fornecido pelo nutricionista;
- ◆ Realizar os cuidados necessários a ferida operatória de acordo com a indicação do enfermeiro;
- ◆ Aplicar gelo local em caso de desconforto em algum local da ferida operatória;
- ◆ Tomar a medicação analgésica segundo a prescrição médica;
- ◆ Retomar a atividade de vida diária consoante a tolerância (restrição de esforços físicos no primeiro mês).
- ◆ Será contactado telefonicamente 48 horas após a alta para esclarecimento de dúvidas.

Contactos:

Telefone [REDACTED]

Contacto direto [REDACTED]

Apêndice IVX – Guia orientador da entrevista de *follow-up*

Identificação do utente

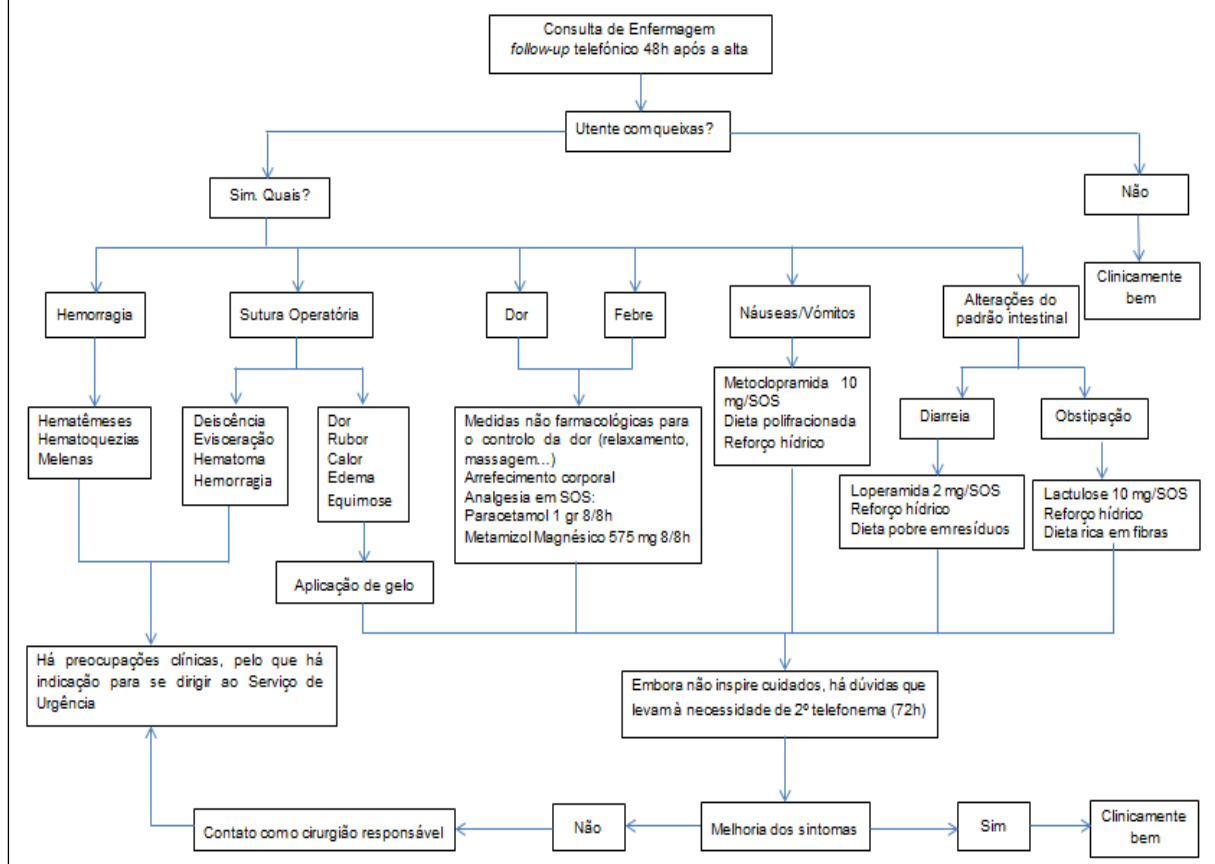
Consulta de Enfermagem – follow-up telefónico 48h após a alta

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO										
Intervenção Cirúrgica: _____									Data: _____	
Tipo de anestésico: _____						Cirúrgico: _____				
Pessoa contactada: ☐ Próprio ☐ Cuidador: _____						Alta clínica: _____				
A viagem de regresso decorreu sem incidentes: ☐ Sim ☐ Não										
Passou bem a noite: ☐ Sim ☐ Não										
2. FOLLOW-UP										
Dor										
Escala numérica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escala analógica	Sem dor			Leve		Moderada		Intensa		Muito intensa
Localização:						Intensidade:				
Irradiação:						Duração:				
Terapêutica: _____										
Prescrita: ☐ Sim ☐ Não Eficácia: ☐ Sim ☐ Não										
Febre		☐ Sim ☐ Não								
Quantificação/Terapêutica: _____										
	Inexistente	Leve		Moderada		Severa		Não aplicável		
Náuseas										
Vómitos										
Cefaleia										
Tonturas										
Dores musculares										
Sonolência										
Fatigabilidade										
Oclonofagia										
Hemorragia										
Alimentação	Líquida	Semilíquida		Pastosa/mole		Com restrições		Léve		

Perna	☐ Sim ☐ Não	☐ Íntegro ☐ Repassado ☐ Necessidade de refazer
Oreixo	☐ Sim ☐ Não	Funcionante: ☐ Sim ☐ Não
	Se sim, caracteristicas: _____	
Sutura	Dor ☐ Sim ☐ Não Rubor ☐ Sim ☐ Não Calor ☐ Sim ☐ Não Edema ☐ Sim ☐ Não Equimose ☐ Sim ☐ Não Deformação ☐ Sim ☐ Não Hematoma ☐ Sim ☐ Não Outros: _____ Localização: _____	
Grau de capacidade funcional	Tem realizado as suas actividades de vida diária? ☐ Sim ☐ Não Apenas higiene pessoal? ☐ Sim ☐ Não Movimenta-se pela casa, sem limitações? ☐ Sim ☐ Não Movimenta-se pela casa, com algumas limitações? ☐ Sim ☐ Não	
Eliminação Urinária	Tem dificuldade em urinar? ☐ Sim ☐ Não Especificações: _____ Presença de cateter urinário? ☐ Sim ☐ Não Duração: _____	
Eliminação Intestinal	Tem dificuldade em evacuar? ☐ Sim ☐ Não Enxofrência: _____ Características: _____	
Necessitou recorrer a uma unidade de saúde após ter sido alta? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? ☐ Urgência ☐ Entidade Privada ☐ Centro de Saúde ☐ Motivo? _____		
Complicações detetadas/Orientações fornecidas: _____ _____		
Exames realizados: _____ _____		
Resultado da avaliação/orientação: A- Clinicamente bem _____ B- Embora não inspire cuidados, há dúvidas que levam à necessidade de 2ª telefonema (especificar) _____ C- Há preocupações clínicas, pelo que há indicação para se dirigir ao Serviço de Urgência (especificar) _____ _____		
Identificação da Enfermeira:		Número Mecanográfico:
Assinatura:		Data:

**Apêndice XV – Algoritmo de resposta ao problema/ necessidade do
doente hepato-bilio-pancreático submetido a cirurgia**

ALGORITMO DE RESPOSTA AO PROBLEMA/NECESSIDADE DO DOENTE HEPATO-BILIO-PANCREÁTICO SUBMETIDO A CIRURGIA



Apêndice XVI – Estudo de caso

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde é constantemente desafiado com dois problemas, a pressão para aumentar a qualidade e a necessidade de contenção de custos (Jha; Orav; Epstein, 2009). Os hospitais são pressionados a responder ao aumento da procura de cuidados e simultaneamente a gerir com eficiência o uso de camas hospitalares, através dos tempos de internamento e da gestão de reinternamentos hospitalares não programados (Scott, 2010).

