

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico Cirúrgica vertente

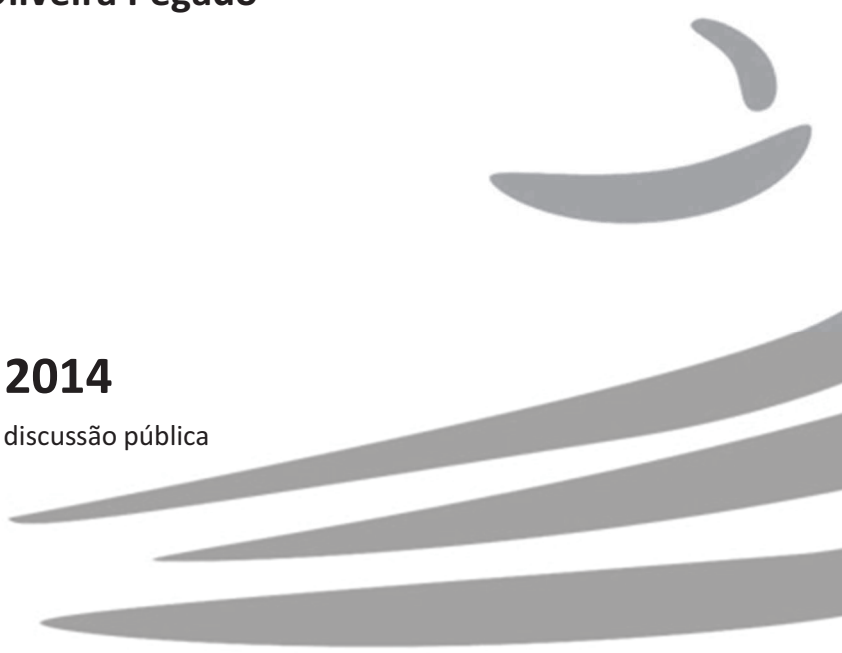
Oncológica

Preparação para a alta da família/cliente oncológico submetido a Cirurgia Digestiva Alta

Rui de Oliveira Pegado

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico Cirúrgica vertente

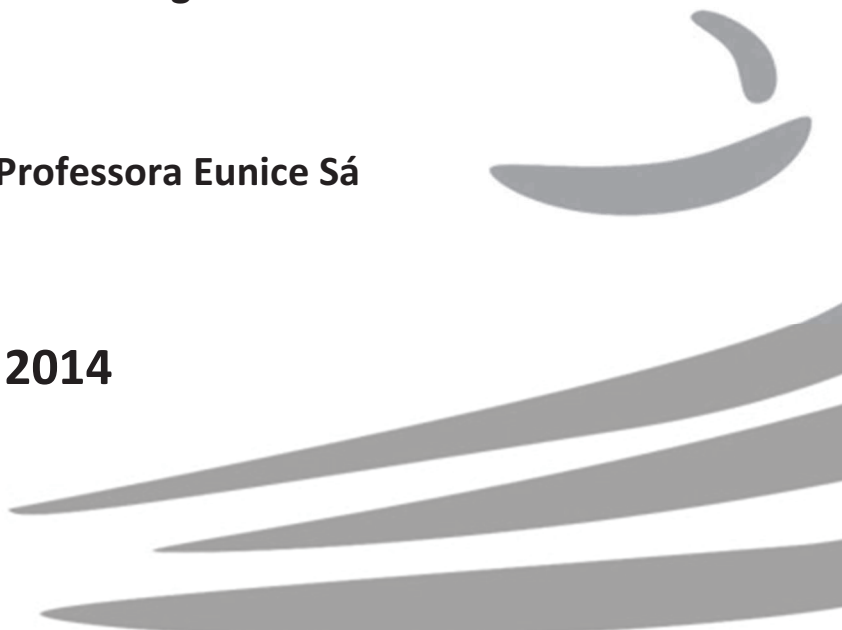
Oncológica

Preparação para a alta da família/cliente oncológico submetido a Cirurgia Digestiva Alta

Rui de Oliveira Pegado

Orientadora: Professora Eunice Sá

2014



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEOP - Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa

BO - Bloco Operatório

CA - Cirurgia Ambulatória

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNADCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

PORDATA - Base de Dados de Portugal Contemporâneo

RON - Registo Oncológico Nacional

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UPCR - Unidade de Patologia Colo Rectal

Resumo

O presente relatório enquadra-se no âmbito da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica vertente Oncológica, num processo de aquisição de competências em enfermagem, com frequência de estágios em Serviços Públicos do Sistema Nacional de Saúde em Portugal.

Com enfoque no desenvolvimento e implementação de um processo de preparação para a alta do cliente oncológico submetido a esofagectomia e gastrectomia, os estágios decorreram em Serviços Cirúrgicos com processos identificados na transmissão de informação pelos enfermeiros, com o intuito da preparação para a alta em clientes em período pré e pós-operatório.

No relatório encontram-se descritos os objetivos e atividades desenvolvidas, com subsequente fundamentação de resultados, através de revisão sistemática da literatura efetuada previamente, literatura relevante na área de enfermagem e sustentação teórica utilizando a teoria de médio alcance de Afaf Meleis (teoria das transições).

Através da observação e participação dos cuidados prestados e da interação com os clientes, cuidadores e enfermeiros, retiraram-se contributos na preparação para a alta nos diferentes locais de estágio. Procedeu-se a uma análise reflexiva dos achados encontrados, explicitando as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem, adquiridas durante o período de estágio. Elaboraram-se instrumentos para sistematização de informação para alta, guia de apoio aos profissionais, e sensibilização da equipa com exposição dos resultados encontrados, com o intuito de incrementar a prestação de cuidados de qualidade.

Palavras-chave: preparação para a alta; esofagectomia; gastrectomia; cliente oncológico; cuidador

Abstract

The present report was elaborated in order of acquirement of nurse medical-surgical oncology specialist degree, within a process of acquisition of nursing competences, through internships in Portugal's National Health Services.

Focusing on the development and implementation of a discharge nursing process, including the oncologic patient undergo esophagectomy and gastrectomy, the internships take place in surgical services, with identified information transmission procedures by nurses, with the goal of preparation for hospital discharge in patient's in pre and post-operative period.

In the report are described the objectives and activities developed, with subsequent analyze results, through a systematic review of literature previously performed, nursing relevant literature, and use of the middle range transitions theory of Afaf Meleis.

Through observation and participation in nursing care, interaction with patients, carer, and nurses, were withdrawn contributions in discharge process in the different internships frequented. It was proceeded a reflexive analyses of the finding results, clarifying the specialist nursing competences achieved during the internship period. Instruments were elaborated to systematize information regarding to discharge, a guide of support for nurse professionals, and the sensitization of nursing staff with exposure of the result findings were conducted, with the goal of incrementing quality in nursing care.

