



Daniela Galvão
Martins

**Um Desafio no Cuidar da Pessoa com
Doença Oncológica submetida a
Cirurgia com Retalho Livre**

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado sob a orientação científica da Professora Mariana Pereira.

Outubro de 2015

“Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida”.

(Sócrates)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Alice Ruivo e à Professora Mariana Pereira, pela paciência no esclarecimento de dúvidas, sistematização de ideias e pelas suas palavras sábias que incentivaram esta caminhada.

À Orientadora, Enfermeira Susana Miguel, pelo apoio incondicional, disponibilidade e pelas palavras de conforto nos momentos mais difíceis, e de incerteza que sem dúvida foram o fio de conduta para esta caminhada, e também pela disponibilidade e companheirismo, contribuindo com sugestões bastante pertinentes. Assim a partilha das suas palavras sábias e seus conhecimentos foram uma mais-valia, contribuindo para o nosso crescimento pessoal e profissional.

Aos colegas de trabalho pela sua disponibilidade, compreensão e cooperação, que possibilitou a concretização deste projeto.

A todos os enfermeiros das equipas de enfermagem onde fui inserida para a realização dos estágios, pela sua cooperação e disponibilidade e partilha de conhecimentos, que contribuíram para o desenvolvimento deste projeto de aprendizagem.

Às pessoas com doença oncológica submetidas a cirurgia com retalho livre, em especial à Sandra, pela partilha das suas histórias de vida, emoções e sentimentos contribuindo para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional e consequentemente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estas pessoas.

Ao Manel, pela paciência, companheirismo e compreensão ao longo desta caminhada.

Aos meus pais e irmão pelo amor condicional, amizade e compreensão das ausências em momentos cruciais em que necessitaram da minha atenção.

A todos, Muito Obrigada.

RESUMO

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica perspectivava a aquisição e desenvolvimento crítico das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa e das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde desenvolvemos o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e o Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) durante os estágios realizados no âmbito do curso supracitado.

Assim, como resultado final do PIS, surgiu o “Guia Orientador – Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre”, de forma a dar resposta ao objetivo geral do projeto: Melhorar a Prestação dos Cuidados de Qualidade à Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre”.

No que alude ao PAC desenvolvemos atividades que nos permitiram a aquisição e consolidação das Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e da Competência do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Ao longo desta caminhada pudemos desenvolver e aperfeiçoar as competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no cuidar da pessoa em situação crítica, crónica e paliativa, na formação dos pares e na segurança de todos os profissionais, pessoas e família.

Palavras-chave: retalho livre, metodologia de projeto.

ABSTRACT

The Master's degree in Medical-Surgical Nursing perspective the acquisition and critical development of common skills of the specialist nurse, of specific skills of the specialist nurse in nursing person in critical condition, of specific skills of the specialist nurse in nursing person in chronic and palliative situation and of skills of the Master in Medical-Surgical Nursing, where we developed the Intervention in Service Project (ISP) and the Clinical Learning Project (CLP) during the internships accomplished within the abovementioned course.

So, as a final result of ISP, comes the "Advisor Guide – A Challenge in the Care of the Person with Cancer Disease Submitted to Surgery with Free Flap", in order to meet the overall goal of the project: "Improving the Provision of Quality Care to the Person with Cancer Disease Submitted to Surgery with Free Flap".

Regarding the CLP we developed activities that allowed us the acquisition and consolidation of the Specific Skills of the Specialist Nurse in Nursing Person in Critical Condition and of the Specific Skills of the Specialist Nurse in Nursing Person in Chronic and Palliative Situation.

Throughout this path we were able to develop and refine the skills of the Master in Medical-Surgical Nursing, in the care of the person in critical, chronic and palliative condition, in training peers and in the safety of all of the professionals, people and family.

Keywords: free flap, project methodology.

LISTA DE SIGLAS

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos

BPS-IP/PT – Escala Behavioral Pain Scale/Intubated Patient

CCI – Comissão do Controlo de Infeção

CCP – Cirurgia Cabeça e Pescoço

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNECV – Concelho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CO2 – Dióxido de Carbono

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESS/IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

FMEA – Failure Mode and Effect Analysis

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

MEMC – Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ORL – Otorrinolaringologia

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infeção

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

RPN – Risk Priority Number

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	13
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	19
PARTE II – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	27
2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	29
2.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	30
2.1.1 – Análise do Problema	30
2.1.2 – Análise da FMEA	34
2.1.3 – Identificação dos Problemas Parcelares	38
2.2 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	38
2.3 – OBJETIVOS	39
2.4 – PLANEAMENTO DO PROJETO	39
2.5 – AVALIAÇÃO DO REALIZADO	40
PARTE III – PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA	45
3 – PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA	47
3.1 – EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	47
3.2 – EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA	51
PARTE IV – ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS À LUZ DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA	57
4 – ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS À LUZ DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA	59
4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	60
4.2 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	63

4.3 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA	71
PARTE V – ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS À LUZ DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	75
5 – ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS À LUZ DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	77
CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

APÊNDICES

APÊNDICE I – Artigo

APÊNDICE II – Questionário

APÊNDICE III – A Ferramenta de Gestão FMEA

APÊNDICE IV – Planeamento/Cronograma do Projeto Intervenção em Serviço (PIS)

APÊNDICE V – Reflexão sobre uma Formação Intitulada Vigilância

Epidemiológica da Infecção do Local Cirúrgico

APÊNDICE VI – “Guia Orientador – Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre”

APÊNDICE VII – Plano de Sessão sobre a Ação de Formação “Guia Orientador – Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre”

APÊNDICE VIII – Comunicação oral da Ação de Formação “Guia Orientador – Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre

APÊNDICE IX – Cartaz de Divulgação da Ação de Formação “Guia Orientador – Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre

APÊNDICE X – Planeamento/Cronograma do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC)em Pessoa em Situação Crítica

APÊNDICE XI – Jogo Interativo

APÊNDICE XII – Plano de Sessão do Jogo Interativo

APÊNDICE XIII – Cartaz de Divulgação do Jogo Interativo

APÊNDICE XIV – Divulgação dos Resultados do Jogo Interativo

APÊNDICE XV – Divulgação das Respostas Certas

APÊNDICE XVI – O Cabaz Oferecido à Equipa Vencedora

APÊNDICE XVII – Planeamento/Cronograma do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

APÊNDICE XVIII – Relato Reflexivo sobre “Estágio de Observação Participada num Hospital de Coimbra”

APÊNDICE XIX – Reflexão do Estágio Realizado no Bloco Operatório

APÊNDICE XX – Reflexão do Estágio Realizado na Unidade de Cuidados Intensivos

APÊNDICE XXI – Reflexão do Estágio Realizado num Hospital de Coimbra

APÊNDICE XXII – Poster

APÊNDICE XXIII – Relato Reflexivo sobre a 2ª jornada de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Análise Global das Respostas do Questionário.....	33
Gráfico 2 – Análise Global das Respostas do Jogo.....	51

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS) da Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II, elaboramos o Relatório de Trabalho de Projeto em articulação com os Estágios I, II e III, com a finalidade de desenvolvermos os saberes teóricos e práticos de enfermagem na área da especialidade. Este apresenta-se em formato de documento escrito, onde explanamos de forma organizada e sistematizada as atividades realizadas ao longo desta caminhada no sentido da aprendizagem e aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC).

Os estágios I e II decorreram entre 10 de março e 10 de julho de 2014 e o estágio III decorreu entre 29 de setembro a 29 de Janeiro de 2015, numa Instituição Hospitalar situada em Lisboa, no Serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço (CCP)/Otorrinolaringologia (ORL)/Endocrinologia, sob a orientação da Professora Doutora Alice Ruivo e Professora Mariana Pereira e pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Susana Miguel.

Este relatório é o instrumento de avaliação que está integrado no plano de estudos do curso atrás mencionado, onde alicerçamos as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, sendo o fio de conduta para que possamos desenvolver o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e o Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC). Para a realização do PIS utilizámos a metodologia do projeto que é baseada nas seguintes fases: elaboração do diagnóstico da situação, planificação das atividades, meios e estratégias, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados obtidos. Esta metodologia segundo Ruivo & Ferrito (2010) conduz-nos “para a reflexão, baseada e sustentada pela investigação de forma sistemática, controlada e participativa, visando identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas” (p. 5).

Apresentamos os objetivos delineados para este relatório:

- ✓ Explanar o desenvolvimento do PIS, fundamentado e sustentado na

evidência científica, onde alicerçamos a evolução dos saberes teóricos e práticos, no que se refere às intervenções no cuidar da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre;

- ✓ Expor o desenvolvimento do PAC, que nos conduziu para a aquisição das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em pessoa em Situação Crónica e Paliativa;
- ✓ Refletir e Analisar as aprendizagens à luz das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa;
- ✓ Divulgar os resultados obtidos com o desenvolvimento do PIS e do PAC;
- ✓ Analisar as atividades desenvolvidas para a obtenção das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com o desenvolvimento deste relatório tivémos o desígnio de dar resposta aos objetivos do projeto, bem como aos dos estágios, para a prestação de cuidados de excelência, refletidos na melhoria da qualidade de vida da pessoa. Deste modo, o tema versado no nosso PIS – **“Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre”**, surgiu após algumas entrevistas exploratórias realizadas com o Enfermeiro Chefe e Enfermeira Orientadora pelas quais verificámos que seria pertinente a sua abordagem, devido à inexistência de uniformização dos cuidados de enfermagem (técnica relativamente recente). Para tal, traçamos o Objetivo Geral:

- ✓ Melhorar a Prestação dos Cuidados de Qualidade à Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre.

Estruturalmente o relatório está organizado em cinco partes. A Parte I diz respeito ao enquadramento conceptual, onde pretendemos desenvolver as conceções mais pertinentes para este projeto, e onde se incorpora a enfermagem enquanto profissão e disciplina. Também é referenciada a teórica de enfermagem Jean Watson com o qual nos identificamos, e que norteia a nossa atuação enquanto enfermeira.

Na Parte II apresentamos o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) onde referimos a metodologia utilizada, sendo esta dividida em várias fases: diagnóstico de situação, planificação das atividades, meios e estratégias, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados obtidos.

Na Parte III apresentamos o Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), que nos possibilitou a aquisição da Competência do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Desenvolvemos o processo de aprendizagem enquadrado na análise reflexiva e crítica, tendo como premissa a capacidade de mobilização de conhecimentos, adaptando-os a contextos e situações específicas de necessidades de cuidados. Estes trabalhos foram versados na metodologia de projeto.

Na Parte IV mencionamos a avaliação do realizado, expondo as análises das aprendizagens à luz das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa e Situação Crónica e Paliativa.

Na Parte V mencionamos as aprendizagens adquiridas à luz das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Na conclusão apresentamos uma síntese dos aspetos mais significativos bem como as dificuldades sentidas e como foram ultrapassadas. Também mencionamos perspectivas futuras.

As referências bibliográficas foram realizadas de acordo com as normas da *American Psychology Association* (APA), sexta edição.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento conceptual possibilita a preparação de um conjunto de ideias claras e organizadas para documentar um assunto em estudo, que alicerçam a pertinência no quadro de saberes vigentes. Para Fortin (1999) a fase do enquadramento conceptual “é um processo, uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto em estudo” (p. 39).

Nesta parte pretendemos desenvolver as conceções mais pertinentes para o desenvolvimento deste projeto onde se integra a Enfermagem, a Teoria do cuidado Transpessoal de Jean Watson que utilizámos ao longo do trabalho, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências do Enfermeiro Especialista em Situação Crítica.

Desde que existe a espécie humana há enfermagem, segundo Nunes (2003) a “Enfermagem é tão antiga como a existência mesma do homem, é natural que as revisões históricas se iniciem na Idade Antiga e venham até à Idade Contemporânea” (p. 19).

A Enfermagem como profissão intelectual e científica é regida de acordo com o REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro) e regulada pela Ordem dos Enfermeiros (2012),

a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (p. 15).

A enfermagem é uma disciplina que orienta a *práxis* profissional baseada no conhecimento. Assim, a competência profissional tem diferentes vertentes inerentes à profissão de enfermagem. O enfermeiro deve-se munir dessas vertentes para uma excelência na prestação dos cuidados. Sendo estas, vertente científica dos conhecimentos (saber/saber), vertente técnica das habilidades (saber/fazer) e vertente relacional das atitudes (saber/ser ou estar) (Carvalho, 2003).

Assim aprofundámos conhecimentos a nível da disciplina de enfermagem com o

objetivo de adquirir saberes que promovam o seu desenvolvimento como ciência, para orientar a *práxis* e garantir a credibilidade da profissão. Fortin (1999) refere que “desta forma, nenhuma profissão terá um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação, dado ser através desta que se contribui um domínio de conhecimentos numa dada disciplina e que são elaborados e verificados as teorias” (p. 18).

Ao longo dos anos, a enfermagem tem desenvolvido várias teorias que têm contribuído para o seu desenvolvimento enquanto profissão. Estes modelos teóricos de enfermagem têm por base guiar a prática do enfermeiro. Sendo a enfermagem uma ciência humana, expõe nas teorias os metaparadigmas: a Saúde, a Pessoa, o Ambiente e os Cuidados de Enfermagem, intrínsecos à prática dos cuidados de enfermagem. Estes são referidos na Ordem dos Enfermeiros (2001) através dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem:

A **Saúde** é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, (...). A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural (p. 8);

A **Pessoa** é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados em valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminarse. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. (...), podemos atingir um entendimento no qual cada um de nós vivencia um projeto de saúde (p. 8-9).

O **Ambiente** no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexidade interdependência pessoa/ambiente (p. 9-10).

Os **Cuidados de Enfermagem** e o “exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valores relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem. A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas

suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família, convivente significativo) (p. 10).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001)

a enfermagem viu atingido um dos desafios importantes. Entre as várias competências estatuídas, definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (p. 5).

Sendo o projeto “Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica Submetida a Cirurgia com Retalho Livre” ancorámos aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que nos direccionam para a prestação de cuidados de excelência. Assim, o Regulamento (nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011) refere que o Enfermeiro Especialista ostenta um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenções (p. 8648). O Regulamento (nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, remete-nos para os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, que “são cuidados altamente qualificados prestados de forma continua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo as complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p. 8656). Após o referido não podemos descurar, enquanto futuros enfermeiros especialistas, os quatro domínios das competências comuns que passo a referenciar: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O cuidar da pessoa é inerente à praxis do enfermeiro especialista sendo o fio de conduta para a teórica de enfermagem que orienta o nosso trabalho, designada por Jean Watson.

Para Nunes (2008a) ...não existe prática de enfermagem sem uma teoria que a suporte, que a mobilize.” (p. 6). Watson (2002) desenvolveu

uma teoria de enfermagem – não uma teoria científica que é absolutamente verificável, quantificável e rigidamente testável e que leva a factos, verdades e listas de axiomas – mas todavia, uma teoria. É uma teoria porque me ajuda a “ver” mais claramente, e pode ser útil na resolução de alguns problemas conceptuais empíricos na enfermagem e nas ciências humanas de forma geral (p. 7).

A perspetiva de uma ciência humana permite à pessoa novas oportunidades e caminhos para o seu mundo de experiência da saúde-doença, permitindo questionar os seus pensamentos básicos e valores éticos. Esta também permite que os investigadores em enfermagem erguem perguntas acerca da ciência da enfermagem, abrindo assim novos caminhos em busca da verdade, não descurando a sua responsabilidade social e científica. Assim, segundo Watson (2002)

um contexto humano de ciência é baseado em: uma filosofia de liberdade humana, escolha e responsabilidade; uma biologia e psicologia holística (não-redutibilidade de pessoa interligadas com outras e com a Natureza); uma epistemologia que permite não apenas o empirismo, mas avanços da estética, valores éticos, intuição e processo de descoberta; uma ontologia de tempo e de espaço; um contexto de acontecimentos inter-humanos, processos e relações e uma visão científica que seja aberta (p. 32-33).

A autora deu ênfase à relação transpessoal do cuidar, que é expressa através de uma união com outras pessoas, não descurando a pessoa como um todo nem o seu modo de estar no mundo. Na perspetiva do cuidar, a autora enunciou onze pressupostos contribuindo para o desenvolvimento humano, proporcionando assim o bem-estar do ser humano. Os pressupostos segundo Watson (2002) são:

1. O cuidar e o amor, são as forças cósmicas mais universais, espantosas e misteriosas: compreendem a energia física primária e universal;
2. Frequentemente estas necessidades são negligenciadas; sabemos que as pessoas precisam umas das outras nos caminhos do amor e do cuidar, mas com frequência não nos comportamos bem para com os outros. Para que a nossa humanidade sobreviva, necessita contudo que nos tornemos mais cuidadosos e que tenhamos mais amor para alimentar o nosso humanismo e envolvermo-nos como uma civilização e vivermos juntos;
3. Uma vez que a enfermagem é uma profissão que cuida, a sua capacidade para manter o ideal e a ideologia do cuidar, na prática, afetará o desenvolvimento humano da civilização e determinará o contributo da enfermagem para a sociedade;
4. Como princípio temos que impor, ao nosso comportamento e não ao dos outros, a nossa vontade para cuidar e amar. Temos que tratar de nós com gentileza e dignidade antes de podermos respeitar e cuidar dos outros com os mesmos princípios;

5. A enfermagem sempre teve uma posição de cuidar em atenção às pessoas que possuem preocupações relacionadas com a saúde-doença;
6. Cuidar é a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador da prática da enfermagem;
7. Cuidar ao nível individual ou de grupo, tem recebido cada vez menos ênfase no sistema de saúde;
8. Os valores do cuidar para o enfermeiro e para a enfermagem têm sido submersos. A enfermagem e a sociedade estão, portanto, atualmente numa situação crítica para manter em prática os ideais e ideologia do cuidar. O papel do cuidar está ameaçado pelo aumento da tecnologia médica, constrangimentos de burocracia-gestão numa sociedade na idade nuclear. Ao mesmo tempo tem havido uma proliferação de técnicas de cura e tratamentos radicais, frequentemente sem se olhar aos custos;
9. A preservação e o avanço do cuidar como um esforço quer epistémico quer clínico, é uma questão importante para a enfermagem no presente e futuro;
10. O cuidar pode ser demonstrado e praticado eficazmente apenas de forma interpessoal. O processo humano intersubjetivo mantém vivo um senso comum de humanidade; ensina-nos como sermos humanos através da nossa identificação com os outros, pelo que o humanismo de um reflete-se no outro;
11. A contribuição social, moral e científica da enfermagem, para o ser humano e sociedade, assenta no seu compromisso com os ideais do cuidar, na teoria, na prática e na pesquisa (p. 61-63).

Assim, Watson referiu dez fatores de cuidar, os quais interferem na nossa prestação de cuidados de enfermagem, que incluem:

1. Sistemas de valores humanísticos-altruístas;
2. Fé-esperança;
3. Sensibilidade para consigo e com os outros;
4. Relação de cuidar, ajuda-confiança;
5. Expressão de sentimentos positivos e negativos;
6. Processo de cuidar criativo na resolução de problemas;
7. Ensinar-aprender transpessoal;
8. Ambiente sustentador, protetor, e/ou corretivo mentalmente, fisicamente, socialmente e espiritualmente;
9. Assistências às necessidades humanas;
10. Forças existenciais-fenomenológicas-espirituais

Para que o enfermeiro possa prestar cuidados com qualidade não pode descurar as necessidades fisiológicas da pessoa. Para Watson (1985), as necessidades humanas podem ser analisadas de forma física ou psicológica, ou seja, também menciona outras forças que afetam a necessidade psicológica. Para Watson, as necessidades humanas são um alicerce para a prática do cuidado, isto porque vão contribuir para o desenvolvimento, crescimento e autonomia da pessoa numa visão holística, proporcionando o seu bem-estar.

Segundo Watson (1985), as necessidades humanas de ordem inferior são

biofísicas (que correspondem às necessidades de sobrevivência) e psicofísicas (que correspondem às necessidades funcionais). As necessidades de ordem superior são psicossociais (que correspondem às necessidades integradas) e intrapessoais/interpessoais (que correspondem às necessidades de busca de crescimento). Segundo a autora, a pessoa tem que satisfazer o nível inferior antes de satisfazer o nível superior da hierarquia, sendo estas necessidades o pilar para a prestação de cuidados com qualidade, observando a pessoa de forma holística.

O conceito da Teoria de Watson (2002) baseia-se na forma especial da relação do cuidar, revelando uma intenção, uma vontade, uma relação e ação entre a pessoa e o enfermeiro de forma recíproca, num contexto intersubjetivo, proporcionando um cuidado transpessoal.

Os conceitos descritos por Watson (2002) são:

A Pessoa que “é vista como um ser-no-mundo”. A pessoa existe como um *gestalt*¹ vivo e em crescimento. A pessoa possui três esferas do ser – mente, corpo e alma – que são influenciadas pelo conceito do Eu. A mente e as emoções são o ponto de partida, o ponto focal e o ponto de acesso ao corpo e alma. A noção do Eu é o centro subjetivo que experiencia e vive do somatório total das partes do corpo, dos pensamentos, das sensações, desejos, memórias, história de vida e assim sucessivamente (p. 97-98);

A Saúde que refere-se à unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma. A saúde também está associada ao grau de congruência entre o Eu, como é percebido, e o Eu como é experienciado (p. 86);

O Ambiente que é mencionado como externo ao mundo da pessoa;

Os Cuidados de Enfermagem que podem ser definidos como uma ciência humana de pessoas e de saúde humana – experiências de doença que são medidas pelas transações humanas do cuidar profissional, pessoal, científico, estético e ético. Tal visão requer que o enfermeiro seja cientista, teórico e clínico, mas também um agente humanitário e moral na qual o enfermeiro como pessoa está envolvido como co-participante ativo nas transações humanas do cuidar (p. 96-97).

Pensamos que a teoria abordada é de crucial importância para o desenvolvimento da enfermagem, visto que dá mais importância ao cuidar e não ao

¹ *Gestalt* é um termo alemão. O termo em português seria forma ou configuração, que não é muito utilizado por não corresponder exatamente ao seu real significado em Psicologia.

O Behaviorismo estuda o comportamento através da relação estímulo-resposta, procurando isolar um estímulo unitário que corresponderia à uma dada resposta e desprezando os conteúdos da consciência, pela impossibilidade de controlar cientificamente essas variáveis.

A *Gestalt* entende que é de suma importância a disposição em que são apresentados à percepção os elementos unitários que compõem o todo. Uma de suas formulações bastante conhecidas é a de que "o todo é diferente da soma das partes". A percepção que temos de um todo não é o resultado de um processo de simples adição das partes que o compõem (Engelmann, 2002).

curar/tratar. Permitiu-nos refletir sobre os cuidados prestados dando enfoque à relação transpessoal. Como futuros enfermeiros especialistas procuramos permanentemente a excelência dos cuidados.

PARTE II – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Nesta parte apresentamos o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) onde referimos a metodologia utilizada, sendo esta dividida em cinco fases: elaboração do diagnóstico da situação, planificação das atividades, meios e estratégias, execução das atividades planeadas, avaliação do realizado e divulgação.

O Projeto de Intervenção em Serviço, que designámos por: *Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre*, tem como objetivo sistematizar a prestação de cuidados de qualidade à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre no serviço em causa.

No serviço de CCP/ORL/Endocrinologia, de uma instituição hospitalar situada em Lisboa, implementou-se há cerca de três anos uma técnica cirúrgica para cobertura de defeitos cutâneos, musculares e/ou ósseos: o retalho livre. Consideramos uma cirurgia de elevada complexidade e causadora de profundas alterações na pessoa. Este procedimento cirúrgico leva a perdas transitórias ou permanentes de funções essenciais como o comer, falar, respirar, deglutir, mastigar, e mobilizar-se, manifestando-se através da alteração de imagem corporal (Liu & Shah, 2010).

O termo retalho livre é uma forma de transplante de tecido, através da utilização da técnica microcirúrgica, em que uma determinada quantidade de pele, músculo ou osso, pode ser isolado, destacada e reafixada aos vasos recetores próximos ou distantes do novo local (Chandler, 2008).

Segundo o critério dos Padrões de Qualidade (2001), a característica “qualidade em saúde” é reconhecida como uma ação prioritária, cabendo ao profissional a melhoria dos cuidados prestados na sua *práxis*, tendo em conta esta linha de pensamento e debruçando a atenção sobre o agir prático.

Pretendemos com este projeto uma uniformização da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa oncológica submetida a cirurgia com retalho livre. Será de fulcral importância desenvolver mecanismos para sinalizar precocemente as complicações que possam advir desta técnica.

2.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Segundo Ruivo & Ferrito (2010) “O diagnóstico de Situação, visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade a qual se pretenda atuar e mudar” (p. 10).

Nesta etapa iniciaremos com a Definição do Problema, que Fortin (1999) define como a “formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender” (p. 39).

Para a formulação deste problema tivemos que consultar artigos e obras científicas. Esta revisão integrativa inicial foi pertinente para que possamos contextualizar os conhecimentos na nossa *práxis*. Assim, o nosso problema era a Inexistência de sistematização dos cuidados de qualidade a prestar à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre.

2.1.1 – Análise do Problema

Para contextualizar a Análise do Problema apresentamos uma breve resenha da história da instituição hospitalar e o serviço onde realizámos os Estágios I, II e III. Analisámos o problema através da aplicação de um questionário e da ferramenta de gestão FMEA (Failure Mode and Effect Analysis).

A instituição hospitalar é uma organização com mais de oito décadas, que se dedica ao tratamento de doentes com cancro, à investigação e ao ensino em oncologia. A Instituição foi crescendo à medida das necessidades, tendo, vários serviços distribuídos por diversos edifícios.

Para o seu desenvolvimento, a instituição hospitalar conta com a colaboração de profissionais qualificados, competentes e especializados em oncologia, com vista a oferecer um serviço de excelência. Também desenvolve atividades nas áreas de investigação, ensino, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados continuados. Sendo esta a missão da instituição hospitalar, tem como prerrogativa os cuidados dos doentes conforme as suas necessidades, em consonância com as suas práticas clínicas e com os recursos disponíveis, primando “o doente em primeiro lugar”.

Os doentes provêm sobretudo dos estabelecimentos de saúde situados em Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e das Regiões Autónomas da Madeira e Açores e também recebe doentes dos PALOP.

O serviço de internamento de ORL/CCP/Endocrinologia é munido de instalações, profissionais e equipamentos, tendo a capacidade de assegurar um tratamento eficaz às pessoas, com qualidade, eficácia e garantia de satisfação dos cuidados prestados, sendo constituído por 41 camas para internamento (sendo 20 de ORL, 18 de CCP e 3 de Endocrinologia), e tendo 2 quartos de isolamento (um na extremidade e outro a meio do serviço) e uma sala de recuperação (cuidados intermédios).

Neste serviço as cirurgias mais frequentes são: laringectomia parcial ou total, traqueotomia, tiroidectomia ou hemitireoidectomia, parotidectomia total ou parcial, glossectomia total ou parcial, mandibulectomia total ou parcial, esvaziamento cervical, microcirurgia a laser com CO₂ (para tratamento/diagnóstico de pólipos ou nódulos da corda vocal), excisão de tumores da pele (melanomas, baso-celulares, espinocelular ou pavimento-celulares), entre outras. É relevante evidenciar que muitas destas pessoas com doença oncológica e com o avançar da doença são reinternados, ou por motivo de recidiva, sendo frequente realizar cirurgias complementares, ou para serem submetidos a tratamentos neoadjuvantes, como a radioterapia ou quimioterapia.

A equipa multidisciplinar que assegura os cuidados às pessoas era assim constituída: equipa médica que é composta por 7 médicos da especialidade (CCP), 8 médicos da especialidade (ORL), e por 9 médicos de endocrinologia; médico internista; médico psiquiatra (que dá apoio ao serviço); dietista; assistente social; equipa de enfermagem que está organizada por quatro equipas rotativas, alguns elementos têm horário fixo (sendo 3 elementos). Cada equipa é constituída por um chefe de equipa, que nos turnos da tarde, noite e fins de semana desempenha funções de responsável de turno. Caso não esteja presente nesse turno essa função é assegurada até ao quarto elemento de cada equipa. Todas as manhãs temos dois elementos de coordenação que transmitem toda a informação das pessoas ao médico de enfermagem das diferentes especialidades (ORL/CCP/Endocrinologia). Os enfermeiros prestam cuidados às pessoas das três especialidades, assumindo o método individual de trabalho. A equipa de assistentes operacionais que é constituída por 15 assistentes operacionais; Secretariado do Serviço que é constituído por 3 elementos, sendo que cada elemento dá apoio à especialidade ORL/CCP/Endocrinologia.

A complexidade inerente a uma cirurgia em que existe a necessidade de ser feita a reconstrução com retalho livre, suscitou em nós a necessidade de nos documentar para prestar os melhores cuidados. Simultaneamente, com o início deste projeto fomos falar com o Enfermeiro Chefe no sentido de perceber a pertinência desta temática, tendo tido uma resposta positiva. Abordámos também a orientadora (responsável pela formação em serviço), tendo-nos referido que no diagnóstico de necessidades de formação para 2014, vários colegas tinham identificado a necessidade de formação nesta área.

Deste modo emerge, com a implementação da cirurgia com retalho livre no serviço em análise, a necessidade crescente de aprofundar os conhecimentos, quer científicos quer práticos sobre a temática. Pretendemos a uniformização e melhoria dos cuidados específicos prestados a estas pessoas oncológicas.

Como forma de conhecer a opinião e “*Know-how*” da equipa de enfermagem sobre a temática em questão, elaborámos um questionário (que foi aplicado após autorização do enfermeiro chefe). O pré-teste foi realizado a dois enfermeiros, um com 9 e outro com 3 anos de experiência. O *feedback* destes elementos foi positivo, sem identificação de aspetos passíveis de radical reestruturação do instrumento a aplicar (Apêndice II).

No período de 28 de abril a 15 de maio de 2014, decorreu a aplicação dos questionários a 32 dos 34 enfermeiros da equipa de enfermagem, (não aplicámos ao Enfermeiro Chefe, nem a quem estava de licença de maternidade).

A aplicação do questionário é um método de colheita de dados que permite uma recolha de informação mais rigorosa e organizada. Segundo Fortin (1999) “é um instrumento de medida que traduz os objetivos do estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa” (p. 249).

O questionário pode ser estruturado de várias formas, contendo respostas fechadas em que o sujeito tem que escolher as respostas exequíveis, ou podem conter questões abertas em que se pede ao sujeito respostas escritas (Fortin, 1999). O questionário está elaborado com nove questões de respostas fechadas e duas questões de resposta aberta (Apêndice I). Apresentamos no Gráfico 1 as respostas em percentagem relativamente a cada questão colocada à equipa de enfermagem.

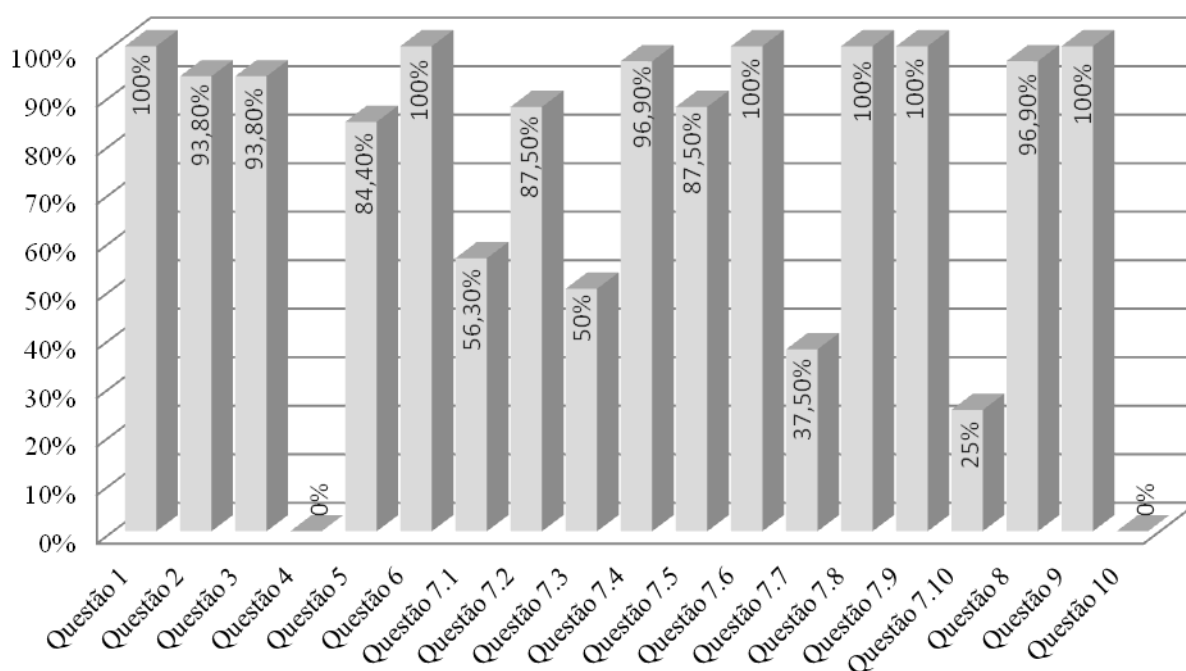


Gráfico 1 – Análise Global das Respostas do Questionário

Após analisarmos o gráfico, destacamos a questão nº 1: Considera pertinente a realização de formação sobre a temática do retalho livre? 100% dos enfermeiros assinalaram que sim. Relativamente à questão nº 2: Desde que se iniciaram no serviço as cirurgias com retalho livre, já realizou alguma formação? 93,8% dos enfermeiros assinalaram que não. À questão nº 3: Considera que o doente submetido a cirurgia com retalho livre tem uma abordagem mais complexa, comparativamente com outras cirurgias realizadas neste serviço? 93,8% dos enfermeiros assinalaram que sim. À questão nº 4: Quais considera as necessidades humanas básicas mais afetadas no doente submetido a cirurgia com retalho livre? (Enumere três), 0% dos enfermeiros enumeraram a resposta pretendida. À questão nº 5: O retalho livre é classificado em viável e não viável, 84,4% dos enfermeiros responderam verdadeiro. À questão nº 6: O retalho livre (indique a correta), 100% dos enfermeiros assinalaram corretamente a resposta. À questão nº 7: Em relação ao doente oncológico submetido a cirurgia com retalho livre classifique as seguintes afirmações em verdadeiro e falso: 7.1 – Avaliação do preenchimento capilar de 3 segundos indica que o retalho livre está viável, 56,3 dos enfermeiros assinalaram corretamente; 7.2 – Na avaliação do preenchimento capilar um enchimento rápido indica que poderá existir insuficiência arterial, 87,5% dos enfermeiros assinalaram corretamente a resposta pretendida; 7.3 – Na avaliação de temperatura do retalho livre, quando está diminuída

indica que poderá haver insuficiência venosa, 50,0% dos enfermeiros assinalaram a resposta pretendida; 7.4 – Quando o retalho livre se encontra branco significa que está viável, 96,9% dos enfermeiros responderam corretamente; 7.5 – Avaliação neurocirculatória completa do retalho livre inclui avaliação de cor, preenchimento e suturas, 87,5% dos enfermeiros assinalaram corretamente a resposta pretendida; 7.6 – Considera que a cicatrização do retalho livre pode ser influenciada pelo défice nutricional e diabetes, 100% dos enfermeiros responderam corretamente; 7.7 – O retalho livre deve ser avaliado no pós-operatório imediato de 8/8h, 37,5% dos enfermeiros responderam corretamente; 7.8 – Na realização do penso ao doente submetido a retalho livre, o enfermeiro pode realizar alguma pressão sobre o mesmo, 100% dos enfermeiros responderam corretamente; 7.9 – O enfermeiro deve ensinar o doente na mobilização e posicionamento da região do retalho e tecido circundante, 100% dos enfermeiros responderam corretamente; 7.10 – O doente deve elevar a cabeceira 50° a 55° para evitar ou minimizar o edema, 25,0% dos enfermeiros responderam corretamente. À questão nº 8: Considera a avaliação com doppler importante no despiste precoce de complicações do retalho livre? 96,9% dos enfermeiros assinalaram corretamente a resposta pretendida. À questão nº 9: Se tivesse um doppler que parâmetro conseguia avaliar no retalho livre? (assinale com X a resposta correta), 100% dos enfermeiros assinalaram corretamente a resposta pretendida. À questão nº 10: Enuncie três das principais complicações do doente submetido a cirurgia com retalho livre? 0% dos enfermeiros não referiram a resposta pretendida.