O planeamento de alta é um processo organizado e multidisciplinar que permite que no momento da alta hospitalar tudo esteja preparado para que ocorra continuidade. O planeamento de alta impõe aos profissionais de saúde uma abordagem centrada no doente, no cuidador e no meio social que os envolve. Exige ainda, uma resposta integrada, eficaz e coordenada entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, garantindo a continuidade de cuidados e a utilização adequadas de recursos (Petronilho, 2007).

Para que seja possível uma avaliação das necessidades dos doentes oncológicos com patologias do foro hepato-bilio-pancreático, há que conhecê-las. Para isso, os estudos de caso, enquanto estratégia de investigação empírica, permitem estudar fenómenos em profundidade no seu contexto real, sendo a sua compreensão que lhes confere a particularidade, permitindo assim a incorporação de múltiplas fontes de evidência e de dados qualitativos e quantitativos (Grilo & Mendes, 2012).

O presente estudo de caso surgiu no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, no ensino clínico realizado no local onde exerço funções. Pretendo, deste modo, fazer a ligação entre os cuidados de enfermagem prestados ao doente hepato-bilio-pancreático e a promoção do autocuidado na preparação para a alta.

Neste sentido, procurou-se através do estudo de caso fazer um levantamento e compreensão dos problemas e necessidades do doente/família e do contexto envolvente de modo a adquirir conhecimentos e estratégias de atuação com vista à planificação dos cuidados para a resolução dos problemas identificados. Portanto, foi selecionado o caso do Senhor Miguel, por considerar que a sua análise reflexiva pode levar à aquisição de conhecimentos teórico-práticos para o desenvolvimento de competências no âmbito do processo educativo do doente com doença hepato-

bilio-pancreática. Por questões de privacidade e respeito pelo doente utiliza-se assim um nome fictício.

Foi obtido o consentimento informado verbal do Senhor Miguel para a realização da colheita de dados e para que estes pudessem ser utilizados na elaboração deste documento, após lhe terem sido explicados os objetivos do mesmo, garantindo o sigilo profissional e a confidencialidade da informação recolhida.

A anamnese para o estudo de caso foi realizada através de entrevistas informais e avaliação do Senhor Miguel, executada ao longo do ensino clínico, pesquisa e análise do processo clínico e exames complementares de diagnóstico.

A teoria de enfermagem é uma ferramenta útil para o raciocínio, pensamento crítico e tomada de decisões na prática de enfermagem, que auxilia o enfermeiro a avançar no processo de enfermagem de forma ordenada (Tomey & Alligood, 2004). Tendo em conta que a prática profissional requer uma abordagem sistemática centrada no doente, a teoria de enfermagem fornece uma perspetiva do doente (Tomey & Alligood, 2004). Deste modo, o impacto da doença oncológica foi concretizado através da avaliação dos requisitos de autocuidado definidos por Dorothea Orem, de forma a perceber as suas reais necessidades e caminhando ao seu encontro de forma personalizada e singular.

Os objetivos definidos para a concretização deste documento consistem em analisar a compreensão do doente e família sobre a doença oncológica e efeitos secundários importantes dos tratamentos adequados à sua situação e aplicar o processo de enfermagem de forma sistemática, com vista a uma intervenção segura, eficaz e fundamentada, ao longo do percurso da doença oncológica e a tomada de decisão sobre as intervenções de enfermagem que respondam ao risco, aos problemas de saúde e às necessidades do doente oncológico.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), bem como as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (Ordem dos Enfermeiros, 2019) e o recomendado pela *European Oncology Nursing Society* (2018), foram a base de sustentação às intervenções de enfermagem de forma a dar uma resposta individual e apropriada às necessidades do Sr. Miguel e sua família.

A fundamentação e análise do estudo de caso serão feitas com base na evidência disponível, através da consulta de artigos científicos em motores de busca eletrônicos e recorrendo à bibliografia recomendada pela docência.

Quanto à estrutura do trabalho, encontra-se ordenado em quatro capítulos distintos, a Introdução, o *corpo* do trabalho que corresponde às etapas do processo de enfermagem, as considerações finais e por último, as referências bibliográficas usadas como fonte de evidência.

1. Apreciação Global da Pessoa

A avaliação multidimensional é um processo de diagnóstico que compreende a avaliação de problemas de saúde, funcionais, psicossociais e do meio envolvente (Rodrigues, 2007). Torna-se necessário avaliar as pessoas de uma forma multidimensional. Com esta avaliação pretende-se identificar “as dimensões da funcionalidade da pessoa que concorrem para a dependência e quais as necessidades de ajuda (...) para suprir, de forma satisfatória, as suas necessidades humanas básicas” (Sequeira, 2010, p. 43).

1.1 Dados Sociodemográficos

Doente do sexo masculino (Senhor Miguel), raça caucasiana, nascido em 04 de Novembro de 1971, 50 anos de idade, natural de Oliveira de Azeméis e residente em Lisboa há cerca de 15 anos. O subsistema de saúde é Sistema Nacional de Saúde complementado com um seguro de saúde privado. Estudou em Paris, é licenciado em Direito, exercendo a profissão de advogado em regime liberal, na área de Direito fiscal e Direito civil.

1.2 Apoios Familiares e Identificação da Pessoa Significativa

O Senhor Miguel é casado desde 1997, a esposa é bancária e tem uma filha de 20 anos de idade que estuda engenharia informática. Ao longo do internamento, a esposa do Senhor Miguel esteve sempre muito presente, acompanhando-o ao longo da trajetória da doença. Assume-se como a pessoa mais próxima e disponível para o auxiliar e apoiar, adoptando um papel decisivo na sua recuperação e manutenção do seu bem-estar físico, social e emocional.

A família é considerada um todo organizado, que sofre mudanças importantes e um impacto emocional relevante durante a hospitalização de um dos seus membros. As angústias, os medos, os sofrimentos e as dúvidas estão presentes, assim como as incertezas do tratamento e o prognóstico (Figueiredo, 2009)

O pai de 74 anos de idade e mãe de 72 anos de idade vivem em Oliveira de Azeméis. Estiveram emigrados durante largos anos em Paris, França. O Senhor Miguel é o filho mais velho, tem uma irmã mais nova de 47 anos de idade. Segundo o mesmo, esta viveu no ano passado um processo de divórcio complicado, reside em Lisboa e tem um filho de 11 anos de idade. Refere ter uma relação muito próxima com os pais e a irmã, reconhece a família como coesa e unida, sentindo um

grande apoio por parte dos elementos que a constituem. No entanto, alega que “ não gosto de preocupar os meus pais, eles já têm uma certa idade e alguns problemas de saúde. Sabem que tenho um problema de saúde, mas ainda não estão cientes da gravidade” (SIC). Além da esposa e da filha, a irmã tem sido o seu grande apoio, sempre foram muito unidos ao longo de todo o percurso de vida e com a vivência da doença atual, estreitaram ainda mais os laços.

Conforme nos alerta Souza & Baptista (2008) o suporte que a família fornece junto dos seus elementos, assim como a perceção que o indivíduo tem desse mesmo apoio, influencia diretamente o seu bem-estar físico, psíquico e social.

Durante as nossas conversas, o Senhor Miguel reconhece que a esposa, a filha e a irmã demonstram muita preocupação com a sua doença, “ eu sei que sou um bocadinho ansioso e que projeto a minha ansiedade nas pessoas que me rodeiam, mas não queria de todo prejudicar os estudos da minha filha, as dinâmicas da minha esposa e dificultar a vida da minha irmã. Mas é mais forte que eu, tenho necessidade de falar, têm sido um grande suporte (SIC) ”. Esta constatação revela três aspetos: os vínculos fortes e bidirecionais que os vários elementos deste subsistema familiar estabelecem; o impacto que a doença tem sobre a família, pois uma mudança num membro da família afeta todos os seus membros; a capacidade que a família tem para solucionar eficazmente os problemas, recorrendo a uma estratégia, o apoio mútuo (Wright & Leahey, 2010).