Keywords: Discharge; esophagectomy; gastrectomy, oncologic patient; caregiver

Índice

INTRODUÇÃO	7
1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	9
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
2.1 O Planeamento da alta e impacto da alta em enfermagem	11
2.2 Os cuidadores como parceiros de cuidados	11
2.3 Referencial teórico de enfermagem no processo de transição para o domicílio - Modelo teórico de Afaf Meleis	12
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO PREPARAÇÃO PARA A ALTA DO CUIDADOR/CLIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DIGESTIVA ALTA	15
3.1 Planeamento do projeto	15
3.1.1 Competências a desenvolver	16
3.2 Diagnóstico de necessidades na prática de cuidados	16
3.3 Execução das atividades delineadas e respetiva reflexão	16
3.3.1 Unidade de Patologia Colo Retal	17
3.3.2 Unidade de Cirurgia de Ambulatório	25
3.3.3 Serviço de Urologia	31
3.3.4 Consulta Externa do Serviço de Cirurgia Geral	38
3.3.5 Internamento do Serviço de Cirurgia Geral	44
4. QUESTÕES ÉTICAS	56
5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	59
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	
Anexo 1 - UPCR Protocolo de ensino no internamento	
Anexo 2 - Follow-up 7º dia na UCA	
Anexo 3 - Checklist Urologia	
Anexo 4 - Checklists de clientes acompanhados na Urologia	

Anexo 5 - Dados antes e após o estabelecimento do protocolo de ensino em internamento na Urologia

Anexo 6 - Termómetros Emocionais

Anexo 7 - Termómetros emocionais preenchidos na admissão e alta

APÊNDICES

Apêndice 1 - Revisão Sistemática da Literatura " Intervenções de enfermagem na preparação para a alta do cliente submetido a cirurgia"

Apêndice 2 - Cuidadores identificados na UPCR

Apêndice 3 - Resultados do follow-up do 7º dia na UCA

Apêndice 4 - Jornal de aprendizagem

Apêndice 5 - Dados recolhidos na consulta externa

Apêndice 6 - Instrumento de recolha de opinião sobre a preparação para a alta

Apêndice 7 - Análise das respostas ao instrumento de recolha de opinião

Apêndice 8 - Cheklis cliente submetido a gastrectomia e esofagectomia

Apêndice 9 - Guia de apoio à cheklist

Apêndice 10 - Folhetos cliente submetido a cirurgia gástrica e do esófago

Apêndice 11 - Plano da sessão de formação

Apêndice 12 - Sessão de formação

Apêndice 13 - Instrumento de avaliação da sessão de formação

Apêndice 14 - Análise das respostas do instrumento de avaliação da sessão de formação

Apêndice 15 - Checklist de problemas identificados nos termómetros emocionais

Apêndice 16 - Checklists preenchidas de problemas identificados nos termómetros emocionais

INTRODUÇÃO

A doença oncológica é uma realidade premente na sociedade atual, com repercussões significativas nos clientes, na sua qualidade de vida e nos cuidadores, que representam um suporte fundamental, acompanhando por diversas vezes o próprio cliente oncológico durante o internamento, durante os tratamentos ou no seu regresso ao meio residencial.

Através da Base de Dados de Portugal Contemporâneo (PORDATA, 2013) tendo como fonte de dados o INE, os óbitos por causa de morte em Portugal no ano de 2012 revelam que os tumores atingem uma proporção de 23.9% do total de óbitos, sendo a segunda causa de mortalidade imediatamente a seguir às doenças do aparelho circulatório, que representam a primeira causa de mortalidade em Portugal com 30.4%.

Centrando a patologia oncológica com particular relevância no sistema digestivo, é equacionado o tratamento tendo em consideração a localização do tumor e as características do mesmo. Uma parte importante do tratamento pressupõe a intervenção cirúrgica, muitas vezes com consequências a nível da vida dos clientes e na sua qualidade de vida. Com particular enfoque na cirurgia digestiva alta (clientes submetidos a esofagectomia e gastrectomia), a intervenção do enfermeiro revela-se fundamental na elaboração de planos de alta que favoreçam o retorno do cliente ao domicílio habitual, para que este consiga bastar-se a si próprio, de forma a alcançar como referido por Schumacher e Meleis (2010) uma transição saudável.

Os avanços tecnológicos aliados ao conhecimento científico dos dias de hoje, conduziram a novas técnicas cirúrgicas, menos traumáticas e consequentemente a tempos de internamento nos serviços cada vez mais curtos. A pressão social existente com vista à diminuição das listas de espera é um facto que contribui ainda mais para a diminuição desses tempos. Os enfermeiros surgem então como elemento importante na preparação dos clientes para o retorno à sua residência habitual, o mais precocemente possível. Torna-se então imperioso perante estes factos a existência de planos estruturados para apoio ao cliente e família durante este processo de transição para o seu meio, com normas orientadoras, de forma a fornecer contributos que permitam lidar com a nova realidade decorrente da cirurgia.

Com a finalidade de implementar um plano de preparação para a alta dos clientes submetidos a gastrectomia e esofagectomia, através da sistematização da informação a transmitir aos clientes e cuidadores, pretendo na elaboração deste relatório:

- Transmitir as principais necessidades dos clientes submetidos a cirurgia gástrica e esofágica com vista à sua preparação para a alta.
- Realçar as competências adquiridas como especialista em enfermagem médico-cirúrgica.
- Explicitar o percurso de aprendizagem efetuado e resultados alcançados recorrendo a análise reflexiva.
- Projetar a intervenção de enfermagem na preparação para a alta com vista à transição do cliente para o domicílio.

No relatório será efetuado uma revisão teórica com incidência na preparação para a alta. De seguida será analisada de modo descritivo o percurso efetuado nos estágios realizados, enunciando os resultados alcançados, com fundamentação através da evidência científica decorrente da revisão sistemática da literatura (RSL) efetuada ou de outra literatura relevante. Em cada local de estágio serão igualmente descritas as competências atingidas e uma reflexão acerca dos subsídios encontrados para a implementação do projeto. Serão evidenciadas posteriormente as implicações para a prática e as questões éticas emergentes vivenciadas durante o período de estágio.

1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Com a consequente diminuição dos tempos de internamento e as especificidades inerentes aos clientes submetidos a cirurgia oncológica gástrica ou do esófago, a intervenção de enfermagem torna-se fundamental na preparação dos clientes e cuidadores na transição para o domicílio. Da prática no Serviço de Cirurgia Geral deparo com lacunas existentes na preparação para alta, resultantes de intervenções não sistematizadas, resultando em dúvidas frequentes dos clientes e família no momento da alta, com repercussões na sua transição para o domicílio. O contacto telefónico com o Serviço após a alta constitui uma realidade para o esclarecimento de dúvidas que surgem após a alta hospitalar. Urge desta forma a necessidade de adequar os recursos humanos existentes correspondendo às expetativas existentes dos clientes submetidos a cirurgia gástrica e esofágica e consequentemente, os seus cuidadores.

Segundo dados do Registo Oncológico Nacional (RON, 2012) referente ao ano de 2006 num total de 39356 casos de cancro diagnosticados em Portugal Continental, Região Autónoma da Madeira e Região Autónoma dos Açores, 2704 casos referem-se a casos de cancro do estômago (1661 homens e 1043 mulheres) e 484 casos a cancro do esófago (407 homens e 77 mulheres), representando respetivamente o 5º e o 17º tumor com maior taxa de incidência a nível nacional. No estudo de Ferlay et al (2013) no ano 2012, por estimativa, os novos casos de cancro do estômago foram cerca de 3010 e de cancro do esófago 610. Pelos resultados expressos verifica-se que o número de casos tem vindo a aumentar.