Em síntese, esta temática vai de encontro às expectativas da equipa de enfermagem e suas necessidades.

2.1.2 – Análise da FMEA

A ferramenta de gestão FMEA é um método sistemático e pró-ativo, ou seja, é especificamente utilizado na avaliação de um novo processo antes da sua implementação e na avaliação do impacto de uma proposta de mudança para um processo existente. A vantagem da utilização desta ferramenta é permitir uma melhoria na qualidade e segurança dos processos de cuidados, aumentar a satisfação nos profissionais como prestadores de cuidados, obtenção de informação para que se possa reduzir as falhas no futuro, identificar e eliminar possíveis erros que possam advir da falta de informação, prevenir problemas,

reduzir a possibilidade do mesmo tipo de falha no futuro e envolver toda a equipa multidisciplinar neste processo. A desvantagem é a não adesão da equipa e a resistência à mudança.

Segundo Fragata & Martins (2004) a FMEA “é um instrumento de análise de falhas que é utilizado em múltiplas áreas de atividade, incluindo a saúde. Consiste, no caso da prática clínica, em identificar para cada etapa da trajetória da doença, numa dada instituição hospitalar, as falhas que normalmente ocorrem, os respetivos efeitos e as causas que provocam essas falhas” (p. 168-169).

Pires (1999) acrescenta que uma FMEA “Consiste na deteção das falhas que podem ocorrer com mais intensidade e a gravidade que essas falhas implicam no processo e uma vez calculado o RPN (Risk Priority Number) para cada modo de falha, a ação corretiva deverá dirigir-se em primeiro lugar para os problemas de mais alto RPN e a elementos críticos” (p. 399).

Analisando a FMEA (Apêndice III) considerámos importante atuar numa primeira fase no período pré-operatório (RPN de 240) e no pós-operatório (RPN de 288), através da elaboração de um documento escrito de síntese dos principais cuidados à pessoa submetida a cirurgia com retalho livre, com o objetivo de colmatar o défice de conhecimentos, através da realização de ações de formação à equipa.

A adequada preparação do pré-operatório é importante para a pessoa cirúrgica, viabilizando assim sucesso em todas as fases que compõem o processo cirúrgico. Neste período são planeados cuidados de enfermagem que vão permitir uma recuperação mais rápida e com êxito da cirurgia.

Watson (2002) define os cuidados de enfermagem como “o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço” (p. 52). Logo, a prestação de cuidados de enfermagem é algo complexo, ou seja, tem como objetivo ajudar a pessoa a promover a saúde, contribuir para o seu bem-estar e prestar particularmente atenção quando esta está numa situação hostil.

Para Watson o foco na perspetiva da enfermagem está nos fatores de cuidado que derivam da perspetiva humanística conciliados com base no conhecimento científico. A prestação dos cuidados é observado na *práxis* de enfermagem como um processo

terapêutico interpessoal, ou seja, existe reciprocidade entre o enfermeiro e a pessoa (Talento, 2000).

No primeiro contacto com a pessoa, o diálogo é importante para que esta sinta confiança e segurança nos enfermeiros que futuramente lhe irão prestar os cuidados, facultando a relação terapêutica. O cuidar em enfermagem é a relação de ajuda, sendo esta “ intrínseca aos cuidados” tal como refere Adam (1994, p. 31). É um cuidado-em-si com fins terapêuticos e não como um veículo para os cuidados.

A relação terapêutica estabelece-se entre a pessoa, o eu-pessoa e o enfermeiro. Conforme Chalifour (2008) “ a relação de ajuda consiste numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda” (p. 33). Esta interação pressupõe um grande empenho por parte dos enfermeiros *que* “é essencial que tenha elevados conhecimentos e consciência de si-mesmo, com a finalidade de discernir o mais distintamente possível o que é que esta relação suscita em si, de que maneira as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação e que utilização pode fazer de si-mesmo, para fins terapêuticos” (Chalifour 2008, p. 23).

Assim a pessoa fica mais confiante para colocar as suas dúvidas, manifestar as suas necessidades, as suas angústias, entre outros, ou seja, vai permitir uma elaboração de um plano de cuidados e prevenção de complicações pós-operatório. Esta visão deve ser feita de forma holística e nunca descurando as necessidades fisiológicas, psicológicas, espirituais, e sociais, da pessoa/família ou pessoas significativas (Manley & Bellman, 2003).

Segundo Haggood (2000) os valores e a cultura podem influenciar a saúde, doença, cirurgia ou morte, ou seja, depende das experiências vivenciadas anteriormente e que podem influenciar positiva ou negativamente o estado de ansiedade e *stress* e concludentemente a forma como a pessoa enfrenta esta nova situação.

A dimensão psicossocial é passível de ser analisada dado que o doente vai ser submetido a uma cirurgia bastante mutilante, permitindo preparar psicologicamente a pessoa para a intervenção, com o objetivo de diminuir a ansiedade e o *stress*.

Segundo Gonçalves (2003) no pré-operatório o enfermeiro ao cuidar da pessoa deve possuir conhecimento e consciência para “suavizar, se não eliminar o processo ansioso que o doente vivencia (...). Uma boa relação enfermeiro/doente/família permitirá um esclarecimento atempado de todos os seus medos e dúvidas, encarando a experiência

vivida como mais uma etapa do seu ciclo vital” (p. 18).

Para que o enfermeiro possa prestar cuidados com qualidade, não pode descurar as necessidades fisiológicas da pessoa. Para Watson (1985) as necessidades humanas podem ser analisadas de forma física ou psicológica, ou seja, também menciona outras forças que afetam a necessidade psicológica. Para Watson as necessidades humanas são um alicerce para a prática do cuidado, isto porque vai contribuir para o desenvolvimento, crescimento e autonomia da pessoa numa visão holística, proporcionando o seu bem-estar.

Para Watson (1985)

a enfermeira deve ser hábil na identificação e antecipação dessas necessidades que podem ser importantes para certos processos de saúde-doença. Todavia, é crucial (...) avaliar sempre do ponto de vista do paciente quais as necessidades superiores para ele ou para ela em determinado momento (p. 108).

Corroborando com o descrito anteriormente, a relação entre enfermeiro/pessoa/família é crucial para o processo de reabilitação pós intervenção cirúrgica, isto é, o profissional deve ser capaz de oferecer uma escuta qualificada e perceber as necessidades das pessoas, que muitas vezes podem ser expressas de forma verbal ou de forma não-verbal através de gestos ou mimica labial. Segundo Bastos, Souza, Souza & Marques (2013) “conhecer e compreender as necessidades dos pacientes é fator essencial para a realização dos cuidados de enfermagem, (...)” (p. 388).

Durante o período pós-operatório os cuidados prestados à pessoa torna-se um desafio, devido à sua complexidade. Para tal, temos que traçar intervenções e diagnósticos de enfermagem para prevenir complicações e infeções no local cirúrgico. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2011) o diagnóstico de enfermagem é o “rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem”. As intervenções de enfermagem são a “ação tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem” (p. 16). Estas não são apenas instrumentos, pois permitem ao enfermeiro envolver as famílias na prestação de cuidados de modo a preparar a alta da pessoa.

A Família é crucial no processo de recuperação, porque promove, juntamente com o enfermeiro, o autocuidado, autocontrolo e adesão ao regime terapêutico, diminuindo o tempo de internamento do seu familiar. Este regime visa o bem – estar da pessoa/família. A não adesão ao regime terapêutico pode por em causa a sua própria saúde, originando

complicações cirúrgicas e infeções que são prejudiciais no seu processo de recuperação. As complicações mais frequentes na cirurgia com “*retalho livre*” segundo Durazzo & Brandão (2004) são “necrose, infeção, fístula e deiscência” (p. 29).

Segundo Braga & Cruz (2003) “ a qualidade da assistência de enfermagem dependerá do olhar que lançarmos a nosso paciente, respeitando suas emoções seu pensar, seu agir. Neste caminhar realmente poderemos falar como Horta enfermagem é gente que cuida de gente” (p. 35). Contribuímos assim para a sua autonomia, para que esta possa desempenhar as atividades de sua vida diária. Também é de realçar a importância da comunicação entre pessoa/enfermeiro/família para que esta relação estabelecida proporcione segurança e confiança, motivando-os para o processo de recuperação.

2.1.3 – Identificação dos Problemas Parcelares

Com base na análise da FMEA e nos questionários já analisados foram identificados os problemas parcelares:

- ✓ Baixo nível de conhecimento dos enfermeiros relativo a cirurgia com retalho livre em oncologia;
- ✓ Exiguidade na deteção precoce das complicações neste contexto;
- ✓ Inexistência de uniformização dos cuidados de enfermagem: técnica relativamente recente no serviço;

2.2 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Esta dimensão permitiu-nos definir as prioridades que contribuem para a elaboração do planeamento do projeto, que são:

- ✓ Pesquisa bibliográfica (bases de dados científicas);
- ✓ Identificação das diversas fases do circuito da pessoa com doença oncológica submetida a retalho livre (desde o pré-operatório, passando pela unidade de cuidados intensivos, e pela recuperação do 5 andar e enfermaria);
- ✓ Realização de estágios de observação;

- ✓ Envolvimento de toda a equipa no projeto;
- ✓ Elaboração de um plano de formação;
- ✓ Elaboração de sessão de formação em serviço, com intuito pedagógico;
- ✓ Elaboração de um documento escrito de síntese dos principais cuidados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre.

2.3 – OBJETIVOS

Os objetivos consistem em determinar até onde se quer chegar, isto é, os resultados que pretendemos alcançar em diferentes níveis (Mão de Ferro, 1999).

O objetivo geral é definido como enunciado de intenções que descrevem os resultados esperados, que servem como indicações do nosso percurso, tendo em conta os conhecimentos e as capacidades a adquirir, respeitando a competência ampla e complexa (Mão de Ferro, 1999). Sendo o nosso Objetivo Geral:

- ✓ Melhorar a Prestação dos Cuidados de Qualidade à Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre.

Os objetivos específicos são indicadores de conhecimentos e aptidões que devem ser adquiridos ao longo do nosso percurso, sendo uma divisão do objetivo geral. Assim, os objetivos específicos vão garantir uma maior objetividade nos resultados esperados (Mão de Ferro, 1999), que passamos a explicar:

- ✓ Elaborar um documento escrito de síntese dos principais cuidados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre;
- ✓ Implementar o Guia Orientador “*Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre*”.

2.4 – PLANEAMENTO DO PROJETO

O planeamento é a terceira fase do ciclo de vida do projeto, onde elaboramos um plano detalhado que comporta o objetivo geral e específico, as atividades e estratégias a desenvolver, os recursos, os indicadores de avaliação e o cronograma (Ruivo & Ferrito, 2010). Para tal, delineámos objetivos específicos que consideramos executáveis até à

divulgação do projeto (Apêndice IV).

Assim, tivemos que identificar os profissionais do serviço com quem íamos articular as intervenções, sendo os seguintes recursos humanos necessários para a intervenção e implementação do projeto: a Professora Doutora – A.R., Professora – M.P., Enfermeiro Responsável do Serviço – Enfermeiro C.P., Enfermeira Orientadora Especialista e Enfermagem Médico-cirúrgica – S.M., Enfermeira Responsável pela Formação em Serviço – S.M. e Bibliotecária – A.P.R.

No planeamento tivemos que ter em consideração a calendarização das atividades a desenvolver, sendo um processo interativo que determina as datas de início e fim planeadas para cada atividade a desenvolver (Miguel, 2006) (Apêndice IV).

2.5 – AVALIAÇÃO DO REALIZADO

Segundo Ruivo & Ferrito (2010) “Avaliar um Projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente” (p. 26).

Deste modo efetuamos uma análise reflexiva das atividades/estratégias desenvolvidas e da avaliação do realizado para cada objetivo específico planeado.

Objetivo específico nº 1: Elaborar um documento escrito de síntese dos principais cuidados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre.

Pesquisa Bibliográfica

Para atingir este objetivo tivemos de consultar, selecionar e interpretar a literatura para podermos consolidar o nosso potencial teórico que nos permita justificar as nossas intervenções na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica.

Pesquisámos literatura referente ao tema **Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre**. Para tal, utilizámos pesquisas em bases de dados Scielo, Pubmed, Google e Google académico, Organização Mundial de Saúde, a American Cancer Society e a Direção Geral da Saúde, bem como a pesquisa em obras científicas (desde março até à 3ª semana de dezembro de 2014). Esta Revisão Integrativa permitiu-nos uma maior clarificação sobre o tema.

O método que utilizámos na elaboração do Guia Orientador – “*Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre*” - passou pela revisão integrativa da literatura científica inglesa utilizando a Pubmed como motor de busca (no período de 3 a 17 de dezembro de 2014), sendo as palavras-chaves “retalho livre”. Colocámos como critérios de inclusão todos os artigos referentes a retalhos livres realizados na área da cirurgia cabeça e pescoço para reconstrução do defeito, resumo disponível, texto completo, texto completo em PDF. Como critérios de exclusão definimos: os retalhos livres realizados na área da cirurgia cabeça e pescoço para reconstrução de defeitos em crianças e estudos em não humanos. Desta pesquisa resultaram 679 artigos, tendo sido lidos os resumos de todos os artigos. A partir desta, foram selecionados 8 artigos, dando resposta ao tema em estudo. Em relação aos aspetos éticos, tivemos o cuidado de não alterar os conteúdos analisados e mencionar todas as informações necessárias para a identificação dos autores dos artigos analisados.

Rever com os elos de ligação da Equipa Multidisciplinar de Estudo e tratamento de Feridas

Também reunimos com os elos de ligação da Equipa Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas com o desígnio de perceber os trabalhos desenvolvidos na área em estudo. Pudemos verificar que é uma área que está pouco estudada a nível do tratamento à ferida do retalho livre.

Formação em Serviço Intitulada “Vigilância Epidemiológica de Infecção do Local Cirúrgico”

Assim, como futuros enfermeiros especialistas, esta formação realizada no dia 20 de abril de 2014 possibilitou-nos um conhecimento mais alargado sobre o Programa do *Helics*, que proporcionará, no futuro, integrarmos na *práxis* os resultados baseados na evidência científica, contribuindo para a prevenção e controlo da infeção e para uma melhoria nos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica. Também realizámos um Relato Reflexivo sobre a formação acima mencionada (Apêndice V).

Realização de Estágio no Hospital Central de Lisboa na Comissão de Infecção

A realização do estágio surge com o objetivo de aprofundar conhecimentos na área de controlo de infeção, nomeadamente saber se existe algum protocolo sobre os cuidados ao retalho livre, visto que esta Unidade Hospitalar tem integrado o Serviço de

Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

Após a nossa inquietação abordámos a orientadora para verificar a pertinência da realização do estágio de observação na Comissão de Infeção, tendo um parecer positivo. É importante adquirirmos conhecimentos nesta área para que possamos atuar e agir na nossa *práxis* diária com cuidados especializados. No entanto, este estágio não foi autorizado. Para colmatar este constrangimento participámos em congressos para a aquisição de conhecimentos. Também dirigimo-nos de forma pessoal no dia 26 de novembro de 2014 ao serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva onde fomos recebidos afavelmente pela Senhora Enfermeira Chefe M.A., que nos apresentou o serviço após mencionármos o motivo da nossa visita. Neste serviço realizam retalhos livres na área de Cirurgia Cabeça e Pescoço (Cirurgia do Plexo Braquial em média três pessoas por semana), Cirurgia da Reconstrução Mamária e Microcirurgia, para além de outras especialidades integradas neste serviço. Assim, esta visita foi uma mais-valia na aquisição de conhecimentos, pois possibilitou-nos refletir e transpor para a nossa realidade, no que alude aos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre.

Também é de realçar que no dia 29 de outubro de 2014 contactámos, via correio eletrónico, o Senhor Doutor D. C. (a desenvolver doutoramento na área dos retalhos livres) com o objetivo de adquirir informação sobre os cuidados a ter com a pessoa submetida a cirurgia com retalho livre, não tendo obtido qualquer resposta até ao momento.

Em suma estes conhecimentos adquiridos foram fulcrais para a elaboração do documento designado como “Guia Orientador – Um Desafio no Cuidar da Pessoa Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre”.

Construção da Versão I do documento

Este documento que designamos por “Guia Orientador – Um Desafio no Cuidar da Pessoa Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre” é o resultado de uma pesquisa bibliográfica já mencionada anteriormente, que nos permitiu desenvolver os principais cuidados a prestar à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre, tendo sido executado na segunda e terceira semana de dezembro 2014.

Após a sua elaboração, este foi exposto através de correio eletrónico ao Enfermeiro Chefe, Enfermeira Orientadora, à Professora Orientadora e aos Chefes de Equipa, através dos quais recolhemos algumas sugestões durante a primeira semana de janeiro de 2015. Estas sugestões foram importantes para a elaboração da versão final, que

decorreu na segunda semana de janeiro de 2015 (Apêndice VI).

Objetivo específico 2: Implementar o Guia de Orientador “*Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre*”

Após a elaboração do documento final, procedemos à elaboração do plano de sessão (na segunda semana de janeiro de 2015) onde foram explanados os conteúdos a serem abordados, atividades a realizar, a metodologia e as técnicas, os recursos e os materiais, a avaliação e o tempo definido para cada conteúdo (Apêndice VII). Deste modo, para elaborarmos a apresentação, que decorreu na segunda semana de janeiro de 2015, recorremos à ferramenta *PowerPoint*, com os conteúdos mencionados anteriormente (Apêndice VIII). A divulgação da formação em serviço ocorreu na segunda semana de janeiro de 2015, através da afixação de um cartaz no placar do serviço e do envio por correio eletrónico (Apêndice IX). Esta formação em serviço foi apresentada em cinco sessões que nos permitiu refletir e transmitir novos conhecimentos científicos aos pares. Sendo a equipa de enfermagem constituída por 32 enfermeiros (estando três pessoas de férias e uma de atestado médico), participaram na formação 24 enfermeiros, correspondendo a uma adesão de 75%, atingido assim o objetivo estipulado que foi de 70%. A elaboração deste Guia de Orientação foi uma mais-valia para toda a equipa, promovendo e garantindo a uniformização da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre.

Após a implementação do Guia de Orientador, este foi disponibilizado na pasta informatizada de enfermagem e na biblioteca ORL/CCP/Endocrinologia em suporte de papel, com a devida autorização do Enfermeiro Chefe, tendo tido conhecimento deste documento 100% dos enfermeiros.

Deste modo, após seis meses será aplicado de novo o questionário para verificar a aquisição dos conhecimentos acerca da temática abordada. No entanto, os resultados só serão apresentados aquando da defesa do projeto.

Apesar de alguns constrangimentos que decorreram ao longo do estágio, consideramos ter atingido os objetivos definidos do PIS. A sua elaboração permitiu-nos a uniformização da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre. Assim podemos referir que foi uma mais-valia para a equipa de enfermagem, dado que poderá basear a sua *práxis* em conhecimentos científicos, alicerçados na evidência. Também fomos abordados pela Chefia no sentido de

darmos continuação à aplicação deste Projeto de modo que possa abranger todas as equipas que prestem cuidados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre.

Na terceira parte e aportando-se ao desenvolvido no PIS, passamos a expor o Projeto de Aprendizagem Clínica através do qual adquirimos e desenvolvemos as Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

PARTE III – PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

3 – PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

O Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) é um instrumento de avaliação que evidencia a evolução da aprendizagem em ligação ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em pessoa em Situação Crónica e Paliativa, de acordo com o descrito pela Ordem dos Enfermeiros, tendo sido desenvolvido ao longo dos estágios I, II e III. Numa primeira fase formulámos o diagnóstico de situação e o planeamento do projeto de desenvolvimento de aprendizagem, tendo em conta as suas necessidades de formação nas áreas especializadas.

Deste modo, passamos a descrever os projetos de aprendizagem clínica, que ancoramos à metodologia de projeto.

3.1 – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A elaboração deste projeto teve como desígnio a aquisição de conhecimentos com vista à melhoria da prática dos cuidados de enfermagem tendo em conta a maneira de como atuar e agir em segurança numa situação de Emergência e ou Catástrofe, proporcionando uma melhoria dos cuidados de saúde em geral prestados à pessoa, família e comunidade. De seguida passamos a descrever o diagnóstico de situação.

Após analisarmos as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica deparámo-nos com a seguinte questão: Como dar resposta a uma situação de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação? (Competência K2 - Dinamiza a resposta à situação de catástrofe ou emergência multi-vítima da conceção à ação (Regulamento nº124/2011 de Fevereiro de 2011).

Dado a abrangência da competência sentimos a necessidade de pesquisar o que é um Plano Nacional e Distrital, para melhor compreendermos o papel do enfermeiro nesta situação.

O Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (2012) (adiante designado por PNEPC ou simplesmente Plano) é:

um instrumento de suporte às operações de proteção civil em caso de ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental, com vista a possibilitar a unidade de direção das ações a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a empenhar e a adequação das medidas de caráter excecional a adotar. De acordo com o definido na Lei de Bases de Proteção Civil, este Plano classifica-se como geral, quanto à finalidade, e como nacional, quanto à área geográfica de abrangência (p. 6).

Este plano articula-se com os Planos Regionais, Distritais e Municipais de Emergência de Proteção Civil, referenciando as responsabilidades, o modo de organização e o conceito de operação, que descrevem nos respetivos níveis territoriais a atuação das estruturas de proteção civil e referenciam as responsabilidades, o modo de organização e o conceito de operação, bem como a forma de mobilização e coordenação dos meios e os recursos indispensáveis na gestão do socorro. Estes têm o objetivo de minimizar os danos e dar uma resposta em tempo útil. De seguida observamos o Plano de Emergência Interno da Instituição Hospitalar, situada em Lisboa, o que nos suscitou logo as seguintes dúvidas: Em caso de incêndio como se atua? Qual o extintor que uso e como o manuseio?

Após a nossa inquietação abordámos a orientadora e alguns enfermeiros para verificar a pertinência do tema a desenvolver. Ficámos surpreendidos, pelo interesse mostrado, contudo constatámos que muitos dos enfermeiros não sabem como agir em caso de um incêndio. Este manifesta-se através de chamadas que muitas vezes impede a visibilidade, pondo em causa a segurança das pessoas. Assim, devemos sistematizar as ações que possam minimizar a catástrofe e as implicações para a saúde.

É importante adquirirmos conhecimentos nesta área para que possamos atuar e agir em segurança numa situação de Emergência e ou Catástrofe.

Assim, falamos com peritos e realizámos um jogo interativo de forma a avaliar os conhecimentos da equipa de enfermagem. Este foi organizado pelas equipas A,B,C e D no qual responderam a perguntas através da Internet. A equipa que teve mais respostas certas ganhou um prémio.

Após diagnosticar o problema formulámos o seguinte objetivo geral:

- ✓ Aprofundar conhecimentos em como atuar em Situação de Incêndio.

Corroborando com o objetivo geral delineámos os objetivos específicos que são indicadores de conhecimentos e aptidões, que passo a citar:

- ✓ Conhecer o tipo de extintores e seu manuseamento;
- ✓ Divulgar o projeto.

Assim, tivémos de identificar os profissionais do serviço com quem íamos articular as intervenções, sendo os seguintes recursos humanos necessários para a intervenção e implementação do projeto: a Professora Doutora – A.R., Professora – M.P., Enfermeiro Responsável do Serviço – Enfermeiro C.P., Enfermeira Orientadora Especialista e Enfermagem Médico-Cirúrgica – S.M., Enfermeira Responsável pela Formação em Serviço – S.M. e a Gestão da Qualidade e Risco – Dr.^a R.C.

Para podermos dar resposta ao problema identificado, delineámos o planeamento que foi o fio de conduta para que pudessemos atingir os critérios de avaliação estabelecidos. Para tal, delineámos objetivos específicos que considerámos executáveis até à divulgação do projeto (Apêndice X).

No planeamento tivémos em consideração a calendarização das actividades, planeando as datas de início e fim para as actividades a desenvolver, não esquecendo que se tratava de um processo interativo e passível de modificações.

Deste modo narrámos uma análise reflexiva das actividades/estratégias desenvolvidas e da avaliação do realizado para cada objetivo específico planeado.

Objetivo Específico nº 1: Conhecer o tipo de extintores e seu funcionamento

Para atingir este objetivo, recorreremos à pesquisa bibliográfica em base de dados: B-on, Scielo, Pubmed, Ebsco, obras científicas e Organismos do Estado com o objetivo de adquirir conhecimentos e clarificar conceitos que vão contribuir para o desenvolvimento desta temática.

Também foram realizadas entrevistas exploratórias com peritos que são: Enfermeiro Responsável do Serviço – Enfermeiro C.P., Enfermeira Responsável pela Formação em Serviço – S.M. e Gestão da Qualidade e Risco – Dr.^a R.C., para adquirir conhecimentos de modo a colocá-los em prática e que sejam úteis para a realização deste projeto.

Os aportes lecionados na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II – Módulo de Seminário de Peritos “Catástrofe ou Emergência Multi-Vítima”, contribuíram para a aquisição desta competência. Possibilitou-nos o conhecimento dos planos e as principais atuações em situação de catástrofe, identificar os tipos de catástrofes e suas implicações para a saúde e compreender como é feita a atribuição dos papéis aos diferentes elementos de equipa.

Objetivo Específico 2: Divulgar o projeto

Para atingir esta competência elaboramos um Jogo (Apêndice XI), em forma de questionário, onde delineámos o plano de sessão (Apêndice XII), as regras do jogo e as respetivas datas de execução, sendo afixado no placar através de um cartaz (Apêndice XIII) e enviado por correio eletrónico, em que cada enfermeiro respondeu às questões colocadas através de um *link* de endereço eletrónico, num prazo de 48h. Este jogo levou a que os enfermeiros pesquisassem sobre o tema em causa, de modo a adquirir os conhecimentos necessários para obterem os melhores resultados. Após a análise dos resultados por cada enfermeiro/equipas A,B,C e D, estes foram divulgados através de um cartaz afixado no respetivo serviço e por correio eletrónico (Apêndice XIV). Foi também facultado as respostas certas (Apêndice XV) aos enfermeiros através do correio eletrónico, para que estes percebessem se as respostas estavam ou não corretas numa situação de incêndio, procedendo ao esclarecimento das dúvidas solicitadas. Neste jogo oferecemos um cabaz à equipa com mais respostas certas (Apêndice XVI).

Apresentamos no Gráfico 2 as respostas do Jogo relativamente a cada Pergunta colocada à equipa de enfermagem.

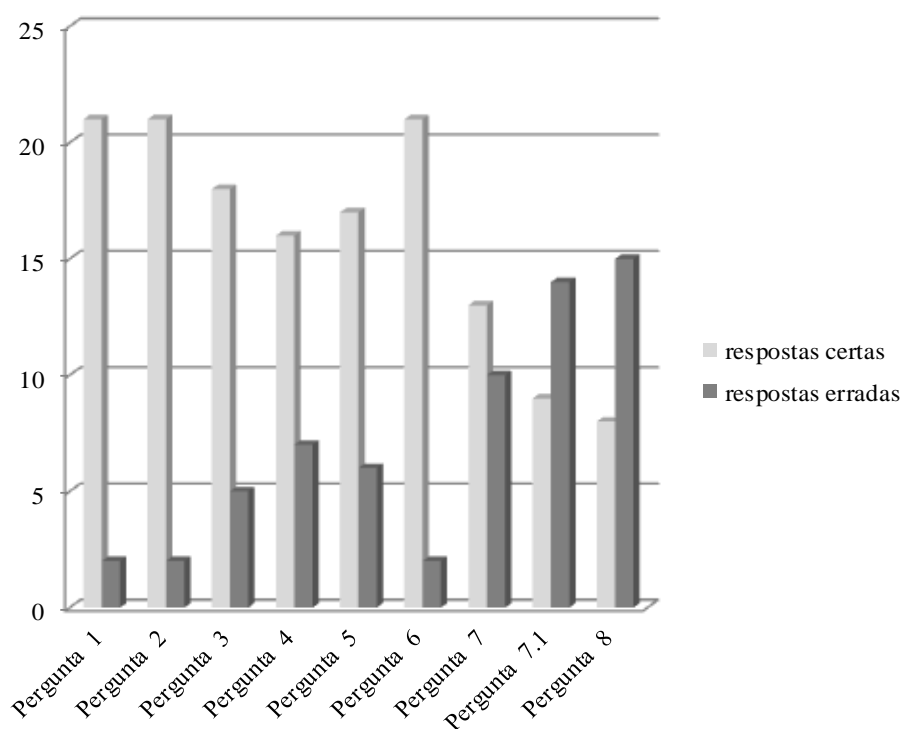


Gráfico2 – Análise Global das Respostas do Jogo

Ao analisar os resultados verificámos que dos vinte e três enfermeiros que responderam, apenas oito é que tinham conhecimento do número de emergência interna (Pergunta 8). Para colmatar esta falha colocámos posteriormente no painel de formação, na sala de enfermagem, a informação do número de emergência.

No passado dia 26/11/2014 foi realizado na instituição hospitalar situada em Lisboa um simulacro de um incêndio onde se pôde observar a aplicação do Plano Interno de Emergência. Estas simulações são importantes para que todos possamos estar preparados perante uma situação adversa.

Em contexto académico, integrado na Unidade Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II – Módulo Seminários de Peritos “Catástrofe ou Emergência Multi-Vítima”, participámos no dia 16/1/2015 no simulacro sobre catástrofe ou emergência multi-vítima, onde podemos aplicar todo o conhecimento adquirido em sala de aula, de forma a dar respostas às diferentes situações (acidente de viação, afogamento e incêndio num prédio) em tempo útil.

3.2 – PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA

A elaboração deste projeto teve como desígnio a aquisição de conhecimentos com vista à melhoria da prática dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa. Desta forma passamos a descrever o diagnóstico de situação.

Após analisármos as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa deparámo-nos a refletir com a seguinte questão: Como é cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal numa Unidade de Cuidados Paliativos de referência?

Nas últimas décadas, assistimos ao envelhecimento gradual da população, assim como ao aumento da incidência de cancro e outras doenças crónicas (SIDA e doenças neurológicas graves). O progresso tecnológico articulado com o desenvolvimento da terapêutica fez com que muitas doenças terminais se transformassem em crónicas, proporcionando a longevidade dos seus portadores. Assim as pessoas sem intuito curativo permanecem nos hospitais, recebendo cuidados (menos diferenciados), quase sempre focados na tentativa de recuperação, utilizando procedimentos invasivos (ANCP, 2009). Sendo estas abordagens insuficientes e por vezes exageradas e desnecessárias, é descurado

o sofrimento, sendo inábeis por falta de conhecimento prévio em tratar sintomas mais prevalentes como a dor. Deste modo devemos refletir no nosso modo de agir perante a morbidade humana, corroborando com os conhecimentos científicos e humanísticos de forma a resgatar a dignidade da vida e contribuindo para uma morte em paz (ANCP, 2009). A evolução de doenças crônicas predispõe a existência de Cuidados Paliativos. O Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) (Sistema Nacional da Saúde, 2010) caracteriza-se por

um conjunto sistemático de medidas que tem por objectivo melhorar a prestação de cuidados a doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas, não só físicos mas também psicossociais e espirituais, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas família (p. 8).

Os cuidados paliativos viabilizam componentes essenciais: o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, a espiritualidade, o apoio à família, o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade. Remete-nos para a lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Lei nº 52/2012 de 5 de Setembro, Base III – “os cuidados paliativos centram-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva” (Assembleia da República, 2012, p. 5120).

As Unidades de Cuidados Paliativos são um serviço especializado para tratar de pessoas que necessitem de cuidados paliativos distintos e multidisciplinares, em situação clínica aguda complexa. Estas unidades são constituídas por várias valências assistenciais, de internamento, apoio intra-hospitalar, apoio domiciliário e consultas externas (Assembleia da República, 2012).

Deste modo, os cuidados paliativos devem ser planeados em função dos seguintes níveis de distinção: ação paliativa, cuidados paliativos de nível I, cuidados paliativos de nível II e cuidados paliativos de nível III. Estes níveis “consistem na prestação de cuidados que respondam às necessidades das pessoas com doença avançada ou terminal, bem como das suas famílias/cuidadores, consistindo assim, num imperativo ético a que todos têm direito” (Sistema Nacional de Saúde, 2010, p. 9). Desta forma podemos dizer que os cuidados valorizam a vida e atentam a morte como um fenómeno natural, ou seja, não apressam nem retardam. O objetivo é a redução do sofrimento das pessoas e familiares e a

promoção da qualidade de vida ao longo do avançar da doença. Também não podemos descurar a comunicação adequada e a relação interpessoal.