A nível social, o Senhor Miguel admite ser uma pessoa bastante ativa. Relata ter um bom relacionamento com os seus pares no local de trabalho. Gosta de ocupar o seu tempo livre a praticar natação e a fazer longas caminhadas, segundo ele é uma forma de reduzir o *stress* e a ansiedade e promover o seu bem-estar psicológico. Com um sorriso nos lábios disse “estar aqui fechado, também não me ajuda muito” (SIC). Considera ter uma boa rede de apoio, afirmando que quando tiver alta do hospital quer manter-se o mais autónomo possível em todas as fases do seu ciclo vital.

1.3 Enquadramento Socioeconómico

O Senhor Miguel reside num apartamento na freguesia de Avenidas Novas em Lisboa, de tipologia T3, com elevador, no terceiro andar de um prédio de quatro andares com uma vista impressionante para o jardim da Fundação Calouste Gulbenkian. Refere que vive neste apartamento há cerca de 5 anos, com a sua esposa e a sua filha. O edifício possui saneamento básico e água canalizada, assim

como sistemas de aquecimento e arrefecimento e localiza-se numa zona de fácil acesso a todo o tipo de bens e serviços. Pertence a uma classe social média-alta, menciona que o seu rendimento e o da esposa permite-lhes “ ter uma vida muito confortável e com qualidade” (SIC).

1.4 Apoio Comunitário

O Senhor Miguel frequenta o Centro de Saúde de Sete Rios onde tem o seu médico de família. Realiza consulta de rotina anual, seguindo as indicações médicas em relação a exames complementares de diagnóstico e rastreios. Relata nunca ter tido nenhum hábito aditivo (etanólico ou tabágico). Sempre se considerou uma pessoa saudável, lidando bem com as dores das vértebras da coluna que por vezes sentia e sem necessidade de recorrer a terapêutica. Conta que sempre que o Sistema Nacional de Saúde não consegue dar resposta aos seus problemas de saúde recorre a instituições privadas.

1.5 Experiências de vida

O Senhor Miguel refere várias experiências de vida marcantes e determinantes para o percurso da sua vida. Realçou as experiências relacionadas com as emoções e afetos, nomeadamente no casamento e o nascimento da filha. O cumprimento do papel parental gera-lhe um sentimento de pertença, de responsabilidade e de sentido para viver. Mencionou também a mudança de país, a sua ida para França com os pais e a irmã foi motivada por motivos económicos e de qualidade de vida, no entanto, considera esta deslocação como uma referência importante e positiva para o seu crescimento pessoal. O Senhor Miguel assume-se como católico praticante e diz que a sua fé em Deus o tem apoiado neste processo de insegurança e medo face ao futuro. A doença é reconhecida como significativa pelo sentimento de limitação que produz, neste sentido refere valorizar o amor e o apoio da família para equilibrar as suas emoções.

2. História de saúde

Para Potter e Perry (2006) o modelo de apreciação inicial é uma abordagem centrada no problema. É na apreciação inicial que a interação entre enfermeiro e doente/família se desenvolve e que irá permitir uma rigorosa e detalhada colheita de informação relativa à história clínica da pessoa.

2.1 Antecedentes Pessoais

- ✓ Apendicectomia por via laparoscópica em 1997
- ✓ Discectomia de L4 e L5 por via endoscópica em 2010 e cirurgia de revisão em 2021
- ✓ Doença de Paget, seguido em consulta de Reumatologia
- ✓ Hérnia discal Lombar
- ✓ Reparação de úlcera gástrica perfurada em 1991
- ✓ Rinite alérgica

2.2 Antecedentes Familiares

- ✓ Pai: Hipertensão arterial, neoplasia do colón sigmóide submetido a sigmoidectomia
- ✓ Mãe: Arritmia cardíaca, Diabetes *Mellitus* tipo II, hipertensão arterial e submetida a histerectomia
- ✓ Irmã: saudável

2.3 Medicação Habitual

- ✓ Ácido zoledrónico 4 mg/100 ml semestral, solução para perfusão
- ✓ Suplemento de cálcio e Vitamina D, comprimido, diário

2.4 História de doença atual

- Ano de 2016, o Senhor Miguel contou-me que tinha sido diagnosticado com doença de Paget, “ tinha dores nas costas, mas esta dor não era incapacitante” (SIC). Numa consulta de rotina realizada no médico de família referiu estas queixas, realizou vários exames complementares de diagnóstico, nomeadamente uma ecoendoscopia que revelou quisto do istmo com aspecto sugestivo de neoplasia mucionosa papilar intraductal (IPMN) dos ductos secundários. “Este diagnóstico foi um achado acidental, o médico de família não valorizou mas mesmo assim encaminhou-me para uma consulta desta especialidade aqui no [REDACTED] (SIC).

A neoplasia mucinosa papilar intraductal é um tumor cístico do pâncreas associado ao desenvolvimento de carcinoma pancreático. Pode acometer o ducto pancreático principal ou os ductos secundários (Oyama *et al.*,2020). Nos doentes com IPMN de ductos secundários estima-se uma incidência de malignidade de 3-8% dependendo do tempo de seguimento (Oyama *et al.*,2020).

- Ano de 2017 foi observado em consulta de Cirurgia Hepato-bilio-pancreática. As queixas apresentadas eram inespecíficas, neste contexto foi pedida uma Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética. Este exame revelou lesão quística com 27x22mm entre o istmo e o corpo pancreas, constituída por várias locas, ausência de septações, espessamentos ou nódulos. Apresenta continuidade com o canal de Wirsung, que não se encontra ectasiado. Nesta consulta o Senhor Miguel menciona que “foi-me explicado que era um diagnóstico raro, que o risco de malignidade era baixo e que iria ser seguido anualmente” (SIC).
- Ano de 2018 manteve-se assintomático, realizou novamente Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética que mostra formação nodular conhecida, na transição cabeça-corpo do pancreas, quística multiloculada, com 29x27 mm de maiores eixos, com dimensões e aparência sobreponíveis ao estudo realizado previamente. “Cada ano que ia à consulta ficava mais descansado, não tinha queixas relacionadas com o diagnóstico, sentia-me bem” (SIC).
- Ano de 2019 repetiu Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética mantinha a formação nodular conhecida, na transição cabeça-corpo do pancreas, quística multiloculada, com 29x27 mm. Observava-se aparente comunicação da referida lesão com o ducto pancreático principal, aspetos que no seu conjunto traduziam provável IPMN dos ductos secundários. Não se observavam alteações imagiológicas suspeitas, nomeadamente ectasia do ducto pancreático principal, nódulos sólidos, ou espessamento/captação parietal valorizável da lesão quística. Observava-se adicionalmente pequena formação quística na vertente ântero-inferior do corpo pancreático, com 4 mm, sem segura comunicação com o ducto pancreático principal. “Nesta consulta a médica disse-me que a lesão tinha aumentado, fiquei logo preocupado. No entanto ela tranquilizou-me, que o importante era permanecer calmo e que nada sugeria que fosse maligno. Não tinha indicação cirúrgica e disse que voltaria em um ano, realizaria análises ao sangue e novamente colangio” (SIC).

O diagnóstico de quisto do pancreas é cada vez mais encontrado na prática clínica, pode causar ansiedade aos doentes, além de levar a sobrecarga na

utilização do sistema de saúde pela necessidade de exames de imagem e endoscópicos e, até mesmo demanda de tratamento operatório (DiMaio, 2018; Larson, 2017).

A preocupação com o diagnóstico de lesões malignas ou potencialmente malignas é legítima, uma vez que, diferentemente das lesões quísticas no fígado e rim, no pâncreas as lesões mucinosas com potencial para transformação maligna são mais frequentes (Lee, 2013).