O cancro do estômago apresenta uma taxa de incidência maior na faixa etária dos 70 aos 84 anos (RON, 2012). Alguns dos fatores de risco associados incluem o consumo excessivo de alimentos fumados, salgados, cozinhados a carvão; existência de úlceras gástricas; indivíduos do grupo sanguíneo A (incidência aumenta 15 a 20%); predisposição genética e familiar. Os adenocarcinomas representam a maior parte dos tumores malignos do estômago com valores na ordem dos 95% (Otto, 2000).

O cancro do esófago tem maior taxa de incidência a partir dos 55 anos de idade, apresentando mais casos na faixa etária entre os 75 e 79 anos (RON, 2012). Os fatores associados incluem o consumo de bebidas alcoólicas; consumo de tabaco; esófago de Barret; acalásia; consumo de nitrosaminas. O adenocarcinoma do

esôfago representa cerca de 35% dos casos, ao passo que o carcinoma é apresentado em 60% dos casos (Otto, 2000).

O Serviço onde exerço funções recebe um número significativo de clientes com cancro do estômago e esôfago para tratamento cirúrgico, com tempos de internamento pós cirúrgicos com tendência a serem cada vez mais diminutos. No ano de 2012 foram submetidos a cirurgia ao estômago e esôfago respetivamente, 100 e 30 clientes. O tempo médio de internamento ronda os 8 dias no caso das gastrectomias como evidenciado no estudo de Altmann, Novo e Ferreira (1999) e os 15 dias no caso das esofagectomias (Prisco et al, 2010). A necessidade de cuidados de enfermagem decorrentes de cada uma destas intervenções cirúrgicas é significativa, nomeadamente no caso das esofagectomias. O custo dos internamentos nas instituições de saúde, o avanço tecnológico e das ciências médicas têm abreviado o período de hospitalização, conduzindo a uma alta precoce (Pompeo, 2007). Esta alta precoce conduz muitas vezes a reinternamentos que ocorrem por falta de preparação do cliente e família sobre os cuidados no domicílio (Pereira, Tessarini e Pinto, 2007).

Conjugando as necessidades sentidas pelos clientes com as lacunas na preparação para a alta detetadas, a implementação de um projeto de preparação para a alta revela-se, a nível pessoal e institucional com uma importância acrescida.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 O Planeamento da alta e impacto da alta em enfermagem

Como refere Pompeo, (2007) da experiência adquirida com a prática clínica, é usual as orientações relativamente à alta hospitalar no momento da saída do cliente do hospital, sendo oferecidas orientações diversas, com a agravante de serem orais, de uma forma apressada, não tendo em conta as condições do próprio cliente e sem suporte escrito. Isto poderá conduzir à incapacidade de compreensão das orientações para a alta por parte do cliente.

Torna-se assim essencial a criação de um planeamento adequado para a alta que segundo Huber e McClelland (2003), deve ser efetuado no momento em que o cliente é admitido, ou mesmo antes e desenvolvido durante o internamento hospitalar com identificação das necessidades reais ou potenciais do cliente.

Assim sendo, torna-se primordial a criação de um modelo estruturado para planeamento da alta. Como referido por Brooten e Naylor (2010) atualmente os planos de alta são “fragmentados”, sendo utilizados protocolos desenvolvidos para todos os grupos de clientes, sem qualquer alteração ou especificação para determinado grupo. Tendo em consideração que cada grupo apresenta as suas especificidades próprias, torna-se fundamental desenvolver planos de alta específicos que correspondam às necessidades de cada um deles.

2.2 Os cuidadores como parceiros de cuidados

Os familiares apresentam-se como os principais parceiros de cuidados. Como tal não poderá existir uma correta preparação para a alta sem os incluir, bem como a outros cuidadores informais referenciados pelo cliente, o que muitas das vezes não acontece. Este facto é relevado através de estudos efetuados por Bowles, Naylor e Foust (2002) que confirmam a deficiente preparação dos clientes e familiares cuidadores durante o internamento, reforçando a necessidade de um planeamento de cuidados adequado no regresso a casa, com envolvimento ativo dos cuidadores. Reforçando esta ideia no estudo de Grimmer, Moss e Gill (2000), é salientado o facto de existir uma associação entre a preparação da alta hospitalar e a qualidade de vida

dos cuidadores, percebendo estes últimos por parte dos profissionais de saúde uma preparação para a alta de baixa qualidade, associada a um deficiente suporte social em contexto familiar. Os mesmos autores referem a necessidade de desenvolver um modelo de excelência na preparação da alta hospitalar.

Os cuidadores familiares são então um suporte fundamental para o cliente, devendo ser englobados na preparação para a alta, pois são estes que passam a maior parte do tempo com os clientes após a alta. Deveria haver um devido reconhecimento deste facto pela sociedade em geral. Os 15 dias por ano de assistência a membro do agregado familiar (podem atingir os 30 dias no caso de doença crónica) como descrito no artigo 252.º do código do trabalho (DECRETO LEI nº 7/2009), são disso um exemplo. Tendo em conta a debilidade provocada pela cirurgia gástrica em que os clientes estão sujeitos a grave perda de peso (Otto, 2000) e a cirurgia ao esófago cujos clientes, demoram cerca de 9 meses para recuperar a qualidade de vida (Griffin, 2009), o período de apoio previsto por lei é manifestamente insuficiente.

Adquire particular importância a necessidade contínua de apoio aos cuidadores. Tal facto não é na maioria das vezes referido pelos mesmos. Num estudo realizado por Levine et al (2006) os familiares cuidadores expressam sentir-se muito isolados, e com elevados níveis de ansiedade e depressão, devendo as instituições de saúde e as políticas de saúde pública providenciar melhor educação, suporte e serviços a este grupo de pessoas. Uma correta preparação para a alta, incluindo o cuidador e o acompanhamento posterior por parte dos profissionais de saúde conduzirá inevitavelmente a uma redução da ansiedade, permitindo que se sintam mais apoiados no período de pós-operatório, de regresso à sua residência.

2.3 Referencial teórico de enfermagem no processo de transição para o domicílio - Modelo teórico de Afaf Meleis

O modelo conceptual utilizado no planeamento e implementação do projeto, bem como na elaboração e fundamentação do relatório, reporta-se a Afaf Meleis, baseando-se na teoria das transições.

A transição segundo Meleis (2010) é uma mudança no “status” de saúde, nas relações, nas expectativas ou nas habilidades como resultado de estímulos e de novos

conhecimentos, que poderão ter como consequência uma mudança de comportamentos e outra definição de si no contexto social. Meleis refere-se ao doente como cliente que está em permanente interação com o meio que o rodeia.