Watson (2002) refere que “(...) o cuidar é o ideal moral de enfermagem, pelo que o seu objectivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana (...)” (p. 55).

Após a nossa inquietação abordámos a orientadora para verificar a pertinência da realização do estágio de observação numa Unidade de Cuidados Paliativos de referência num Hospital em Coimbra, obtendo-se um parecer positivo. De seguida procedemos ao pedido de autorização do estágio em parceria com a Senhora Professora M.P., aguardando pela autorização. É importante adquirirmos conhecimentos nesta área para que possamos atuar e agir na nossa *práxis* diária com cuidados especializados.

Assim pretendíamos que a equipa multidisciplinar procedesse à partilha de conhecimentos especializados para posteriormente realizar um relato reflexivo sobre o estágio de observação.

Após diagnosticar o problema formulámos o seguinte Objetivo Geral:

- ✓ Prestar Cuidados de Qualidade à Pessoa com Doença Oncológica em situação Crónica e Paliativa.

Corroborando com o objetivo geral delineámos os objetivos específicos que são indicadores de conhecimentos e aptidões, que passo a enunciar:

- ✓ Aprofundar conhecimentos sobre os cuidados à pessoa com doença oncológica em situação crónica e paliativa numa Unidade de Cuidados Paliativos de Referência.

Posteriormente, identificámos os profissionais do serviço com quem íamos articular as intervenções, sendo os seguintes recursos humanos necessários para a intervenção e implementação do projeto: Professora – M.P., Enfermeira Orientadora Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica – S.M., Enfermeiro Responsável do Serviço de Cuidados Paliativos – Enfermeiro C.C., Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – M.G.

Para podermos dar resposta ao problema identificado, delineámos o planeamento que é o fio de conduta para que possamos atingir os critérios de avaliação estabelecidos (Apêndice XVII). Para tal delineámos objetivos específicos que consideramos exequíveis para adquirir a competência.

No planeamento temos que ter em consideração a calendarização das atividades a

desenvolver, sendo o processo interativo que determina as datas de início e fim planeadas para cada atividade a desenvolver (Apêndice XVII).

Segundo Ruivo & Ferrito (2010) “Avaliar um Projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente” (p. 26).

Assim explanámos uma análise reflexiva das atividades/estratégias desenvolvidas e da avaliação do realizado para cada objetivo específico planeado.

Objetivo Específico nº 1: Aprofundar conhecimentos sobre os cuidados à pessoa com doença oncológica em situação crónica e paliativa numa Unidade de Cuidados Paliativos de Referência.

Pesquisa Bibliográfica

Para atingir este objetivo recorremos à pesquisa bibliográfica em base de dados: Scielo, Pubmed; obras científicas, Organização Mundial de Saúde e Direção Geral da Saúde com o objetivo de adquirir conhecimentos e clarificar conceitos que contribuíram para o desenvolvimento deste estágio de observação. Esta pesquisa decorreu na primeira e segunda semana de novembro de 2014. Os aportes lecionados na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II – Módulo de Espiritualidade e cuidados de Enfermagem e no Módulo de Cuidados à Pessoa em Fim de Vida alicerçaram a aquisição desta competência, com realização de um trabalho escrito, que nos permitiu diagnosticar as principais necessidades da pessoa em fim de vida e fase terminal, identificar as respetivas intervenções de enfermagem a adotar nestas situações e planear os cuidados a prestar, com vista a melhorar a qualidade de vida da pessoa e família para que possam enfrentar os problemas resultantes da doença. No Módulo de Espiritualidade aprendemos a dar significado à experiência do cuidar através da integração das diferentes dimensões da pessoa, ou seja, é vista de uma forma holística.

Realizar um estágio de observação no Serviço de Cuidados Paliativos de Referência

O estágio de observação no Serviço de Cuidados Paliativos decorreu nos dias 18 e 19 de novembro num Hospital de Coimbra. Executámos um relato reflexivo (Apêndice XVIII) onde narrámos as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa e Situação Crónica e Paliativa adquiridas ao longo do estágio. Assim, este estágio proporcionou-nos um conhecimento mais aprofundado no cuidar da

pessoa com doença oncológica crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, potencializando a melhoria dos cuidados na nossa prática diária.

Aportando ao desenvolvido do PIS e PAC passamos a expor a Análise das Aprendizagens à Luz das Competências comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa e Situação Crónica e Paliativa.

**PARTE IV – ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS À LUZ DAS
COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA E EM PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA**

4 – ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS À LUZ DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA

O Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem como desígnio as “competências profissionais para intervir, suportados na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem médico-cirúrgica” (artigo 2.º Regulamento de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Fevereiro de 2014). O projeto de aprendizagem clínica que interliga as Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, às Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e às Competências do enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, foi desenvolvido nos estágios I, II e III, do qual emerge o presente relatório como instrumento de avaliação.

O Enfermeiro Especialista é detentor de:

um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011, p. 8648).

Contudo, o enfermeiro especialista nas suas distintas áreas partilha os quatro domínios de competências comuns, que passamos a referenciar: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria da Qualidade; Domínio da Gestão dos Cuidados e Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Assim, estas competências clínicas especializadas asseguram que o enfermeiro especialista seja detentor de conhecimentos e habilidades indispensáveis à sua *práxis*.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica presta cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica que:

são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções

vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo as complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011, p. 8656).

A Enfermeira Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa presta cuidados de enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa, e toma por alvo de intervenção:

a pessoa com doença oncológica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo de vida e o eixo organizador é dirigido aos projectos de saúde com doença crónica incapacitante e terminal, bem como aos cuidadores, à sua família e ao seu grupo social de pertença, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar (Ordem dos Enfermeiros, 2011 a p. 1).

Dada a complexidade da situação de saúde da pessoa, o enfermeiro especialista é detentor de conhecimentos para responder em tempo útil, tendo por base a pessoa como um todo, procurando uma excelência de cuidados prestados.

Analisaremos esta aprendizagem clínica à luz das competências mencionadas e dos aportes lecionados ao longo dos semestres I, II e III.

4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Ao longo da aprendizagem clínica demonstrámos na prestação de cuidados a responsabilidade profissional e ética legal, sendo fulcral para a prestação de cuidados, onde as intervenções de enfermagem devem respeitar os princípios éticos e deontológicos mencionados no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Para o desenvolvimento da situação de diagnóstico do PIS foram mobilizados conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem – Módulo opcional – Análise do Código Deontológico. Sendo o enfermeiro detentor do conhecimento do seu código deontológico, este permitiu-nos mudar comportamentos tendo em conta as necessidades concretas das pessoas.

Corroborando com o atrás descrito foi pedida autorização para a elaboração e aplicação do questionário de modo a obter o *feedback* da equipa de enfermagem em

relação à pertinência da temática que desenvolvemos. Respeitámos os princípios éticos de forma a prestar e direcionar a nossa *práxis*. Remete-nos para a competência **A – Domínio da responsabilidade Profissional, Ética e Legal** (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Contudo, este PIS tem o objetivo de melhorar os cuidados prestados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre. Realizámos um planeamento que após a sua execução nos permitiu a elaboração de um documento designado por “Guia Orientador – Um Desafio no Cuidar à Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre”, fundamentado em conhecimentos científicos e práticos, contribuindo assim para um ambiente terapêutico e seguro na prestação dos cuidados. Os aportes leccionados na Unidade Curricular de Gestão de Processos e Recursos – Módulo Estratégia de Melhoria Contínua de Qualidade onde recorremos à ferramenta de Gestão FMEA que norteia o diagnóstico de situação do PIS permitiu-nos desenvolver um projeto de melhoria continua da qualidade. Também mantivemos a premissa de colaborar com o elo de ligação da CCI no programa do *Helics*, na recolha de dados, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados, remetendo-nos para a competência **B – Domínio da Melhoria da Qualidade** (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

A competência **C – Domínio da Gestão dos Cuidados** (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011) possibilitou-nos, no decorrer dos estágios I, II e III, gerir os cuidados, otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados prestados, remetendo-nos para os Padrões de Qualidade em Enfermagem. Os aportes leccionados na Unidade Curricular de Enfermagem – Módulo Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem e na Unidade Curricular de Gestão de Processos e Recursos – Módulo de Liderança de Equipas e o Módulo de Gestão de Cuidados de Enfermagem vieram enriquecer e contribuir para o desenvolvimento desta competência.

A competência **D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais** (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011) remete-nos para a aprendizagem adquirida ao longo do nosso percurso profissional. Esta aprendizagem é definida como o fio condutor alicerçado no conhecimento científico, técnico e humanístico, permitindo-nos desenvolver o autoconhecimento a nível pessoal e profissional, com o objetivo de melhorar o nosso desempenho, adquirindo novas aprendizagens pessoais, profissionais e organizacionais. Contudo, torna-se importante

reconhecer os nossos limites e recursos, potencializando a nossa satisfação e consciencialização, evitando objectivos e ideias inalcançáveis. Para Watson (2002) “quem cuida tem como características mais abstratas, o facto de compreender os outros como seres únicos, compreender os seus sentimentos e distingui-los” (p. 64).

Ao longo da elaboração do PIS e PAC utilizámos a metodologia de projeto que permitiu-nos identificar o diagnóstico de situação, definir os objetivos, planear, executar e avaliar as atividades propostas, com o desígnio de obtermos novos conhecimentos para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Para tal, tivémos que identificar a situação problemática que nos permitiu identificar as necessidades formativas dos profissionais, contribuindo assim para a formação dos pares. Realizámos formação em serviço onde apresentámos o projeto do PIS e conseqüentemente um “Guia Orientador – Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre”, após termos elaborado o plano de sessão, divulgada através de um cartaz no placar do serviço e correio eletrónico. Esta apresentação permitiu-nos refletir e adquirir novos conhecimentos científicos com os pares.

Desenvolvemos o PAC na área da catástrofe ou emergência multi-vítima, onde mobilizámos conhecimentos e envolvemos toda a equipa de enfermagem de forma dinâmica e inovadora, estimulando o processo de aprendizagem através de um jogo, enviado por correio eletrónico.

Considerámos que os aportes lecionados na Unidade Curricular em Ambientes e Saúde e na Unidade Curricular de Enfermagem – Módulo da Formação Contínua Aplicada à Enfermagem contribuíram para aquisição de novas aprendizagens e competências. Em suma, estas aprendizagens tornaram-se o nosso fio de conduta para a excelência do exercício profissional e conseqüentemente para a excelência dos cuidados prestados.

Consideramos que com o decorrer do PIS e PAC atingimos as competências narradas anteriormente. Segundo Alarcão & Rua (2005) “A aquisição de competências necessita de um contacto permanente com a prática (na sua previsibilidade e imprevisibilidade), a mobilização, integridade e contextualizada de diferentes saberes (selecionados em função da sua pertinência) de encontro à construção da identidade profissional” (p. 376).

De seguida vamos narrar as ações desenvolvidas nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa e Situação Crítica.

4.2 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ao analisar a definição de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica temos de ter em consideração a sua complexidade para que possamos detetar os focos de intervenção, proporcionando uma resposta adequada em tempo útil, gerando assim uma prestação de cuidados de nível qualificado. Com a realização dos estágios I, II e III conseguimos desenvolver atividades que estão aludidas no planeamento do PIS e PAC, o que nos possibilitou alcançar e sistematizar as competências específicas, que passaremos a elucidar.

K1 – Cuidado à pessoa a viver processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

K.1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Os aportes teóricos lecionados na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica I – Módulo de Cuidados ao Cliente com Falência Multiorgânica e Módulo de Questões éticas e Emergentes em Cuidados Complexos foram importantes para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica ou falência orgânica, permitindo uma intervenção mais reflexiva e adequada nos diferentes contextos. Tivemos a oportunidade de vivenciar vários campos de estágio (Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Recuperação e Enfermaria) nos quais prestam cuidados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre. Devido à sua complexidade e como ser único, a forma como intervimos deve ser adaptada à pessoa em particular e ao seu contexto, preconizando a deteção precoce dos sinais e sintomas, de forma a sinalizar os focos de intervenção, conduzindo-nos a uma resposta adequada em período frutuoso (Apêndice XIX, XX e XXI).

Os aportes teóricos e práticos lecionados na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II – Módulo Urgência/Emergência que inclui o Suporte Avançado de Vida e Intervenção de Emergências com trauma permitiu-nos aprofundar conhecimentos e procedimentos nos diferentes contextos, inclusive no pré-hospitalar. A elaboração do “Guia Orientador – Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a

Cirurgia com Retalho Livre” possibilitou-nos a aquisição desta competência, e para tal, tivémos que realizar uma pesquisa aprofundada para adquirir saberes nesta área, que nos permitiu estruturar a prestação dos cuidados de forma a antecipar o risco ou falência orgânica, constituindo-nos assim como elementos de referência na equipa.

Corroborando com o que foi mencionado anteriormente, consolidámos os conhecimentos na abordagem e tratamento que prestamos à pessoa a viver processos complexos de doença crítica e falência orgânica. No entanto, cabe ao enfermeiro especialista promover as necessidades adequadas em tempo útil.

K.1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Nesta competência ancoramos os cuidados prestados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre, que devido à sua complexidade requer cuidados urgentes e por vezes emergentes onde se cumprem protocolos institucionais, como o protocolo de analgesia. Para tal, foi elaborado um “Guia Orientador – Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre” para prestar os cuidados com a melhor qualidade.

K.1.3 – Faz a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando a resposta (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Para aquisição desta competência ancorámo-nos nos aportes lecionados na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica I – Módulo de Intervenções de Enfermagem ao Cliente com Dor. Segundo a Direção Geral da Saúde a dor é o 5º Sinal Vital, isto é, “o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, (...), determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as vertentes” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 9). Remete-nos para a Circular Normativa nº 9/DGCG de 14 de Junho de 2003, “A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor”.

O controlo da dor é da responsabilidade do enfermeiro podendo intervir com medidas farmacológicas e não farmacológicas promovendo o alívio da mesma e harmonizando o bem-estar. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008) “as boas

Práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica disponível e na opinião de peritos” (p.9). Esta avaliação é feita através de escalas da dor sendo a mais aplicada na nossa *práxis* a Escala Numérica para pessoas conscientes e a Escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT) para pessoas sedadas e/ou com suporte de ventilação mecânica, sendo esta a mais utilizada na Unidade de Cuidados Intensivos.

Com os aportes lecionados na sala de aula elaborámos um Poster sobre: “*Eficácia das Intervenções não Farmacológicas, no Alívio da Dor em Pessoas Internadas na Unidade de Cuidados Intensivos*” para participarmos no 1º Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica, que se realizou na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (Apêndice XXII).

Concluimos que “o sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 9).

K.1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Os aportes lecionados na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica I – Módulo de Intervenções de Enfermagem no Cliente com Múltiplos Sintomas/Controlo de Infecção, na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica II – Módulo de Cuidados à Pessoa em fim de Vida e Módulo de Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem foram importantes para desenvolvermos os conhecimentos sobre a gestão de ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

A relação entre pessoa/enfermeiro/família perante uma situação crítica de doença é de fulcral importância, permitindo contribuir para a recuperação da sua doença.

As pessoas submetidas a cirurgia com retalho livre possuem uma grande alteração da autoimagem, esta vai ser geradora de *stress* e de ansiedade bem como do medo de enfrentar o desconhecido, temendo assim pela sua própria vida ao longo do seu processo de doença. Para que o processo de adaptação seja bem-sucedido é necessário que a pessoa adquira atitudes e comportamentos que facilitem o seu atual estado de saúde. Sendo esta cirurgia um procedimento de elevada complexidade e causadora de profundas alterações na pessoa, leva a perdas transitórias ou permanentes de funções essenciais como o comer, falar, respirar, deglutir, mastigar e mobilizar-se, manifestando-se através da alteração de imagem corporal (Liu & Shah, 2010). Sendo este processo de adaptação diferente de

pessoa para pessoa, cabe à equipa multidisciplinar avaliar cada caso em particular e delinear intervenções adaptadas no sentido de alcançar o sucesso da intervenção. O enfermeiro tem um papel proactivo de forma a intervir para o bem-estar e auto cuidado, através da comunicação, sendo um veículo necessário para a melhoria da prestação dos cuidados.

K.1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

A comunicação em enfermagem é um veículo fundamental na relação/enfermeiro/família, quer seja verbal ou não verbal. A comunicação é o pilar das ações que nos permite avaliar a pessoa de uma forma holística. Assim o estabelecimento da relação terapêutica através da comunicação permite-nos identificar os seus problemas, de forma a traçar estratégias tendo sempre em conta a complexidade do seu estado de saúde, com o intuito de dar resposta aos seus objetivos. As pessoas submetidas a cirurgia com retalho livre possuem uma barreira de comunicação, que se designa por traqueotomia. Cabe a nós, sendo enfermeiros detentores de conhecimentos especializados, desenvolver técnicas de comunicação com estas pessoas, minimizando o seu estado de ansiedade e *stress* e assim proporcionando uma relação interpessoal para melhor cuidar.

No decorrer do estágio recorreremos aos aportes lecionados na Unidade Curricular de Enfermagem – Módulo de Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem e na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica I – Módulo de Cuidados em Situação de Crise: Cliente e Família, realizando também pesquisa bibliográfica sobre a comunicação.

K.1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Nesta competência fundeamos que os aportes lecionados em sala de aula foram importantes para a aquisição desta competência.

A relação de ajuda inicia-se sempre com um pedido expresso ou não. Segundo Chalifour (2008) “ (...) o interveniente adota um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não-verbal em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido da pessoa e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade” (p.

33). O enfermeiro na sua *práxis*, tem que estar atento à essência do pedido de forma a atuar perante o mesmo, não descurando as necessidades que levam à mudança e adaptação da pessoa, utilizando os seguintes recursos: escuta, clarificação, respeito, congruência e empatia. (Lazure, 1994). Para que a relação de ajuda seja eficaz, o enfermeiro especialista tem que se mostrar disponível para a relação.

K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima da conceção à ação.

K2.1 – Concebe, em articulação com o nível, estratégico, os planos de catástrofe ou emergência; K.2.2 – Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe e K2.3 – Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Os planos são elaborados com o desígnio de organizar, orientar, agilizar e uniformizar as ações necessárias para dar respostas a cenários que originem acidentes graves ou catástrofes, originando a formação de uma estrutura organizacional e os procedimentos para que se possa criar as condições e meios indispensáveis à minimização das consequências, designadamente as que têm impacto nos cidadãos, no património e ambiente.

O Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Lisboa foi elaborado de acordo com a matéria de risco e sua vulnerabilidade a que o mesmo está sujeito, tais como: sismos, inundações, incêndios florestais, condições meteorológicas adversas, *tsunamis*, acidentes graves de tráfego (rodoviários, ferroviários, aéreos e marítimos), acidentes industriais, incêndios em estruturas e ciclones e ventos fortes, com o objetivo de dar respostas às diferentes situações em tempo útil (Autoridade Nacional de Proteção Civil, 2007-2013).

Podemos concluir que, os Planos de Emergência de Proteção Civil são documentos que definem a atuação de cada organismo nas diferentes ações de modo a minimizar os efeitos nefastos na economia, no património (quer do estado, quer do privado) e no ambiente. Não devemos descurar que todos os cidadãos têm o dever de colaborar com os diferentes órgãos envolvidos. Ancorámo-nos na pesquisa bibliográfica e na realização de um congresso (Apêndice XXIII) que permitiu adquirir conhecimentos sobre a temática.

Como profissionais de enfermagem do serviço de CCP/ORL/Endocrinologia

temos que ser capazes de dar respostas em tempo útil em situações críticas e ou riscos de falência orgânica, dado que estas podem exceder os recursos disponíveis.

Ao longo do projeto de aprendizagem clínica inserido no estágio tivémos a oportunidade de formular o diagnóstico de situação, para testar o conhecimento dos enfermeiros do serviço de CCP/ORL/Endocrinologia sobre “Aprofundar conhecimentos e como atuar em Situação de Incêndio”, tendo como objetivo específico “Conhecer o tipo de extintores e seu manuseamento”. Assim, foi elaborado um Jogo, em forma de questionário, em que cada enfermeiro respondeu às questões colocadas através de um *link* de endereço eletrónico, num prazo de 48h. Este jogo levou os enfermeiros a pesquisar sobre o tema em causa de modo a adquirir os conhecimentos necessários para obterem os melhores resultados.

Após a análise dos resultados por cada enfermeiro/equipa, estes foram divulgados através de um cartaz afixado no respetivo serviço e por correio eletrónico. Foi também facultado as respostas certas aos enfermeiros através do correio eletrónico, para que estes percebessem se as respostas estavam ou não corretas numa situação de incêndio, procedendo de seguida ao esclarecimento das dúvidas solicitadas. Neste jogo oferecemos um cabaz à equipa com mais respostas certas.

Ao analisarmos os resultados constatámos que só oito dos enfermeiros tinham conhecimento do número de emergência interna. Para colmatar esta falha será posteriormente colocada a informação do número de emergência interna, no painel de formação da sala de enfermagem.

No passado dia 26/11/2014 foi realizado na Instituição Hospitalar situada em Lisboa um simulacro de um incêndio onde se pôde observar a aplicação do Plano Interno de Emergência. Estas simulações são importantes para que todos possamos estar preparados perante uma situação adversa.

Em contexto académico integrado na Unidade de Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica II – Módulo Seminários de Peritos, no dia 16/1/2015 participámos no simulacro sobre catástrofe ou emergência multi-vítima. Estes simulacros (suicídio num poço, acidente com quatro vitimas como consequência da colisão entre mota e carro e uma situação de explosão num prédio) foram realizados nos Bombeiros Sapadores de Setúbal.

K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil.

K.3.1 – Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para dar resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Na nossa prática diária assumimos o cumprimento de todos os procedimentos inerentes ao controlo de infeção. Quando cuidamos da pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre, o enfermeiro tem um papel fundamental na prevenção e redução das IACS. Dado que alguns procedimentos invasivos como a punção da veia periférica venosa, a algaliação e a realização de pensos são uma porta de entrada a bactérias, é indispensável respeitar os protocolos instituídos nos serviços, como a higienização das mãos e a proteção individual. Segundo o Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI), uma infeção associada ou infeção nosocomial aos cuidados de saúde é adquirida no contexto de prestação de cuidados, não estando presente no momento da admissão do doente no hospital (Direção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, Divisão da Segurança do Doente, 2009).

Também foi importante para o desenvolvimento desta competência os aportes leccionados na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica I – Módulo de Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas/Controlo de Infeção.

K.3.2. – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

No decorrer dos estágios foram demonstrados conhecimentos específicos nesta área, tendo sido realizados procedimentos (punção da veia periférica venosa, a algaliação e a realização de pensos, a higienização das mãos e a proteção individual) e circuitos (desde a admissão até à alta da pessoa) requeridos na prevenção da infeção face à transmissão e cumpridos os procedimentos para a prevenção, contribuindo para a qualidade de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. Remetendo para as normas da Direção Geral da Saúde nº 029/2012 de 31/10/2013 – Precauções Básicas do Controlo de Infeção e nº 024/2013 de 23/12/2013 – Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico, podemos afirmar que estes são aplicados na nossa *práxis*. O estágio por nós realizado no Bloco Operatório, na Unidade dos Cuidados Intensivos e no serviço do estágio, contribuiu para a equipa de enfermagem cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção, privilegiando a higienização das mãos. O serviço onde estagiámos está inserido no

programa do *Helics* (Apêndice V) contribuindo para uma melhoria dos cuidados prestados baseados na evidência, onde colaborámos diariamente na recolha de dados.

Ancorando com o referido anteriormente, participámos em um congresso para consolidar os conhecimentos na prevenção da infeção em diferentes contextos (Apêndice XXIII).

Com o desenvolvimento do PIS e PAC, consideramos ter adquirido as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, onde desenvolvemos os conhecimentos que nos permitem atuar com a pessoa em situação crítica, enquanto prestador de cuidados de qualidade à pessoa com doença oncológica.

De seguida vamos narrar as ações desenvolvidas nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

4.3 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA

Aportando com a definição de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa temos de estabelecer uma relação terapêutica com as pessoas portadoras de doença crónica incapacitante e terminal, e com os cuidadores e familiares de forma a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte, com o desígnio de diminuir o seu sofrimento e maximizando o seu bem-estar e conforto, gerando assim, uma prestação de cuidados de nível qualificado. Com a realização do estágio numa Unidade de Cuidados Paliativos num Hospital em Coimbra, conseguimos desenvolver atividades que estão aludidas no planeamento do PAC, possibilitando-nos alcançar e sistematizar as competências, que passaremos a explanar.

A Competência L5 – 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.

A competência L5.1 – Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares.

Sendo os enfermeiros responsáveis pelo planeamento e gestão dos cuidados, durante a realização deste estágio foi possível observar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa internada na unidade e à sua família tendo por base a avaliação inicial da pessoa, englobando a sua história de vida e clínica, elaboram-se diagnósticos e planeiam-se as intervenções de enfermagem adaptadas às necessidades específicas identificadas, englobando a família/cuidadores no processo de cuidados, com o intuito de dar resposta a essas necessidades (físicas, psicológicas, emocionais e espirituais) monitorizando situações de agudização em tempo útil. Em cuidados paliativos, a família é um pilar importante no processo de cuidados, preconizando-se que esta acompanha todo o processo de cuidados ao seu ente querido. Para Watson (2002) “todo o cuidar está relacionado com respostas humanas intersubjetivas às condições de saúde-doença; um conhecimento do processo do cuidar, um autocuidado e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar” (p. 55).

Deste modo podemos referir que os cuidados paliativos são um suporte

fundamental para o tratamento humano e real, esperado pela pessoa em sofrimento e família. Assim prestar cuidados paliativos é atuar com intervenções que proporcionem o conforto. Segundo Twycross (2003) os cuidados paliativos assentam em quatro pilares fundamentais: o controlo de sintomas, a comunicação, o apoio à família e o trabalho em equipa. Estes quatro pilares devem ser tratados de igual importância, pois não é possível prestar cuidados paliativos de qualidade se algum destes for desprezado.

A competência L5.2 – Promove intervenções junto de pessoas com doença crónica e incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares.

Nesta unidade existe uma preocupação em monitorizar e avaliar os sinais e sintomas durante cada turno, permitindo assim a intervenção atempada e prevenindo o agravamento desses sintomas. Com pessoas em fase terminal salienta-se a importância do uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas com o objetivo de proporcionar o conforto da pessoa e do seu cuidador e família. Deste modo Barbosa & Neto (2006) referem que os princípios do controlo sintomáticos são: “avaliar e monitorizar correctamente os sintomas”; “Utilizar uma estratégia terapêutica mista (medidas não farmacológicas e farmacológicas)”; “Adequar a via de administração”; “Antecipar as medidas terapêuticas – fomentar uma atitude preventiva”; “Estabelecer planos com o doente e família”; “Dar uma explicação sobre a situação”; “Reavaliar periodicamente”; “Dar atenção aos detalhes” e “Estar disponível” (p. 58).

Em sinopse, é importante que toda a equipa de cuidados debata e assuma os objetivos terapêuticos, principalmente no que diz respeito a sintomas com forte relevância na qualidade de vida da pessoa.

A competência L5.3 – Envolve cuidadores da pessoa em Situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.

A comunicação é um dos pilares mais importantes em cuidados paliativos, pois é uma ferramenta que permite delinear estratégias em diferentes situações, tendo em conta cada pessoa e família. Assim, uma transmissão adequada de informação relativa ao diagnóstico e prognóstico permitirá antever o provável percurso da doença, possibilitando a diminuição dos factores de stress e ansiedade na família e cuidador.

No seio da equipa de enfermagem existia a preocupação constante em dar apoio ao prestador de cuidados, promovendo o ajuste pessoal em cada situação, aumentando a capacidade de cuidar e possibilitando adaptação às diferentes fases de luto pelo qual vai

passar. De acordo com Barbosa & Neto (2006) “o apoio aos familiares cuidadores permite promover o ajuste pessoal de cada um à situação, aumentar a capacidade de cuidar e possibilitar uma adaptação normal à perda (luto)” (p. 459).

A competência L5.4 – Colabora com os outros membros da equipa de saúde e/ou serviço de apoio.

Em cuidados paliativos é importante trabalhar em equipa. Tivemos a oportunidade de participar na reunião multidisciplinar semanal (médico, enfermeira chefe, psicóloga, assistente social, padre e dietista), que tem como objetivo discutir e reavaliar os cuidados prestados a cada pessoa que se encontra internada. Assim, é refeito o plano de estratégia dando continuidade ao que já foi elaborado. A equipa multidisciplinar tem sempre em consideração as questões éticas no tratamento da pessoa e família no processo de cuidado e tomadas de decisão. Segundo Barbosa & Neto (2006) “os cuidados paliativos requerem uma abordagem trans-disciplinar, isto é, os elementos da equipa usam uma concepção comum, desenham juntos a teoria e abordagem dos problemas que consideram de todos” (p. 464).

A Competência L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

A Competência L6.1 – Promove parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família.

No sentido de alcançar esta competência elaborámos planos terapêuticos com a pessoa e família, incentivando a pessoa e seus cuidadores a atuarem como parceiros no planeamento dos cuidados, sua execução e avaliação da eficiência dos mesmos. A avaliação da dor permitiu-nos avaliar a eficácia das medidas instituídas bem como a necessidade de ajustes.

A competência L6.2 – Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto; L6.3 – Negoceia objetivos/metast de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico

A equipa de enfermagem tem uma crescente preocupação em ajudar a pessoa e família no processo de luto, através do estabelecimento de relação de ajuda e a

disponibilidade para com a pessoa e família, onde estas verbalizam seus medos e ansiedades relativamente à morte e perda do seu ente querido. A ancorámos em Kubler-Ross (1979) que descreve os cinco estágios pelos quais as pessoas passam ao lidar com a perda e o luto. Estes estágios são: Negação/Isolamento; Cólera (raiva); Negociação; Depressão e Aceitação. A mesma autora refere que nem sempre sucedem pela mesma ordem, nem são todos experienciados por todas as pessoas. Neste caso, a equipa de enfermagem faz o acompanhamento de ambos nas diferentes fases até à morte e colabora com os familiares no processo de luto, através de um acompanhamento contínuo. Todas as intervenções realizadas são sempre com o intuito de respeitar as vontades verbalizadas pela pessoa e tendo como objetivo ajudá-la a morrer em paz e com dignidade, isto é, ter um fim de vida sem sofrimento e dor, não descurando a satisfação das necessidades espirituais.

A competência L6.4 – Reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de forma eficaz.

Durante estes dois dias de estágio foi possível observar a exaustão física e emocional dos familiares. Para que os familiares possam enfrentar esta situação com serenidade existe uma equipa multidisciplinar que os ajuda a ultrapassar os momentos geradores de *stress*.

Sendo a equipa de enfermagem prestadora de cuidados e integrada na equipa multidisciplinar, antes de iniciar a passagem de turno, tem a necessidade de partilhar com os seus pares os momentos geradores de *stress* associados aos cuidados prestados à pessoa crónica e paliativa em fase terminal e família. Esta partilha permite traçar estratégias para prevenir *burnout*, tais como jantares e idas a spas, entre outros convívios. Barbosa & Neto (2006) define *burnout* “como um estado de exaustão física, emocional e mental que resulta do envolvimento intenso com pessoas, conduzindo a um progressivo sentimento de inadequação e fracasso” (p. 476).

Com o desenvolvimento do PAC, consideramos ter adquirido as competências específicas, onde desenvolvemos os conhecimentos que nos permitem atuar com pessoa em situação crónica e paliativa enquanto prestador de cuidados de qualidade à pessoa com doença oncológica.

De seguida vamos analisar e explicar as ações desenvolvidas nas competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

**PARTE V - ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS À LUZ DAS
COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA**

5 – ANÁLISE DAS APRENDIZAGENS À LUZ DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O plano de estudos do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica pretende dar resposta ao Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, Artigo 18.º, n.º 4, que refere que “no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente a grau de mestre deve assegurar, predominantemente a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissionalizante” (Ministério de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006, p. 2247).

Ancorando os objetivos fixados legalmente e articulando com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, expomos as competências de mestre e as atividades que desenvolvemos ao longo deste processo de aprendizagem, no sentido de assegurar a conferência de grau de Mestre em Enfermagem, passando de seguida a analisar.

A Competência 1 – Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.

Os aportes teóricos leccionados nas diferentes Unidades Curriculares do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a *práxis* profissional e a aprendizagem desenvolvida nos diferentes estágios permitiram para aquisição desta competência.

Consideramos que a competência profissional é uma constante aprendizagem que se desenvolve ao longo da vida, estabelecendo uma conexão entre os saberes práticos, os saberes teóricos adquiridos na *práxis* clínica e a obtenção de saberes conquistados através da andragogia, de forma a que possamos agir eficazmente numa situação específica (Boterf, 2003). Ancorando com artigo 78.º “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” aludindo os “valores universais a observar na relação profissional” tais como “a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha tendo em atenção o bom comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional” do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 6547).

A competência profissional tem diferentes vertentes inerentes à profissão de enfermagem. O enfermeiro deve-se munir dessas vertentes para uma excelência na prestação dos cuidados, sendo estas, a vertente científica dos conhecimentos (saber/saber), a vertente técnica das habilidades (saber/fazer) e a vertente relacional das atitudes (saber/ser ou estar) (Carvalho, 2003). Os enfermeiros são responsáveis pela reflexão acerca do seu exercício profissional almejando a melhoria dos cuidados prestados à população e munindo-se de saberes variados no sentido de atuar eficientemente em situações complexas, tendo por base uma avaliação detalhada da pessoa e família. Estes conhecimentos permitirão a eficácia na gestão dos problemas e condições de saúde identificadas, fundamentando a tomada de decisão.

Os estágios clínicos foram um fio de conduta para o processo de aprendizagem, permitindo-nos a aquisição de competências, onde assumimos a responsabilidade na gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre. Fomos solicitados para intervir nos cuidados a prestar a estes doentes, mesmo antes de concluir o nosso processo formativo. Para tal, foram desenvolvidas intervenções e atividades com vista a melhorar os cuidados a prestar a estas pessoas.

A supervisão clínica é um procedimento com o objetivo de analisar a situação-problema pelo discente e pelo supervisor, no sentido da reflexão sobre as decisões tomadas e atos praticados (Abreu, 2007). No âmbito do conceito, o supervisor para Alarcão & Tavares (1987) “é uma pessoa experiente e bem informado que orienta o aluno no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática de prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação” (p. 197).