- Ano de 2020 na Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética mantinha no istmo pancreático lesão quística 30X21mm, multiloculada, sem componente sólido, que apresenta comunicação com o canal de Wirsung, ou seja, IPMN do ducto secundário, estável. As análises dos marcadores tumorais, antígeno carboidrato (CA) 19-9 e antígeno carcinoembrionário (CEA), também estavam normais. De acordo com o Senhor Miguel, as idas às consultas tornaram-se uma rotina “ em cada ano repetia o mesmo processo, análises, exames e consulta” (SIC).
- 11 de Outubro de 2021 a Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética revelou no istmo pancreático identificando-se IPMN ducto secundário, estável e sem evidência de componente sólido. Canal pancreático 3,5mm na topografia da lesão e a montante da mesma conclusão, no entanto não se podia excluir envolvimento do canal principal. Foi proposto para discussão em reunião multidisciplinar.
- 20 de Outubro de 2021 discutido em reunião multidisciplinar e proposto para cirurgia duodenopancreatectomia cefálica (DPC) *versus* pancreatectomia corpo-caudal (PCC) com esplenectomia. Disse-me que “quando soube que iria ser operado, não hesitei e pesquisei no *Google* esta cirurgia. As imagens que vi da cirurgia eram assustadoras. Tive necessidade de pedir outras opiniões, fui a duas instituições privadas, os médicos nas consultas disseram-me o mesmo. Então optei por ficar no hospital onde já estava a seguir seguido” (SIC).

O tratamento cirúrgico constitui virtualmente a única estratégia com potencial curativo para o adenocarcinoma do pâncreas. Apesar de existirem raros casos de doentes tratados clinicamente com sobrevida de longo prazo (≥ 5 anos)

(Oh *et al.* 2015), a cirurgia apresenta-se como modalidade de tratamento fundamental no cenário da doença localizada.

- 08 de Fevereiro de 2022, corresponde ao primeiro contacto que tive com o Senhor Miguel, foi internado no meu serviço. Na admissão o doente demonstrava ansiedade relativamente ao procedimento cirúrgico e inquietação pelas complicações pós-operatórias que podiam ocorrer, relatando “ eu quero tanto ser capaz de cuidar de mim, não gosto de depender de ninguém...” (SIC).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais próximos do doente e, como tal, desempenham um papel fundamental na promoção do seu conhecimento (Gonçalves, Cerejo e Martins, 2017). Assim, esclarecer as dúvidas existentes, prestar apoio emocional, promover o ensino e esclarecer acerca do circuito do doente, procedimentos cirúrgicos, anestesia, tempos de espera e recuperação, entre outras informações, exigem do enfermeiro uma preparação adequada (Giordani *et al.*, 2015; Vieira *et al.*, 2017).

Neste momento foi aplicado o fluxograma de planeamento de alta do doente cirúrgico hepato-bilio-pancreático criado, feito o acolhimento do doente ao serviço, realizada a avaliação inicial, identificadas as necessidades e instruído sobre as dinâmicas e cuidados perioperatórios. De acordo com o fluxograma de planeamento de alta elaborado, que o Senhor Miguel apresentava necessidade de apoio emocional e necessidade de apoio da nutrição para plano alimentar posterior à cirurgia, tem risco de alteração de metabolismo energético e ficar com Diabetes.

A assistência de enfermagem ao doente e seus familiares, no perioperatório, deve ser realizada no sentido de minimizar os riscos e as possíveis complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico e à hospitalização (Gotardo *et al.*, 2008). Nesse sentido, a prática profissional do enfermeiro no perioperatório exige avaliação criteriosa e contínua das alterações e necessidades apresentadas pelo doente para implementar as intervenções adequadas (Costa *et al.*, 2007). O enfermeiro, através do exame físico e história do doente, é capaz de identificar problemas, sinais e sintomas que necessitam de intervenção profissional, a fim de ajudar o doente na melhoria do seu estado de saúde (Vieira *et al.*, 2017).

- 09 de Fevereiro de 2022 foi submetido a PCC com esplenectomia sob anestesia geral balanceada e morfina intratecal, sem intercorrências. Por

necessidade de vigilância pós-operatória passou 24 horas na Unidade de Cuidados intensivos. Manteve-se estável do ponto de vista hemodinâmico, sem necessidade de suporte vasopressor.

- 10 de Fevereiro de 2022 transferido para a enfermaria de origem por estabilidade clínica. Apresentava-se hemodinamicamente estável, consciente e orientado em todas as vertentes. Bem-disposto, a referir dor tipo moimha a nível abdominal de grau III de acordo com escala numérica da dor. Em dieta 0, com sonda nasogástrica em drenagem passiva funcionante de líquido bilioso em pequena quantidade. Eupneico com aporte de O₂ a 1l/min com boas saturações periféricas, catéter venoso central na jugular direita com soroterapia em curso. Abdómen mole e depressível com penso abdominal limpo e seco externamente, dreno *Jackson Pratt* (JP) no flanco esquerdo funcionante de líquido hemático. Drenagem vesical funcionante de urina clara e sem sedimento.

Este dia corresponde ao segundo contato que tive com o Senhor Miguel, portanto, esta ocasião foi aproveitada para informar o doente acerca dos dispositivos e equipamentos que traz decorrentes da cirurgia. Foi alertado sobre possíveis sensações, tal como desconforto, mal-estar, dor e náuseas e instruído sobre as diferentes estratégias disponíveis para minimizar o desconforto e com o intuito de evitar complicações. Neste momento o objetivo da minha intervenção foi de empoderar o doente relativamente à gestão dos sintomas, vigilância pós-operatória e despiste de complicações no pós-operatório.

A intervenção do enfermeiro no pós-operatório compreende a monitorização dos sinais vitais, promoção do conforto e alívio da dor, prevenção de complicações pós-operatórias, alterações sistémicas e *stresse* do doente, pois estas podem alterar a recuperação fisiológica principalmente no que se refere à cicatrização da ferida operatória e à estabilização hemodinâmica (Giordani *et al.*, 2015).

O enfermeiro cumpre um papel essencial na adaptação do doente às limitações provocadas pela doença e pelo tratamento (Malhadas, 2005). Durante o internamento é indispensável propiciar momentos em que o doente verbalize os seus receios e problemas, de forma a perceber como encara a situação de doença e deste modo encontrar mecanismos de apoio e outros recursos que ajudem o doente a ultrapassar esta circunstância delicada (Malhadas, 2005). Este é um momento de cooperação com o doente, em que o enfermeiro procura que este seja ativo e faça

uso dos seus recursos e aptidões, de modo a ultrapassar, de forma saudável, a condição de saúde/doença que está a vivenciar.

- 11 a 14 de Fevereiro, ao longo do ensino clínico e dos dias em que fazia turno tive a oportunidade de privar com o Senhor Miguel, foi realizado um exame físico. Este apresentava-se consciente e orientado em todas as vertentes. Ligeiramente ansioso, colaborante, foi adquirindo autonomia nas atividades de vida diárias. Possuía uma aparência cuidada e devidamente higienizada, sem sudorese ou outro odor significativo. As mucosas apresentavam-se coradas, hidratadas e a pele seca. Membros superiores com coloração e temperatura preservadas, sem edemas. Tinha um acesso venoso periférico puncionado na face anterior do antebraço direito, para administração de terapêutica endovenosa prescrita. Normotenso (134/83 mmHg), normocárdico (96 bpm), pulso regular e de média amplitude, apirético (36,2°C) e eupneico em ar ambiente (SpO₂ de 98% e 20 ciclos respiratórios/minuto), respiração mista, de média amplitude, simétrica, regular. Hiperglicémico (218mg/dl), neste momento foi explicado ao doente que devido à intervenção cirúrgica a que foi submetido a probabilidade de ficar com diabetes era alta. Deste modo, foram iniciados ensinamentos sobre a pesquisa de glicemia capilar e os valores normais de glicemia. Encontrava-se em programa de medicina física e de reabilitação. Pesava 98Kg e media 1,92m de altura, ao que corresponde um índice de massa corporal de 26,6Kg/metro quadrado, encontrando-se acima do peso normal. O tórax apresentava-se sem assimetrias ou alterações aparentes. Tolerava dieta hipolipídica, sem queixas de enfartamento, náuseas ou vômitos. Apresentava abdómen indolor, mole e depressível, sutura abdominal exposta com pontos e agramos, sem sinais inflamatórios e com boa evolução cicatricial, dreno JP funcionando de líquido serohemático em pequena quantidade. Por indicação médica foi removido e ficou com penso no local limpo e seco externamente. Em micção espontânea e com trânsito gastrointestinal mantido. Membros inferiores simétricos, alinhados, com coloração e temperatura mantidas. Não apresentava edemas periféricos, com sinal de Godet negativo.