Ainda segundo a mesma autora o planeamento da alta deve começar no dia da admissão do cliente. É essencial porque os dias do internamento são cada vez mais curtos. Na mesma linha de planeamento da alta, há referência ao Modelo de cuidados transacionais, que visa a implementação de protocolos comprovados de forma a aumentar nos pacientes e cuidadores familiares, habilidade de sentir as transições frequentes na saúde que caracterizam a trajetória da doença crónica, sendo uma abordagem validada para reduzir a elevada taxa de readmissões hospitalares (Naylor e Cleave, 2010). Na preparação para a alta, é focada a existência de um enfermeiro, que age como coordenador dos cuidados, responsável pela transição do cliente para o domicílio (“enfermeiro de cuidados transacional”). Ele é responsável pela avaliação do cliente no hospital e pela preparação e desenvolvimento de um plano de cuidados para a alta. A transmissão de informação é efetuada ao cliente com inclusão do cuidador, com estabelecimento de um compromisso entre ambos. A informação transmitida possibilita ao cliente e cuidador a identificação dos riscos para a saúde e sintomas esperados, de forma a evitar eventos adversos que conduzam ao reinternamento. É realçada a importância de manter a comunicação entre cuidador, cliente, profissionais de saúde, incluindo visitas de follow-up e disponibilidade de contato telefónico, durante um período de 2 meses após a alta (Naylor e Cleave, 2010).

Existem 4 tipos de transições: desenvolvimento, situacionais, saúde-doença e organizacionais. Neste caso com o diagnóstico de doença estamos perante uma transição saúde-doença que, de acordo com Meleis (2010) é a transição de um estado saudável para doença de instalação aguda ou gradual. Ainda segundo a mesma autora a cirurgia é considerada como um exemplo de uma transição que torna o cliente vulnerável.

Este modelo é caracterizado pela presença de propriedades que são universais ao cliente sendo elas a consciência, compromisso, mudança, espaço de tempo, pontos críticos ou eventos. O diagnóstico de cancro e a necessidade de realização da cirurgia constituem-se como pontos ou eventos críticos no decorrer do processo de doença. Ambos os eventos são influenciados pelos significados, crenças culturais e

experiências anteriores, pelo que o conhecimento dos mesmos permite a percepção da experiência sob a perspectiva de quem a vivencia (Sawyer, Meleis, Im, Messias e Schumacher, 2010).

São várias as condições das transições que constituem fatores que podem ser inibidores ou facilitadores da transição, de entre as quais encontram-se: significados atribuídos pelo cliente, expectativas, nível de conhecimento/habilidade, ambiente, nível de planeamento, bem-estar físico e emocional (Schumacher e Meleis, 2010).

Uma transição saudável é alcançada através de um bem-estar subjetivo, domínio no novo papel (“role mastery”), e bem-estar nas relações (Schumacher e Meleis, 2010). Este processo de transição será saudável ou não, dependendo dos seus recursos internos, do apoio da comunidade (oferecido pela família, profissionais e instituições de saúde) e das condições sociais. O enfermeiro, enquanto parte integrante da equipa multidisciplinar, tem um papel relevante enquanto elemento facilitador do processo de transição que conduz à adaptação do cliente à sua nova condição (Sawyer et al, 2010).

Segundo Schumacher e Meleis (2010), as terapêuticas de enfermagem são constituídas por estratégias de promoção, prevenção e interventivas. Os cuidados de enfermagem devem potenciar os fatores facilitadores e implementar estratégias que possibilitem contornar os inibidores, tendo como objetivo o domínio de competências e a reestruturação da identidade, alcançando assim uma transição saudável.

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO PREPARAÇÃO PARA A ALTA DO CUIDADOR/CLIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DIGESTIVA ALTA

3.1 Planeamento do projeto

Tendo como finalidade a implementação de plano de preparação para a alta com sistematização da informação transmitida, procedeu-se à escolha de locais de estágio. Sendo a cirurgia ao esófago muito específica, pautando a sua execução em centros especializados e desconhecendo a existência de transmissão de informação sistematizada nesta área de cuidados, a escolha de locais de estágio recaiu em Serviços que apresentassem planos de preparação para a alta organizados. Foram tidos em consideração Serviços com planeamento de cuidados e intervenções dirigidas por enfermeiros, com o intuito da preparação para a alta, englobando clientes submetidos a cirurgia de forma a fornecer contributos importantes para a implementação do projeto. A escolha dos Serviços recaiu em locais onde se realiza follow-up, ensino sistematizado, com forte intervenção na inclusão do cuidador como parceiro de cuidados. Para além do Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital foram realizados estágios em outros três locais.

O primeiro estágio compreendeu o período de 1 a 14 de Outubro de 2012 na Unidade de Patologia Colo Rectal de um Hospital, com destaque para a consulta de enfermagem no pré e pós-operatório. O segundo estágio decorreu entre 15 e 28 de Outubro de 2012, na Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital, enaltecendo a transmissão de informação oral complementada com informação escrita e o follow-up pós cirúrgico. O terceiro estágio foi realizado no Serviço de Urologia de um Hospital no período compreendido entre 5 a 18 de Novembro de 2012, realçando a existência de checklist de preparação para a alta e inclusão do cuidador durante o período de internamento. O quarto estágio ocorreu no Serviço de Cirurgia Geral e Consulta Externa de um Hospital no período compreendido entre 19 de Novembro de 2012 e 15 de Fevereiro de 2014.

3.1.1 Competências a desenvolver

Relativamente às competências a desenvolver inserem-se no âmbito do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista com enfoque no domínio da responsabilidade profissional ética e legal, no domínio da melhoria da qualidade e no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2010). No que concerne às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa pretende-se alcançar como competências: cuidar de pessoas com doença crónica, seus cuidadores e familiares em todos os contextos da prática diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; estabelecimento de relação terapêutica de pessoas com doença crónica cuidadores e familiares de modo a facilitar o processo de adaptação (OE, 2011).

3.2 Diagnóstico de necessidades na prática de cuidados

Com a constatação da existência de lacunas na preparação para a alta dos clientes submetidos a gastrectomia e esofagectomia, procedi a uma sondagem informal, com contacto direto com os enfermeiros no Serviço de forma a perceber se o tema era relevante para os profissionais e se a implementação do projeto acarretaria uma adesão da parte destes. As respostas foram positivas nesse sentido, com demonstração por parte da equipa do interesse em melhorar a qualidade de cuidados prestados. Houve também a abertura por parte da equipa médica para o prosseguimento do projeto, sendo revelado por estes, a existência de dúvidas por parte dos clientes nas consultas de follow-up em aspetos como a alimentação, dores, posicionamentos, atividade física. Lacunas essas que com a transmissão de informação sistematizada poderiam ser colmatadas ou diminuídas.

3.3 Execução das atividades delineadas e respetiva reflexão

A frequência de estágios com o objetivo da aquisição de conhecimento forneceu contributos importantes para a implementação do projeto. As atividades desenvolvidas e os resultados alcançados serão analisados de acordo com uma análise reflexiva

recorrendo a literatura relevante para a prática de enfermagem e à evidência científica encontrada na RSL efetuada (Apêndice 1).

3.3.1 Unidade de Patologia Colo Retal

A presença da colostomia implica uma série de alterações, a nível físico, fisiológico, psicológico, emocional e social, à qual o cliente necessita de se adaptar, contribuindo para tal, a aquisição de novas competências que lhe permitam viver com a sua nova condição. A colostomia representa uma mudança desencadeante de um processo de transição que tem início quando o cliente se consciencializa da mudança. Este processo de transição será saudável ou não, dependendo dos seus recursos internos, do apoio da comunidade (oferecido pela família, profissionais e instituições de saúde) e das condições sociais.