Segundo Deodato (2010)

o cuidado em enfermagem materializa-se em atos (ou omissões) que resultam de decisões com fundamentos de diversa natureza. Quer na procura dos princípios científicos ou das normas técnicas que justifiquem as opções, quer na identificação dos fundamentos éticos, deontológicos ou jurídicos que legitimam as escolhas, a reflexão sobre o realizado, revela-se essencial (p. 5).

O Módulo de Supervisão Clínica permitiu-nos observar toda uma trajetória lecionada em sala de aula que nos proporcionou a reflexão e partilha de experiências. Assim, realizámos um trabalho em grupo que posteriormente foi apresentado em sala de

aula, permitindo assim aplicar os saberes adquiridos, onde começámos por identificar a situação-problema, identificámos os diagnósticos de enfermagem, formulámos os resultados esperados, e de seguida planeámos as intervenções personalizadas e ajustadas às necessidades da pessoa em situação crítica. Também demos resposta às questões éticas, deontológicas e espirituais. Isto remetemos para o artigo 81.º da alínea a) “Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” e f) “Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 6547-6548).

O trabalho supradito foi elaborado de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) tem como objetivo uniformizar a linguagem técnica entre todos os profissionais, facilitando a comunicação em enfermagem a nível global, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de cuidados em enfermagem. “A CIPE facilita aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes. Os dados e a informação de enfermagem resultantes podem ser utilizados para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009, p. 7). Remetemos para o artigo 88.º da alínea c) “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundar nas ciências humanas” do Código Deontológico do Enfermeiro, (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 6548).

O desenvolvimento do PIS e do PAC contribuiu para a aquisição desta competência, incitando-nos a elaborar um diagnóstico de situação para identificação do problema e planeamento de actividades/intervenções que fornecessem respostas para o problema identificado. Tendo em conta o processo de tomada de decisão segura em cada situação e contexto, não descurámos os princípios éticos e deontológicos, proporcionando um ambiente seguro e cuidados com qualidade, de forma equitativa e humanizada. Devemos sempre respeitar a autonomia da pessoa, bem como a sua vontade no processo de saúde, para que possamos prestar cuidados de excelência, tendo por base as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Ao longo do caminho profissional orientámos alunos em estágio e proporcionámos a prestação de cuidados com qualidade, pondo em prática a reflexão, para

que estes desenvolvessem o conhecimento técnico-científico, relacional e social, de forma a proporcionarmos o processo de aprendizagem para que atingissem os objetivos propostos na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, onde desenvolvemos a supervisão clínica. Para tal, foi necessário orientar, acompanhar, supervisionar e avaliar os estudantes. Considerámos ser satisfatória esta orientação, dado que o nosso trabalho como profissionais é reconhecido pela parte da chefia. Enquanto segundo elemento de equipa, desempenhamos funções de responsável de turno aquando da ausência da chefia, onde providenciamos e gerimos os recursos materiais, farmacológicos e humanos, nos turnos da tarde, noite e fins de semana. Em relação à gestão e para além das competências já referidas neste trabalho, promovemos a qualidade dos cuidados prestados, bem como o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

Certificando com estes atos, pensamos ter alcançado a competência de mestre acima supracitada, onde relacionamos com as competências comuns que passo a mencionar: A1.1 – “Demonstra tomada de decisões éticas numa variedade de situações da prática especializada”; A2.1 – “Promove a protecção dos direitos humanos”; C1.1 – “Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”; C1.2 – “Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade” e a D2.3 – Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Assim interligamos à competência específica K1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

A Competência 2 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.

O alcance da realização pessoal e profissional depende sobretudo de nós mesmos, das escolhas que fazemos ao longo da vida, e da forma como pensamos, sentimos e agimos em cada momento. A autorrealização não é ponto de chegada, mas antes um processo, ou melhor, um caminho que decidimos percorrer em direção ao que ambicionamos ser, fazer e ter. Assim, surge a necessidade de formação especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica para que possamos ser capazes de ultrapassar os obstáculos e dar respostas de uma forma satisfatória e adequada nas diferentes situações que nos surgem na nossa *práxis* profissional.

Carvalho (2003) considera que a formação em enfermagem deve constituir um instrumento de mudança, proporcionando capacidade de inovação e criatividade em uma dimensão humanística, promovendo a capacidade para dar resposta aos desafios. Remetemos para o artigo 88.º da alínea c) “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 6548).

A elaboração deste projeto foi alicerçada nos conhecimentos adquiridos que possibilitou-nos o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a *práxis*, onde conseguimos alcançar novos saberes, proporcionando o desenvolvimento de projetos inovadores que deram respostas às necessidades do serviço e dos profissionais. Para tal, mobilizámos os vários saberes e competências no sentido da concretização dos objectivos delineados. Também participámos como formandos em congressos, na busca de novos conhecimentos. A aprendizagem contínua proporciona a melhoria de qualidade dos cuidados prestados. Hesbeen (2001) refere que “a formação é um elemento determinante da qualidade, sendo a sua função essencial a abertura dos profissionais com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e portadora de sentido” (p. 67).

Conforme Mendonça (2009) expressa que,

os profissionais de enfermagem conscientes dos contextos actuais, apostam na formação, na aquisição e desenvolvimento das suas competências, considerando-as essenciais para a qualidade do seu exercício, dado que os cuidados prestados se dirigem ao ser humano-complexo e único. Os enfermeiros, cuidadores por excelência, necessitam possuir competências de ordem técnico-científicas, como também competências de relação de ajuda, empatia, assertividade e criatividade (p. 5).

Esta competência incorpora todas as competências comuns e específicas, que já foram mencionadas ao longo deste trabalho.

Podemos anuir que “(...) a natureza do conhecimento e a natureza da aprendizagem significativa, não só valorizam o individuo tornando-o mais eficiente na aquisição e produção do conhecimento, mas também contribuindo para a sua auto-estima (...)” (Novak, 1984, p. 10). Ao longo do desenvolvimento do PIS e do PAC nos estágios I, II e III tivemos a necessidade de fazer o diagnóstico de situação, planejar, executar e avaliar

as atividades propostas, com o desígnio de obtermos novos conhecimentos, para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Certificando com estes atos, cogitamos ter alcançado a competência de mestre acima supracitada, onde relacionamos com as competências comuns que passo a mencionar: A2.2 – “Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente”; B2.2 – “Planeia programas de melhoria continua”; C1.1 – “Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”; C1.2 – “Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade”; D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Assim interligamos à competência específica K.1.2. – “Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

A Competência 3 – Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.

A equipa multidisciplinar é um conjunto de profissionais de diferentes áreas de conhecimento que interagem numa relação de interdependência, tendo como desígnio a realização de objetivos específicos (Bilhim, 2001).

Em contexto de estágio tivémos o privilégio de desenvolver o projeto, no qual diagnosticámos o problema em concordância com o enfermeiro chefe, com a enfermeira orientadora, com a responsável pela formação em serviço e com a equipa de enfermagem, tendo sido aplicado um questionário para validar a pertinência do tema. Ao logo da exploração do tema sentimos que este era uma mais-valia para a melhoria da prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre. Sendo este trabalho apresentado posteriormente à equipa de enfermagem, foram esclarecidas algumas dúvidas. Do PIS resultou um guia de orientação, onde descrevemos os cuidados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre. Para a sua execução indagámos saberes científicos e procurámos peritos nesta área, dentro e fora da instituição, visto ser uma técnica recentemente realizada em oncologia. Remetemos para o artigo 88.º da alínea a) “Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”, alínea b) “Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” e a alínea e) “Garantir a qualidade e

assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos” do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 6548-6549).

De igual modo, desenvolvemos o projeto de aprendizagem clínica na área da catástrofe ou emergência multi-vítima, onde mobilizámos conhecimentos e envolvemos toda a equipa de enfermagem de forma dinâmica e inovadora, estimulando o processo de aprendizagem através de um jogo, enviado por correio eletrónico. Também colaborámos diariamente com o elo de ligação da CCI no programa do *Helics*, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados baseados na evidência.

Todo este trabalho desenvolvido em conjunto com a equipa proporcionou ganhos de saúde global, para a comunidade ou grupo, família e pessoa. Perante a equipa multidisciplinar, quer em contexto de estágio, quer em contexto profissional, transmitimos um ambiente de confiança, motivação e de proatividade, pelos conhecimentos e competências transmitidas. Dado que as pessoas submetidas a cirurgia com retalho livre possuem uma grande alteração da autoimagem, esta vai ser geradora de *stress* e ansiedade, bem como o medo de enfrentar o desconhecido, temendo pela sua própria vida em dados momentos no seu processo de doença. Assim, o enfermeiro tem um papel proactivo de forma a intervir para o bem-estar e auto cuidado, através da comunicação, que é um veículo necessário para a melhoria da prestação dos cuidados. Proactivo é definido como um “conjunto de comportamentos extrapapel em que o trabalhador busca espontaneamente mudanças no seu ambiente de trabalho, soluciona e antecipa-se aos problemas, visando a metas de longo prazo que beneficiam a organização” (Kamia & Porto, 2011, p. 457).

Aplicámos os saberes e competências adquiridas, funcionando como um fio de conduta de conhecimentos para a equipa multidisciplinar, proporcionando cuidados de excelência à pessoa e família. Para Benner (2001)

a enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. A perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis (p. 58).

Certificando com estes atos, pensamos ter alcançado a competência de mestre acima supracitada, que relacionamos com as competências comuns que passo a mencionar: B2.2 – “Planeia programas de melhoria continua”; B2.3 – “Lidera programas de melhoria”;

C2.2 – “Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedor da melhor resposta do grupo e dos indivíduos”; D2.1 – “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade” (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Assim interligamos à competência específica: K1.5 – “Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”; K2.2 – “Planeia a resposta concerta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima, ou catástrofe”; K3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das IACS à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica” (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

A Competência 4 – Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.

Tendo como ponto de partida que a tomada de decisão de cuidados é efetuada pelo enfermeiro, no seu exercício autónomo da profissão, esta deseja dar resposta aos problemas de enfermagem identificados nas pessoas, nas famílias e nas comunidades, ancorando na dimensão ética e dimensão científica. Sendo a decisão de cuidado executado através de um método científico de decidir, o processo de enfermagem, através dos diagnósticos formulados, com bases no conhecimento científico de enfermagem, ela adota uma essência científica. Porém os resultados dessa decisão, ação, unificam uma intervenção de enfermagem realizada nas pessoas com o desígnio de resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Fundeando com a Ordem dos Enfermeiros (2011 b) refere que

os cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura continua, de forma sistémica e sistemática de dados, com o objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (p. 3).

De acordo com CNECV (1999), o enfermeiro presta cuidados que se querem equitativos, onde devemos respeitar os princípios morais da autonomia, justiça, veracidade, fidelidade, respeito pela vida humana, não maleficência e beneficência. No entanto, Watson (1985) reconhece o cuidado como um ideal moral da enfermagem que é transpessoal. Este cuidado está inerente quer a *o que se faz*, quer a *como se faz*, numa relação entre duas pessoas. A ação do cuidar mostra um respeito pela vida humana

consentindo que a pessoa cresça e se supere, sendo a pessoa que cuida alguém capaz de identificar o comportamento humano e as respostas potenciais da pessoa cuidada, com o intuito de promover ações que facilitem o ultrapassar das dificuldades e dos problemas. Remetemos para o artigo 79.º da alínea b) “Responsabiliza-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega” do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 6547).

Com a elaboração do PIS e PAC pretendemos dar resposta a questões complexas que surgem diariamente na nossa *práxis*, em que buscámos a evidência como fio de conduta para confinar as estratégias e prever a melhoria nos cuidados a prestar à pessoa com doença oncológica. Assim indagámos na ética e na deontologia profissional as respostas a estas questões desenvolvidas nos referidos projetos, permitindo executar as nossas intervenções no sentido de prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica. Com a realização do PIS surge o “Guia de Orientação – Um Desafio no Cuidar à Pessoa com Doença Oncológica Submetida a Cirurgia com Retalho Livre”, de onde perspectivámos um artigo para esclarecer dúvidas e fornecer informação sobre os cuidados de excelência a prestar a estas pessoas.

Certificando com estes atos, pensamos ter alcançado a competência de mestre acima supracitada, onde relacionamos com as competências comuns que passo a mencionar: A1.4 – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão”; A2.2 – Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente”; B2.1 – Avalia a qualidade dos resultados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultados; B2.2 – “Planeia programas de melhoria contínua” e C1.1 – “Optimiza o processo de cuidados a nível da tomada de decisão” (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Assim interligamos à competência específica: K1.2 – “Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

A Competência 5 – Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

A investigação científica “é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual vivemos” (Fortin, 2009, p. 15). É um processo sistemático, científico e rigoroso que estimula a procura do conhecimento com o desígnio de alcançar a resposta à questão ou resolução do problema, em benefício da

pessoa, família comunidade ou grupo (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Segundo o Concelho Internacional de Enfermeiros (2012) a prática baseada na evidência “é um método (...) que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, (...) no contexto do cuidar” (p. 10).

Cuidar de uma pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre é um desafio constante, como EEEMC tivémos que adotar uma prestação eficaz, com o intuito de diminuir a incapacidade e sofrimento, de forma a alcançar a eficiência esperada. Esta inquietação surgiu-nos por ser uma técnica muito recentemente realizada neste serviço, onde constatámos que havia muitas dúvidas sobre o processo de cuidados a prestar a estas pessoas, daí sentimos uma necessidade gradual da pesquisa de informação pertinente para clarificarmos as dúvidas existentes. Aportámos a prática de cuidados específicos à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre em evidências científicas pesquisadas, não só para a elaboração do PIS mas também para a *práxis* profissional.

A produção do conhecimento em enfermagem é importante. Assim fortificámos a acção dos cuidados baseados na evidência com a construção de um artigo. Esta produção de conhecimentos deve ser publicada ou transmitida aos seus pares, contribuindo para a melhoria contínua de qualidade dos cuidados de enfermagem. O artigo (Apêndice I) tem como objectivo a partilha de conhecimentos e informação relevante sobre os cuidados. Com a realização deste PIS tivémos a premissa da implementação do “Guia de Orientação – Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica Submetida a Cirurgia com Retalho Livre”, para posteriormente procedermos à sua divulgação. Também desenvolvemos o PAC na área da catástrofe ou emergência multi-vítima sendo o objetivo geral: Aprofundar conhecimentos em como atuar em Situação de Incêndio, para tal realizámos pesquisa bibliográfica, falámos com peritos nesta área e mobilizámos ferramentas informáticas para a construção do jogo. Assim, ancoramos à metodologia do projeto com base na evidência, e prevendo a consecução das competências específicas em EEEMC. Remete-nos para o artigo 78.º “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 6547) e para o artigo 88.º “Da Excelência do exercício” alínea c) “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” do Código

Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 6548).

Atestando com estes atos, cogitamos ter alcançado a competência de mestre, que supracitada, onde relacionamos com as competências comuns que passo a mencionar: B2.2 – “Planeia programas de melhoria continua (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Assim interligamos à competência específica: K1.2 – “Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

A Competência 6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

A procura da qualidade é a busca da excelência em cada ato profissional, onde a cada enfermeiro compete a tarefa de agir no sentido de se desenvolver, de prestar um cuidado equitativo e excelente, refletindo na melhoria da qualidade de vida da pessoa. No entanto, a qualidade dos cuidados tem por base os níveis de realização, onde envolvemos a capacidade científica, a execução, a avaliação e a realização interpessoal. Afigura-se que, a personalização do cuidado é a essência da qualidade, não descurando os padrões de qualidade, a avaliação das práticas, a gestão do risco e os princípios éticos e deontológicos (Nunes, 2008b).

Ao longo da elaboração do PIS e PAC utilizámos a metodologia de projeto que nos permitiu diagnosticar a situação problemática, definir os objetivos, planejar, intervir e avaliar. Ainda que sejam etapas diferentes interligam-se entre si, para que seja possível obtermos os resultados esperados. Para tal, identificámos a situação problemática que nos permitiu identificar as necessidades formativas dos profissionais, contribuindo assim para a formação dos pares. De acordo com a Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, Base XVI “ a formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente, do pessoal de saúde constituem um objectivo fundamental a prosseguir” (Assembleia da República, 1990, p. 3455).

Na fase da execução realizámos formação em serviço na qual apresentámos o projeto que desenvolvemos, após termos elaborado o plano de sessão, divulgada através de um cartaz no placar do serviço e correio eletrónico. Esta formação em serviço foi

apresentada em cinco sessões que permitiu-nos refletir e transmitir novos conhecimentos científicos aos pares. Sendo a equipa de enfermagem constituída por 32 enfermeiros (estando três pessoas de férias e uma de atestado médico), participaram na formação 24 enfermeiros, correspondendo a uma adesão de 75%, atingido assim o objetivo estipulado que foi de 70%. A elaboração deste guia foi uma mais-valia para toda a equipa, promovendo e garantindo a uniformização da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre. Remetemos para o artigo 88.º da alínea b) “Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” e c) “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 6548) para a Lei Constitucional n.º 1/2001, artigo 64.º 1. “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” (Assembleia da República, 2001, p. 8183).

Certificando com estes atos, pensamos ter alcançado a competência de mestre referida anteriormente, onde relacionamos com as competências comuns que passo a mencionar: A1.4 – “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão”; B1.2 – Incorpora directivas e reconhecimentos na melhoria da qualidade na prática”; B2.2 – “Planeia programas de melhoria contínua”; C1.1 – “Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”; D2.1 – “Responsabiliza-se por ser facilitador de aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” e D2.2 – “Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Assim interligamos à competência específica: K1.1 – “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” e K1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Em suma, a elaboração do PIS e PAC contribuíram para mobilizar e adquirir conhecimentos ao longo desta caminhada, adotando uma atitude determinada, que nos permitiu transmitir à equipa o que é ser futuro enfermeiro especialista e mestre em EMC. Daqui em diante somos reconhecidos como enfermeiros de referência na prestação de cuidados especializados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre, promovendo assim o conhecimento, reflexão e o crescimento de toda a equipa.

CONCLUSÃO

O Relatório de Trabalho de Projeto pretendeu agrupar aquilo que foi a nossa formação, reflexão e aquisição de competências ao longo do percurso do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sistematizando e evidenciando as aprendizagens e competências adquiridas e integradas.

Ao longo deste percurso houve a necessidades de realizar os estágios I, II e III. Estes estágios foram realizados no serviço de CCP/ORL/Endocrinologia numa instituição hospitalar situada em Lisboa. Os estágios opcionais foram realizados numa instituição hospitalar situada em Coimbra e na instituição hospitalar situada em Lisboa onde desenvolvemos a nossa aprendizagem enquanto estudantes.

Com o decorrer dos estágios e após refletirmos sobre os cuidados prestados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre, até ai pouco fundamentados, foi-nos possível diagnosticar uma problemática sentida pela equipa de enfermagem, estando também delineada no plano de formação em serviço. De seguida aprofundámos os conhecimentos através de pesquisa suportada em bases de dados e obras científicas, organizações e instituições. O título que designámos para o Projeto de Intervenção em serviço foi **“Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre”** onde aportámos as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Após diagnosticármos a inexistência de sistematização dos cuidados de qualidade a prestar à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre, fundeámos a metodologia do projeto integrando as seguintes fases: diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação. Inicialmente aplicámos um questionário à equipa de enfermagem onde validámos a pertinência da temática a abordar. De seguida analisámos a problemática utilizando uma ferramenta de gestão designada por FMEA através da qual foi possível identificar as falhas do projeto. Como complemento e contextualização, elaborámos uma breve apresentação do serviço onde estivemos a estagiar.

Na fase do planeamento, descrevemos o Objetivo Geral: Melhorar a prestação dos

Cuidados de Qualidade à Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre e os Objetivos Específicos: Elaborar e Implementar um documento escrito que sistematize os principais cuidados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre, para que possamos dar resposta à problemática identificada. Para isso, delineámos atividades e estratégias a desenvolver, utilizando recursos e indicadores de avaliação. Na fase de execução elaborámos o guia orientador que sistematiza os principais cuidados à pessoa submetida a cirurgia com retalho livre. A sua implementação permitiu-nos ser agentes de mudança no serviço, obtendo reconhecimento e valorização dos pares, contribuindo assim para a prestação de cuidados de excelência. A divulgação ocorreu com a elaboração do “Guia de Orientação – Um Desafio no Cuidar à Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre”, de onde surgiu um artigo para esclarecimento de dúvidas e fornecer informação sobre os cuidados a prestar com excelência a estas pessoas.

Para a realização deste trabalho definimos como modelo teórico o de Jean Watson na qual alicerçamos a nossa *práxis*.

O Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) permitiu-nos dar resposta à competência K2 – Dinamiza a resposta à situação de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação (Regulamento nº124/2011 de Fevereiro de 2011), que teve como Objetivo Geral: aprofundar conhecimentos em como atuar em situação de incêndio. Para tal, realizámos pesquisa bibliográfica, falámos com peritos nesta área e mobilizámos ferramentas informáticas para a construção do jogo. O PAC possibilitou-nos dar resposta à Competência L5 – 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 e à Competência L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte (Ordem dos Enfermeiros, 2011), tendo como Objetivo Geral: Prestar Cuidados de Qualidade à Pessoa com Doença Oncológica em situação Crónica e Paliativa, tendo para tal realizado pesquisa bibliográfica e um estágio de observação. Tendo por base estes aspetos e a metodologia do projeto, atingimos as competências específicas em EEEMC.

As dificuldades sentidas na elaboração deste projeto foram a escassez de bibliografia. Assim, tivémos que realizar pesquisa internacional para obter mais

conhecimentos, permitindo uma melhor justificação do tema. Outro constrangimento surgiu com o não cumprimento do planeamento inicial do PIS, por atraso na obtenção das opiniões dos vários profissionais que articulámos para o desenvolvimento das atividades e estratégias definidas, tendo assim que agendar novas datas com o desígnio de realizar todas as atividades e estratégias mencionadas no cronograma inicial. Além dos constrangimentos experienciados, a assertividade, a perseverança e a persistência foram o procedimento que utilizámos para o desenvolvimento do projeto e sua concretização.

A elaboração deste relatório proporcionou obter ganhos na aquisição de conhecimentos e partilha de aprendizagem, que nos permitiram crescer a nível pessoal e profissional, promovendo cuidados de excelência.

Com este percurso de aprendizagem, consideramos ter demonstrado as competências de EEEMC e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e pelo exposto, atingimos os objetivos a que nos propusémos para a realização deste relatório.

Em suma, executámos uma base sólida que nos possibilitará um fio de conduta para novos caminhos, contribuindo para o nosso enriquecimento pessoal e profissional. Como perspectivas futuras desenvolveremos novos projetos em parceria com a equipa multidisciplinar, de forma a colocar na prática os saberes adquiridos ao longo deste percurso, mantendo a atualização de conhecimento com a convicção de que iremos contribuir para a evolução e sedimentação de cuidados de enfermagem especializados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Coimbra: Formasau.
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009). *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto Contexto jul-set 14 (3)*, 373-382.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (1987). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e de aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Assembleia da República. (1990). Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto: Lei de Bases de Saúde. *Diário da República, I série*, 3452-3459.
- Assembleia da República. (2001). Lei Constitucional n.º 1/2001 de 12 de dezembro: Constituição da República Portuguesa. *Diário da República, I série A, n.º 286*, 8172-8217.
- Assembleia da República. (2012). Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro: Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. *Diário da República, I série, n.º 172*, 5119-5124.
- Autoridade Nacional de Proteção Civil. (2007-2013). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil - Componentes Públicas (I, II, III, IV-I)*. Lisboa: Ministério de Administração Interna.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2006). *Manual dos Cuidados Paliativos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bastos, A., Souza, R., Souza, F., & Marques, P. (2013). Reflexão sobre Cuidados de Enfermagem no Pré e Pós-operatório: Uma Revisão integrativa da Literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde 12*, 382-390.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bihim, J. (2001). *Teoria Organizacional - Estruturas e Pessoas*. Lisboa: Artes Gráficas Lda.
- Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

- Braga, C., & Cruz, D. (2003). A resposta Psicossocial de Impotência em Pacientes no Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca. *Revista de Enfermagem Universidade de São Paulo* 37, 26-35.
- Carvalho, R. (2003). *Pareceres na Formação: Papel dos Actores*. Loures: Losuciência.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica: Os fundamentos Existencial - Humanistas da Relação de Ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Chandler, S. (2008). Cirurgia Plástica e Reconstructiva. In J. Rothrock, *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico* (pp. 863-905). Loures: Lusodidacta.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). *Combater a Desigualdade: da evidência à ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros, Ordem dos Enfermeiros . (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2*. Santa Maria da Feira: Lusodidacta, Lda.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (1999). *Documento de Trabalho 26/CNECV/99 de 5 de janeiro: Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana*. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- Deodato, S. (2010). Supervisão de Cuidados: Uma Estratégia Curricular em Enfermagem . *Percursos n.º 18*, 3-7.
- Direção Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa n.º 9/DGCG de 14 de Junho de 2003 - A Dor como o 5º Sinal Vital. Registo Sistemático de Intensidade da Dor. *Direção Geral da Saúde*, 1-4.
- Direção Geral da Saúde. (2012). Norma n.º 029/2012 de 29 de dezembro: Precauções Básicas do Controlo da Infecção. *Direção Geral da Saúde*, 1-26.
- Direção Geral da Saúde. (2013). Norma 024/2013 de 23 de dezembro: Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. *Direção Geral da Saúde*, 1-18.
- Direção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, Divisão da Segurança do Doente. (2009). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde* . Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Durazzo, D., & Brandão, L. (2004). Complicações dos Retalhos Miocutâneos: Artigo de Revisão 34(1). *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 27-30.

- Engelman, A. (janeiro-abril 2002). A Psicologia da Gestalt e a Ciência Empírica Contemporânea 18(1). *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 001-016.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociências.
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fragata, J., & Martins, L. (2004). *O Erro em Medicina: Perspetivas do individuo, da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Gonçalves, R. (Jan-Abril 2003). Controlo do Stress no Acolhimento do Doente Cirúrgico no Bloco Operatório 30. *Informar*, 14-18.
- Haggood, A. (2000). Canco da Cabeça e Pescoço. In S. Otto, *Enfermagem em Oncologia* (pp. 249-292). Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade de Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Instituição Hospitalar situada em Lisboa. (12 de 5 de 2014). <http://www....min-saude.pt/>. Obtido de Instituição Hospitalar situada em Lisboa.
- Kamia, M., & Porto, J. (2011). Comportamento Proativo nas Organizações: Os Efeitos dos Valores Pessoais. *Psicologia: Ciência e Profissão* 31 (3), 456-467.
- Kubler-Ross, E. (1979). *Perguntas e Respostas a Morte e o Morrer*. São Paulo: Livrarias Martins Fontes Editora Lda.
- Lazure, H. (1994). *A Relação de Ajuda - aborgagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidactica - Sociedade Portuguesa de Materiel Didáctico, Lda.
- Liu J., Shah J. (2010). *Surgical Technique Refinements in Head and Neck Oncology* 101(8), 661-668.
- Manley, K., & Bellman, L. (2003). *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Loures: Lusociência.
- Mão de Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa : Edições Colibri.
- Mendonça, S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros: excelência do cuidar*. Penafiel: Editorial Novembro.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Decreto de Lei n.º 74/2006 de 24 de março. *Diário da República, I série-A, n.º 60, 2242-2257*.

- Miguel, A. (2006). *Gestão Moderna de Projetos: Melhores Técnicas e Práticas*. Lousã: FCA.
- Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República I-Série A, N°205*, 2959-2962.
- Ministro da Administração Interna. (12 de Junho de 2014). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Cívil*. Obtido de http://www.proteccaocivil.pt/Documents/PNEPC_CP_2012.pd
- Novak, J. (1984). *Aprender a Aprender*. Lisboa: Plátano - Edições Técnicas.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Nunes, L. (2008b). Fundamentos Éticos da Deontologia Profissional. *Ordem dos Enfermeiros 31*, 33-45.
- Nunes, L. (janeiro-março 2008a). Enfermagem, Desafio da Disciplina e da Profissão. *Revista Percursos*, 4-17.
- Nunes, L., Ruivo, M.A. (2014). Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica. Setúbal: Departamento de Enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (26 de abril de 2006). *Investigação em Enfermagem Tomada de Posição*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boas Práticas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Da Deontologia Profissional. *Diário da República, I série, n.º 180*, 6546-6549.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Situação Crítica de 22 de outubro. *Ordem dos Enfermeiros*, 1-8.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Situação Crónica e Paliativa de 22 de outubro. *Ordem dos Enfermeiros*, 1-4.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2º série, nº 35, 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro: Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2º série, nº 35, 8656-8657.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pires, A. (1999). *Inovação e Desenvolvimento de Novos Produtos*. Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Ruivo, A., & Ferrito, C. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia do Projeto: Clectânea Descritiva de Etapas. *Percursos 15*.
- Sistema Nacional de Saúde . (2010). *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011-2013*. Lisboa: Sistema Nacional de Saúde Portugal.
- Talento, B. (2000). Jean Watson. In J. George, *Teorias de Enfermagem Fundamentos à Prática Profissional* (pp. 253-265). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: University Press.
- Watson, j. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Camarate: Lusociência.

APÊNDICE I

Artigo

*Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida
a Cirurgia com Retalho livre*

Martins, Daniela¹; Pereira, Mariana²; Ruivo, Alice³

Resumo

O artigo visa identificar os principais cuidados prestados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre na fase do pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Para atingir este objetivo, consultámos, seleccionámos e interpretámos a literatura existente, para que desta forma contribuísse para o diagnóstico, avaliação e técnicas de intervenção mais eficazes nas diferentes fases de atuação. Para tal, utilizámos pesquisas em bases de dados Scielo, Pubmed, Google e Google Académico, Organização Mundial de Saúde, American Cancer Society e a Direção Geral Da Saúde, bem como a pesquisa em livros científicos.

Palavras-Chaves: Retalho Livre

Abstract

The article aims to identify the main care provided to the person with cancer disease submitted to surgery with free flap in the preoperative, intraoperative and postoperative period. To achieve this goal, consulted, we selected and interpret the existing literature, so that in this way it could contribute to the diagnosis, assessment and development of more effective intervention techniques in the different stages of procedure. To this end, we have used research in Scielo, Pubmed, Google and Google Scholar, World Health Organization, American Cancer Society and Health General Direction databases, as well as research in scientific books.

Keywords: free flap

¹ Mestranda do 2º Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

² Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

³ Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2014) refere que o cancro é um processo de disseminação e crescimentos descontrolado de células, que pode aparecer em qualquer parte do corpo e tende a invadir os tecidos circundantes, podendo metastizar para locais distantes. O cancro é uma das principais causas de mortalidade no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012) foi diagnosticado cancro a 32,6 milhões de pessoas no mundo, surgindo 14,1 milhões de novos casos por ano e tendo um índice de mortalidade de 8,2 milhões. Os cinco tipos de cancro mais comuns nos homens a nível mundial são os do Pulmão, Próstata, Cólon, Estômago e Fígado, e nas mulheres são os da Mama, Cólon, Pulmão e Colo do Útero e Estômago.

Os cancros mais comuns na área de cabeça e pescoço são os da cavidade oral, língua e nasofaringe, representando aproximadamente 387064 (em milhares) de novos casos por ano a nível mundial, classificando-se no 11º lugar. Aduzindo maior incidência nos homens 256871 (em milhares) com uma percentagem de 3,5% e nas mulheres 127193 (em milhares) com uma percentagem de 2,9% (Organização Mundial de Saúde, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012) na Europa, Portugal é o segundo país com maior incidência de cancro oral.

Em Portugal o cancro da cavidade oral apresenta-se no 7º lugar, tendo uma maior prevalência nos homens 1066 (em milhares) com uma percentagem de 3,7% e nas mulheres 360 (em milhares) com uma percentagem de 1,8% (Organização Mundial de Saúde, 2012). O cancro oral em Portugal é uma preocupação crescente. Os fatores de risco inerentes a esta doença são o

consumo de tabaco e o álcool. A incidência de mortalidade provocada por este cancro é de 2,3% nos homens e 1,1% nas mulheres. Neste sentido, em Portugal para diminuir esta incidência, a Direção Geral de Saúde (2014) elaborou uma norma intitulada: “Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral”, com o intuito de diagnosticar estas lesões potencialmente malignas ou malignas da cavidade oral para que a intervenção seja o mais precoce possível.

A Direção Geral de Saúde (2014) define cancro oral “os tumores malignos que afetam qualquer localização da cavidade oral, dos lábios à garganta (incluindo as amígdalas e a faringe) e com maior frequência no bordo da língua, pavimento da boca e palato mole” (p.3). Esta patologia oncológica da área de Cirurgia de Cabeça e Pescoço surge com mais frequência nos homens fumadores com idade superior a 40 anos e com consumos etílicos (Direção Geral de Saúde, 2014). A American Cancer Society (2014) refere que a infeção pelo Vírus Papiloma Humano (HPV) está associada aos comportamentos sexuais, sendo que o cancro provocado por este vírus é mais comum nos homens do que nas mulheres manifestando-se na orofaringe.

Nas últimas décadas na área de cirurgia de cabeça e pescoço na vertente oncológica tem existido preocupação na evolução do tratamento do cancro. Contudo, estas cirurgias causam grandes transformações à pessoa, sendo por vezes mutilantes, implicando perda de funções importantes, como respirar, falar, mastigar e deglutir, tendo impacto na imagem corporal e na expressão facial (Yadav, 2014).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O tratamento dos tumores de cabeça e pescoço é

longo e complexo. Sendo um procedimento reconstrutivo em cirurgia cabeça e pescoço exige uma abordagem interdisciplinar entre a equipa cirúrgica, assistente social, psiquiatra, nutricionista, psicóloga e a equipa de enfermagem. Esta reconstrução consiste na remoção do tumor, seguido da reconstrução do defeito (Pink, et al., 2014).

Existem várias formas de reconstruir o defeito cutâneo através de retalhos, enxertos e plastias, sendo que neste caso iremos apenas centrarmos no retalho livre. Esta é uma técnica recentemente utilizada na área de cabeça e pescoço, apresentando um nível de complexidade e sendo causadora de profundas alterações.

O termo “retalho livre” é uma forma de transplante de tecido, através da utilização da técnica microcirúrgica, em que uma determinada quantidade de pele, músculo ou osso, pode ser isolado, destacada e reafixada aos vasos recetores próximos ou distantes do novo local (Chandler, 2008). Uma das vantagens desta forma de reconstrução comparativamente ao retalho delto-peitoral e do grande peitoral é a pouca espessura da área a ser transplantada permitindo assim moldá-lo para a reconstrução de defeitos complexos (Aki, Besteiro, Pinto, Durezzo, Cunha, Filho & Ferraz, 2000).