O Senhor Miguel refere estar a adaptar-se à sua condição e às limitações que possui, contudo refere sentir-se “cansado e saturado do internamento” (SIC). Faz

referência à sua recuperação física e ao progresso da sua situação de saúde, manifestando o desejo de ter alta clínica e “retomar as minhas rotinas junto da minha família, tenho saudades do meu espaço” (SIC).

O cuidado de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente ou grupo de pessoas, família ou comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A relação terapêutica estabelecida na prestação de cuidados de enfermagem é determinada pela parceria desenvolvida entre o enfermeiro e o doente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel e, tem o intuito de promover a proatividade e capacitação do doente para o autocuidado na realização do seu projeto de saúde.

- 15 de Fevereiro o Senhor Miguel teve um pico febril de 38,0°C, tinha algumas alterações analíticas como leucocitose e aumento da proteína C reativa. Para exclusão de coleção intra-abdominal foi pedida uma tomografia axial computadorizada (TAC). No entanto, realizou zaragatoa nasofaríngea para pesquisa de SARS-COV-2 por positividade de outro doente no mesmo quarto, que se revelou positivo. O Senhor Miguel ficou revoltado e ansioso com o resultado “ a recuperação estava a ser tão rápida, sentia-me bem. Pensei que tinha alta clínica ainda esta semana e agora o COVID 19 veio atrasar tudo. Não queria sair deste serviço, queria ficar aqui a cumprir os dias de isolamento” (SIC). Sendo eu a enfermeira em turno que estava a prestar cuidados ao Senhor Miguel expliquei-lhe que não seria possível ficar no serviço, uma vez que o risco de contágio para os outros doentes internados era grande, teria que ser transferido para um serviço de doentes COVID 19. Neste sentido, foi promovida a escuta ativa e dado apoio emocional, demonstrando disponibilidade para o Senhor Miguel, incentivando a partilha de emoções e sentimentos.

Todos nós, em algum momento das nossas vidas, já experienciamos estados de ansiedade, de certa forma sem efeito duradouro. A ansiedade é considerada uma emoção normal, um mecanismo de defesa adaptativo, comum da experiência humana, que medeia a interação do indivíduo com o meio ambiente (Ramos, 2009).

Os doentes expressam as suas emoções de modo diferente e o enfermeiro deve ser empático, ouvir o doente e fornecer informações que ajudem a atenuar as suas preocupações. A informação é uma necessidade real para os doentes, que possibilita respostas adequadas às situações, participação efetiva na tomada de

decisão e à perspetiva futura (Gonçalves, Cerejo e Martins, 2017). Segundo Akinsulore, Owojuyigbe, Faponle & Fatoye (2015), os enfermeiros têm a responsabilidade de ajudar o doente cirúrgico a compreender e a lidar com as alterações físicas, psicológicas e sociais, com as circunstâncias.

- 16 de Fevereiro o Senhor Miguel foi transferido para o Serviço de Doenças Infeciosas.

Apesar de o Senhor Miguel não estar internado no meu serviço, senti necessidade de consultar o seu processo clínico com o intuito de monitorizar a evolução do seu estado clínico. No Serviço de Doenças Infeciosas manteve-se consciente e orientado em todas as vertentes. Independente nas atividades de vida diárias. Pele e mucosas coradas e hidratadas. No dia 23 de Fevereiro foram retirados pontos e agramos da ferida cirúrgica abdominal, apresentava 100% de cicatrização. Apresentava segunda ferida cirúrgica abdominal esquerda, local de ex dreno JP que se encontra cicatrizado e exposto. Manteve-se eupneico em ar ambiente, normotenso, normocárdico, normoglicémico e apirético. Alimentou-se da dieta prescrita com apetite e tolerância. O padrão intestinal e vesical mantido. Por melhoria do estado clínico tem alta para domicílio com critérios de cura desde o dia 23/02, documentou-se infeção por SARS-COV-2 de gravidade ligeira. Neste mesmo dia foram administradas vacinas pós-esplenectomia (Anti-pneumocócica, Anti-Haemophilus tipo b e Anti-meningocócica).

- 25 de Fevereiro foi realizada consulta de enfermagem de *follow-up* telefónico 48 horas após a alta. Nesta consulta foi aplicado o guia de *follow-up* criado, no âmbito da implementação da consulta de enfermagem. O Senhor Miguel mostrou-se bem-disposto, sem queixas a referir. Disse-me que a viagem de regresso a casa decorreu sem incidentes e que passou bem a noite. Não tem tido necessidade de recorrer a terapêutica analgésica, tem-se mantido sem dor. Tem seguido o plano alimentar fornecido pela equipa de nutrição, com glicemias controladas. Não apresenta náuseas, vômitos ou queixas de enfartamento. A cicatriz a nível abdominal apresenta boa evolução cicatricial e sem sinais inflamatórios. Tem realizado as suas atividades de vida diárias e tem-se movimentado pela casa sem limitações. A eliminação urinária e intestinal, não apresenta alterações. Neste

momento, não foram detetadas complicações pós-operatórias, nem o Senhor Miguel teve necessidade de recorrer a outra unidade de saúde após ter tido alta. Foram realizados ensinamentos no sentido de melhorar a condição do doente, nomeadamente sobre a importância da deambulação, da ingestão de dieta de forma polifracionada e aumento do reforço hídrico. Na consulta de enfermagem de *follow-up* 48 horas após a alta foi aplicado o algoritmo de decisão elaborado e como o Senhor Miguel se encontrava clinicamente bem e não apresentava preocupações clínicas não houve necessidade de realizar um segundo telefonema às 72 horas ou encaminhá-lo para o Serviço de Urgência.

Não obstante do utente ter alta da unidade de cirurgia, o papel dos enfermeiros não termina neste momento, é fulcral o acompanhamento pós-operatório (*follow-up*) no domicílio, garantindo a qualidade dos cuidados (Marques, 2011). Esta consulta de enfermagem é fundamental para a averiguação de complicações que podem comprometer a qualidade da recuperação no pós-operatório (Machado, 2013).

Ao longo do internamento foram realizados todos os ensinamentos necessários à capacitação do Senhor Miguel para a alta clínica, verificando-se autonomia nos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios. O enfermeiro centra a sua prática na antecipação das necessidades, procurando adequar o ensino, a informação e as orientações às demandas dos doentes. Este investimento tem início no período pré-operatório e prolonga-se mesmo após a alta clínica, com a realização do *follow-up*, garantindo que todos os cuidados pós-operatórios são contemplados (Rothrock, 2014).

3. Impacto da doença

Receber um diagnóstico de uma doença oncológica é, acima de tudo, uma sentença que provoca incerteza no tempo que resta para viver. A partir deste momento, o doente oncológico irá adoptar estratégias, pois a doença pode trazer alterações nas atividades de vida diária, nos papéis sociais e dependência, alterando conseqüentemente o plano de vida futura que necessitará certamente de um ajuste para que seu portador possa exercer sua autonomia em relação ao seu corpo e a sua doença (Mantovani & Mendes, 2014).

O Senhor Miguel relata que “o diagnóstico de doença oncológica teve grande impacto na minha qualidade de vida senti-me diferente tanto ao nível físico e psicológico como social e espiritual. A vivência da doença e a incerteza no tratamento provocaram-me muitos momentos de ansiedade. Tive a necessidade de reorganizar todas as minhas dinâmicas e senti que a minha família mudou comigo. Agora que tive alta e que já estou em casa sinto-me mais calmo embora ainda com medo que haja uma recidiva e que tenha de voltar a ser internado e operado, recordo-me que a ansiedade que experienciei estava relacionada com o medo de sentir dor, de sofrer e mesmo da morte” (SIC).

É claro que a alta para o domicílio é um período de incerteza e de sensação de risco para muitos doentes. Nesta etapa, qualquer irregularidade pode afetar negativamente e comprometer o bem-estar do utente.