Como objetivos específicos deste estágio propus:

- Constatar o funcionamento da Unidade de Patologia Colo-Rectal (UPCR) de forma a elaborar plano de preparação para a alta.

Para a execução deste objetivo foram duas as atividades propostas. Uma consistiu na consulta de protocolos e normas do Serviço e outra em conhecer a consulta de enfermagem peri operatória e o Serviço de internamento.

Foi consultado o protocolo de ensino em internamento (Anexo 1) que se encontra dividido em três fases (pré-operatório, intraoperatório e pós operatório imediato, pós operatório), com o intuito de compreender como é estruturado o ensino.

No período pré operatório são marcadas duas consultas com o cliente (a primeira através de contacto telefónico ou presencial e com o incentivo de comparecer acompanhado), sendo validada a informação transmitida pelo cirurgião e/ou percebida pelo cliente relativamente à sua cirurgia, sendo elucidado da necessidade de ficar ostomizado. É realizada uma colheita de dados pelos enfermeiros e identificadas as necessidades do clientes no domicílio, qual o prestador de cuidados principal, qual a entidade ou centro de saúde que dá suporte, sendo destacado o papel do enfermeiro na promoção da saúde com a identificação da situação e recursos do clientes/família e comunidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2002, p.12). O cliente tem também o primeiro contato com o material disponível para

as ostomias. É englobado o principal cuidador informal, familiar ou outro, desde a primeira consulta, se o cliente o desejar, no entanto no primeiro contacto é incentivado a ter um acompanhante em todo o processo. Como descrito nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, a satisfação do cliente faz parte de um dos enunciados descritivos em que um dos elementos importantes foca-se no “envolvimento de conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados” (OE, 2002, p.12).

O enfermeiro regista nas folhas de admissão qual o nome do principal cuidador e contato. Ainda na primeira consulta o cliente é informado que a consulta de enfermagem é um acompanhamento que se iniciou no primeiro contacto, prolongando-se até que necessite, fornecendo assim a segurança que tanto precisa.

Na segunda consulta valida-se informação transmitida na primeira consulta e encaminha-se para outros profissionais caso seja necessário (psicologia, dermatologia, serviço social, consulta de diabetes, entre outras). Este facto vem de acordo com o descrito nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, com referência das situações problemáticas identificadas para outros profissionais (OE, 2002).

No período após o internamento os clientes retornam à consulta de enfermagem, sendo incentivada também a presença do cuidador, procedendo-se à validação e reforço dos ensinamentos que foram transmitidos no período de internamento.

A consulta do protocolo no período de internamento, forneceu contributos para a futura estruturação de uma checklist com vista à transição do cliente submetido a cirurgia digestiva alta para o domicílio, através da inclusão do cuidador nos cuidados, transmissão e fornecimento de informação escrita, incentivo ao cliente para o próprio cuidado da sua ostomia. A articulação do internamento com a consulta possibilitou-me perceber a importância do papel do enfermeiro que, tal como afirma Sawyer et al, (2010) é o elemento facilitador de uma transição saudável. De referir o facto de os enfermeiros que passam pela consulta, pertencerem à mesma equipa do internamento, o que é facilitador do processo de transição para o domicílio, sendo elementos de referência para os clientes. Tal como mencionado no estudo Mcvey, Madill e Fielding (2001), os enfermeiros com formação em estomaterapia têm um papel importante no suporte e informação aos clientes. São também essenciais como

referido por Ito e Kazuma (2005), facilitando a recuperação e a retorno às atividades de vida após alta hospitalar.

A segunda atividade realizada consistiu em conhecer a consulta de enfermagem peri operatória e Serviço de internamento. Na consulta estão sempre presentes dois enfermeiros. No internamento está disponível um enfermeiro, para prestação de cuidados aos clientes ostomizados, normalmente um dos elementos da consulta, pautando a sua atividade de acordo com protocolo de ensino em internamento. De notar que na UPCR houve uma fase de diagnóstico em que se procedeu ao levantamento do número de clientes colostomizados. Constatou-se que haveria a necessidade de manter um enfermeiro no internamento para dar resposta às necessidades dos clientes colostomizados, tal como preconizado por um dos enunciados descritivos da OE (2002) na qual a organização dos cuidados de enfermagem deve contemplar o número de enfermeiros adequado face às necessidades de cuidados. Relativamente aos recursos materiais existe uma casa de banho comum, espelho, sala de tratamentos e armário com dispositivos de ostomia, bem como bibliografia relacionada com ostomias. A privacidade na enfermaria é relativa dado que apenas é assegurada pelo cortinado da unidade do cliente, sendo também um espaço onde transitam clientes e profissionais constantemente.

A observação dos recursos existentes quer materiais quer humanos permitiu-me constatar a necessidade de uma equipa direcionada para o ensino ao cliente tendo como finalidade alcançar, como descrito por Schumacher e Meleis (2010), o seu próprio domínio (“mastery”). A existência de informação escrita e que é entregue ao cliente e cuidador é de particular importância como meio de relembrar a informação transmitida verbalmente ou validar a existente tal com referenciado nos estudos de Gilmartin, (2007), McMurray, Johnson, Wallis, Patterson e Griffiths (2007), Williams (2008).

- Identificar as necessidades dos clientes e cuidadores atendidos na consulta de enfermagem de pré operatório.

Para a execução deste objetivo foram duas as atividades propostas: a observação da atuação da equipa de enfermagem na preparação do cliente e cuidador para a cirurgia com provável ostomia; a identificação dos principais cuidadores e características dos mesmos.

A equipa de enfermagem valoriza o cliente e família com o objetivo de favorecer uma transição saudável para este tipo de transição saúde-doença (Meleis 2010). O cliente por vezes não consegue cuidar de si próprio. A adaptação à sua ostomia está dependente de vários fatores entre os quais a destreza do cliente, a visão, local onde foi realizado o estoma (presença de pregas, alterações tróficas, entre outros), fatores psicológicos. O cuidador informal é o principal parceiro de cuidados e facilitador do processo de transição, ajudando o cliente nesta fase e quando este não se basta a si próprio. Os enfermeiros valorizam o papel do cuidador na ajuda que dá ao cliente servindo como elemento facilitador do processo de transição quando o enfermeiro não está presente. Dos clientes seguidos constatou-se que as necessidades dos mesmos centravam-se na destreza manual quanto à sua ostomia, com necessidade de treino para adesão a uma nova situação, bem como a deteção de complicações que poderiam ocorrer. Da parte dos cuidadores, as principais necessidades referidas reportam-se para a deteção das complicações que podem surgir e cuidados com a alimentação. Da evidência científica encontrada a deteção de complicações é das necessidades mais evidenciadas (Özel e Karabacak, 2012; Uzun, Ucuzal e Inan, 2011), e a alimentação é percecionada como importante na recuperação (Yiu, Chien, Lui e Qin, 2011).

O tipo de cuidadores variam: familiares, cônjuges, pessoas contratadas, vizinhos, amigos (pessoas significativas) e cuidadores de instituições. Durante a permanência no estágio de uma amostra de 20 clientes que recorreram à consulta (Apêndice 2), constatou-se que os principais cuidadores informais são os filhos, seguidos dos cônjuges. Este achado é suportado pelo estudo de Levine et al (2006) em que os principais cuidadores são os familiares sendo responsáveis por 74.4% dos cuidados.