O retalho do perónio é o mais usado, na reconstrução da cirurgia cabeça e pescoço. Foi descrito por Taylor em 1975. Este foi utilizado pela primeira vez na reconstrução microcirúrgica da mandíbula pelo Hidalgo em 1989.

O retalho antebraquial foi descrito inicialmente por Yang et al na china em 1981. Sendo mais usada na reconstrução da língua. A escolha deste retalho deve-se à particularidade da pele, sendo esta maleável e fina o que permite, que após a reconstrução se mantenha a mobilidade.

Contudo, para cobrir o local da região dadora temos que utilizar enxerto de pele colhido da região da coxa. Segundo Chandler (2008) refere que

o enxerto de pele é um meio efetivo para cobrir um ferimento quando vascularidade é adequada, não existe infeção e a hemostasia foi obtida. A pele do sítio doador é destacada de seu suprimento sanguíneo e colocada no sítio recetor, onde desenvolve um novo suprimento de sangue proveniente da base da ferida. Na seleção de uma área doadora apropriada, são consideradas a combinação de cor e de contorno e a durabilidade do enxerto (p. 878).

No entanto, para que possamos ter sucesso nas intervenções no cuidar à pessoa submetida a retalho livre, a equipa de enfermagem deve proporcionar uma visão holística desde o seu acolhimento até a alta. Assim, a enfermagem peri-operatória inclui uma ampla diversidade de ações aliadas ao processo cirúrgico, aludindo a fase do pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Segundo Smeltzer & Bare (2000) a fase pré-operatória “consiste num período de tempo desde quando a decisão para a intervenção cirúrgica é feita até o paciente ser transferido para a mesa na sala de operações” (p. 306).

A adequada preparação do pré-operatório é importante para a pessoa que vai ser submetida a cirurgia, permitindo assim sucesso em todas as fases que compõem o processo cirúrgico. Neste período são planeados cuidados de enfermagem que contribuindo para o êxito da cirurgia.

Para Watson o foco na perspetiva da enfermagem está nos fatores de cuidado que derivam da perspetiva humanística conciliados com base no conhecimento científico. A prestação dos

cuidados é observado na *práxis* de enfermagem como um processo terapêutico interpessoal, ou seja, existe reciprocidade entre o enfermeiro e a pessoa (Talento, 2000).

No primeiro contacto com a pessoa, o diálogo é importante para que esta sinta confiança e segurança nos enfermeiros que futuramente lhe irão prestar os cuidados, facultando a relação terapêutica. O cuidar em enfermagem é a relação de ajuda, sendo esta “intrínseca aos cuidados” tal como refere Adam (1994, p. 31). É um cuidado-em-si com fins terapêuticos e não como um veículo para os cuidados.

Assim a pessoa fica mais confiante para colocar as suas dúvidas, manifestar as suas necessidades, as suas angústias, entre outros, ou seja, vai permitir uma elaboração de um plano de cuidados e prevenção de complicações pós-operatório. Esta visão deve ser feita de forma holística e nunca descurando as necessidades fisiológicas, psicológicas, espirituais, e sociais, da pessoa/família ou pessoas significativas (Manley & Bellman, 2003).

Segundo Haggood (2000) os valores e a cultura podem influenciar a saúde, doença, cirurgia ou morte, ou seja, depende das experiências vivenciadas anteriormente que podem influenciar positiva ou negativamente o estado de ansiedade e *stress* e concludentemente a forma como a pessoa enfrenta esta nova situação.

A dimensão psicossocial é passível de ser analisada dado que o doente vai ser submetido a uma cirurgia bastante mutilante, permitindo preparar psicologicamente a pessoa para a intervenção, com o objetivo de diminuir a ansiedade e o *stress*.

Segundo Gonçalves (2003) no pré-operatório o enfermeiro ao cuidar da pessoa deve possuir conhecimento e consciência para “suavizar, se não eliminar o processo ansioso que o doente

vivência (...). Uma boa relação enfermeiro/doente/família permitirá um esclarecimento atempado de todos os seus medos e dúvidas, encarando a experiência vivida como mais uma etapa do seu ciclo vital” (p. 18).

Watson (1995) referiu que as necessidades humanas podem ser analisadas de forma física ou psicológica, ou seja, também menciona outras forças que afetam a necessidade psicológica. Para a mesma autora as necessidades humanas são um alicerce na prática do cuidado, isto porque vai contribuir para o desenvolvimento, crescimento e autonomia da pessoa numa visão holística, proporcionando o seu bem-estar.

Para Watson (1995) “a enfermeira deve ser hábil na identificação e antecipação dessas necessidades que podem ser importantes para certos processos de saúde-doença. Todavia, é crucial (...) avaliar sempre do ponto de vista do paciente quais as necessidades superiores para ele ou para ela em determinado momento” (p. 108).

Corroborando com o descrito anteriormente, a relação entre enfermeiro/pessoa/família é crucial para o processo de reabilitação pós intervenção cirúrgica, isto é, o profissional deve ser capaz de oferecer uma escuta qualificada e perceber as necessidades das pessoas, que muitas vezes podem ser expressas de forma verbal ou de forma não-verbal através de gestos ou mimica labial. Segundo Bastos, Souza, Souza & Marques (2013) “conhecer e compreender as necessidades dos pacientes é fator essencial para a realização dos cuidados de enfermagem, (...)” (p. 388).

Conforme referem Smeltzer & Bare (2000) a fase intraoperatória consiste no “período de tempo desde quando o paciente é transferido para a mesa da sala de cirurgia até ser admitido na unidade de cuidados pós-anestésicos” (p. 306).

Para Smeltzer & Bare (2000) a fase pós-operatória comporta “o período de tempo que

inicia com a admissão do paciente na unidade de cuidados pós-anestésicos e finaliza após a evolução de acompanhamento no setor de clínica” (p. 306).

Durante o período pós-operatório os cuidados prestados à pessoa tornam-se um desafio, devido à sua complexidade. Para tal, temos que traçar intervenções e diagnósticos de enfermagem para prevenir complicações e infeções no local cirúrgico. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) o diagnóstico de enfermagem é o “rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem. As intervenções de enfermagem são a “ação tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem” (p. 16). Estas não são apenas instrumentos, pois permitem ao enfermeiro envolver as famílias na prestação de cuidados de modo a preparar a alta da pessoa.

A Família é crucial no processo de recuperação, porque promove juntamente com o enfermeiro, o autocuidado, autocontrolo e adesão ao regime terapêutico diminuindo o tempo de internamento do seu familiar. Este regime visa o bem-estar da pessoa/família. A não adesão ao regime terapêutico pode pôr em causa a sua própria saúde originando complicações cirúrgicas e infeções que são prejudiciais no seu processo de recuperação. As complicações mais frequentes na cirurgia com “retalho livre” segundo Durazzo & Brandão (2004) são “necrose, infeção, fístula e deiscência” (p. 29).

Segundo Braga & Cruz (2003) “a qualidade da assistência de enfermagem dependerá do olhar que lançarmos ao nosso paciente, respeitando suas emoções seu pensar, seu agir. Neste caminhar realmente poderemos falar como Horta enfermagem é gente que cuida de gente” (p. 35). Contribuímos assim para a sua autonomia, para

que esta possa desempenhar as atividades de sua vida diária. Também é de realçar a importância da comunicação entre pessoa/enfermeiro/família para que esta relação estabelecida proporcione segurança e confiança, motivando-os para o processo de recuperação. Assim, esta revisão integrativa tem como objetivo sistematizar os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a retalho livre, discutida na literatura.

METODOLOGIA

Esta integra uma revisão integrativa da literatura, sendo um método que possibilita a mais ampla abordagem, autorizando a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado. No entanto, abarca uma variedade de fontes de dados, que nos permite a compreensão holística do tópico de interesse. Contudo, a combinação destas diferentes fontes de dados é um trabalho complexo e desafiador. Este método de revisão dá relevância às iniciativas de prática baseada na evidência, abjurando a complexidade intrínseca em todos os problemas de inquietude da enfermagem (Whittemore & Knafel, 2005).

A definição da pergunta norteadora é a fase mais importante da revisão integrativa. Assim definimos a seguinte questão: “Quais os principais cuidados de enfermagem a prestar no período peri-operatório (é constituído pela fase do pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório) à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre?”

O método que utilizámos passou pela revisão integrativa da literatura científica inglesa utilizando a Pubmed como motor de busca no período de 3 a 17 de Dezembro de 2014, sendo as palavras-chaves “retalho livre”. Colocámos como critérios de inclusão todos os artigos com

referência a retalhos livres realizados na área da cirurgia cabeça e pescoço para reconstrução do defeito, resumo disponível, texto completo, texto completo em PDF. Como critérios de exclusão: os retalhos livres realizados na área da cirurgia cabeça e pescoço para reconstrução de defeitos em crianças, estudos em não humanos. Desta pesquisa resultaram 679 artigos, tendo sido lidos os resumos de todos os artigos. A partir desta, foram selecionados 8 artigos, dando resposta ao tema em estudo.

Em relação aos aspetos éticos, tivemos o cuidado de não alterar os conteúdos analisados e mencionar todas as informações necessárias para a identificação da autoria dos artigos analisados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta revisão integrativa foram selecionados 8 artigos, dos quais analisámos os que versavam sobre os cuidados a ter com a pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre, mencionando implicitamente ou explicitamente os cuidados nas diferentes fases.

Esta revisão tem como objetivo identificar os principais cuidados de enfermagem a prestar no período peri-operatório à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os artigos analisados referem que a reconstrução com retalho livre serve para cobrir grandes defeitos sendo cada vez mais comum e utilizado na área da cirurgia cabeça e pescoço. Esta cirurgia necessita de uma anastomose microcirúrgica do retalho colhido da região dadora para a recetora, sendo um procedimento muito minucioso. A principal causa de falha de sucesso do retalho é a anastomose venosa que ocorre dentro do período de 24-48 horas do pós-operatório, afetando cerca

de 20% de todas as reconstruções com retalhos livres, e dependendo da sua localização, implica morbidade emocional e psicológica à pessoa (Agha, Gundogan, Fowler, Bragg & Orgill, 2014). Os tumores de cabeça e pescoço são frequentemente diagnosticados tardiamente, devido à ausência de sintomas numa fase inicial. No pré-operatório, o diagnóstico da pessoa inicia-se com a realização da biópsia e outros exames complementares, bem como a colheita de dados. Posteriormente realizam-se ensinamentos sobre o tipo de cirurgia a realizar, a zona dadora, o tempo da cirurgia (média de 8h) e suas complicações. As complicações cirúrgicas que possam advir desta intervenção cirúrgica, são o seroma, hematoma, infeção, deiscência, trombose venosa, congestão venosa e necrose parcial ou total, podendo colocar em causa a viabilidade do retalho, havendo a necessidade de reintervenção cirúrgica. Na fase peri-operatório estas pessoas são encaminhadas para uma unidade de cuidados intensivos. Estes autores referem que para além de todas as complicações mencionadas não pudemos descorar os antecedentes pessoais como os hábitos tabágicos, insuficiência cardíaca e a doença pulmonar obstrutiva crónica (Turra et al., 2013). No pré-operatório os anticoagulantes (heparina e a aspirina) são importantes na prevenção da trombose microvascular, sendo uma profilaxia utilizada à pessoa submetida a retalho livre (Pan et al., 2014).

Os resultados deste estudo foram satisfatórios após 6 meses nas pessoas submetidas a cirurgia possibilitando-lhes a funcionalidade da mastigação, fala e deglutição, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida (Agha, Gundogan, Fowler, Bragg & Orgill, 2014).

Segundo a literatura existem várias formas de monitorizar o retalho, sendo estas o doppler externo ou implantado e por observação, sendo

esta a mais utilizada. É através da observação que podemos monitorizar precocemente a existência de compromisso a nível do retalho, sendo este manifestado através da perfusão arterial e da drenagem venosa. Estes podem incluir a cor, reenchimento capilar ou tempo de branqueamento, a temperatura da pele, a turgência, odor, grau de hemorragia em resposta após a punção e a utilização de um dispositivo portátil de doppler. Assim, passamos a descrever as principais características observáveis num retalho viável versus insuficiência venosa e arterial: a cor viável é a cor da pele de origem, insuficiência arterial manifesta-se pela cor pálida e a insuficiência venosa é arroxeadada. O enchimento capilar viável é manifestado pelo tempo de reenchimento capilar que corresponde a três segundos (a avaliação do preenchimento capilar é feita através da ligeira pressão sobre o retalho pelo indicador, sendo que o retorno deverá acontecer entre um e três segundos), insuficiência arterial apresenta enchimento capilar inferior a três segundos e a insuficiência venosa mostra enchimento capilar superior a três segundos. A temperatura de um retalho viável mantém-se normal, na insuficiência arterial apresenta-se diminuída e na insuficiência venosa manifesta-se morna ou elevada (Agha, Gundogan, Fowler, Bragg & Orgill, 2014).

O doppler monitoriza o fluxo sanguíneo da artéria venosa e arterial onde podemos detetar precocemente a inviabilidade do retalho. Este estudo revela que a utilização do doppler na fase inicial é mais eficaz do que a técnica de observação. Esta monitorização é realizada pelo enfermeiro (Agha, Gundogan, Fowler, Bragg & Orgill, 2014).

No pós-operatório devemos monitorizar o retalho de hora a hora nas primeiras 24 horas e, em seguida, a cada quatro horas para as próximas 48

horas (Fang et al., 2013). No entanto, há outro estudo que nos refere que o retalho livre deve ser monitorizado a cada duas horas nas primeiras 24 horas, e a cada seis horas nas próximas 48 horas, e em seguida com menos frequência até à alta da pessoa (Turra et al., 2013).

No que respeita à mobilização, Miyamoto et al. (2014) referem que o maior obstáculo para a mobilização é o congestionamento do retalho, dado que se não for tratado pode resultar na perda do retalho. Este estudo refere que, ao 7º dia de pós-operatório, a oxigenação dos tecidos em um retalho livre encontra-se diminuída. Estes resultados suportam a perceção comum de muitos cirurgiões, ao começarem a mobilização pós-operatório entre a 1ª semana e 3ª semana após a transferência de retalhos livres. Assim podemos afirmar que o levante deverá ser realizado ao fim de 7 dias, principalmente para evitar o edema do membro e do retalho. Estes cuidados referem-se ao retalho livre do perónio.

Segundo o artigo elaborado por Orlik et al. (2014) os retalhos livres antebraquial são um sucesso para cobrir os defeitos da cirurgia cabeça e pescoço. Contudo, a mobilidade pós-operatória é restrita, dado que não se deve realizar amplitude do membro para não comprometer a cicatrização da região dadora. Previamente à cirurgia deverá ser realizado o Teste de Allen no pré-operatório, este garante o fluxo de sangue adequado na artéria radial. O presente estudo também refere a mobilidade funcional e estética. As complicações pós-operatórias tardias são refletidas na diminuição da amplitude do movimento do pulso, da força reduzida da mão, da sensação de motricidade fina diminuída e da perda do enxerto de pele sobre o local doador resultando em exposição do tendão, dormência, comichão, intolerância ao frio e a aparência estética disforme.

No período peri-operatório também é importante a alimentação enteral. As pessoas que se submetem a estes procedimentos cirúrgicos são alimentadas por uma sonda nasogástrica. A administração da dieta através de sonda nasogástrica deve ser iniciada no prazo de 24 horas após a conclusão da cirurgia, a partir de 20-50 ml por hora ou 30-75 Kcal por hora, sendo de seguida ajustada de forma apropriada. Após o início da administração, foi feito ajuste para atingir 75% das necessidades de calorias, calculado dentro de 72 horas. A ingestão hídrica também é importante para estas pessoas. Dependendo da condição geral da pessoa, a reabilitação da deglutição deverá ser iniciada a partir do 7º ao 10º dia pós-operatório (Tsukahara et al., 2014). Observámos, através da análise destes estudos, a importância dos cuidados à pessoa submetida a retalho livre.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à complexidade dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre, houve a necessidade de sistematizar os cuidados mais significativos.

No olhar do enfermeiro especialista estes conhecimentos fortaleceram a acção dos cuidados baseados na evidência, contribuindo para a melhoria contínua de qualidade dos cuidados prestados em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Agha, R., Gundogan, B., Fowler, J., Bragg, T., & Orgill, D. (2014). The efficacy of the Cook-Swartz Implantable Doppler in the detection of free-flap Compromise: a systematic review protocol. *BMJ Open* 4 (3), 42-53.
- Aki, F. E., Besteiro, J., Pinto, F., Durazzo, M., Cunha, A., Filho, G., & Ferraz, A. (Abril/Junho de 2000). Emprego do retalho Microcirurgico Antebraqueal uma Reconstrução em Cirurgia e Pescoço. *Revista da Associação Médica Brasileira* 46(2), 182-185.
- Bastos, A., Souza, R., Souza, F., & Marques, P. (2013). Reflexão sobre Cuidados de Enfermagem no Pré e Pós-operatório: Uma Revisão integrativa da Literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde* 12, 382-390.
- Braga, C., & Cruz, D. (2003). A resposta Psicossocial de Impotência em Pacientes no Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca. *Revista de Enfermagem Universidade de São Paulo* 37, 26-35.
- Chandler, S. (2008). Cirurgia Plástica e Reconstructiva. In J. Rothrock, *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico* (pp. 863-905). Loures: Lusodidacta.
- Durazzo, D., & Brandão, L. (2004). Complicações dos Retalhos Míocutâneos: Artigo de Revisão 34(1). *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 27-30.
- Enfermeiros, O. d. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de*

- Enfermagem-Versão* 2. Lisboa: Lusodidacta.
- Fang, Q., Ning, L., Zhang, X., Liu, Z., Xu, Z., Xu, Z., & Sun, C. (2013). Clinical Reliability of Radial Forearm Free Flap in Repair of Buccal Defects. *World Journal of Surgical Oncology* 11, 26.
- Gonçalo, R. (Jan-Abril 2003). Controlo do Stress no Acolhimento do Doente Cirurgico no Bloco Operatório 30. *Informar*, 14-18.
- Haggood, A. (2000). Cancro da Cabeça e Pescoço. In S. Otto, *Enfermagem em Oncologia* (pp. 249-292). Loures: Lusociência.
- Manley, K., & Bellman, L. (2003). *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Loures: Lusociência.
- Miyamoto, S., Kayano, S., Fujiki, M., Chuman, H., Kawai, A., & Sakuraba, M. (2014). Early Mobilization after Free-flap Transfer to the Lower Extremities: Preferential Use of Flow-through Anastomosis. *Plastic Reconstructive Surgery Global OPEN* 2 (3), 1-15.
- Orlik, J., Horwich, P., Bartlett, C., Tristes, J., Hart, R., & Taylor, M. (2014). Long-term functional donor site morbidity of the free radial forearm flap in head and neck cancer survivors. *Journal of Otolaryngology Head & Neck Surgery* 43 (1), 1-7.
- Pan, X., Chen, G., Shao, H., Han, C., Zhang, L., & Zhu, L. (2014). Effect of Heparin on Prevention of Flap Loss in Microsurgical Free Flap Transfer: a meta-analysis. *Plos One* 9 (4), 95-111.
- Pink, R., Molitor, M., Tvrdy, P., Michl, P., Pazdera, J., Zboril, V., & Zalesak, B. (2014). Reconstructive Procedures in Maxillofacial Oncosurgery. *Biomed Pap* Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub., 1-5.
- Saúde, D. G. (2014). Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral. *Norma nº 002/2014 de 25 de Janeiro Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*, 1-3.
- Smeltzer, C., & Bare, B. (2002). *Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Society, American Cancer. (14 de Dezembro de 2014). Obtido de What are the risk factors for oral cavity and oropharyngeal cancers?: <http://www.cancer.org/cancer/oralcavity-and-oropharyngealcancer/detailedguide/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer-risk-factors>
- Talento, B. (2000). Jean Watson. In J. George, *Teorias de Enfermagem Fundamentos à Prática Profissional* (pp. 253-265). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Tsukahara, K., Motohashi, R., Sato, H., Endo, M., Ueda, Y., & Nakamura, K. (2014). Prospective Randomized Trial on Postoperative Administration of Diet Containing Eicosapentaenoic Acid, Docosahexaenoic Acid, Gamma-linolenic Acid, and Antioxidants in Head and Neck Cancer Surgery Patients with Free-flap Reconstruction. *Japanese Clinical Medicine* 5, 47-54.
- Turra, F., Padula, S., Razzano, S., Bonavolonta, P., Nele, G., Marlino, M., . . . Schonauer, F. (2013). Microvascular free-flap transfer for head and neck reconstruction in elderly patients. *Biomed Central Surgery*, 1-5.

- Watson, J. (1995). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: Associated University Press. *Journal of Plastic Surgery* 47 (2), 185-190.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The Integrative Review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52 (5), 546-553.
- World Health Organization . (13 de Dezembro de 2014). Obtido de Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- World Health Organization. (13 de Dezembro de 2014). Obtido de Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide - Lip, oral cavity: male, all ages: http://globocan.iarc.fr/old/bar_site.asp?selection=13010&title=Lip%2C+cavidade+oral&sex=1&statistic=2&populations=4&window=1&grid=1&orientation=1&color1=5&color1e=&color2=4&color2e=&submit=%C2%A0Executar
- World Health Organization. (13 de Dezembro de 2014). Obtido de Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide - Portugal: male, all ages: http://globocan.iarc.fr/old/bar_pop.asp?selection=158620&title=Portugal&sex=1&statistic=0&window=1&grid=1&color1=5&color1e=&color2=4&color2e=&orientation=1&submit=%C2%A0Executar
- Yadav, P. (2014). Recent Advances in Head and Neck Cancer Reconstruction. *Indian*

APÊNDICE II

Questionário



Questionário

Este questionário insere-se no âmbito da realização dos módulos de Estágio e no desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço, inserido no 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sob a orientação científica da Professora Doutora Alice Ruivo e da Senhora Enfermeira Susana Miguel. A área do Projeto é a Prestação de Cuidados de Qualidade ao Doente Oncológico submetido a Cirurgia com Retalho Livre.

Com a aplicação deste questionário, pretendo conhecer a opinião dos enfermeiros CCP/ORL/Endocrinologia acerca desta temática, recolhendo dados e sugestões que me permitam fundamentar este projeto e nos permitam prestar cuidados de qualidade a estes doentes/famílias.

Peço a vossa colaboração no preenchimento deste questionário. Neste, são cumpridos os princípios do anonimato e do sigilo das fontes, sendo que os dados só serão usados no global e no âmbito deste trabalho académico e sua divulgação. A sua participação é imprescindível para a concretização deste projeto, sendo no entanto voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

Agradeço toda a atenção despendida e encontro-me disponível para esclarecimentos de qualquer dúvida, que julgar pertinente.

Enfermeira Daniela Martins

(contacto de email: dmaquiqm@gmail.com)

Depois de ler a contextualização e objetivo, **não aceito participar** no estudo

Solicitamos que responda a este questionário de forma sincera e espontânea.

1. Considera pertinente a realização de formação sobre temática retalho livre?

Sim Não

2. Desde que se iniciaram no serviço as cirurgias com retalho livre, já realizou alguma formação?

Sim Não

3. Considera que o doente submetido a cirurgia com retalho livre tem uma abordagem mais complexa, comparativamente com outras cirurgias realizadas neste serviço?

Sim Não

4. Quais considera as necessidades humanas básicas mais afetadas no doente submetido a cirurgia com retalho livre? (Enumere três)

Respirar Comer e beber Dormir Mover-se

Comunicação Eliminar Vestir e despir Evitar perigos ambientais

5. O retalho livre é classificado em viável e não viável?

Verdadeiro Falso

6. O **retalho livre** (indique a correta):

consiste na remoção da pele e músculo adjacente, que podem ser rodados para defeitos distantes.

é uma forma de transplante de tecido, através da utilização de tecidos, em que determinada quantidade de pele, músculo ou osso, são isoladas, destacadas e reafixadas aos vasos recetores próximos do novo local com microcirurgia.

7. Em relação ao doente oncológico submetido a cirurgia com retalho livre classifique as seguintes afirmações em verdadeiro e falso.

7.1. Avaliação do preenchimento capilar de 3 segundos indica que o retalho livre está viável.

7.2. Na avaliação do preenchimento capilar um enchimento rápido indica que poderá existir insuficiência arterial.

7.3. Na avaliação de temperatura do retalho livre, quando está diminuída indica que poderá haver insuficiência venosa.

7.4. Quando o retalho livre se encontra branco significa que está viável.

7.5. Avaliação neurocirculatória completa do retalho livre inclui avaliação de cor, preenchimento e suturas.

7.6. Considera que a cicatrização do retalho livre pode ser influenciada pelo défice nutricional e diabetes.

7.7. O retalho livre deve ser avaliado no pós-operatório imediato de 8/8h.

7.8. Na realização do penso ao doente submetido a retalho livre, o enfermeiro pode realizar alguma pressão sobre o mesmo.

7.9. O enfermeiro deve ensinar o doente na mobilização e posicionamento da região do retalho e tecido circundante.

7.10. O doente deve elevar a cabeceira 50° a 55°, para evitar ou minimizar o edema.

8. Considera a avaliação com doppler importante no despiste precoce de complicações do retalho livre?

Sim Não

9. Se tivesse um doppler que parâmetro conseguia avaliar no retalho livre? (assinale com X a resposta correta)

Coloração

Irrigação dos vasos

Temperatura

10. Enuncie três das principais complicações do doente submetido a cirurgia com retalho livre?

11. sugestões?

Agradecemos a sua colaboração

Daniela Martins

APÊNDICE III

Ferramenta de Gestão FMEA

Descrição do Processo	ETAPAS	G	Modo potencial de Falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Ações a Desenvolver
Pré-operatório (Serviço de CCP/ ORL/Endocrinologia)	1	8	Inexistência de sistematização dos cuidados de qualidade a prestar à pessoa com doença oncológica submetido a cirurgia retalho livre.	6	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aumento da ansiedade e stress; ❖ Risco de não adesão ao regime terapêutico; ❖ Falta de Informação/ Conhecimento; ❖ Risco de não adesão à terapêutica. 	5	240	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Défice de informação aquando a realização da admissão à pessoa no serviço, sobre a cirurgia a realizar; ❖ Dúvida por parte do enfermeiro acerca dos ensinamentos a realizar; ❖ Estado emocional à pessoa/família; ❖ Elevada rotatividade dos profissionais; ❖ Inexistência de documentos que explicitem os procedimentos corretos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar na equipa de enfermagem os cuidados a ter com a pessoa com doença oncológica submetidos a cirurgia com retalho livre; ❖ Disponibilizar bibliografia das áreas de défice de conhecimento dos profissionais sobre a temática; ❖ Elaboração de um documento escrito de síntese dos principais cuidados à pessoa com doença oncológica submetido a cirurgia com retalho livre; ❖ Elaboração de um plano de formação; ❖ Realizar formação.
Bloco Operatório	2								
UCI (Unidade de Cuidados Intensivos)	3								
Pós-operatório (Serviço de CCP/ ORL/Endocrinologia)	4	8	Inexistência de sistematização dos cuidados de qualidade a prestar à pessoa com doença oncológica submetido a cirurgia retalho livre.	6	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Risco de atraso na alta; ❖ Risco de infeção; ❖ Não sinalização precoce das complicações à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia de retalho livre; ❖ Ansiedade da pessoa/família ❖ Incapacidade da pessoa em colaborar nas necessidades humanas básicas; ❖ Risco de reintervenção cirúrgica. 	6	288	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dificuldade do enfermeiro nesta área; ❖ Défice de conhecimentos relacionados com a cirurgia e procedimentos pós-operatórios por parte do enfermeiro ❖ Técnica cirúrgica recente no serviço ❖ Inexistência de formação nesta área ❖ Inexistência de documento que explicitem o procedimento cirúrgico no serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar formação à equipa de enfermagem; Identificar na equipa de enfermagem sobre os cuidados a ter com as pessoas com doença oncológicas submetidos a cirurgia com retalho livre; ❖ Disponibilizar bibliografia das áreas de défice de conhecimento dos profissionais sobre a temática. ❖ Elaboração de um documento escrito de síntese dos principais cuidados à pessoa com doença oncológica submetido a cirurgia com retalho livre; ❖ Elaboração de um plano de formação; ❖ Realizar formação.

APÊNDICE IV

Planeamento/Cronograma do PIS

Planeamento do Projeto

Estudante: Daniela Magda Galvão Martins	Orientador: Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica Sr. ^a S.M. e Sr. ^a Professora Doutora A.R. e Sr. ^a Professora M.P.
Instituição: Instituição Hospitalar situada em Lisboa	Serviço: CCP/ORL/Endocrinologia
Título do Projeto: Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica Submetida a Cirurgia com Retalho Livre	
Objetivos	
<u>OBJETIVO GERAL</u>	
✓ Melhorar a Prestação dos Cuidados de Qualidade à Pessoa com Doença Oncológica submetido a Cirurgia com Retalho Livre no Serviço de CCP/ORL/Endocrinologia numa Instituição Hospitalar, situada em Lisboa.	
<u>OBJETIVOS Específicos</u>	
✓ Elaborar um documento escrito que sistematiza os principais cuidados à pessoa com doença oncológica submetido a cirurgia com retalho livre;	
✓ Implementar o Guia Orientador	
<u>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</u>	
Professora Doutora – A. R. e Professora M.P.	
Enfermeiro Responsável do Serviço – Enfermeiro C. P.	
Enfermeira Orientadora Especialista e Enfermagem Médico-cirúrgica – S. M.	
Enfermeira Responsável pela Formação em Serviço – S. M.	
Bibliotecária – A. P. R.	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1 – Elaborar um documento escrito de síntese dos principais cuidados à pessoa com doença oncológica submetido a cirurgia com retalho livre	Pesquisa Bibliográfica	Estudante	Bases de dados: B-on, Scielos, Pubmed, Ebsco e obras científicas. Computador Internet Biblioteca	Março a Novembro	Apresenta Protótipo I e Protótipo II Apresenta Versão Final do Documento
	Rever com os elos de ligação da Equipa Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas	Elos de ligação Equipa Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas do serviço		Março a Novembro	
	Formação em Serviço intitulada “Vigilância Epidemiológica de Infeção do Local Cirúrgico	Elos da Equipa de Infeção		20 de Junho	Relato Reflexivo
	Realização de Estágio no Hospital Central de Lisboa na Comissão Infeção	Enfermeira da Comissão do Controlo de Infeção		1ª Semana de Novembro	Relatório de Estágio
	Construção da Versão I do Documento	Estudante	Computador	2ª e 3ª Semana de Dezembro	
	Distribuição ao Enfermeiro Chefe, Enfermeira Orientadora e à Professora Orientadora e Chefes de Equipa	Estudante	Computador Internet Correio eletrónico	1ª Semana de Janeiro	
	Recolha de Sugestões	Sra. Professora Orientadora A. R., Enfermeiro Chefe C. P. e Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica (Orientadora) S. M..	Computador Internet Papel	2ª Semana de Janeiro	
	Elabora a Versão Final	Sra. Professora Orientadora A. R., Enfermeiro Chefe C. P. e Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica	Computador Internet Papel	2ª Semana de Janeiro	

		(Orientadora) S. M.			
2 – Implementar o Guia Orientador	Elabora pedido para o Chefe	Estudante	Computador Internet Correio Eletrónico	2ª Semana de Janeiro	Apresenta Documento
	Elaboração do Plano de Sessão	Estudante	Computador Internet Correio Eletrónico	2ª Semana de Janeiro	Apresenta Plano da Sessão
	Elaboração de Cartaz de Divulgação da Formação em Serviço	Estudante	Computador Internet Correio eletrónico	2ª Semana de Janeiro	Elaborar Cartaz
	Divulgação da Formação no Placar da Sala de Enfermagem do Serviço de ORL/CCP/Endocrinologia (data, hora e dia)/via internet por email a todos os elementos da equipa de enfermagem	Sra. Professora Orientadora A. R., Enfermeiro Chefe C. P. e Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica (Orientadora) S. M. Equipa de Enfermagem	Papel Computador Internet Correio eletrónico	2ª Semana de Janeiro	
	Apresentação de Cinco Sessões de Formação	Estudante	Data Show Computador Sala de Enfermagem Folha de presença Material Didático	3ª e 4ª Semana de Janeiro	70% dos enfermeiros presentes na formação (Números de Enfermeiros presentes /Numero de Enfermeiros do serviço x 100)
	Disponibilização/Implementação do Documento em Suporte de Papel e na Pasta de Enfermagem do Serviço (informatizado)	Equipa de Enfermagem	Computador Internet Correio eletrónico Papel	4ª Semana de Janeiro	70% dos enfermeiros terem conhecimento deste documento
	Auditoria após 6 meses	Equipa de Enfermagem	Papel Caneta		75% de conhecimentos

Cronograma:

Mês/semana Planear atividades a desenvolver	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pesquisa Bibliográfica																				
Realiza entrevistas exploratórias com peritos																				
Rever com os Elos de ligação da Equipa Multidisciplinar de Estudo e Tratamento de Feridas																				
Realização Estágio no Hospital Central de Lisboa na Comissão de Infeção					Não foi Realizado															
Construção da Versão I do Guia Orientador																				
Distribuição ao Enfermeiro Chefe, Enfermeira Orientadora e à Professora Orientadora e Chefes de Equipa																				
Recolha de Sugestões																				

APÊNDICE V

Reflexão sobre uma Formação Intitulada Vigilância
Epidemiológica da Infecção do Local Cirúrgico

Relato Reflexivo sobre uma formação intitulada “Vigilância Epidemiológica da Infecção do Local Cirúrgico”

No dia 20 de Abril de 2014, fui assistir a uma formação sobre “Vigilância Epidemiológica da Infecção do Local Cirúrgico”, que teve como objetivo apresentar os resultados do Projeto Helics – Cirurgia e divulgar os resultados do Projeto de registo de complicações cirúrgicas. Esta formação permitiu aprofundar os meus conhecimentos sobre esta temática.

O protocolo do Helics está implementado no nosso serviço desde 2013, este permite o registo de infeções do local cirúrgico utilizando as definições dos Centers for Disease Control and Prevention, tendo como vantagem a determinação das taxas de infeção, comparando os dados nacionais/internacionais e benchmarking.