O contato telefónico e a disponibilização de informação constituem por isso uma prática essencial na extinção do medo e da ansiedade. Através de uma relação empática, os enfermeiros demonstram que, apesar do doente recuperar no domicílio, mantém um vínculo à unidade de saúde que o tratou e pode recorrer aos profissionais de saúde dessa unidade, em caso de necessidade (Hodgins, Ouellet, Pond, Knorr, & Geldart, 2008).

Para uma avaliação mais pormenorizada utilizei o Referencial Teórico de Dorothea Orem (2001), que identifica os requisitos de autocuidado. Estes estão associados aos processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento do corpo humano. Cabe à intervenção de enfermagem contribuir para a resolução de problemas reais e a prevenção de problemas potenciais relacionados com as atividades de vida e lidar com eles de forma positiva.

3.1 Análise aos requisitos de autocuidado

O conceito de autocuidado tem sofrido evolução ao longo do tempo (Martins & Rocha, 2016), sendo frequentemente relacionado com os termos autonomia, independência e responsabilidade pessoal (Petronilho, 2012). Ao longo dos anos, o conceito autocuidado desenvolveu-se para além das atividades básicas de vida e está progressivamente mais ligado à promoção de saúde, sendo um processo em que a pessoa age por si e em benefício próprio. A condição que implica a necessidade de cuidados de enfermagem é a ausência de capacidade do doente manter o seu autocuidado em quantidade e qualidade suficiente para a manutenção da vida e saúde, recuperação da doença ou lesão (Orem, 2001).

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

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

- ✓ Manutenção de uma inspiração adequada para estabelecer o processo respiratório – não se encontra alterado;
- ✓ Manutenção de uma ingesta suficiente de água – não se encontra alterado;
- ✓ Manutenção de uma ingesta suficiente de alimentos – não se encontra alterado;
- ✓ Provisão de cuidados associados com processos de eliminação – não se encontra alterado;
- ✓ Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso – não se encontra alterado;
- ✓ Manutenção do equilíbrio entre o estar só e a interação social - não se encontra alterado;
- ✓ Prevenção dos perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano - não se encontra alterado;
- ✓ Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial, limitações conhecidas e desejo de ser normal (de acordo com a genética, características constitucionais e talentos dos indivíduos) – não se encontra alterado.

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento referem-se aos eventos ou situações novas que ocorrem na vida humana, porém com o propósito de desenvolvimento e, para o seu cumprimento necessitam dos requisitos universais de autocuidado (Orem, 2001). Analisando a situação do Senhor Miguel os requisitos de autocuidado de desenvolvimento não se encontram alterados, uma vez que os requisitos universais encontram-se dentro da normalidade. O Senhor Miguel consegue satisfazer as atividades indispensáveis à manutenção da vida, saúde e

bem-estar, revelando controle pessoal da sua vida, dando-lhe o direito à sua autonomia.

Os requisitos de autocuidado de desvio na saúde referem-se aos cuidados ou tomadas de decisão em relação ao problema de saúde ou diagnóstico com o propósito de recuperação, reabilitação e controle (Orem, 2001). No caso do Senhor Miguel quando foi admitido no serviço de Cirurgia possuía capacidades e habilidades que lhe permitiam realizar as atividades de autocuidado, no entanto apresentava um déficit no conhecimento para os cuidados pré-operatórios. Após ter sido submetido à cirurgia proposta, o Senhor Miguel perdeu a autonomia nos autocuidados higiene, vestuário, alimentar-se, sanitário, posicionar-se, transferir-se, gestão do regime terapêutico, dor e apresentava um déficit no conhecimento para os cuidados pós-operatórios. Segundo Orem (2001, p. 43), o autocuidado é caracterizado como a “prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, é entendido como uma resposta aprendida perante os processos de saúde/doença individual”. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (2011), o autocuidado consiste na “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (p.41). Nesta sequência o plano de cuidados do Senhor Miguel foi realizado com recurso à CIPE® e à Classificação dos Resultados em Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC) (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson 2016) que se mostraram ser fundamentais.

4. Plano de cuidados

A atuação do enfermeiro na promoção do autocuidado visa a execução de um plano de cuidados de enfermagem, através do qual são sintetizados elementos situacionais concretos em relações ordenadas para estruturar as unidades operacionais. O objetivo do plano de cuidados é o fornecimento de orientações para obter os resultados previstos (Tomey e Alligood, 2004).

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Autocuidado: alimentar-se Dependência no autocuidado alimentar-se, em grau moderado	✓ Cumprir dieta instituída ✓ Promover uma alimentação correta e equilibrada	✓ Avaliar autocuidado alimenta-se ✓ Providenciar dispositivos para o uso do alimentar-se ✓ Assistir ✓ Vigiar refeição ✓ Incentivar o reforço hídrico	O doente alimentou-se com tolerância e apetite.
Autocuidado: higiene Dependência no autocuidado higiene, em grau moderado	✓ Manter a pele limpa e íntegra	✓ Avaliar autocuidado higiene ✓ Providenciar dispositivos para o uso do autocuidado higiene ✓ Assistir no autocuidado higiene ✓ Lavar a boca	O doente conseguiu realizar o autocuidado higiene com autonomia.
Autocuidado: vestir-se Dependência no autocuidado vestir-se, em grau moderado	✓ Manter regulação da temperatura corporal ✓ Proporcionar conforto ao doente	✓ Avaliar autocuidado vestir-se ✓ Providenciar dispositivos para o uso do autocuidado vestir-se ✓ Assistir no autocuidado vestir-se	O doente conseguiu realizar o autocuidado vestir-se com autonomia.
Autocuidado: uso do sanitário Dependência no autocuidado uso do	✓ Eliminar resíduos ou substâncias tóxicas formadas no metabolismo	✓ Avaliar autocuidado uso do sanitário ✓ Assistir no autocuidado uso do sanitário ✓ Providenciar dispositivos para o uso do sanitário ✓ Trocar fralda	O doente conseguiu realizar o autocuidado uso do sanitário a curto prazo usando o urinol e dias antes da alta conseguiu ir à

sanitário, grau em moderado			casa de banho autonomamente.
Autocuidado: posicionar-se Dependência no autocuidado posicionar-se, em grau moderado	✓ Promover a mobilidade e postura corporal correta	✓ Avaliar autocuidado posicionar-se ✓ Assistir no autocuidado posicionar-se	O doente conseguiu posicionar-se no leito com alternância de decúbitos com supervisão.
Autocuidado: Transferir-se Dependência no autocuidado transferir-se, em grau elevado	✓ Promover a mobilidade e postura corporal correta	✓ Avaliar autocuidado transferir-se ✓ Assistir na transferência para a cadeira ✓ Assistir na transferência para a cama	O doente conseguiu transferir-se entre superfícies autonomamente.
Ferida cirúrgica Presente na região abdominal central	✓ Cicatrizar a ferida cirúrgica ✓ Manter integridade cutânea	✓ Avaliar ferida cirúrgica ✓ Executar tratamento da ferida cirúrgica ✓ Vigiar penso da ferida cirúrgica	Durante o internamento foram removidos pontos e agafos, ficando com cicatriz exposta e a pele íntegra.
Ferida cirúrgica Presente no flanco esquerdo por presença de dreno JP	✓ Cicatrizar a ferida cirúrgica ✓ Eliminar líquidos abdominais ✓ Manter integridade cutânea	✓ Avaliar ferida cirúrgica ✓ Executar tratamento da ferida cirúrgica ✓ Vigiar penso da ferida cirúrgica ✓ Otimizar sistema de drenagem ✓ Monitorizar líquido de drenagem ✓ Vigiar características de líquido de drenagem ✓ Remover sistema de drenagem	Durante o internamento o líquido de drenagem foi diminuindo, o dreno JP foi retirado. A ferida apresentava-se com boa evolução cicatricial ficando exposta.
Dor	✓ Promover conforto do doente ✓ Controlar a dor	✓ Monitorizar dor ✓ Administrar analgesia ✓ Vigiar dor	Ao longo do internamento o doente manteve dor