Das atividades realizadas foi percecionada a importância atribuída ao cuidador informal e sua relevância como parceiro de cuidados, fornecendo contributos muito importantes no englobamento dos familiares durante a preparação para a alta.

➤ Identificar as necessidades dos clientes durante o internamento

Neste objetivo foram propostas três atividades: a observação dos cuidados de enfermagem prestados e ensinamentos realizados; colheita de dados aos clientes acerca das suas principais dificuldades; entrevista informal ao enfermeiro responsável acerca da linha telefónica existente 24h para esclarecimento de dúvidas aos clientes

(planeamento da linha, orientação dada aos clientes, registos efetuados, dúvidas colocadas).

Foram observados os cuidados de enfermagem realizados e ensinamentos efetuados ao cliente durante o internamento. Os enfermeiros incidem a sua ação na avaliação da pele periestomal e na aplicação dos dispositivos e incentivam o cliente ao próprio cuidado. A atuação do enfermeiro pauta-se pela readaptação funcional com “o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à adaptação funcional” (OE, 2002, p.15). Os cuidados de enfermagem visam facilitar a transição do cliente de modo a alcançar um domínio (Schumacher e Meleis, 2010) sobre a sua ostomia. As consultas de enfermagem no período de pré-operatório são relevantes para que o cliente e família fiquem elucidados sobre as mudanças que se irão operar na sua vida e contactem com os dispositivos de ostomia que estarão disponíveis, para que este processo de transição se dê de modo menos conturbado possível para o cliente. O protocolo de ensino no internamento visa a autonomia do cliente, englobando desde que possível o principal cuidador. Da observação efetuada, os clientes estão mais receptivos ao ensino da sua ostomia se tiverem conhecimento prévio ou uma experiência de alguém próximo (familiar ou não) com quem tenha contactado e que fosse ostomizado, constituindo um fator facilitador da transição (Schumacher e Meleis, 2010).

As principais dificuldades dos clientes que foram constatadas, quando cuidam da sua ostomia, dizem respeito à mudança dos dispositivos, avaliação da pele periestomal, o ângulo de visão e a destreza com que efetuam estes cuidados. A motricidade fina é importante para o recorte dos dispositivos e colocação dos mesmos, sendo observado que os clientes com diminuição da capacidade na motricidade, tinham mais dificuldades em cuidar da sua ostomia. De constatar que durante o internamento, o cliente está também preocupado com o evoluir da sua cirurgia, com os resultados das biopsias efetuadas, se tiver sido o caso, condicionando de certa forma a aprendizagem, mobilizando a atenção do mesmo para outros aspetos relacionados com o seu futuro. Após a alta hospitalar e com a necessidade premente de se cuidar a si próprio, o cliente vê-se confrontado com o facto de ter de cuidar da sua ostomia, surgindo então as dúvidas, dificuldades, que durante o internamento são colmatadas quase imediatamente. O ambiente no hospital providencia um sentimento de segurança (Boughton e Halliday, 2009), com acompanhamento específico por

parte dos profissionais de saúde. Como consubstanciado no estudo de Jacobs (2000) os clientes podem não ter aumento das necessidades de informação no internamento, pois apenas quando chegam a casa sentem-se responsáveis pelo seu cuidado individual.

Relativamente à linha telefónica, foi efetuada entrevista informal ao enfermeiro responsável pela mesma com o intuito de perceber qual o impacto, as dúvidas mais prementes dos clientes e a orientação dada. A linha existente para esclarecimento de dúvidas aos clientes, funciona 24h. No período da manhã (8 às 16h) está encarregue da linha, um dos seis enfermeiros que prestam serviço na consulta de enfermagem. Durante o período da tarde e da noite, está encarregue da linha o enfermeiro chefe da equipa que se encontra no internamento. Durante o período de 10 de janeiro de 2012 até 11 de Outubro de 2012 foram registados 72 contactos telefónicos (dados retirados da agenda de marcação de clientes para os dias de consulta). Da informação recolhida, nos primeiros dias após a alta, a recorrência à linha relaciona-se com a alimentação e os cuidados ao estoma e pele periestomal. Após estes primeiros dias o cliente contacta com o intuito de: perceber qual o apoio social que pode ter acesso, complicações que podem ocorrer como hérnias paracolostómicas, hemorragia do estoma (pele mais friável no período de pós operatório), granulomas, ser elucidado sobre os cuidados ao colar e descolar os dispositivos de ostomia, perguntar quais as pastas de aplicação existentes e como poderão aplicá-las, como pode requerer o atestado médico de incapacidade multiuso, desmarcação de consultas e novas marcações.

A existência de uma linha telefónica demonstra disponibilidade para o cliente, contribuindo para a diminuição da sua ansiedade (Hartford, Wong e Zakaria, 2002), pois é um recurso que está sempre disponível, garantindo assim um recurso efetivo caso necessite de algum esclarecimento. Será porventura uma mais-valia na implementação do projeto no Serviço onde exerce funções.

- Observar a necessidade de cuidados do cliente no período de pós-operatório na consulta externa após alta hospitalar.

Três atividades foram propostas: confirmação da presença de cuidadores; observação da troca do dispositivo de ostomia pelo cliente; consulta de checklist de preparação para a alta.

Do curto período em que estive em estágio pude constatar que a totalidade dos clientes acompanhados pelos cuidadores retornava à primeira consulta de pós-operatório. Nas consultas subsequentes alguns clientes não eram acompanhados, nomeadamente devido ao facto de estarem a passar por um período de menor disrupção na transição, tendo alcançado o domínio no cuidar da sua colostomia.

No período pós alta, as consultas de enfermagem subsequentes visam validar e reforçar os ensinamentos realizados no internamento, esclarecer dúvidas ao cliente, tomar contacto com outros dispositivos de ostomia de forma que possam escolher o que mais se adequa à sua ostomia e que achem mais confortável, tendo em consideração a facilidade de manuseamento. Da observação efetuada pude verificar que os clientes tinham dificuldades na realização do molde e no recorte da placa, tendo em consideração que o estoma modificava o seu tamanho ao longo do período de pós-operatório. Outros dos aspetos encontrados diz respeito à dificuldade de visualização do estoma na colocação dos sacos e placas, a existência de pregas com fuga de fezes em redor da placa, com consequentes alterações ao nível da integridade da pele e a destreza do cliente que condiciona os cuidados ao estoma, à pele periestomal bem como a manipulação dos dispositivos de ostomia. Estas dificuldades têm similaridade com o encontrado no internamento.

Relativamente à checklist de preparação para a alta (protocolo de ensino no internamento) não constava nos registos de enfermagem, não transitando para a consulta. O protocolo de ensino no internamento era registado num quadro branco magnético que estava na sala de enfermagem e não no processo do cliente, pelo que nas consultas no pós-operatório não se tinha o conhecimento de qual a informação transmitida no internamento. De acordo com os padrões de qualidade a organização dos cuidados de enfermagem deve contemplar “ a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (OE, 2002, p.15).