A população alvo deste estudo foram as pessoas submetidas a cirurgias oncológicas major com abertura das mucosas e vias aerodigestivas superiores no serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço (CCP) / Otorrinolaringologia (ORL) de uma Instituição Hospitalar situada em Lisboa. Foram realizadas 246 (36,89%) cirurgias programadas de CCP, sendo classificadas em: Limpa (44,5%), Limpa Contaminada (47,9%), Contaminada (7,2%) e Conspurada (0,4%). Tendo verificado uma taxa de infeção de 4,66%, mesmo com antibioterapia de profilática e ou com fins terapêuticos. Foram realizados exames bacteriológicos após a sinalização da infeção, sendo as mais frequentes pseudomonas aeruginosa (25%) e staphylococcus aureus (25%). Com o estudo verificou-se que as pessoas com infeção têm um internamento mais longo (37 dias) comparativamente às pessoas sem infeção (7 dias).

Foram realizadas 302 (51,27%) cirurgias programadas de ORL, sendo classificadas em: Limpa (13,9%), Limpa Contaminada (84,9%), Contaminada (1,4%) e Conspurada (0,4%). Tendo verificado uma taxa de infeção de 8,33%, mesmo com antibioterapia de profilática e ou com fins terapêuticos. Foram realizados exames bacteriológicos após a sinalização da infeção, sendo as mais frequentes serratea marcescens (13,3%) e pseudomonas aureginosa (13,3%). Com o estudo verificou-se que as pessoas com infeção têm um internamento mais longo (28 dias) comparativamente às pessoas sem infeção (9 dias). Concluimos que as infeções originam complicações cirúrgicas.

Sendo futura enfermeira especialista esta formação cruza com as competências K3.2 – lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (Anexo I do Regulamento n° 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011), ou seja, permite intervir na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil.

O contacto com esta temática possibilitou-me também corroborar os meus conhecimentos de modo a contribuir para uma melhor prestação de cuidados às pessoas na minha práxis diária, contribuindo para a redução da taxa de infeção.

APÊNDICE VI

Guia Orientador – Um desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica
submetida a Cirurgia com Retalho Livre



Guia Orientador

Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre

Dezembro de 2014



Guia Orientador

Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre

Orientadoras:

Sr.^a Professora Mariana Pereira

Sr.^a Enfermeira Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica Susana Miguel

Realizado:

Daniela Magda Galvão Martins

Dezembro de 2014

“Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida”

(Sócrates)

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	XXXIV
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	XXXVI
2 – METODOLOGIA	XL
3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	XLI
CONSIDERAÇÕES FINAIS	XLIV
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	XLV

APÊNDICES

APÊNDICE I – O Circuito da Pessoa nas Diversas Fases Peri-Operatório e seus Cuidados de Enfermagem

APÊNDICE II – Registo de Avaliação do Retalho

INTRODUÇÃO

Para a realização deste projeto/guia tivemos que consultar, selecionar e interpretar a literatura para que poderemos consolidar o nosso potencial teórico que nos permita justificar as nossas intervenções na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica.

Pesquisámos literatura referente ao tema em estudo Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre. Para tal, utilizámos pesquisas em bases de dados Scielo, Pubmed, Google e Google académico, Organização Mundial de Saúde, a American Cancer Society e a Direção Geral da Saúde, bem como a pesquisa em livros científicos (desde Março até à 3ª semana de Dezembro de 2014). Esta Revisão Integrativa permite-nos uma maior clarificação sobre o tema.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014) o cancro é um processo de disseminação e crescimentos descontrolado de células, que pode aparecer em qualquer parte do corpo e tende a invadir os tecidos circundantes, podendo metastizar para locais distantes. O cancro é uma das principais causas de mortalidade no mundo. Corroborando com a Organização Mundial de Saúde (2012) foram diagnosticados cancro a 32,6 milhões de pessoas no mundo, surgindo 14,1 milhões de novos casos por ano e tendo um índice de mortalidade de 8,2 milhões. Os cinco tipos de cancro mais comuns nos homens a nível mundial são os do Pulmão, Próstata, Cólon, Estômago e Fígado, e nas mulheres são os da Mama, Cólon, Pulmão e Colo do Útero e Estômago.

Os cancros mais comuns na área de cabeça e pescoço são os da cavidade oral, língua e nasofaringe, representando aproximadamente 387064 (em milhares) de novos casos por ano a nível mundial, classificando-se no 11º lugar. Aduzindo maior incidência nos homens 256871 (em milhares) com uma percentagem de 3,5% e nas mulheres 127193 (em milhares) com uma percentagem de 2,9% (Organização Mundial de Saúde, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012) na Europa, Portugal é o segundo país com maior incidência de cancro oral.

Em Portugal o cancro da cavidade oral apresenta-se no 7º lugar, tendo uma maior prevalência nos homens 1066 (em milhares) com uma percentagem de 3,7% e nas mulheres 360 (em milhares) com uma percentagem de 1,8% (Organização Mundial de

Saúde, 2012). Os 5 tipos de cancro mais comuns nos homens são os da Próstata, Colón Rectal, Pulmão, Bexiga e Estômago. Na mulher os cinco tipo de cancro mais comuns são o da Mama, Colón Rectal, Colo do Útero, Estômago, Pulmão.

O cancro oral em Portugal é uma preocupação crescente. Os fatores de risco inerentes a esta doença são o consumo de tabaco e o álcool. A incidência de mortalidade provocada por este cancro é de 2,3% nos homens e 1,1% nas mulheres. Neste sentido, em Portugal para diminuir esta incidência, a Direção Geral de Saúde (2014) elaborou uma norma intitulada: “Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral”, com o intuito de diagnosticar estas lesões potencialmente malignas ou malignas da cavidade oral para que a intervenção seja o mais precoce possível.

A Direção Geral de Saúde (2014) define cancro oral “os tumores malignos que afetam qualquer localização da cavidade oral, dos lábios à garganta (incluindo as amígdalas e a faringe) e com maior frequência no bordo da língua, pavimento da boca e palato mole” (p.3). Esta patologia oncológica da área de Cirurgia de Cabeça e Pescoço surge com mais frequência nos homens fumadores com idade superior a 40 anos e com consumos etílicos (Direção Geral de Saúde, 2014). A American Cancer Society (2014) refere que a infeção pelo Vírus Papiloma Humano (HPV) está associada aos comportamentos sexuais, sendo que o cancro provocado por este vírus é mais comum nos homens do que nas mulheres manifestando-se na orofaringe.

Nas últimas décadas na área de cirurgia de cabeça e pescoço na vertente oncológica tem existido preocupação na evolução do tratamento do cancro. Contudo, estas cirurgias causam grandes transformações à pessoa, sendo por vezes mutilantes, implicando perda de funções importantes, como respirar, falar, mastigar e deglutir, tendo impacto na imagem corporal e na expressão facial (Yadav, 2014).

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O tratamento dos tumores de cabeça e pescoço é longo e complexo. Sendo um procedimento reconstrutivo em cirurgia cabeça e pescoço exige uma abordagem interdisciplinar entre a equipa cirúrgica, assistente social, psiquiatra, nutricionista, psicóloga e a equipa de enfermagem. Esta reconstrução consiste na remoção do tumor, seguido da reconstrução do defeito (Pink, et al., 2014).

Existe várias formas de reconstruir o defeito cutâneo através de retalhos, enxertos e plastias, sendo que neste caso iremos apenas centrarmo-nos no retalho livre. Esta é uma técnica recentemente utilizada na área de cabeça e pescoço, apresentando um nível de complexidade e sendo causadora de profundas alterações. Assim, como futuros enfermeiros especialistas sentimos a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem mais especializados.

O termo “retalho livre” é uma forma de transplante de tecido, através da utilização da técnica microcirúrgica, em que uma determinada quantidade de pele, músculo ou osso, pode ser isolado, destacada e reafixada aos vasos recetores próximos ou distantes do novo local (Chandler, 2008). Uma das vantagens desta forma de reconstrução comparativamente ao retalho delto-peitoral e do grande peitoral é a pouca espessura da área a ser transplantada permitindo assim moldá-lo para a reconstrução de defeitos complexos (Aki, Besteiro, Pinto, Durezzo, Cunha, Filho & Ferraz, 2000).

O retalho do perónio é o mais usado, na reconstrução da cirurgia cabeça e pescoço. Foi descrito por Taylor em 1975. Este foi utilizado pela primeira vez na reconstrução microcirúrgica da mandíbula pelo Hidalgo 1989.

O retalho antebraquial foi descrito inicialmente por Yang et al na china em 1981. Sendo mais usada na reconstrução da língua. A escolha deste retalho deve-se à particularidade da pele, sendo esta maleável e fina o que permite, que após a reconstrução se mantenha a mobilidade.

Contudo, para cobrir o local da região dadora temos que utilizar enxerto de pele colhido da região da coxa. Segundo Chandler (2008) refere que

o enxerto de pele é um meio efetivo para cobrir um ferimento quando vascularidade é adequada, não existe infeção e a hemostasia foi obtida. A pele do sítio doador é destacada

de seu suprimento sanguíneo e colocada no sítio recetor, onde desenvolve um novo suprimento de sangue proveniente da base da ferida. Na seleção de uma área doadora apropriada, são consideradas a combinação de cor e de contorno e a durabilidade do enxerto (p. 878).

No entanto, para que possamos ter sucesso nas intervenções no cuidar da pessoa submetida a retalho livre, a equipa de enfermagem deve proporcionar uma visão holística desde o seu acolhimento até a alta. Assim, a enfermagem peri-operatória inclui uma ampla diversidade de ações aliadas ao processo cirúrgico, aludindo a fase do pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

Segundo Smeltzer & Bare (2000) a fase pré-operatória “consiste num período de tempo desde quando a decisão para a intervenção cirúrgica é feita até o paciente ser transferido para a mesa na sala de operações” (p. 306).

A adequada preparação do pré-operatório é importante para a pessoa que vai ser submetida a cirurgia, permitindo assim sucesso em todas as fases que compõem o processo cirúrgico. Neste período são planeados cuidados de enfermagem que vão permitir uma recuperação mais rápida e com êxito da cirurgia.

Para Watson o foco na perspetiva da enfermagem está nos fatores de cuidado que derivam da perspetiva humanística conciliados com base no conhecimento científico. A prestação dos cuidados é observado na práxis de enfermagem como um processo terapêutico interpessoal, ou seja, existe reciprocidade entre o enfermeiro e a pessoa (Talento, 2000).

No primeiro contacto com a pessoa, o diálogo é importante para que esta sinta confiança e segurança nos enfermeiros que futuramente lhe irão prestar os cuidados, facultando a relação terapêutica. O cuidar em enfermagem é a relação de ajuda, sendo esta “*intrínseca aos cuidados*” tal como refere Adam (1994, p. 31). É um cuidado-em-si com fins terapêuticos e não como um veículo para os cuidados.

Assim a pessoa fica mais confiante para colocar as suas dúvidas, manifestar as suas necessidades, as suas angústias, entre outros, ou seja, vai permitir uma elaboração de um plano de cuidados e prevenção de complicações pós-operatório. Esta visão deve ser feita de forma holística e nunca descurando as necessidades fisiológicas, psicológicas, espirituais, e sociais, da pessoa/família ou pessoas significativas (Manley & Bellman, 2003).

Segundo Haggood (2000) os valores e a cultura podem influenciar a saúde, doença, cirurgia ou morte, ou seja, depende das experiências vivenciadas anteriormente que podem influenciar positiva ou negativamente o estado de ansiedade e *stress* e concludentemente a

forma como a pessoa enfrenta esta nova situação.

A dimensão psicossocial é passível de ser analisada dado que o doente vai ser submetido a uma cirurgia bastante mutilante, permitindo preparar psicologicamente a pessoa para a intervenção, com o objetivo de diminuir a ansiedade e o *stress*.

Segundo Gonçalves (2003) no pré-operatório o enfermeiro ao cuidar da pessoa deve possuir conhecimento e consciência para “suavizar, se não eliminar o processo ansioso que o doente vivência (...). Uma boa relação enfermeiro/doente/família permitirá um esclarecimento atempado de todos os seus medos e dúvidas, encarando a experiência vivida como mais uma etapa do seu ciclo vital” (p. 18).

Para que o enfermeiro possa prestar cuidados com qualidade, não pode descurar as necessidades fisiológicas da pessoa. Para Watson (1995) as necessidades humanas podem ser analisadas de forma física ou psicológica, ou seja, também menciona outras forças que afetam a necessidade psicológica. Para Watson (1995) as necessidades humanas são um alicerce para a prática do cuidado, isto porque vai contribuir para o desenvolvimento, crescimento e autonomia da pessoa numa visão holística, proporcionando o seu bem-estar.

Segundo Watson (2002) as necessidades humanas de ordem inferior e superior são o pilar para a prestação de cuidados com qualidade, observando a pessoa de forma holística.

Para Watson (1985) “a enfermeira deve ser hábil na identificação e antecipação dessas necessidades que podem ser importantes para certos processos de saúde-doença. Todavia, é crucial (...) avaliar sempre do ponto de vista do paciente quais as necessidades superiores para ele ou para ela em determinado momento” (p. 108).

Corroborando com o descrito anteriormente, a relação entre enfermeiro/pessoa/família é crucial para o processo de reabilitação pós intervenção cirúrgica, isto é, o profissional deve ser capaz de oferecer uma escuta qualificada e perceber as necessidades das pessoas, que muitas vezes podem ser expressas de forma verbal ou de forma não-verbal através de gestos ou mimica labial. Segundo Bastos, Souza, Souza & Marques (2013) “conhecer e compreender as necessidades dos pacientes é fator essencial para a realização dos cuidados de enfermagem, (...)” (p. 388).

Conforme refere Smeltzer & Bare (2000) a fase intraoperatória consiste no “período de tempo desde quando o paciente é transferido para a mesa da sala de cirurgia até ser admitido na unidade de cuidados pós-anestésicos” (p. 306).

Para Smeltzer & Bare (2000) a fase pós-operatória comporta “o período de tempo que inicia com a admissão do paciente na unidade de cuidados pós-anestésicos e finaliza após a evolução de acompanhamento no setor de clínica” (p. 306)

Durante o período pós-operatório os cuidados prestados à pessoa torna-se um desafio, devido à sua complexidade. Para tal, temos que traçar intervenções e diagnósticos de enfermagem para prevenir complicações e infeções no local cirúrgico. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) o diagnóstico de enfermagem é o “rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem. As intervenções de enfermagem são a “ação tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem” (p. 16). Estas não são apenas instrumentos, pois permitem ao enfermeiro envolver as famílias na prestação de cuidados de modo a preparar a alta da pessoa.

A Família é crucial no processo de recuperação, porque, promove juntamente com o enfermeiro, o autocuidado, autocontrolo e adesão ao regime terapêutico diminuindo o tempo de internamento do seu familiar. Este regime visa o bem – estar da pessoa/família. A não adesão ao regime terapêutico pode pôr em causa a sua própria saúde originando complicações cirúrgicas e infeções que são prejudiciais no seu processo de recuperação. As complicações mais frequentes na cirurgia com “retalho livre” segundo Durazzo & Brandão (2004) são “*necrose, infeção, fistula e deiscência*” (p. 29).

Segundo Braga & Cruz (2003) “ a qualidade da assistência de enfermagem dependerá do olhar que lançarmos ao nosso paciente, respeitando suas emoções seu pensar, seu agir. Neste caminhar realmente poderemos falar como Horta enfermagem é gente que cuida de gente” (p. 35). Contribuímos assim para a sua autonomia, para que esta possa desempenhar as atividades de sua vida diária. Também é de realçar a importância da comunicação entre pessoa/enfermeiro/família para que esta relação estabelecida proporcione segurança e confiança, motivando-os para o processo de recuperação. Assim, esta revisão integrativa tem como objetivo sistematizar os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a retalho livre, discutida na literatura.

2 – METODOLOGIA

Este estudo integra uma revisão integrativa da literatura, sendo um método que possibilita a mais ampla abordagem, autorizando a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado. No entanto, abarca uma variedade de fontes de dados, que nos permite a compreensão holística do tópico de interesse. Contudo, a combinação destas diferentes fontes de dados é um trabalho complexo e desafiador. Este método de revisão dá relevância às iniciativas de prática baseada na evidência, abjurando a complexidade intrínseca em todos os problemas de inquietude da enfermagem (Whittemore & Knafel, 2005).

A definição da pergunta norteadora é a fase mais importante da revisão integrativa. Assim adotamos a seguinte questão: “Quais os principais cuidados de enfermagem a prestar no período peri-operatório (é constituído pela fase do pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório) à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre?”

O método que utilizámos passa pela revisão integrativa da literatura científica inglesa utilizando a Pubmed como motor de busca (no período de 3 a 17 de Dezembro de 2014), sendo as palavras-chaves “retalhos livres”. Colocámos como critérios de inclusão todos os artigos referentes a retalhos livres realizados na área da cirurgia cabeça e pescoço para reconstrução do defeito, resumo disponível, texto completo, texto completo em PDF e data de publicação. Como critérios de exclusão definimos: os retalhos livres realizados na área da cirurgia cabeça e pescoço para reconstrução de defeitos em crianças, estudos em não humanos. Desta pesquisa resultaram 679 artigos, tendo sido lidos os resumos de todos os artigos. A partir desta, foram seleccionados 8 artigos, dando resposta ao tema em estudo.

Em relação aos aspetos éticos, tivemos o cuidado de não alterar os conteúdos analisados e mencionar todas as informações necessárias para a identificação da autoria dos artigos analisados.

3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta revisão integrativa foram analisados 8 artigos de acordo com os critérios anteriormente estabelecidos. Análise realizada desses artigos selecionados versava sobre os cuidados a ter com a pessoa submetida a retalho livre, mencionando implicitamente ou explicitamente os cuidados nas diferentes fases.

Podemos constatar através desta análise as ausências de publicações que contribuem para os cuidados de enfermagem específicos desta temática abordada nas suas diferentes fases, para que se possa prestar cuidados com qualidade.

Corroborando com o descrito anteriormente, podemos constatar que é uma temática complexa e pouco explorada na área da enfermagem.

Esta revisão tem como objetivo identificar os principais cuidados de enfermagem a prestar no período peri-operatório (é constituído pela fase do pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório) à pessoa submetida a retalho livre, observados nos artigos analisados, visto que ainda existe grandes lacunas no que se refere aos cuidados prestados a estas pessoas.

Os artigos analisados referem que a reconstrução com retalho livre serve para cobrir grandes defeitos sendo cada vez mais comum e utilizados na área da cirurgia cabeça e pescoço. Esta cirurgia necessita de uma anastomose microcirúrgica do retalho colhido da região dadora para a recetora, sendo um procedimento muito minucioso. A principal causa de falha de sucesso do retalho é a anastomose venosa que ocorre dentro do período de 24-48 horas do pós-operatório, afetando cerca de 20% de todas as reconstruções com retalhos livres, e dependendo da sua localização, implica morbidade emocional e psicológica à pessoa (Agha, Gundogan, Fowler, Bragg & Orgill, 2014).

Este estudo refere que os tumores de cabeça e pescoço são frequentemente diagnosticados tardiamente, devido à ausência de sintomas numa fase inicial. No pré-operatório, o diagnóstico da pessoa inicia-se com a realização da biópsia e outros exames complementares, bem como a colheita de dados. Posteriormente realizam-se ensinamentos sobre o tipo de cirurgia a realizar, a zona dadora, o tempo da cirurgia (média de 8h) e suas complicações. As várias as complicações cirúrgicas que possam advir desta intervenção cirúrgica, tais como o seroma, hematoma, infeção, deiscência, trombose venosa, congestão venosa e necrose parcial ou total, podendo colocar em causa a viabilidade do retalho

havendo a necessidade de reintervenção cirúrgica. Na fase peri-operatório estas pessoas são encaminhadas para uma unidade de cuidados intensivos. Estes autores referem que para além de todas as complicações mencionadas não pudemos descorar os antecedentes pessoais como os hábitos tabágicos, insuficiência cardíaca e a doença pulmonar obstrutiva crónica (Turra et al., 2013).

No pré-operatório os anticoagulantes (heparina e a aspirina) são importantes na prevenção da trombose microvascular, sendo uma profilaxia utilizada à pessoa submetida a retalho livre (Pan et al., 2014).

Os resultados deste estudo foram satisfatórios após 6 meses nas pessoas submetidas a cirurgia possibilitando-lhes a funcionalidade da mastigação, fala e deglutição, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida (Agha, Gundogan, Fowler, Bragg & Orgill, 2014).

Segundo a literatura existem várias formas de monitorizar o retalho, sendo estas o doppler externo ou implantado e por observação, sendo esta a mais utilizada. É através da observação que podemos monitorizar precocemente a existência de compromisso a nível do retalho, sendo este manifestado através da perfusão arterial e da drenagem venosa. Estes podem incluir a cor, reenchimento capilar ou tempo de branqueamento, a temperatura da pele, a turgência, odor, grau de hemorragia em resposta após a punção e a utilização de um dispositivo portátil de doppler. Assim, passamos a descrever as principais características observáveis num retalho viável versus insuficiência venosa e arterial: a cor viável é a cor da pele de origem, insuficiência arterial manifesta-se pela cor pálida e a insuficiência venosa é arroxeadada. O enchimento capilar viável é manifestado pelo tempo de reenchimento capilar que corresponde a três segundos (a avaliação do preenchimento capilar é feita através da ligeira pressão sobre o retalho pelo o indicador, sendo que o retorno deverá acontecer entre um e três segundos), insuficiência arterial apresenta enchimento capilar inferior a três segundos e a insuficiência venosa mostra enchimento capilar superior a três segundos. A temperatura de um retalho viável mantém-se normal, na insuficiência arterial apresenta-se diminuída e na insuficiência venosa manifesta-se morna ou elevada (Agha, Gundogan, Fowler, Bragg & Orgill, 2014).

O doppler monitoriza o fluxo sanguíneo da artéria venosa e arterial onde podemos detetar precocemente a inviabilidade do retalho. Este estudo revela que a utilização do doppler na fase inicial é mais eficaz do que a técnica de observação. Esta monitorização é realizada pelo enfermeiro (Agha, Gundogan, Fowler, Bragg & Orgill, 2014).

No pós-operatório devemos monitorizar o retalho de hora a hora nas primeiras 24 horas e, em seguida, a cada quatro horas para as próximas 48 horas (Fang et al., 2013). No entanto, há outro estudo que nos refere que o retalho livre deve ser monitorizado a cada duas horas nas primeiras 24 horas, e a cada seis horas nas próximas 48 horas, e em seguida com menos frequência até à alta da pessoa (Turra et al., 2013).

No que respeita à mobilização, Miyamoto et al. (2014) referem que o maior obstáculo para a mobilização é o congestionamento do retalho, dado que se não for tratado pode resultar na perda do retalho. Este estudo refere que, ao 7º dia de pós-operatório, a oxigenação dos tecidos em um retalho livre encontra-se diminuída. Estes resultados suportam a percepção comum de muitos cirurgiões, ao começarem a mobilização pós-operatório entre a 1ª semana e 3ª semana após a transferência de retalhos livres. Assim podemos afirmar que o levante deverá ser realizado ao fim de 7 dias, principalmente para evitar o edema do membro e do retalho. Estes cuidados referem-se ao retalho livre do perónio.

Segundo o artigo elaborado por Orlik et al. (2014) os retalhos livres antebraquial são um sucesso para cobrir os defeitos da cirurgia cabeça e pescoço. Contudo, a mobilidade pós-operatória é restrita, dado que não se deve realizar amplitude do membro para não comprometer a cicatrização da região dadora. Previamente à cirurgia deverá ser realizado o Teste de Allen no pré-operatório, este garante o fluxo de sangue adequado na artéria radial. O presente estudo também refere a mobilidade funcional e estética. As complicações pós-operatórias tardias são refletidas na diminuição da amplitude do movimento do pulso, da força reduzida da mão, da sensação de motricidade fina diminuída e da perda do enxerto de pele sobre o local doador resultando em exposição do tendão, dormência, comichão, intolerância ao frio e a aparência estética disforme.

No período peri-operatório também é importante a alimentação enteral. As pessoas que se submetem a estes procedimentos cirúrgicos são alimentadas por uma sonda nasogástrica. A administração da dieta através de sonda nasogástrica deve ser iniciada no prazo de 24 horas após a conclusão da cirurgia, a partir de 20-50 ml por hora ou 30-75 Kcal por hora, sendo de seguida ajustada de forma apropriada. Após o início da administração, foi feito ajuste para atingir 75% das necessidades de calorias, calculado dentro de 72 horas. A ingestão hídrica também é importante para estas pessoas. Dependendo da condição geral da pessoa, a reabilitação da deglutição deverá ser iniciada a partir do 7º ao 10º dia pós-operatório (Tsukahara et al., 2014). Observámos, através da análise destes estudos, a importância dos cuidados à pessoa submetida a retalho livre.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após termos analisado os artigos selecionados deparámo-nos que existe uma lacuna na literatura científica relativa aos cuidados de enfermagem nesta cirurgia específica. Assim, percebemos a necessidade de implementar um guia orientador para a prestação de cuidados. Apresentámos em apêndice o circuito da pessoa nas diversas fases peri-operatório e seus cuidados de enfermagem. Corroborando com o descrito anteriormente, permitiu-nos refletir e sistematizar os aspetos mais significativos para uma prestação de cuidados com qualidade.

Assim, a introdução desta nova técnica de microcirurgia na área de cirurgia cabeça e pescoço dá relevância à importância da qualidade de vida nestas pessoas com neoplasia, tendo-se verificado no pós-operatório a funcionalidade do local afetado, apresentando uma taxa de sucesso na ordem dos 91% (Turra et al., 2013).

A viabilidade ou não do retalho pode implicar a perda parcial ou total dos tecidos, consistindo numa experiência devastadora para a pessoa. Esta pode afetar a parte física, emocional e psíquica, originando a diminuição da qualidade de vida.

Como futuros enfermeiros especialistas temos a consciência de que os cuidados à pessoa submetida a retalho livre são de extrema relevância, sendo a nossa atuação permanente e por vezes urgente com o intuito de maximizar a viabilidade e funcionalidade do retalho, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida e para restabelecer as funcionalidades afetadas, tendo sempre por base a melhoria dos cuidados prestados à pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Agha, R., Gundogan, B., Fowler, J., Bragg, T., & Orgill, D. (2014). The efficacy of the Cook-Swartz Implantable Doppler in the detection of free-flap Compromise: a systematic review protocol. *BMJ Open* 4 (3), 42-53.
- Aki, F. E., Besteiro, J., Pinto, F., Durazzo, M., Cunha, A., Filho, G., & Ferraz, A. (Abril/Junho de 2000). Emprego do retalho Microcirurgico Antebraqueal uma Reconstrução em Cirurgia e Pescoço. *Revista da Associação Médica Brasileira* 46(2), 182-185.
- Bastos, A., Souza, R., Souza, F., & Marques, P. (2013). Reflexão sobre Cuidados de Enfermagem no Pré e Pós-operatório: Uma Revisão integrativa da Literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde* 12, 382-390.
- Braga, C., & Cruz, D. (2003). A resposta Psicossocial de Impotência em Pacientes no Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca. *Revista de Enfermagem Universidade de São Paulo* 37, 26-35.
- Chandler, S. (2008). Cirurgia Plástica e Reconstructiva. In J. Rothrock, *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico* (pp. 863-905). Loures: Lusodidacta.
- Durazzo, D., & Brandão, L. (2004). Complicações dos Retalhos Miocutâneos: Artigo de Revisão 34(1). *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 27-30.
- Enfermeiros, O. d. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-Versão 2*. Lisboa: Lusodidacta.
- Fang, Q., Ning, L., Zhang, X., Liu, Z., Xu, Z., Xu, Z., & Sun, C. (2013). Clinical Reliability of Radial Forearm Free Flap in Repair of Buccal Defects. *World Journal of Surgical Oncology* 11, 26.
- Gonçalo, R. (Jan-Abril 2003). Controlo do Stress no Acolhimento do Doente Cirurgico no Bloco Operatório 30. *Informar*, 14-18.
- Haggood, A. (2000). Canco da Cabeça e Pescoço. In S. Otto, *Enfermagem em Oncologia* (pp. 249-292). Loures: Lusociência.
- Manley, K., & Bellman, L. (2003). *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Loures: Lusociência.

- Miyamoto, S., Kayano, S., Fujiki, M., Chuman, H., Kawai, A., & Sakuraba, M. (2014). Early Mobilization after Free-flap Transfer to the Lower Extremities: Preferential Use of Flow-through Anastomosis. *Plastic Reconstructive Surg Global Open* 2 (3), 1-15.
- Orlik, J., Horwich, P., Bartlett, C., Tristes, J., Hart, R., & Taylor, M. (2014). Long-term functional donor site morbidity of the free radial forearm flap in head and neck cancer survivors. *Journal of Otolaryngology Head & Neck Surgery* 43 (1), 1-7.
- Pan, X., Chen, G., Shao, H., Han, C., Zhang, L., & Zhu, L. (2014). Effect of Heparin on Prevention of Flap Loss in Microsurgical Free Flap Transfer: a meta-analysis. *Plos One* 9 (4), 95-111.
- Pink, R., Molitor, M., Tvrdy, P., Michl, P., Pazdera, J., Zboril, V., & Zalesak, B. (2014). Reconstructive Procedures in Maxillofacial Oncosurgery. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.*, 1-5.
- Saúde, D. G. (2014). Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral. *Norma nº 002/2014 de 25 de Janeiro Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*, 1-3.
- Smeltzer, C., & Bare, B. (2002). *Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Society, American Cancer. (14 de Dezembro de 2014). Obtido de What are the risk factors for oral cavity and oropharyngeal cancers?: <http://www.cancer.org/cancer/oralcavityandoropharyngealcancer/detailedguide/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer-risk-factors>
- Talento, B. (2000). Jean Watson. In J. George, *Teorias de Enfermagem Fundamentos à Prática Profissional* (pp. 253-265). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Tsukahara, K., Motohashi, R., Sato, H., Endo, M., Ueda, Y., & Nakamura, K. (2014). Prospective Randomized Trial on Postoperative Administration of Diet Containing Eicosapentaenoic Acid, Docosahexaenoic Acid, Gamma-linolenic Acid, and Antioxidants in Head and Neck Cancer Surgery Patients with Free-flap Reconstruction. *Japanese Clinical Medicine* 5, 47-54.
- Turra, F., Padula, S., Razzano, S., Bonavolonta, P., Nele, G., Marlino, M., Schonauer, F. (2013). Microvascular free-flap transfer for head and neck reconstruction in elderly patients. *Biomed Central Surgery*, 1-5.

- Watson, J. (1995). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: Associated University Press.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The Integrative Review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52 (5), 546-553.
- World Health Organization . (13 de Dezembro de 2014). Obtido de Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- World Health Organization. (13 de Dezembro de 2014). Obtido de Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide - Lip, oral cavity: male ,allages: http://globocan.iarc.fr/old/bar_site.asp?selection=13010&title=Lip%2C+avidadeoral&sex=1&statistic=2&populations=4&window=1&grid=1&orientation=1&color1=5&color1e=&color2=4&color2e=&submit=%C2%A0Executar
- World Health Organization. (13 de Dezembro de 2014). Obtido de Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide - Portugal: male, allages: http://globocan.iarc.fr/old/bar_pop.asp?selection=158620&title=Portugal&sex=1&statistic=0&window=1&grid=1&color1=5&color1e=&color2=4&color2e=&orientation=1&submit=%C2%A0Executar
- Yadav, P. (2014). Recent Advances in Head and Neck Cancer Reconstruction. *Indian Journal of Plastic Surgery* 47 (2), 185-190.

APÊNDICES

APÊNDICE I

O Circuito da Pessoa nas Diversas Fases Peri-Operatório e seus Cuidados de Enfermagem

CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS (DIA ANTERIOR À CIRURGIA)

As pessoas são internadas na véspera

Acolhimento no Serviço	<ul style="list-style-type: none">❖ Visita ao serviço;❖ Colher dados Pessoais e planear os cuidados;❖ Fornecer informação sobre as rotinas do serviço;❖ Fornecer informação sobre o funcionamento do serviço.
Esclarecimentos de dúvidas e ensinosa pessoa e família	<ul style="list-style-type: none">❖ Fornecer informação sumária sobre o procedimento a serem desenvolvidos durante o internamento;❖ Explicar sumariamente a técnica de reconstrução do retalho do perónio ou braquial;❖ Disponibilizar tempo para colocação de perguntas.
Preparação Operatória	<ul style="list-style-type: none">❖ Realizar exames de rotina pré-operatória, incluindo tipagem de sangue (onde é pedido 2 Unidades de Concentrado de Eritrócitos);❖ Administrar medicação pré-anestésica;❖ Administrar medicamentos de prevenção de fenómenos tromboembólicos (enoxaparina 20 mg ou 40 mg e ácido acetilsalicílico 100 mg/per 'os, exceto se houver contra indicações à toma destes fármacos);❖ Profilaxia antibiótica com 1g de Metronidazol e 2g de ceftriaxona (exceto se houver contra indicações à toma destes fármacos);❖ O médico-cirurgião certifica a existência de vaga na Unidade de Cuidados Intensivos para acolher a pessoa após a cirurgia.