		✓ Ensinar/educar e instruir sobre as medidas não farmacológicas para a dor (relaxamento, massagem terapêutica)	controlada.
Gestão de regime medicamentoso	✓ Promover adesão ao regime terapêutico ✓ Capacitar o doente para a adesão ao regime terapêutico	✓ Avaliar a adesão e gestão do regime terapêutico ✓ Ensinar/educar e instruir o doente para a adesão e gestão do regime terapêutico	Durante o internamento o doente aderiu e cumpriu o regime terapêutico.
Infeção presente por presença de SARS-COV-2	✓ Curar a infeção ✓ Prevenir complicações	✓ Monitorizar sinais vitais ✓ Vigiar sinais e sintomas de infeção ✓ Aplicar medidas de prevenção da contaminação ✓ Gerir isolamento	O doente foi transferido para o Serviço de Doenças Infeciosas onde recuperou da infeção por SARS-COV-2.
Conhecimento sobre os cuidados pré-operatórios	✓ Capacitar o doente para os cuidados pré-operatórios	✓ Avaliar potencial para melhorar o conhecimento ✓ Ensinar/educar e instruir sobre os cuidados pré-operatórios (preparação pré-operatória, cuidados à pele (banho com esponja de clorexidina 2%), profilaxia de tromboembolismo, jejum pré-operatório, medidas gerais de prevenção de quedas e úlceras por pressão)	O doente apreendeu os ensinamentos realizados no pré-operatório.
Conhecimento sobre os cuidados pós-operatórios	✓ Capacitar o doente para os cuidados pós-operatórios ✓ Despistar eventuais complicações pós-operatórias	✓ Avaliar potencial para melhorar o conhecimento ✓ Ensinar/educar e instruir sobre os cuidados pós-operatórios (vigilância do estado hemodinâmico, exercícios respiratórios, gestão da dor, gestão de náuseas e vômitos, mobilização precoce, dieta progressiva, cuidados à ferida operatória e sistemas de drenagens, vigilância da eliminação urinária e intestinal)	O doente apreendeu os ensinamentos realizados no pós-operatório.
Ansiedade	✓ Estabelecer relação empática e de confiança com o doente	✓ Avaliar ansiedade ✓ Disponibilizar suporte emocional	Durante o internamento o doente teve alguns

	✓ Reduzir estado de ansiedade do doente	✓ Promover a escuta ativa ✓ Incentivar a partilha de emoções e sentimentos	períodos de ansiedade devido à situação de doença.
Conhecimento sobre pesquisa e níveis de glicemia capilar adequado	✓ Capacitar o doente para a pesquisa e níveis de glicemia capilar	✓ Ensinar/educar e instruir sobre pesquisa de glicemia capilar ✓ Ensinar/educar e instruir sobre sinais de hipoglicemia e hiperglicemia	O doente apreendeu os ensinamentos realizados sobre a glicemia capilar.
Metabolismo Energético Alterado	✓ Controlar glicemia capilar	✓ Monitorização glicemia capilar	O doente mantém valores de glicemia dentro dos parâmetros normais.
Risco de infeção Por presença de catéter venoso periférico	✓ Prevenir contaminação ✓ Prevenir infeções	✓ Avaliar risco de infeção ✓ Aplicar medidas de prevenção da contaminação ✓ Executar tratamento ao local de inserção de cateter venoso periférico ✓ Otimizar cateter venoso periférico ✓ Trocar cateter venoso periférico ✓ Vigiar sinais inflamatórios ✓ Vigiar penso do cateter	Durante o internamento o local de inserção do catéter venoso periférico manteve-se sem sinais inflamatórios.
Risco de úlcera de pressão	✓ Prevenir úlceras por pressão	✓ Avaliar risco de úlcera por pressão ✓ Vigiar sinais de úlcera por pressão ✓ Aliviar zona de pressão através de dispositivos ✓ Aplicar creme	O doente não desenvolveu nenhuma úlcera por pressão durante o internamento.
Risco de queda	✓ Prevenir quedas	✓ Avaliar risco de queda ✓ Baixar cama ✓ Gerir ambiente ✓ Manter grades da cama ✓ Elevar grades da cama ✓ Vigiar comportamento	O doente não teve nenhuma queda durante o internamento.

5. Intervenções de enfermagem

O enfermeiro assume a responsabilidade de desenvolver estratégias de intervenção centradas na pessoa e sua família valorizando a visão holística e humanizadora dos cuidados, sustentada numa abordagem que privilegia a relação, comunicação e o trabalho em equipa multidisciplinar.

Segundo Orem (2001), as pessoas podem beneficiar da enfermagem quando têm limitações derivadas ou relacionadas com a saúde que comprometem o envolvimento na manutenção do autocuidado. O papel dos profissionais de saúde é essencial e indispensável no processo de capacitação e planeamento de alta que deve ser estruturado, multidimensional e ocorrer no momento certo tendo em conta a especificidade de cada situação (Dorant & Krieger, 2017).

As áreas de atividades para a prática da enfermagem, segundo Orem (2001) são:

- ✓ Iniciar e manter uma relação com o doente/família até ao estado de “alta” da enfermagem;
- ✓ Determinar “se e como” devem receber apoio da enfermagem;
- ✓ Estar atento às necessidades do doente/família em relação à enfermagem;
- ✓ Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos doentes/família da assistência de enfermagem necessária;
- ✓ Coordenar e integrar a enfermagem na vida diária do doente.

O foco de enfermagem neste estudo de caso foi centrado na promoção do autocuidado e na capacitação do Senhor Miguel para o autocuidado, uma vez que o planeamento de alta é uma necessidade, como tal a informação fornecida pelos enfermeiros deve centrar-se em vários aspectos, tais como, cuidados com a ferida (sinais de infecção), realização de penso e o facto de não poder molhá-lo, restrições na atividade diária, instruções nutricionais, a indicação da analgesia, higiene pessoal, o contacto telefónico do serviço para consulta em caso de necessidade e o agendamento da próxima consulta pós-operatória.

Deste modo, foram trabalhadas as necessidades observadas dando importância à sua resolução. Ao longo dos vários contatos foi estabelecida uma relação de ajuda, orientada pela disponibilidade, capacidade de escuta, compreensão e empatia. Nesta perspectiva, aplicaram-se estratégias de intervenção, tais como:

- ✓ Promover escuta ativa, apoio emocional, demonstrando disponibilidade para o Senhor Miguel e para as suas prioridades, incentivando a partilha de emoções e sentimentos, como também, a valorização do seu papel no seio familiar;
- ✓ Ensinar/educar e instruir o doente para os cuidados de enfermagem perioperatórios e planeamento da alta hospitalar;
- ✓ Promover o envolvimento do doente na dinâmica dos cuidados;
- ✓ Estimular o *empowerment*, prestando cuidados de enfermagem com vista à capacitação do Senhor Miguel para o autocuidado e planeamento da alta hospitalar;
- ✓ Incentivar o potencial do Senhor Miguel de forma a facilitar a autonomia no autocuidados através de estímulos e reforços positivos;
- ✓ Ajustar as informações/ensinos realizados às necessidades do doente;
- ✓ Percepcionar a vontade e motivação do doente para o processo de aprendizagem e acompanhamento no pós-operatório;
- ✓ Avaliar a capacidade do doente para a apreensão da informação e ensinos realizados ao longo do internamento.

Os enfermeiros dão grande importância à informação, ao ensino e à promoção do autocuidado ao longo da preparação para a alta hospitalar, identificando o conceito de autocuidado de Orem como uma atividade que pode ser aprendida e que deve ser, deliberadamente, desempenhada de forma contínua (Orem, 2001).

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (2016) em consonância com as recomendações de boa prática clínica são unânimes em considerar que a capacitação do doente/família/cuidador é um aspeto fundamental para o sucesso da transição de cuidados entre o hospital e a comunidade.

Este processo nem sempre é simples ou efetivo quer do ponto de vista dos doentes e família, quer do ponto de vista dos profissionais de saúde. São indicados problemas relacionados com a educação dos doentes e família particularmente na dificuldade de envolver a família na equipa de cuidados durante o processo de capacitação, dificuldades de compreensão acerca da condição clínica, dificuldades na aceitação do estado de saúde e incapacidade do seu doente (Organização Mundial de Saúde, 2016).