Refletindo sobre o percurso realizado nesta Unidade, forneceu contributos importantes para a implementação do projeto, através do conhecimento das necessidades dos clientes, cuidadores e no planeamento da alta efetuado pelos

enfermeiros. A existência de uma consulta de enfermagem de pré operatório em que são atendidos os clientes em dois momentos releva-se muito importante para o contacto do cliente com a sua situação futura e a identificação do principal cuidador informal é também primordial, pois será este que acompanhará e prestará um apoio mais próximo do cliente na sua residência habitual. Uma transmissão de informação estruturada diminui as lacunas no ensino, devendo a articulação existente entre o internamento e as consultas pós operatórias, permitir que a informação abordada durante o internamento transite para o processo do cliente que retorna à consulta pós operatória, dando continuidade aos cuidados. A presença de uma checklist, que fosse preenchida no período do internamento traria melhorias significativas nesta articulação. A existência de elementos fixos destinados às consultas, não englobando toda a equipa poderá criar algumas dificuldades, não estando os outros elementos tão disponíveis a “abraçar” um projeto que é sem dúvida uma mais-valia para cliente, cuidador e profissionais.

Tendo em conta estes aspetos, englobar todos os elementos da equipa, englobar o cuidador desde a primeira consulta e fazer com que o cliente se sinta apoiado e que tenha à sua disposição um recurso que pode recorrer sempre que for necessário (incluindo apoio telefónico 24h), serão fundamentais para que a transmissão de informação com vista à preparação para a alta se processe de uma forma mais eficaz, sendo veículo facilitador de uma transição saudável.

Considerando as atividades propostas desenvolveram-se competências como enfermeiro especialista durante a consulta e internamento, com a identificação das necessidades das pessoas com doença crónica, seus cuidadores e familiares (OE, 2011). Na execução de cuidados de enfermagem, houve a promoção de intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares. (OE, 2011). Na consulta pós alta procedeu-se ao envolvimento dos cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades (OE, 2011). Durante o estágio inserido na equipa de enfermagem teve-se particular atenção à promoção da proteção dos direitos humanos, respeitando o direito do cliente à privacidade (OE, 2010), nomeadamente durante a consulta na Unidade e no internamento, assegurando um ambiente seguro através da gestão apropriada de práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, dignidade e privacidade do cliente (OE, 2010).

3.3.2 Unidade de Cirurgia de Ambulatório

A transição do cliente para uma situação de saúde doença, é uma constante na vida dos cidadãos. A cirurgia corresponde a um período em que os clientes necessitam de um apoio do enfermeiro, que é um veículo facilitador de uma transição saudável, com vista a uma recuperação rápida do indivíduo, de forma a alcançar como descrito por Schumacher e Meleis (2010) um bem-estar subjetivo, domínio e bem-estar nas relações. A intervenção cirúrgica em Unidades de Cirurgia de Ambulatório pode ser considerada do ponto de vista das dimensões como simples (Chick e Meleis, 2010), considerando que é temporária, desejada na maioria dos casos pelos clientes, com períodos de recuperação e de duração curtos.

Como objetivos específicos deste estágio foi proposto:

- Descrever as características do funcionamento da Unidade de forma a elaborar plano de preparação para a alta

Foram propostas as atividades: consulta das normas do Serviço da Unidade de Cirurgia do Ambulatório e protocolos de atuação; pesquisa e confronto da bibliografia existente relativamente à preparação para a alta.

Relativamente à consulta das normas do Serviço e protocolos de atuação, a Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) tem protocolos estabelecidos, no que diz respeito à analgesia durante o internamento, recomendações analgésicas para a alta no domicílio (englobando os analgésicos por complexidade de cirurgia), controlo de náuseas e vômitos no pós-operatório, ingestão de líquidos no pós-operatório, critérios de alta da unidade. Relativamente à enfermagem existem folhetos para cada cirurgia entregues ao cliente na consulta de enfermagem de pré operatório e de recomendações consoante cada anestesia que são entregues na alta, aumentando o nível de conhecimento do cliente. Como expresso nos padrões de qualidade, na promoção da saúde o enfermeiro “na procura permanente da excelência no exercício profissional, (...) ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial na saúde” (OE, 2002, p.12). O enfermeiro desempenha um papel fundamental como facilitador de uma transição saudável. Como tal algumas condições das transições no caso da cirurgia de ambulatório podem ser muito importantes para que o enfermeiro consiga dotar os clientes de conhecimentos e estratégias, de forma a poderem passar por este

período rapidamente, com menor disrupção possível. As expetativas são uma dessas condições. Quando o cliente é elucidado através do ensino, quando sabe o que o espera, o stress associado à transição pode ser aliviado (Schumacher e Meleis, 2010).

Não foi efetuada a pesquisa bibliográfica referente à preparação para a alta de outras Unidades de Cirurgia de Ambulatório, ou de outros serviços de internamento, pois esta unidade tem uma seleção de clientes específicos, pelo que a atividade foi reformulada de forma a conhecer os critérios de seleção de clientes e recomendações na formação destas unidades, com o intuito de conhecer a dinâmica do Serviço e as intervenções inerentes à enfermagem.

O planeamento da UCA e sua atividade têm como base as recomendações emanadas através da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA). De acordo com as recomendações oriundas do relatório final da CNADCA aconselha-se a adoção de determinados princípios com critérios básicos na organização de programas de UCA, entre os quais: circuito de clientes bem estabelecido segundo a boa praxis, com uma sequência que passa pela admissão, sala de preparação, sala operatória, unidade de cuidados pós-anestésicos (UCA - recobro 1), sala de recuperação cirúrgica (recobro 2) até ao momento da alta hospitalar; criação de informação clínica escrita com instruções para o pós-operatório, a ser fornecida aos clientes e familiares no momento da alta, designadamente sobre contactos a acionar no caso de complicações, como fazer a medicação prescrita, quando retomar a medicação crónica, quando e como reiniciar a atividade física, quais as complicações mais prováveis e como proceder perante elas; criação de procedimentos de apoio ao programa de CA, nomeadamente através da disponibilização de número de telefone direto a um membro da equipa e da realização de um contacto telefónico ao cliente ao fim de 24 horas de pós-operatório (CNADCA, 2008).

De facto, planos de preparação para a alta bem estruturados são uma característica de unidades de cirurgia ambulatória onde o enfermeiro é fundamental no ensino. Como referido por Cunha, et al (2010) desde a consulta pré operatória é estabelecida uma relação com o cliente conduzindo a uma diminuição da ansiedade com a transmissão de informação relevante para a cirurgia, verbalmente e em suporte escrito, informação essa que é reforçada no momento da alta na presença do cuidador principal. O enfermeiro “na procura permanente da excelência do exercício

profissional (...) contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2002, p.15), onde se destaca “a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade” (OE, 2002, p.15).

Existem três critérios que devem estar contemplados na seleção dos clientes para cirurgia de ambulatório: critérios médicos, critérios cirúrgicos e critérios sociais.