CUIDADOS INTRAOPERATÓRIOS (DIA DA CIRURGIA)

Cuidados de Higiene	<ul style="list-style-type: none">❖ Fornecer camisa da instituição;❖ Informar que não pode levar roupa interior vestida;❖ Informar que deverá retirar todos os adornos (pulseiras, fios, anéis, relógios, ...);❖ Informar que deverá retirar as próteses (dentárias, auditivas, ...);❖ Fornecer toalhas, espoja para tomar banho no dia da cirurgia;
Preparação Pré-Operatória	<ul style="list-style-type: none">❖ Administração medicação pré-anestésica;❖ Calçar meias elásticas (dependendo do local da região dadora do retalho);❖ Avaliação de sinais vitais.
Cuidados Intraoperatórios	<ul style="list-style-type: none">❖ Lavagem das mãos;❖ Aplicação de manta térmica sobre as áreas não expostas;❖ Reforço da profilaxia antibiótica;❖ Validar a existência de rampa de aspiração de secreções montadas, com respetivas sondas;❖ Validar a existência de material para controlo e avaliação:<ul style="list-style-type: none">⊗ Estabilização Hemodinâmica⊗ Vascularização do Retalho❖ Preparar campos cirúrgicas com material de remoção da peça cirúrgica e com material de reconstrução do retalho/enxerto;❖ Preparar tabuleiro com material de proteção do retalho;❖ Preparação do material para a região dadora de pele;❖ Preparação de material para execução dos pensos cirúrgicos.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

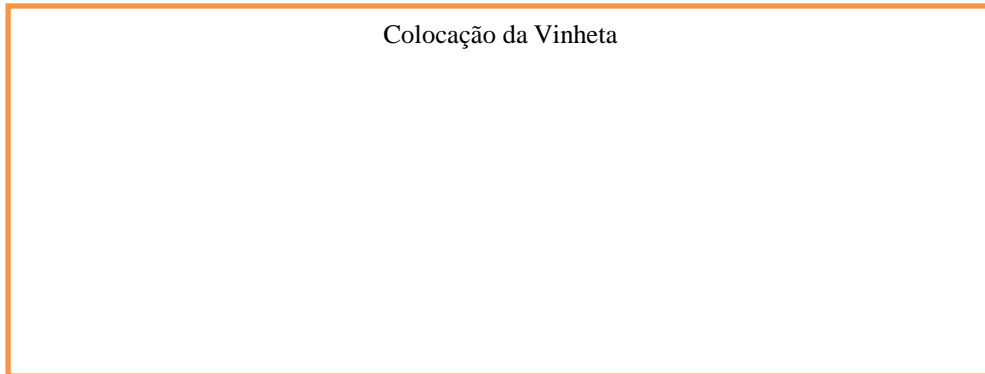
Receção da pessoa	<ul style="list-style-type: none">❖ Avaliar e monitorizar os parâmetros vitais;❖ Avaliar a vascularização do retalho (pela equipa médica e pela equipa de enfermagem), preferencialmente com doppler;❖ Garantir o conforto da pessoa;❖ Colocar a cama em posição semi-fowler e flexão dos membros inferiores (dependendo da região dadora).❖ Avaliar as características dos conteúdos drenos.
	A Equipa de Enfermagem deve validar junto da Equipa Médica: <ul style="list-style-type: none">⊗ Posicionamento da pessoa;⊗ Modo de vigilância do retalho (usamos o doppler);⊗ Modo de realização do penso;⊗ Início do levante.
Avaliação dos parâmetros vitais e outras avaliações	<ul style="list-style-type: none">❖ 24h às 48h a avaliação é horária;❖ Após 48h às 72h avaliação é de 2/2horas;❖ Após 72h às 96h a avaliação é de 4/4 horas.❖ Após 97h a avaliação é de 6/6horas.
	<p>Estado Neurológico: orientação do discurso, avaliação de pupilas;</p> <p>Vascularização do Retalho: avaliar pulso arterial e venoso por doppler, avaliar fluxo capilar, coloração da pele, temperatura, avaliar/despistar pontos de possível compressão do retalho.</p> <p>Despiste de Hemorragias: contabilizar débito dos drenos passivos, avaliar características do líquido drenado, observar a coloração das mucosas e pele.</p>

	<p>O levante da pessoa pós-operatório deverá ser realizado de acordo com a indicação do cirurgião.</p> <ul style="list-style-type: none">✎ Elevação da cabeceira até 45°;✎ Lateralizar o doente para o lado oposto ao retalho;✎ Com o braço oposto ao retalho fazer apoio para auxiliar na movimentação;✎ Retalho do perónio o levante está preconizado ao fim de 5 a 7
	<p>dias;</p> <ul style="list-style-type: none">✎ Retalho antebraquial pode realizar levante ao fim de 24h a 48h, com restrição da movimentação do braço dador.
	<p>Validar os ensinamentos feitos no acolhimento, reforçando eventuais dúvidas que ainda permaneçam com vista à preparação de alta.</p>

APÊNDICE II

Registo de Avaliação do Reatlo

REGISTO DE AVALIAÇÃO DO RETALHO



Local do Retalho: _____

DATA						
HORA						
COR	Branco					
	Rosa					
	Roxo					
	Preto					
REENCHIMENTO CAPILAR	<3 Segundos					
	3 Segundos					
	>3 Segundos					
	Sem Preenchimento					

TEMPERATURA	Frio					
	Morno					
	Quente					
PULSO (AVALIAR COM DOPPLER)	Presente					
	Não Presente					
Comentários:						

APÊNDICE VII

Plano de Sessão sobre a Ação de Formação “Guia Orientador – Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre”

PLANO DE SESSÃO

Designação da Sessão/ Tema: “Guia Orientador –*Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre*”

Datas das sessões: 18, 21, 22 e 28 de Janeiro de 2015

Duração global da Sessão: Das 15 horas às 16 horas com duração de 1 hora

Das 16:30 às 17:30 horas com duração de 1 hora

Identificação do Formador: Daniela Martins

Identificação do Grupo em Formação: Enfermeiros

Local: Sala de Enfermagem

Objetivo Geral:

- ✓ Melhorar a Prestação dos Cuidados de Qualidade à Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre

Objetivo Específicos:

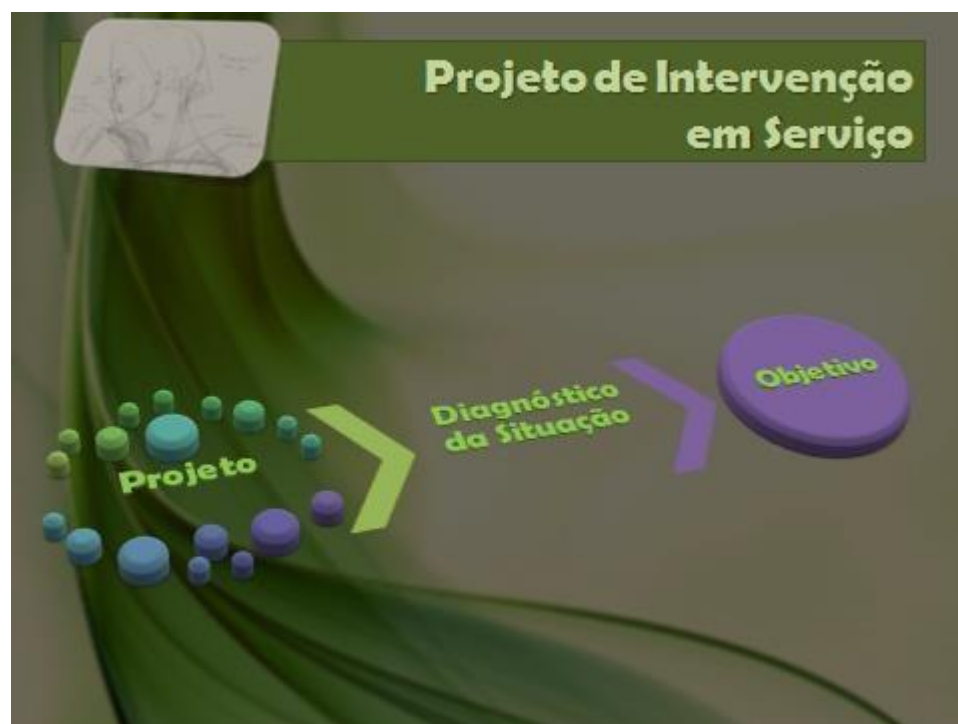
- ✓ Sistematizar os cuidados a prestar à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre;
- ✓ Apresentar a proposta do guia orientador.


Conteúdos Pragmáticos (Organizados pela sequência de abordagem)	Objetivos Específicos (Triplo C)	Atividade a Realizar	Tempo (Distribuição Temporal por atividade)	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnicas Pedagógicas de apoio	Avaliação (Momentos, Critérios e Instrumentos de Avaliação)
Apresentação do tema	Conhecer os conteúdos e objetivos	- Apresentação dos objetivos da sessão. - Apresentação dos conteúdos	1 minuto 1 minuto	- Expositivos - Expositivo - Interrogativo	- Computador - Videoprojector - Tela de projeção - Vídeo - Doppler externo	- Interrogatório escrito (teste de verdadeiros e falsos)
- Circuito da Pessoa	- Identificar o circuito da pessoa oncológica submetida a retalho livre, tendo em conta a prestação de cuidados nas diferentes fases, de forma clara e objetiva.	- Desenvolvimento do tema “Guia Orientador – <i>“Um Desafio no Cuidar da Pessoa Oncológica Submetida a Cirurgia com Retalho Livre”</i> ”	12 minutos	- Expositivo - Ativo		

<p>- Técnicas de Avaliar o Retalho</p>		<p>Apresentação das diferentes técnicas de avaliação do retalho livre.</p>	<p>10 minutos</p>	<p>- Expositivo - Demonstrativo</p>		
<p>- Filme</p>	<p>- Reconhecer as Técnicas de avaliação, tendo em conta o retalho livre, de forma correta. Consolidar</p>	<p>- Visualização de um vídeo sobre o tema abordado. - Exercício de avaliação - Síntese de Ideias</p>	<p>4 minutos 1 minuto 1 minuto</p>			

APÊNDICE VIII

Comunicação Oral da Ação de Formação “Guia Orientador – Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica submetida a Cirurgia com Retalho Livre”






Objetivo Específico

- **Sistematizar os cuidados a prestar à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre**
- **Apresentar a proposta do guia orientador**



Objetivo Geral

Prestar Cuidados de Qualidade à Pessoa com Doença Oncológica Submetida a Cirurgia com Retalho Livre



Cancro Oral


São tumores malignos que afetam qualquer localização da cavidade oral, dos lábios à garganta (incluindo as amígdalas e a faringe) e com maior frequência no bordo da língua, pavimento da boca e palato mole.

(Direção Geral de Saúde, 2014, p.3)



Conteúdos Programáticos

- Cancro Oral
- Definição de Retalho Livre
- Circuito da Pessoa
- Técnicas de Avaliação do Retalho



Retalho Livre

É uma forma de transplante de tecido, através da utilização da técnica microcirúrgica, em que uma determinada quantidade de pele, músculo ou osso, podem ser isolados, destacados e reafixados aos vasos recetores próximos ou distantes do novo local.

(Chandler, 2008)



Cancro Oral

Dados Estatísticos:

- 387064 novos casos por ano no Mundo
- 49350 novos casos por ano na Europa
- 1426 novos casos por ano em Portugal


(Organização Mundial da Saúde, 2012)



O slide, intitulado "Pré-operatório", detalha as atividades desta fase em uma lista com marcadores de seta verde. No canto superior esquerdo, há um ícone de uma pessoa em uma cadeira de rodas. No canto inferior direito, há uma citação e um ícone de uma seta curva.

- **Acolhimento no Serviço;**
- **Esclarecimentos de dúvidas e ensinios à pessoa e família;**
- **Preparação Operatória;**
- **Cuidados de Higiene;**
- **Preparação Pré-Operatória.**


(Gonçalves, 2003; Pan et al., 2014; Smeltzer & Bare, 2000)



Pós-operatório

Receção da pessoa

- Avaliar e monitorizar os parâmetros vitais;
- Avaliar a vascularização do retalho (pela equipa médica e pela equipa de enfermagem), preferencialmente com doppler;
- Garantir o conforto da pessoa;
- Colocar a cama em posição semi-fowler e flexão dos membros inferiores (dependendo da região dadora).
- Avaliar as características dos conteúdos drenos.



Intraoperatório

- Desinfecção asséptica da equipa;
- Aplicar a manta térmica sobre as áreas não expostas;
- Reforço da profilaxia antibiótica;
- Validar a existência de rampa de aspiração de secreções montadas, com respetivas sondas;
- Validar a existência de material para controlo e avaliação: Estabilização Hemodinâmica e Vascularização do Retalho;
- Preparar campos cirúrgicos com material de remoção da peça cirúrgica e com material de reconstrução do retalho/anexo;
- Preparar tabuleiro com material de proteção do retalho;
- Preparar o material para a região dadora de pele;
- Preparar o material para execução dos pensos cirúrgicos.





Pós-operatório

Avaliação do retalho:

- **Nas primeiras 24h a avaliação é horária;**
- **Após 24h às 48h avaliação é de 2/2horas;**
- **Após 48h às 72h a avaliação é de 4/4 horas**
- **Após 72h a avaliação é de 6/6horas.**


(Fang et al. & Turra et al., 2013)




Pós-operatório

A equipa de enfermagem deve validar junto da equipa médica:

- **Posicionamento da pessoa;**
- **Modo de vigilância do retalho (usamos o doppler);**
- **Modo de realização do penso;**
- **Início do levante.**



~





Pós-operatório

O levante da pessoa no pós-operatório deverá ser realizado de acordo com a indicação do cirurgião


- Elevação da cabeceira até 45°;
- Lateralizar a pessoa para o lado oposto ao retalho;
- Com o braço oposto ao retalho fazer apoio para auxiliar na movimentação;
- A pessoa submetida a retalho do perónio o levante está preconizado ao fim de 5 a 7 dias;
- A pessoa submetida a retalho antebraquial pode realizar levante ao fim de 24h a 48h, com restrição da movimentação do braço dador.

(Miyamoto et al. & Orlik et al., 2014)



Pós-operatório

- **Estado Neurológico:** orientação do discurso, avaliação de pupilas;
- **Vascularização do Retalho:** avaliar o pulso arterial e venoso por doppler, avaliar fluxo capilar, coloração da pele, temperatura, avaliar/despistar pontos de possível compressão do retalho.
- **Despiste de Hemorragias:** contabilizar débito dos drenos passivos, avaliar características do líquido drenado e observar a coloração das mucosas e pele.





Técnicas de Avaliação do Retalho

Avaliação do Retalho (observação)

- Cor
- Reenchimento Capilar
- Temperatura
- Pulso (doppler)
- "Picada" com agulha no retalho

(Agha, Gundogan, Fowler, Bragg & Orgill, 2014)

	Viável	Insuficiência Arterial	Insuficiência Venosa
Enchimento	Reenchimento Capilar Normal (3 segundos)	Reenchimento Capilar Diminuído (< 3 segundos)	Reenchimento Capilar Rápido (> 3 segundos)
Cor	Cor da pele de origem	Pálida	Arroxeadada
Temperatura	Mantida	Diminuída	Morna ou Elevada

(Agha, Gundogan, Fowler, Bragg & Orgill, 2014)

Técnicas de Avaliação do Retalho

Doppler

- Externo
- Implantado



(Agha, Gundogan, Fowler, Bragg & Orgül, 2014)

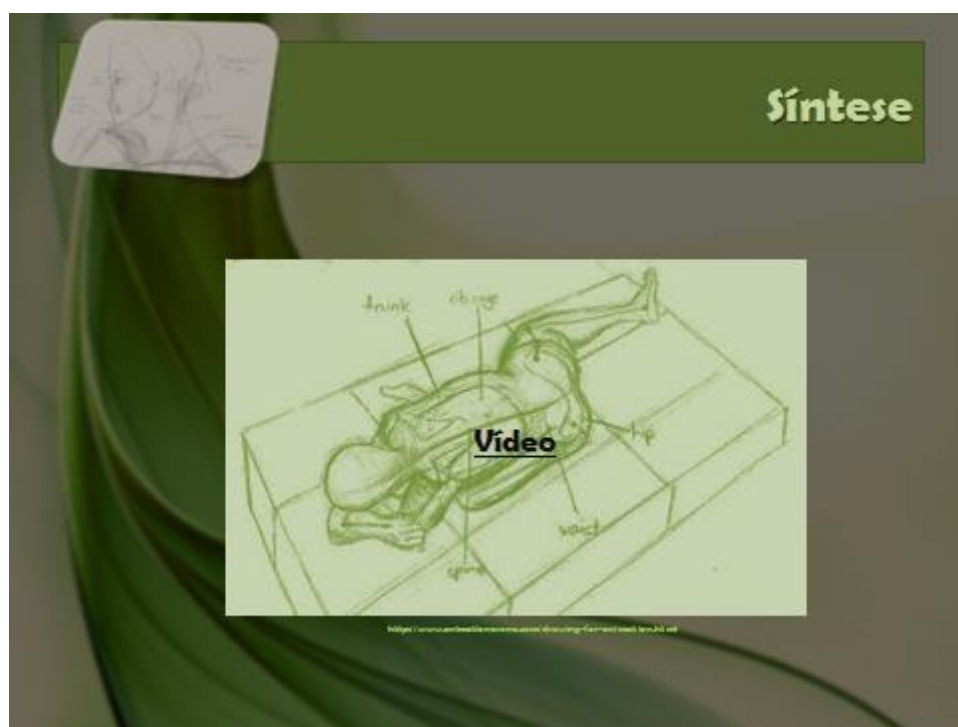
https://www.researchgate.net/publication/261111117
vanderbilt.edu/~f12g/12817


https://www.researchgate.net/publication/261111117
vanderbilt.edu/~f12g/12817

https://www.researchgate.net/publication/261111117
vanderbilt.edu/~f12g/12817

Teste de Conhecimento

1. A Pessoa deve elevar a cabeceira 50º a 55º, para evitar ou minimizar o congestionamento? **Falso**
2. Avaliação do preenchimento capilar de 3 segundos indica que o retalho está viável? **Verdadeiro**
3. O retalho livre deve ser avaliado no pós-operatório imediato de 8 em 8 horas? **Falso**





Referências Bibliográficas

Agha, R., Cundogan, B., Fowler, J., Bragg, T., & Orgill, D. (2014). The efficacy of the Color-Doppler Implantable Doppler in the detection of free-Flap Compromise: a systematic review protocol. *BMJ Open* 4 (3), 42-53.

Chandler, J. (2008). Cirurgia Plástica e Reconstructiva. In J. Rethrick, *Guiados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico* (pp. 863-909). Loures: Lusodidacta.

Fang, Q., Ning, L., Zhang, X., Liu, Z., Xu, Z., Xu, Z., & Sun, C. (2013). Clinical Reliability of Radial Forearm Free Flap in Repair of Buccal Defects. *World Journal of Surgical Oncology* 11, 26.

Gonçalo, R. (Jan-Abril 2009). Controlo do Stress no Acolhimento do Doente Cirúrgico no Bloco Operatório 30. *Informar*, 14-21.

Manley, K., & Bellman, L. (2009). *Enfermagem Cirúrgica: Prática Avançada*. Loures: Lusodidacta.

Miyamoto, S., Koyano, S., Fujiki, M., Ohman, H., Kawai, A., & Ichikawa, M. (2014). Early Mobilization after Free-Flap Transfer to the Lower Extremities: Preferential Use of Flow-through Anastomosis. *Plastic Reconstructive Surg Global Open* 2 (3), 1-13.

Orlik, J., Horwich, P., Bartlett, C., Tritsch, J., Hart, R., & Taylor, M. (2014). Long-term functional donor site morbidity of the free radial forearm flap in head and neck cancer survivors. *Journal of Otolaryngology Head & Neck Surgery* 43 (1), 1-7.

Pan, X., Chen, Q., Shao, H., Han, C., Zhang, L., & Zhu, L. (2014). Effect of Heparin on Prevention of Flap Loss in Microsurgical Free Flap Transfer: a meta-analysis. *PLoS One* 9 (4), 95-103.

Pink, R., Malitor, M., Tvrdy, P., Michl, P., Pazdera, J., Zboril, V., & Zalesak, B. (2014). Reconstructive Procedures in Maxillofacial Oncosurgery. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 1-3.

Soáde, D. G. (2014). Projeto de Intervenção Precoce no Câncer Oral. *Norma nº 002/2014 de 23 de Janeiro Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*, 1-3.



Referências Bibliográficas

Smeltzer, C., & Bare, B. (2002). *Diagnóstico e Tratamento: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Tsuru, F., Padula, I., Rozzano, I., Bonaventura, P., Niki, O., Marino, M., ... & Schmauer, F. (2015). Microvascular free-flap transfer for head and neck reconstruction in elderly patients. *Biomed Central Surgery*, 1-3.

World Health Organization. (13 de Dezembro de 2014). *Óbitos de Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. Disponível em: <http://gco.iarc.fr/today/data/index.php?GL2012>

World Health Organization. (13 de Dezembro de 2014). *Óbitos de Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide - Lip, oral cavity; male; all ages*. Disponível em: <http://gco.iarc.fr/today/data/index.php?GL2012-CancerIncidenceMortalityPrevalenceWorldwide-Lip%20oral%20cavity%20male%20all%20ages>


World Health Organization. (13 de Dezembro de 2014). *Óbitos de Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide - Portugal; male; all ages*. Disponível em: <http://gco.iarc.fr/today/data/index.php?GL2012-CancerIncidenceMortalityPrevalenceWorldwide-Portugal%20male%20all%20ages>

Disponível:
Email: dmguaqm@gmail.com
www.galva0702.skype.com



APÊNDICE IX

Cartaz de Divulgação da Ação de Formação “Guia Orientador – Um
Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica
submetida a Cirurgia com Retalho Livre”



FORMAÇÃO EM SERVIÇO
(CCP/ORL/ENDOCRINOLOGIA)

GUIA ORIENTADOR
Um Desafio no Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica Submetida a Cirurgia com Retalho Livre

Objetivos

- ✓ Sistematizar os cuidados a prestar à pessoa com doença oncológica submetida a cirurgia com retalho livre
- ✓ Apresentar a proposta do guia orientador

Data e Hora

- 18 de Janeiro de 2015 - 15h às 16h
- 21 de Janeiro de 2015 - 15h às 16h
- 22 de Janeiro de 2015 - 15h às 16h
- 22 de Janeiro de 2015 - 16h 30m às 17h 30m
- 28 de Janeiro de 2015 - 16h 30m às 17h 30m

Destinatários
Enfermeiros

Formadora Daniela Martins

APÊNDICE X

Planeamento/Cronograma do PAC em Pessoa em Situação Crítica

Planeamento do PAC

Estudante: Daniela Magda Galvão Martins	Orientador: Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Sr. ^a S.M. e Sr. ^a Professora Doutora A.R. e Sr. ^a Professora M.P.
Instituição: Instituição Hospitalar situada em Lisboa	Serviço: CCP/ORL/Endocrinologia
Objetivos <u>Objetivo Geral</u> Aprofundar conhecimentos em como atuar em situação de incêndio <u>Objetivos Específicos</u> <ul style="list-style-type: none">✓ Conhecer o tipo de extintores e seu funcionamento✓ Divulgar o projeto	
<u>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</u> Professora Doutora – A. R. e Professora M.P. Enfermeiro Responsável do Serviço – Enfermeiro C.P. Enfermeira Orientadora Especialista e Enfermagem Médico-cirúrgica – S.M. Enfermeira Responsável pela Formação em Serviço – S.M. Gestão da Qualidade e Risco – Dr. ^a R.C.	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1 – Conhecer o tipo de extintores e seu funcionamento	Pesquisa Bibliográfica	Estudante	Bases de dados: B-on, Scielos, Pubmed, Obras Científicas e Organizações e Instituições. Computador Internet Biblioteca	4º Semana de Setembro até ao 4º Semana de Outubro	Elabora Enquadramento do Projeto de Aprendizagem Clínica
	Realiza Entrevistas Exploratórias com Peritos	Enfermeiro Chefe do serviço; Formadora em Serviço; Chefes de Equipa Gestão da Qualidade e Risco		4º Semana de Setembro até ao 4º Semana de Outubro	
2 – Divulgar o Projeto	Pesquisa Bibliográfica	Estudante	Bases de dados: B-on, Scielos, Pubmed, Obras Científicas e Organizações e Instituições. Computador Internet Biblioteca	4º Semana de Setembro até ao 4º Semana de Outubro	Elabora Enquadramento do Projeto de Aprendizagem Clínica
	Elaboração do Jogo Interativo	Estudante	Computador Internet	4º Semana de Outubro	

	Elaboração de Cartaz de Divulgação do jogo interativo	Estudante	Correio eletrónico Computador Internet Correio eletrónico	4ª Semana de Outubro	Elaborar Cartaz
	Implementação do jogo	Equipa de Enfermagem	Computador Internet Correio eletrónico	1ª Semana de Novembro	Jogo
	Divulgação dos Resultados	Equipa de Enfermagem	Computador Internet Correio eletrónico	2ª Semana de Novembro	Resultados de avaliação

Cronograma:

Mês/semana Planear atividades a desenvolver	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pesquisa Bibliográfica																				
Conhecer o tipo de extintores e seu funcionamento																				

Elaboração do Jogo Interativo																				
Elaboração de Cartaz de Divulgação do Jogo Interativo																				
Divulgação do Jogo Interativo																				
Implementação do Jogo																				
Divulgação dos Resultados																				

Legenda:

Atividades Planeadas

Atividades Realizadas

Orçamento:
Este projeto não acarreta custos financeiros adicionais

Recursos Humanos:

Colaboração da equipa de enfermagem do serviço de CCP/ORL/Endocrinologia

Recursos Materiais:

Material didático e informático;

Computador;

Internet.

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

A não adesão dos colegas à formação em serviço pelo facto de a equipa ser jovem.

Data: 8/07/2014 Assinatura: Daniela Magda Galvão Martins

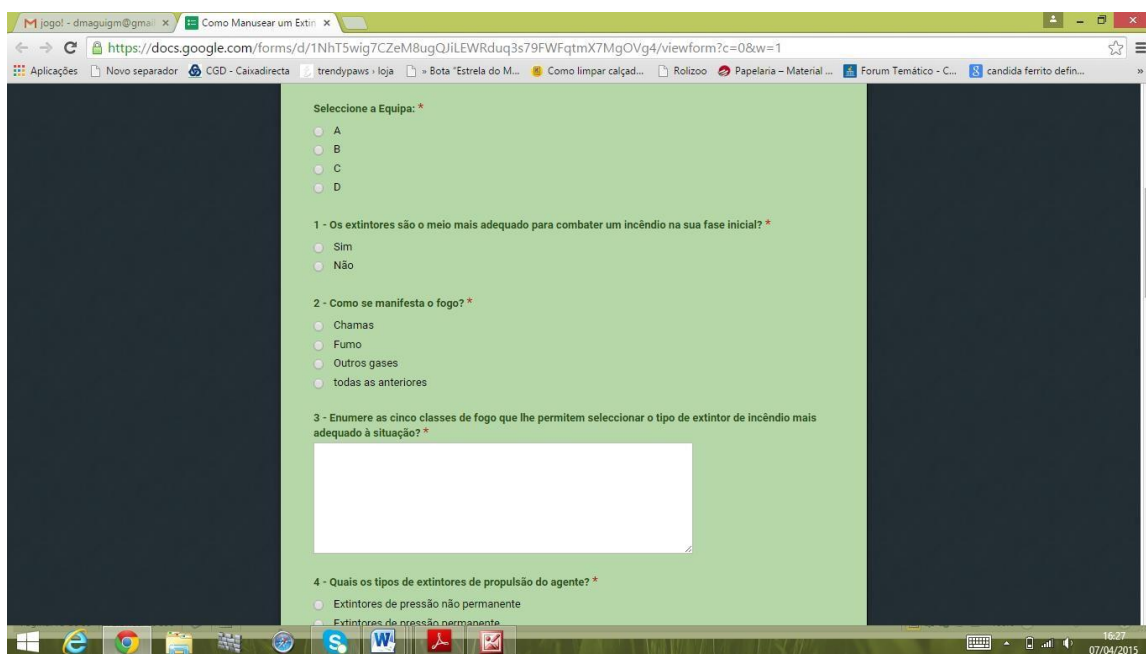
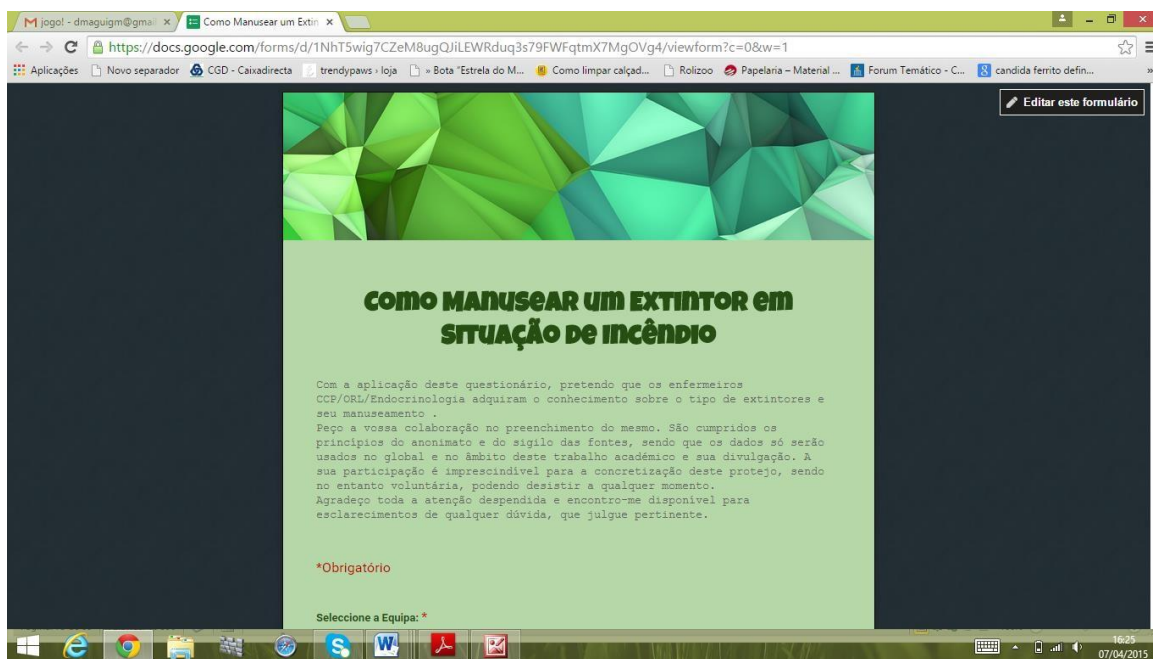
Docente: Professora Doutora A.R.

Revisto: 30/11/2014 Assinatura: Daniela Magda Galvão Martins

Docente: Professora M.P.

APÊNDICE XI

Jogo Interativo



M Jogo! - dmaguigm@gmail x Como Manusear um Extin x

https://docs.google.com/forms/d/1Nht5wig7CZeM8ugQjLEWRduq3s79FWFqtmX7MgOVg4/viewform?c=0&w=1

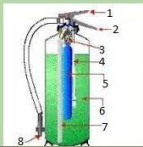
Aplicações Novo separador CGD - Caixairecta trendypaws > loja > Bota "Estrela do M... Como limpar calçad... Rolizoo Papelaria - Material ... Forum Temático - C... candida ferrito defin...

adequado à situação? *

4 - Quais os tipos de extintores de propulsão do agente? *

- Extintores de pressão não permanente
- Extintores de pressão permanente
- todas as anteriores

5 - Descreva a constituição do extintor através dos números que observa na figura? *



16:28 07/04/2015

M Jogo! - dmaguigm@gmail x Como Manusear um Extin x

https://docs.google.com/forms/d/1Nht5wig7CZeM8ugQjLEWRduq3s79FWFqtmX7MgOVg4/viewform?c=0&w=1

Aplicações Novo separador CGD - Caixairecta trendypaws > loja > Bota "Estrela do M... Como limpar calçad... Rolizoo Papelaria - Material ... Forum Temático - C... candida ferrito defin...

6 - Qual das figuras está correcta? *

- figura 1
- figura 2

Fig. 1



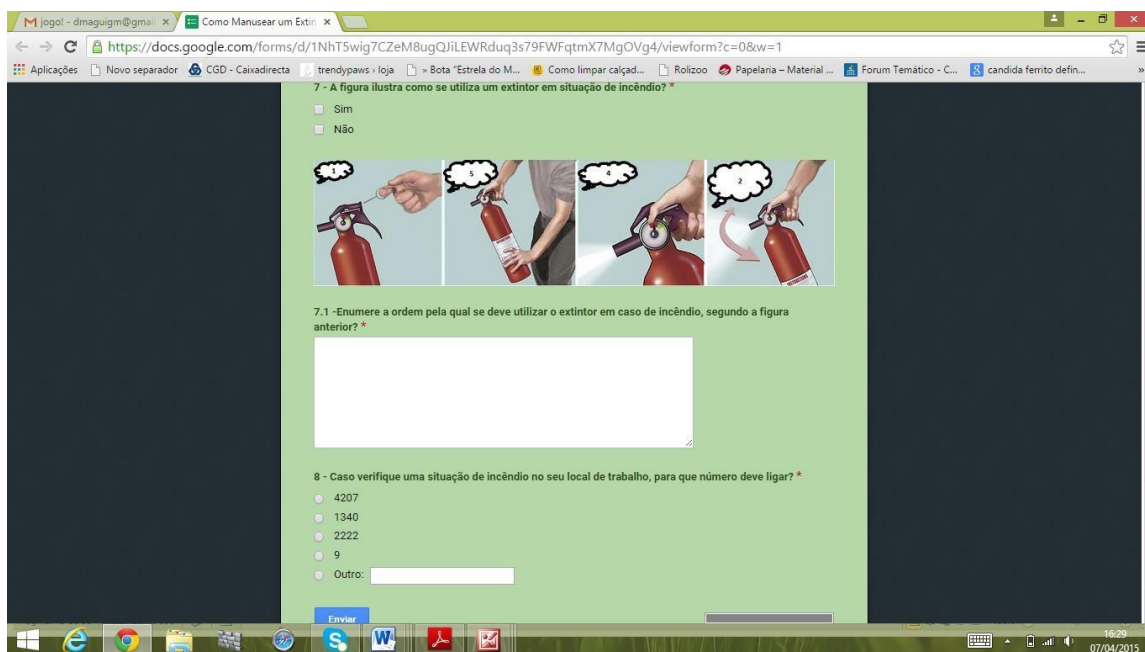


Fig. 2



16:28 07/04/2015



APÊNDICE XII

Plano de Sessão do Jogo Interativo

PLANO DE SESSÃO

Designação da Sessão/ Tema: Como Atuar em Situação de Incêndio

Duração global da Sessão: Tem início no dia 6 às 8 horas até dia 7 às 20 horas

Identificação do Formador: Daniela Martins

Identificação do Grupo em Formação: Enfermeiros

Local: Correio eletrónico

Objetivo Geral:

- ✓ Que no final do Jogo interativo os formandos tenham aprofundado o conhecimento como se atua em situação de Incêndio

Objetivo Específicos:

Conhecer os tipos de extintores e seu manuseamento Conteúdos Pragmáticos (Organizados pela sequência de abordagem)	Objetivos Específicos (Triplo C)	Atividade a Realizar	Tempo (Distribuição Temporal por atividade)	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnicos Pedagógicos de apoio	Avaliação (Momentos, Critérios e Instrumentos de Avaliação)
- Atuar em situação de Incêndio	- Aprofundar o conhecimento como se atua em situação de Incêndio, conhecendo os tipos de extintores e sua utilização, através de um jogo interativo de conhecimentos, com maior número de respostas certas por equipa	- O Jogo	Tem início no dia 6 às 8 horas até dia 7 às 20 horas	- Expositivo - Ativo - Interrogativo	- Computador - Internet - Correio Eletrónico	- Interrogatório escrito (Jogo)

APÊNDICE XIII

Cartaz de Divulgação do Jogo Interativo



TEMA DO JOGO

Dinamizar a resposta à situação de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção.