CONCLUSÃO

Ultimamente os enfermeiros têm criado esforços no sentido de acompanhar a evolução científica em outras áreas de conhecimento, o que tem demonstrado uma expansão notável na investigação a nível profissional. Integrando o maior grupo profissional a nível das organizações de saúde, exercem uma influência pertinente no desenvolvimento e promoção da saúde dos doentes e na melhoria da qualidade de vida das populações, concebendo um espaço autónomo relativamente à equipa multidisciplinar (Ramalho 2005).

A realização do presente estudo de caso no contexto deste ensino clínico permitiu-me sistematizar informação, bem como estruturar os aspetos inerentes à capacitação do doente para o autocuidado e ao planeamento de alta hospitalar. Envolver o doente nos cuidados capacitá-lo e incluí-lo como parte responsável na tomada de decisão terapêutica poderá ser vantajoso, na medida em que, tal como diz Orem (2001), ao longo do processo de intervenção de enfermagem, é necessário ter em consideração os componentes que influenciam a capacidade para desempenhar as ações requeridas para o autocuidado, das quais se destacam a motivação e a habilidade para tomar e operacionalizar decisões de autocuidado, sendo muitas vezes suficiente a presença, segurança e palavras de encorajamento do enfermeiro para que a pessoa doente se sinta com capacidade para controlar e dirigir a sua ação de autocuidado ou supervisão para a concretização dessa atividade.

O estudo de caso foi considerado um momento relevante de aprendizagem, constituiu-se como sendo essencial para a análise do impacto que a doença oncológica causa no doente, na sua vulnerabilidade e na capacidade para fortalecer o bem-estar e a qualidade de vida.

Esta oportunidade contribuiu para o desenvolvimento de Competências de Enfermeiro Especialista e de mestre, através uma abordagem crítica e científica na tomada de decisões, aumentando a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na capacitação do doente para o autocuidado e planeamento de alta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akinsulore, A., Owojuyigbe, A. M., Faponle, A. F., & Fatoye, F. O. (2015). Assessment of preoperative and postoperative anxiety among elective major surgery patients in a tertiary hospital in Nigeria. *Middle East Journal of Anesthesiology*, 23 (2), 235-240.
- Costa, A. L. S. C., Moretto, A. S., Leite, R. C. B. O. (2007). Humanização da assistência oferecida ao paciente cirúrgico: revisão de literatura científica na enfermagem. *Rev. Sobecc*, 12 (3), 38-45.
- DiMaio C. J. (2018). Current Guideline Controversies in the Management of Pancreatic Cystic Neoplasms. *Gastrointest Endosc Clin N Am*, 28 (4), 529-47.
- Dorant, E., & Krieger, T. (2017). Contextual Exploration of a New Family Caregiver Support Concept for Geriatric Settings Using a Participatory Health Research Strategy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14 (12), 1467.
- Figueiredo, Henriqueta. (2009). In Barbiéri, Maria C. et al. *Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família*. Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família.
- Giordani, A., Sonobe, H., Ezaias, G., Valério, M., & Barra, M. (2015). Perfil de pacientes cirúrgicos atendidos em um hospital público. *Revista de enfermagem UFPE*, 9 (1), 54-61.
- Gonçalves, M., Cerejo, M., & Martins, J. (2017). The influence of the information provided 99 by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (14), 17-26.
- Gotardo, J. M., Silveira, R. C. C. P., Galvão, C. M. (2008). Hipotermia no perioperatório: análise da produção científica nacional de enfermagem. *Rev. Sobecc*, 13 (2), 40-8.
- Grilo, E., Mendes, F. (2012). *O Estudo de Caso como estratégia de Investigação em Enfermagem*. In 3º Congresso de Investigação Ibero-Americana de Países de Língua Oficial Portuguesa. Coimbra.
- Hodgins, J. M., Ouellet, L. L., Knorr, S., & Geldart, G. (2008). Effect of telephone follow-up on surgical orthopedic recovery. *ScienceDiret*, 21 (4), 218-226.

- Jha, A., Orav, E., Epstein, A. (2009). Public Reporting of Discharge Planning and Rates of Readmissions. *The New England Journal of Medicine*, 361 (127), 2637-2645.
- Klingensmith, M., Chen, L. E, Glasgow, S. C. (2008). Biliary Surgery. *In: The Washington Manual of Surgery*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Larson A. (2017). Natural History of Pancreatic Cysts. *Dig Dis Sci*, 62 (7),1770-7.
- Lee, L. S. (2013). Evaluation and management of pancreatic cystic lesions. *J Clin Outcomes Manage*, 20 (3),129-42.
- Machado, N. D. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem - um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão - ação*. (Tese de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa).
- Malhadas, H. J. (2005). Consulta de enfermagem e ensino ao doente. *Nursing*, 16 (195), 41- 43.
- Mantovani, Maria de Fátima, Mendes, Felismina Rosa Parreira. (2014). “A condição crónica de saúde: do diagnóstico a gestão cotidiana da situação” *In Trentini, Mercedes; Paim, Lygia & Guerreiro, Denise (Org.). Condições Crónicas e Cuidados Inovadores em Saúde*. S. Paulo: Ed. Atheneu.
- Marques, A. R. (2011). *Cuidados de enfermagem pré e pós operatórios em cirurgia de ambulatório: percepção dos doentes*. (Tese de mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra).
- Martins, T., & Rocha, M. C. (2016). *Autocuidado – Foco central para a prática de enfermagem*. *In T. Martins, M. F. Araújo, M. J. Peixoto & P. P. Machado (Eds.), A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Classificação dos resultados de enfermagem: Mensuração dos resultados em saúde*. 5.^a edição. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Oh, S. Y., Edwards, A., Mandelson, M. T. *et al.* (2015). Rare long-term survivors of pancreatic adenocarcinoma without curative resection. *World J Gastroenterol*, 21, 13574-81.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*. 2ª série - n.º 79-23 de abril de 2015.
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. 6ª edição. Mosby. St. Louis.
- Oyama, H., Tada, M., Takagi, K., Tateishi, K., Hamada, T., Nakai, Y., Hakuta, R., Ijichi, H., Ishigaki, K., Kanai, S., Kogure, H., Mizuno, S., Saito, K., Saito, T., Sato, T., Suzuki, T., Takahara, N., Morishita, Y., Arita, J., Hasegawa, K., Tanaka, M., Fukayama, M., Koike, K. (2020). Long-term Risk of Malignancy in Branch-Duct Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms. *Gastroenterology*, 158(1), 226-237.
- Petronilho, F. A. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formação e Saúde.
- Petronilho, F. A. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem. Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau.
- Potter, P., Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos*. 5º Ed. Lusociência.
- Ramalho, A. (2005). *Manual Redacção de Estudos e Projectos de Revisão Sistemática: com e sem metanálise*. Coimbra: Formasau.
- Ramos, R. T. (2009). Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina*, 66 (11), 365-374.
- Rodrigues, R. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Tese de Doutoramento. Porto: Universidade do Porto.
- Rothrock, J. C. (2014). *Alexander'S Care Of The Patient In Surgery*. Elsevier: Health Sciences Division.
- Scott, I. (2010). Preventing the Rebound: improving care transition in hospital discharge processes. *Australian Health Review*, 34 (4), 445-451.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

- Souza, M. S., & Baptista, M. N. (2008). Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicologia Argumento*, 26 (54), 207-215.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Téorica de Enfermagem e sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª edição. Loures: Lusociência.
- Vieira, M., Oliveira, D., Carvalho, M., & Nóbrega, M. (2017). Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes da clínica cirúrgica de um hospital escola. *Rev. Enferm*, 10 (12), 4517- 4523.
- World Health Organisation (WHO). (2016). *Transitions of Care: technical series on safer primary care*, 1–26. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-%20eng.pdf;jsessionid=F02F4867BC0581E4B21DE72B23FC0994?sequence>.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2010). *Enfermeiras e Famílias-Guia para a Avaliação e Intervenção na Família*. 5ª ed. São Paulo: Roca.