Hora começa dia 6 às 8h e termina dia 7 às 20h
Prémio da Equipa Vencedora um cabaz para a ceia
Local correio electrónico

PS. As regras do jogo serão explicadas no correio electrónico enviado aquando do seu preenchimento. Conto com a vossa colaboração.

Formadora Daniela Martins

REGRAS DO JOGO

1^a

CONSTITUIÇÃO DAS EQUIPAS

EQUIPA A Vasco Oliveira Ana Frade Ana Isabel Marina Marques Sónia Lopes Sofia Costa Fátima Rodrigues Carina José	EQUIPA B Andreia Correia Rita Pinto Luciana Esteves Ana Simões André Marques Sara Santos Rita Nunes Liliana Pereira
EQUIPA C Tiago Cunha Cláudia Miranda Sandra Gomes Daniela Amorim Joana Marques Ana Gonçalves Cláudia Guerreiro Pedro Queiroz	EQUIPA D Daniel Gonçalves Cristiana Jesus José Moreira Carla Sousa Mariana Martins Carlota Santos Marta Esteves Catarina Fonseca

2^a

GANHA A EQUIPA MAIS RÁPIDA A RESPONDER E COM MAIOR NÚMERO DE RESPOSTAS CERTAS.

3^a

O JOGO É RESPONDIDO POR CADA ELEMENTO DA EQUIPA INDIVIDUALMENTE.



APÊNDICE XIV

Divulgação dos Resultados do Jogo Interativo

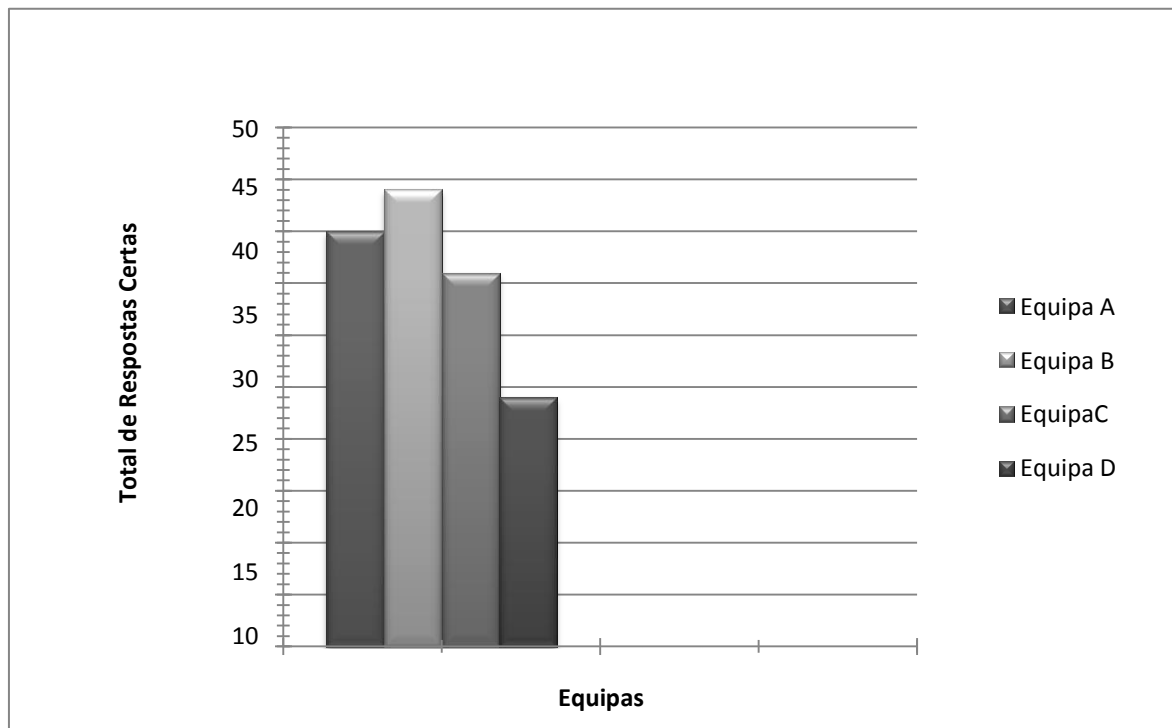


Gráfico I – Análise das Respostas Certas por Equipa

A Equipa Vencedora é:

B

APÊNDICE XV

Divulgação das Respostas Certas do Jogo Interativo

Respostas Certas

1 – O extintor é o meio mais adequado para combater um incêndio na sua fase inicial?

Sim

2 – Como se manifesta o fogo?

Todas as anteriores

3 – Enumere as cinco classes de fogo que lhe permitem seleccionar o tipo de extintor de incêndio mais adequado à situação?

Classe A – combustão de materiais sólidos;

Classe B – combustão de materiais sólidos liquidificáveis ou líquidos combustíveis;

Classe C – combustão de gases;

Classe D – combustão de metais alcalinos;

Classe E – incêndios em equipamentos elétricos sob tensão.

(considerarei todas as respostas certas mesmo só quem respondeu às 4 primeiras)

4 – Quais os tipos de extintores de propulsão do agente?

Todas as anteriores

5 – Descreva a constituição do extintor através dos números que observa na figura?

1. Manipulo

2. Válvula

3. Percutor

4. Tubo de Descarga CO₂

5. CO₂

6. Agente Extintor

7. Tubo de Pesca

8. Bico de Descarga

6 – Qual das figuras está correta?

Figura 2

7– A figura ilustra como se utiliza um extintor em situação de incêndio?

Sim

7.1 – Enumere a ordem pela qual se deve utilizar o extintor em caso de incêndio, segundo a figura anterior?

1,5,4,2

8– Caso verifique uma situação de incêndio no seu local de trabalho, para que número deve ligar?

2222



APÊNDICE XVI

O Cabaz Oferecido à Equipa Vencedora

O CABAZ OFERECIDO À EQUIPA VENCEDORA



Fonte: Daniela Martins

APÊNDICE XVII

Planeamento/Cronograma do PAC em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

Planeamento do PAC

Estudante: Daniela Magda Galvão Martins	Orientador: Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Sr. ^a S. M. e Sr. ^a Professora M. P.
Instituição: Instituição Hospitalar situada em Coimbra	Serviço: CCP/ORL/Endocrinologia
Objetivos <u>OBJETIVO GERAL</u> Prestar Cuidados de Qualidade à Pessoa com Doença Oncológica em situação Crónica e Paliativa <u>OBJETIVOS Específicos</u> ✓ Aprofundar conhecimentos sobre os cuidados à pessoa com doença oncológica em situação crónica e paliativa numa Unidade de Cuidados Paliativos de Referência.	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção Professora – M. P.; Enfermeira Orientadora Especialista e Enfermagem Médico-cirúrgica – S.M. Enfermeiro Responsável do Serviço de Cuidados Paliativos – Enfermeiro C.C. Enfermeira Especialista e Enfermagem Médico-cirúrgica – M.G.	

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1 – Aprofundar conhecimentos sobre os cuidados à pessoa com doença oncológica em situação crónica e paliativa numa Unidade de Cuidados Paliativos de referência	Pesquisa Bibliográfica	Estudante	Base de dados: Scielo, Pubmed; obras científicas, Organização Mundial de Saúde e Direção Geral da Saúde Computador Internet Biblioteca	1º e 2º Semana de Novembro	Elabora Enquadramento do Projeto de Aprendizagem Clínica
	Realizar um estágio de observação no Serviço de Cuidados Paliativos de Referência.	Estudante	Enfermeiro Responsável do Serviço de Cuidados Paliativos – Enfermeiro C.C. Enfermeira Especialista e Enfermagem Médico-cirúrgica – M.G.	3º Semana de Novembro	Relato Reflexivo sobre o Estágio de Observação

Cronograma:

Mês/semana Planear atividades a desenvolver	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pesquisa Bibliográfica																				
Realizar um estágio de observação no Serviço de Cuidados Paliativos de Referência																				

Legenda:

- Atividades Planeadas**
- Atividades Realizadas**

Orçamento:

Este projeto não acarreta custos financeiros adicionais

Recursos Humanos:

Equipa Multidisciplinar do Serviço de Cuidados Paliativos

Recursos Materiais:

Bloco

Caneta

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

Não autorização do estágio por parte da instituição. Para ultrapassar este constrangimento será solicitado outro serviço/unidade passível de desenvolver a e adquirir a competência acima mencionada.

Data: 12/9/2014 Assinatura: Daniela Magda Galvão Martins

Docente: Professora M. P.

APÊNDICE XVIII

Relatório Reflexivo Sobre

“Estágio de Observação participada num Hospital de Coimbra”

Relato Reflexivo sobre “Estágio de Observação Participada num Hospital de Coimbra”

Nos dias 18 e 19 de Novembro de 2014 realizei estágio de observação participada no Serviço de Cuidados Paliativos num Hospital de Coimbra com o objetivo de observar a prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação crónica e paliativa. A razão da escolha deste campo de estágio teve a ver com o facto de ter tido conhecimento que esta unidade presta cuidados de excelência a estas pessoas.

Pude observar que esta unidade dá resposta às pessoas com doença prolongada, incurável e progressiva. A sua missão é prevenir o sofrimento e proporcionar a máxima qualidade de vida às pessoas até ao fim de vida, e aos seus prestadores de cuidados.

Esta unidade está disponível para doentes crónicos, incapacitados e dependentes, muitos em fase terminal. As patologias mais frequentes nesta unidade são os cancros da mama, da laringe, do intestino e do colo do útero.

Sendo os enfermeiros responsáveis pelo planeamento e gestão dos cuidados, durante a realização deste estágio foi possível observar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa internada na unidade e à sua família. Assim, elaboram diagnósticos e os respetivos planeamentos de enfermagem através de uma avaliação inicial e da história do cliente, não descurando o cuidador. Sempre que possível envolvem a família/pessoa na elaboração do plano de intervenções de enfermagem, com o intuito de dar resposta a essas necessidades. Nos cuidados paliativos a família é o pilar importante no processo de cuidados. Assim esta pode acompanhar todo o processo de doença do seu ente querido. Remete-nos para a competência – Identificar as necessidades e promover intervenções junto das pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares.

Nesta unidade existe uma preocupação em monitorizar e avaliar os sinais e sintomas durante cada turno, permitindo assim a intervenção atempadamente e prevenindo o agravamento desses sintomas. Nas pessoas em fase terminal é importante as medidas farmacológicas e não farmacológicas com o objetivo de proporcionar o conforto da pessoa e da sua família. Remete-nos para a competência – Promover intervenções junto das pessoas com doença crónica e incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares.

A comunicação é um dos pilares mais importantes em cuidados paliativos, pois é uma ferramenta de comunicação que permite delinear estratégias em diferentes situações, tendo em conta cada pessoa e família. Assim se houver uma informação adequada do diagnóstico

e prognóstico, isto vai permitir traçar um percurso da doença, com o objetivo de diminuir os fatores de *stress* e de ansiedade na família e no cuidador. Remete-nos para a competência – Envolver os cuidadores da pessoa em Situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.

Também na equipa de enfermagem existe uma preocupação constante em dar apoio ao prestador de cuidados, promovendo o ajuste pessoal de cada situação, aumentando a capacidade de cuidar e de possibilitar uma adaptação normal às diferentes fases de luto pelo qual vai passar.

Nos cuidados paliativos é importante trabalhar em equipa. Tive a oportunidade de participar na reunião multidisciplinar (médico, enfermeira chefe, psicóloga, assistente social, padre, dietista) semanal, que tem como objetivo discutir e reavaliar os cuidados prestados a cada pessoa que se encontra internada. Assim, é refeito o plano de estratégia dando continuidade ao que já foi elaborado. A equipa multidisciplinar tem sempre em consideração as questões éticas no tratamento da pessoa e família no processo de cuidado e tomadas de decisão. Remete-nos para a competência – Colaborar com os outros membros da equipa de saúde e/ou serviço de apoio.

Nesta competência é importante a elaboração de um plano terapêutico em conjunto com a pessoa e família, com o objetivo de incentivar a pessoa e seus cuidadores a serem parceiros no planeamento, execução e avaliação dos cuidados. Assim a monitorização da dor permite avaliar a eficácia do fármaco bem como fazer ajustes sempre que necessário. Remete-nos para a Competência – Promover parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família.

A equipa de enfermagem tem uma crescente preocupação em ajudar a pessoa e família no processo de luto, através do estabelecimento de relação de ajuda e a disponibilidade para com a pessoa e família, onde estas verbalizam seus medos e ansiedades relativamente à morte e perda do seu ente querido. Neste caso, a equipa de enfermagem faz o acompanhamento de ambos nas diferentes fases até à morte e colabora com os familiares no processo de luto, através de um acompanhamento contínuo. Remete-nos para a competência – Respeitar a singularidade e autonomia, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto.

Todas as intervenções realizadas são sempre com o intuito de respeitar as vontades verbalizadas pela pessoa e tendo como objetivo ajudá-la a morrer em paz e com dignidade, isto é, ter um fim de vida sem sofrimento e dor, não descurando a satisfação das

necessidades espirituais.

Durante estes dois dias de estágio foi possível observar a exaustão física e emocional por parte dos prestadores de cuidados à pessoa durante 24h e de forma sistemática. Para colmatar esta situação existe uma equipa multidisciplinar pronta ajudar a ultrapassar estas situações.

Antes da equipa de enfermagem iniciar a passagem de turno, esta partilha os momentos geradores de *stress* associados aos cuidados prestados à pessoa crónica e paliativa em fase terminal. Esta partilha permite traçar estratégias para prevenir *burnout*, tais como jantares e idas a spas, entre outros convívios. Remete-nos para a competência – Reconhecer os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de forma eficaz.

Podemos verificar que a equipa multidisciplinar trabalha para prevenir e reduzir o sofrimento físico e psicológico das pessoas e família, de forma a garantir os cuidados de saúde e reduzir o risco de luto patológico na família e prestador de cuidados.

Assim com a aquisição de novos conhecimentos e experiências, dos quais pretendo transpor para a minha prática, este estágio permitiu-me desenvolver as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa e situação crónica e paliativa, contribuindo assim para uma melhor prestação de cuidados.

APÊNDICE XIX

Reflexão do Estágio Realizado no Bloco Operatório

Relato Reflexivo sobre “O Estágio de Observação no Bloco Operatório”

No dia 16 de Junho de 2014, realizei estágio de observação no bloco operatório, com a duração de 9 horas.

Este estágio teve como objetivo observar o início do circuito da pessoa, submetida a retalho livre, desde o internamento até a uci.

Tive a possibilidade de observar as diferentes fases que constituem a cirurgia de retalho livre.

A S.D. foi submetida a hemipelviglossectomia + celulectomia cervical direita + traqueotomia + retalho livre antebraqueal.

A utilização desta técnica tem como objetivo corrigir várias lesões, que podem ser cutâneas ou da mucosa. O retalho utilizado na reconstrução da língua, situação observada na prática, foi oriundo duma região dadora distante do local a reconstruir, que se designa por antebraço. Para cobrir a lesão do antebraço foi retirado pele da coxa, sendo esta auto-regenerada (processo de cicatrização). Deve ser tomada em linha de conta o défice tecidual existente, as condições da zona recetora, a segurança circulatória, as alterações resultantes da zona dadora, as condições gerais da pessoa e a simplicidade da sua execução para a melhor escolha do retalho da lesão a reconstrução.

Nesta situação concreta a S.D. ficou com traqueotomia provisória, sonda nasogástrica, linha arterial, cateter venoso central. O enfermeiro especialista tem um papel importante nesta situação, na medida que presta cuidados a pessoas em situação de emergência e na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica, remetendo K1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação, emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (Anexo I do Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Contudo, é de realçar que a dor no pós-operatório é uma preocupação não só da equipa de enfermagem como da equipa de anestesista que monitoriza diariamente a eficácia da terapêutica. O enfermeiro tem um papel importante na avaliação da dor utilizando escalas de avaliação para que possa registar a sua intensidade, o que permite ao enfermeiro gerir a medicação prescrita e seus SOS. Estes aspetos contribuem para desenvolver a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas, remetendo K1.3 – Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas (Anexo I do Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Foi possível observar o circuito do doente, desde a enfermaria onde a pessoa se encontrava internada, à receção da pessoa pela enfermeira do bloco operatório, à sala pré-anestesia (onde a Anestesista fala com a pessoa) e à sala do bloco operatório, onde é acolhida por toda a equipa da unidade de cuidados intensivos.

Corrobora que, após a observação dos vários intervenientes no processo, estes atuam de forma a minimizar o risco de infeção, contribuindo para aprofundar conhecimentos na área da competência K3.2 – lidera o desenvolvimento de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (Anexo I do regulamento nº124/2011 18 de Fevereiro de 2011).

Apesar de trabalhar já alguns anos nesta instituição nunca tive a oportunidade de seguir a trajetória do doente. Contudo, foi uma experiência enriquecedora, quer para o projeto a desenvolver, quer para o trabalho que me encontro a realizar no meu dia-a-dia como enfermeira.

APÊNDICE XX

Reflexão do Estágio Realizado na Unidade de Cuidados Intensivos

Relato Reflexivo sobre “O Estágio de Observação na Unidade de Cuidados Intensivos”

No dia 18 de Junho de 2014, realizei o meu estágio de observação na Unidade de Cuidados Intensivos, com a duração de 8 horas. Este estágio teve como objetivo observar os cuidados prestados à pessoa submetida a retalho livre.

A S.D. foi admitida a 16/06/2014 pelas 17 h de forma eletiva na unidade, ainda sob efeito anestésico residual e sob ventilação mecânica. Às 17:30 é desconectada e fica com oxigénio pela cânula de traqueotomia (Shiley nº8). Nas primeiras horas de internamento manteve estabilidade hemodinâmica e ventilatória, com um quadro algico controlado, tendo um pico febril isolado e analiticamente bem.

No dia 17/06/2014, a pessoa apresentava um quadro algico pouco controlado, necessitando de analgesia suplementar. Apresentava também náuseas provocadas pela sonda nasogástrica. No antebraço direito com tala gessada, referia sentir formigueiro no dedo polgar, mas não foi observado qualquer compromisso neurocirculatório.

No dia 18/06/2014 à pessoa já se encontra hemodinamicamente estável, apirética e colaborante dentro das suas limitações físicas. Foi prestado os cuidados de higiene e conforto no leito, por mim e pela Enfermeira Orientadora e depois massajada com creme hidratante. Após este procedimento foi realizado o levante para o cadeirão, onde se efetuaram os pensos. Estes são refeitos assepticamente após lhe terem sido retirados os pensos operatórios, apresentando suturas de bordos unidos não sangrantes que ficaram expostas.

De seguida, foram realizados os cuidados traqueais onde observámos secreções brônquicas amareladas. Por indicação médica, os pontos de contenção da cânula são mantidos e o cuff fica desinsuflado.

Por indicação médica, o penso da região dadora (coxa da perna esquerda) deverá ser refeito no quinto dia pós a cirurgia e o do antebraço ao 7 dia pós cirurgia. O retalho da cavidade oral mantém preenchimento, coloração e temperatura mantida, tendo sido prestados os cuidados orais com clorohexidrina. Remete para a competência K.1.1. – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (Anexo I do Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

A S.D. apresentava níveis de ansiedade e de *stress* elevados devido ao seu estado

de saúde. Para minimizar este comportamento realizei massagem corporal acompanhada de música, proporcionando o relaxamento. De seguida a S.D. referiu (SIC) *“mãos de fada que me tranquilizaram, sabe já me sinto melhor”*, isto é, consegui com que S.D. ficasse mais comunicativa e esboçando um sorriso.

A dor é monitorizada através de Escala Numérica para pessoas conscientes e a Escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT) para pessoas sedados e/ou com suporte de ventilação mecânica harmonizando o bem-estar físico, psicossocial, espiritual e emocional remetendo para K1.3 – faz a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando a resposta (Anexo I do Regulamento nº124/2011 do regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Cabe ao enfermeiro ajudar a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica, remete para K1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica (Anexo I do Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

A família tem um papel importante na recuperação da pessoa demonstrando afetividade e colaborando na prestação dos cuidados. Neste campo de estágio foi possível envolver a família na realização de pequenos cuidados, tais como o auxílio à pessoa para limpar a saliva e as secreções que expele da cânula. Este é um contributo importante para a pessoa com limitações físicas, proporcionando o seu bem-estar.

Atendendo à complexidade da situação de saúde e à resposta necessária à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica e à sua família, como futuro enfermeira especialista devemos mobilizar os conhecimentos e competências adquiridas para que possamos dar resposta num curto período de tempo. Sendo esta técnica de alta complexidade e por vezes emergente devido à instabilidade da pessoa, devemos olhar de uma forma holística, para que nos permita prestar cuidados diferenciados.

Também é importante demonstrar conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica, isto é, demonstrar estratégias facilitadoras de comunicação, adaptando-as à complexidade do estado de saúde da pessoa. Assim, permite-nos prestar cuidados com qualidade remetendo K1.5. – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Anexo I do Regulamento nº124/2011). Neste caso a relação terapêutica é de crucial importância para que se possa

proporcionar um ambiente seguro e protegido B.3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos (Anexo IV Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011).

APÊNDICE XXI

Reflexão do Estágio Realizada num Hospital de Coimbra

Relato Reflexivo sobre “Estágio de Observação Participada num Hospital de Coimbra”

No dia 26 e 27 de Maio de 2014 foi realizado estágio de observação participada num Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/Otorrinolaringologista/Urologia de um Hospital de Coimbra com o objetivo de observar a prestação de cuidados de qualidade à pessoa oncológica submetida a cirurgia com retalho livre. A razão da escolha deste campo de estágio teve a ver com o facto de ter tido conhecimento que nessa unidade já se realizavam cirurgias de retalho livre há alguns anos.

No entanto, quando me apresentei no local de estágio e transmiti os objetivos específicos foi-me informado pela Enfermeira Chefe e pela Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica (Orientadora) que o procedimento de retalho livre não era realizado, mencionando que apenas realizam cirurgias com recurso a enxertos com alguma frequência.

Verifiquei que este campo de estágio não me iria permitir atingir o meu objetivo, mas, optei por manter o estágio na medida em que considerei que ia prestar cuidados à pessoa com patologias semelhantes e que poderia ser uma experiência enriquecedora. Assim permitiu desenvolver conhecimentos a aplicar na minha práxis diária e ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho. Remetendo assim para a competência D2.1 – responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (anexo IV Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Os cuidados traqueais são realizados no quarto onde é realizado o primeiro ensino à pessoa com todos os passos de uma boa higiene para que se possa prevenir a infeção e promover a sua autonomia. Este procedimento é posteriormente também realizado ao prestador de cuidados. Para tal, a equipa de enfermagem entra em contacto com o gabinete de estomoterapia e informa que devem iniciar os ensinamentos à família e reforçar à pessoa. Esta passa a realizar os ensinamentos no gabinete de estomoterapia diariamente, preparando assim a sua alta clínica. Remete para a competência K.3.2 – lidera o desenvolvimento de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (anexo I do regulamento nº124/2011).

A minha realidade é um pouco diferente. Os cuidados prestados à pessoa/família com cânula sendo traqueotomizada ou traqueostomizada é sempre realizado na enfermaria ou na sala de tratamentos. Não possuímos nenhuma consulta especializada para estas

peessoas. Para mim esta experiência foi bastante positiva, porque verifiquei que a pessoa apreende mais facilmente todo o procedimento, uma vez que a colega da consulta dispõe de mais tempo para a realização do mesmo.

A equipa de enfermagem recebe pessoas em pós-operatório imediato que carecem que o enfermeiro preste maior vigilância, nomeadamente o controlo da dor. A terapêutica é prescrita pelo anestesista, através de protocolos terapêuticos designados por CONVS, tendo o enfermeiro que avaliar através de escalas da dor (escala numérica) e registar a sua intensidade. Caso não esteja controlado tem que recorrer aos SOS, proporcionado assim o bem-estar da pessoa. Pronuncia a competência K.1.2. – gere a administração de protocolos terapêuticos complexos (anexo I do regulamento nº124/2011). Nestes casos as pessoas realizaram levante após as 6h e iniciaram dieta líquida fria.

Este procedimento também é semelhante à nossa realidade, tendo o nosso serviço uma sala de recuperação onde a pessoa permanece 24 h em observação permanente. Se no dia seguinte a pessoa apresentar-se hemodinamicamente estável é realizado levante, sendo prestados os cuidados de higiene. Realizam-se os pensos cirúrgicos, iniciando-se a dieta e por fim a transferência da pessoa para a enfermaria, com indicação médica.

Em suma, prestei cuidados à pessoa com patologias semelhantes com uma realidade diferente da minha prática, mas que contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos e experiências, dos quais pretendo transpor para a minha realidade.

APÊNDICE XXII

Poster

APÊNDICE XXIII

Relato Reflexivo sobre

2ª Jornada de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E.

Relato Reflexivo Sobre As 2ª Jornadas De Enfermagem Do Centro Hospitalar De Setúbal E.P.E.

As 2^{as} Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E., intituladas “Um Olhar Reflexivo sobre o (in) visível Intervenção partilhada de enfermagem que decorreu nos dias 27 e 28 de Novembro 2014 no Fórum Municipal Luísa Todi em Setúbal”. As diferentes mesas que foram apresentadas contribuíram para aprofundar conhecimentos relacionados com o papel do enfermeiro nos seguintes aspetos: Formação – processo efetivo de desenvolvimento profissional; Controlo de Infeção – diferentes serviços, os mesmos desafios; Segurança do doente; Pensar a Catástrofe e a Emergência Interna; Organização e Funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional nas Instituições Hospitalares / Centro Hospitalar de Setúbal e a multidisciplinaridade e a continuidade de cuidados.

Na primeira mesa – “Formação: Um processo efetivo de desenvolvimento profissional” foi abordado “O Papel do Enfermeiro e Indicadores de Produção”, “Formação em serviço”, bem como o “Impacto da formação no Posto de Trabalho” onde focaram a importância da formação, que é um processo efetivo de desenvolvimento profissional. Para tal, temos que diagnosticar as necessidades de formação de cada serviço. Esta formação pode ser contínua, permanente ou por secções, que nos remete para consolidação de conhecimentos e para a reflexão dos cuidados. Contudo é importante a aprendizagem ao longo da nossa vida dado que vai influenciar a nossa prática, isto é, a formação em serviço é de realce importância porque vai de encontro às necessidades do serviço, que nos permite diagnosticar, planejar, implementar, avaliar e partilhar os resultados. Esta abordagem remete-nos para o REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro) artigo 9 – Intervenções dos enfermeiros e para o Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril e para a competência D2.1 – responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade (anexo IV Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Corroborando com o acima mencionado a formação é de extrema importância ao longo da nossa vida profissional e pessoal para que possamos prestar cuidados com excelência. Remete-nos para a competência B2 – Conhece, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (anexo IV Regulamento nº122/2011 de 18 de

Fevereiro de 2011).

Ao assistir às apresentações das comunicações livres foi um acrescentar de saberes através dos diferentes temas abordados, permitindo assim adquirir novos conhecimentos científicos de forma a serem aplicados na minha prática profissional.

Na segunda mesa – “Controlo de Infeção: diferentes serviços os mesmos desafio” foi tratado o “Controlo de Infeção e resistência aos Antimicrobianos, duas faces da mesma moeda” onde menciona que 30% das infeções nos cuidados de saúde seriam evitadas, remetendo-nos para as Infeções Associadas aos cuidados de Saúde (IACS). Assim em Portugal 10,5% em cada 100 doentes têm infeções nosocomiais, tendo estas três tipologias: infeção do trato urinário, respiratório e no local cirúrgico. Após terem citado vários estudos realizados em Portugal verifiquei que existe resistência à profilaxia antibiótica, não devendo ultrapassar a antibioterapia mais de 7 dias de toma. Pelo qual se apostou nas campanhas de higiene das mãos bem como no uso de equipamento de proteção individual ao combate às transmissões microbianas. De seguida foi abordado “A perspetiva do serviço da esterilização centralizado” onde nos foi transmitido todos os procedimentos e protocolos institucionais para a prevenção da infeção. Reforçando assim, a qualidade, gestão de risco, controlo de infeção e formação em serviço. Aqui o enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos que garantam o seu bom funcionamento, desde a recolha até ao fornecimento.

Por fim foi aportado “O Combate ao MRSA na UCI” sendo um estudo realizado a 153 doentes estando 11 com colonização nasal MRSA (*Staphylococcus Aureus* com Resistência à Meticilina). No entanto, foi preciso isolar e utilizar o equipamento de proteção individual, para a melhoria contínua dos cuidados prestados aos doentes.

Sendo futura enfermeira especialista esta formação cruza com as competências K.3.2.1 – Demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permite ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo da infeção (Anexo I do Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011). Também remete para competência

K.3.2.2 – Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica (Anexo I do Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011) e K.3.2.3 – faz cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção (Anexo I do Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011) como por exemplo quando nos

referimos aos cateteres periféricos e à prevenção da infecção por MRSA (*Staphylococcus Aureus* com Resistência à Meticilina) referenciados nas comunicações livres.

A terceira mesa foi intitulada “Afinal, o que é a Segurança do Doente? Na primeira apresentação “Estratégias em segurança do doente no CHS” direciona para a Norma 025/2013 revista em 2014 pela Direção Geral da Saúde. Foram apresentados dados do GIARC (Grupo de Indicador Auditado Risco Clínico) em que são auditados 100 adversos/mês, destes 18% é com danos (eventos Adversos), 1% com eventos adversos graves e 19% com eventos sem danos. Conclui-se que desde 2008 até 2014 só foram relatados 1125 casos, referindo-se a dispositivos médicos, quedas e úlceras de pressão. A mensagem que se quer passar ao expor estes dados é sensibilizar todos os profissionais para relatarem os incidentes críticos, pois só assim se consegue mudar para melhor cuidar. De seguida foi apresentada “A experiência de um serviço Clínico na implementação de medidas de Segurança do Doente – Serviço de Medicina interna CHS” onde a colega mencionou que utilizavam as pulseiras nos doentes com diferentes cores conforme o risco de queda, mas não resultou dado que se confundiam com as outras. Assim quando o doente entra no serviço é aplicado a Escala de Morse e em consonância com os resultados é aplicada a cor triângulo nas respetivas camas. Conseguiram assim reduzir o número de quedas por mês. Remete-nos para a competência B3 – cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (anexo IV Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Por último foi ancorado “Estamos protegidas? Implicações jurídicas” onde se falou do sistema de notificação e sua proteção legal. Referiu-se que o sistema de notificação é uma aprendizagem em identificar os erros, permitindo analisá-los de forma confidencial e não punitiva. Mas como o sistema de notificação é usado para fins legais, os profissionais têm receio de notificar o erro, pela punição que possa daí advir. Assim, referiu-se que temos que mudar de atitude e não resistir à mudança, porque estamos legalmente protegidos.

No segundo dia a primeira mesa é designada por “Pensar a Catástrofe e a Emergência Interna”, tendo sido expresso o papel da “Proteção Civil na Catástrofe”. A Proteção Civil tem como “atores” o Estado, Região, Cidade e autarquia; temos as situações descritas como acidentes graves e catástrofe e a “ação” faz parte da prevenção, preparação e respostas. Estes intervenientes vão interferir nas pessoas, ambientes e património.

Também falou-se sobre a organização Nacional de Proteção Civil. Referiu-se que temos o dever especial de colaborar com a proteção civil.

Demostrou-se como atuar perante o sismo L'aquila de 6 de Abril de 2009 (Itália), preparando o local para colocar as tendas de acolhimento e a alimentação. Como gerir tudo isto? Com a elaboração do plano de emergência, que vai definir o posto de cada um.

De seguida abordou-se “A importância do enfermeiro no plano de emergência interno”, que remete-nos para o Decreto-Lei n.º 220/2008 de 12 de Novembro e para a Portaria nº1532/2008 de 29 de Dezembro (Diário da Republica – I série nº250). É de salientar que, em caso de incêndio ou de outra situação adversa devemos saber dar resposta, sendo importante o conhecimento do plano interno da instituição. Os simulacros são importantes porque permite-nos analisar e avaliar todos os procedimentos realizados com as diferentes entidades e melhorar se for necessário. Podemos considerar que é importante o acesso a um bom plano de emergência interna versus motivar e formar os profissionais. O filme que nos foi transmitido apresentou os vários simulacros realizados no Centro Hospitalar de Setúbal. Deste modo, como futura enfermeira especialista esta formação cruza com as competências K2.1.1 – Demonstra conhecimentos do Plano Distrital e Nacional para catástrofe emergência (Anexo I do Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011); Competências K2.2.1 – Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situação de catástrofe (Anexo I do Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011); competências K2.2.2 – Identifica os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde (Anexo I do Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011); competências K2.2.3 – Atribui graus de urgência e decide a sequência de atuação (Anexo I do Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011) e competências K2.2.4 – Sistematiza as ações a desenvolver em situação de catástrofe ou emergência (Anexo I do Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011).

Mais uma vez as comunicações livres contribuíram para a minha aprendizagem enquanto profissional e como futura enfermeira especialista de enfermagem médico-cirúrgica. Achei muito interessante o projeto “Família Segura”, que consiste em fazer formação em suporte básico de vida para o cidadão comum, que teve muita aderência por parte das pessoas. Deste modo vai permitir que se salvem mais vítimas de paragem cardiorrespiratória.

Também é de salientar nas comunicações livres a apresentação do curso de formação em dor crónica para enfermeiro, que deverá ter início para 2015.

Na segunda mesa foi abordado o tema “Organização e Funcionamento do Serviço da Saúde Ocupacional nas Instituições Hospitalares/Centro Hospitalar de Setúbal onde foi mencionada a implementação da saúde ocupacional de um serviço em Hospital Central, as intervenções de enfermagem nesta área e como funciona o mesmo serviço no Centro Hospitalar de Setúbal.

A terceira mesa representa a “multidisciplinaridade e a continuidade de cuidados” onde deram ênfase ao papel do enfermeiro e ao planeamento das altas, à gestão de altas e à experiência do serviço de especialidades médicas do Centro Hospitalar de Setúbal.

O contacto com as diferentes temáticas possibilitou-me aprofundar os meus conhecimentos de modo a contribuir para uma melhor prestação de cuidados na minha prática diária e como futura enfermeira especialista.