Nos critérios sociais o cliente deverá ter acompanhamento de um adulto responsável, nas primeiras 24h, ter transporte em veículo automóvel para o local de residência ou de pernoita e que se verifique a menos de 60 minutos de distância do hospital, com condições de habitabilidade e acesso a telefone. Estes critérios são fundamentais, tendo o enfermeiro a função de perguntar se os critérios sociais serão cumpridos, para que se estabeleça condições de ambiente e de planeamento essenciais para um processo de transição saudável.

➤ Observar e participar nos procedimentos de preparação para a alta

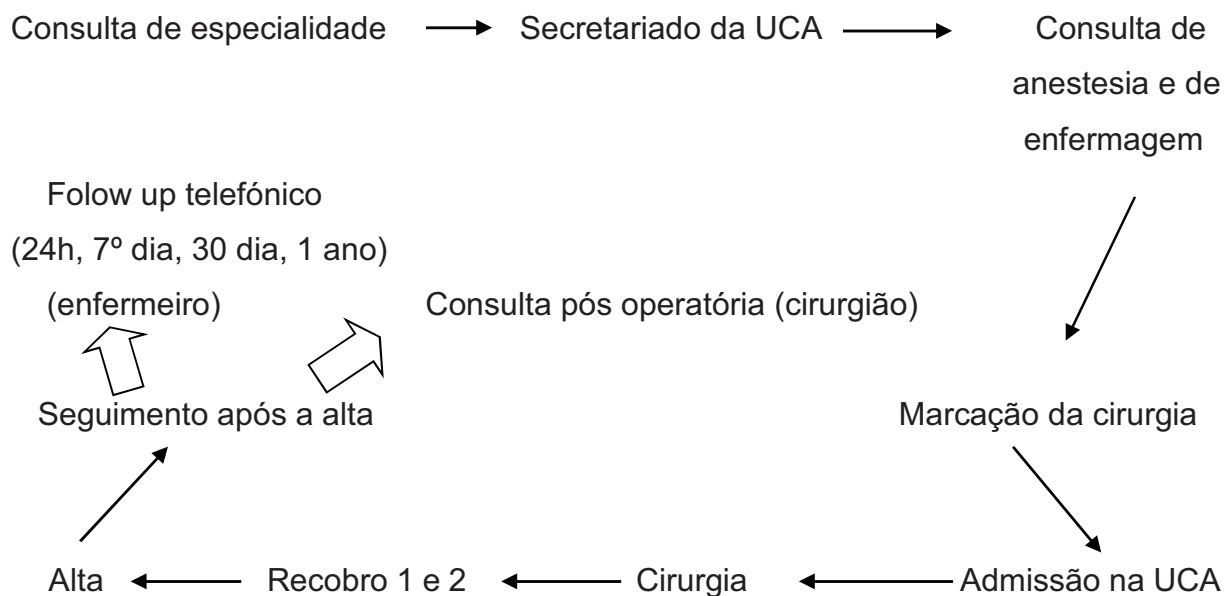
Foram planeadas as seguintes atividades: observação e participação na realização de acompanhamento telefónico; observação do circuito que os clientes passam desde a admissão até à alta; consulta dos folhetos das intervenções cirúrgicas e recomendações pós anestésicas, que serão posteriormente entregues aos clientes e família.

Relativamente ao follow-up telefónico realizado às 24h, 7º dia e 30º dia, adotou-se uma perspetiva observacional numa primeira fase. Posteriormente, realizou-se o contacto pessoalmente, tendo em vista a realização futura de follow-up telefónico durante a implementação do projeto. A evidência científica demonstra que o follow-up telefónico é utilizado como intervenção, para colmatar as necessidades de informação dos clientes, sendo observado positivamente e como um meio de manter o contacto com os profissionais de saúde, com esclarecimento de dúvidas (McMurray et al 2007).

Embora não se encontrando nas atividades propostas decidi realizar uma pesquisa dos resultados encontrados no follow up do 7º dia (Anexo 2), tendo como finalidade a recolha de informações acerca das orientações dadas pela equipa de enfermagem e a sintomatologia mais sentida pelos clientes. A escolha do follow up ao 7º dia deve-se ao facto dos clientes submetidos a gastrectomia terem alta entre o 6º e 7º dia de pós-operatório, sendo minha intenção retirar alguns contributos para posterior

implementação e orientação dos clientes no Serviço onde exerço funções. Os dados foram recolhidos em uma amostra de 200 pacientes (Apêndice 3). Os problemas identificados com maior frequência reportam-se às dores, cefaleias e equimose, sendo que em 38% dos casos a dor é ligeira e associada à mobilização. Neste mesmo levantamento de dados observa-se que a orientação dada pelo enfermeiro revela maior predominância (31% dos casos) na transmissão de informação acerca de posicionamento e repouso, associado na maioria dos casos à dor sentida aquando da mobilização. Um dos principais cuidados de enfermagem do cliente submetido a cirurgia reporta-se ao controlo da dor, sendo considerada muito importante nas necessidades de informação dos clientes submetidos a cirurgia (Gilmartin, 2007; Yiu et al, 2011; Henderson e Zernike, 2001; Williams, 2008). A cirurgia comporta um período de disrupção e o enfermeiro é o ponto central, como veículo facilitador de uma transição para o domicílio, que é espectável ser alcançado, incluindo o bem-estar subjetivo (Schumacher e Meleis, 2010).

O circuito dos clientes na UCA de acordo com Cunha et al (2010) é demonstrado pelo organograma.



Os cuidados prestados pelos enfermeiros visam uma transição saudável do cliente englobando desde o primeiro momento o cuidador, que é identificado pelo próprio cliente desde a consulta de enfermagem.

Os cuidados de preparação para a alta são efetuados pelos enfermeiros em três ocasiões distintas:

- Na consulta de enfermagem de pré operatório
- No recobro 1 quando tal se proporciona, embora não seja muito frequente
- No recobro 2 quando estão cumpridos os critérios de alta e sempre que possível na presença do acompanhante.

Os cuidados prestados incluem na consulta de enfermagem a preparação para a cirurgia e para a alta, no recobro 1 a vigilância e preparação do cliente para o Bloco Operatório (BO), no recobro 2 a vigilância e os ensinamentos. Por sua vez no follow-up é efetuada a avaliação do estado do cliente, são fornecidas recomendações e esclarecem-se dúvidas colocadas pelos mesmos.

Existe um número de telefone disponível nos dias úteis das 8 às 20h (horário de funcionamento da UCA), ou telemóvel das 20h às 8h por contato para o médico-cirurgião de serviço.

A preparação para a alta do cliente proposto para cirurgia do ambulatório inicia-se no período pré operatório, com a consulta de enfermagem sendo o local privilegiado para o início da relação com o cliente e cuidador, contribuindo para diminuir a sua ansiedade e realizar o ensino pré-operatório, sendo realizada: identificação da pessoa que vai acompanhar o cliente na UCA e durante as primeiras 24h no domicílio; é realçada a necessidade de apoio e envolvimento do acompanhante, transmitindo o papel fundamental que desempenha no período pós-operatório; fornece-se o guia do utente e da cirurgia.

O nível de planeamento que ocorre durante o período pré operatório, é uma condição da transição fundamental, que influencia o sucesso da transição saúde-doença (Schumacher e Meleis, 2010).

No momento da alta o enfermeiro transmite informação sobre a medicação, complicações que podem surgir, realização do penso, sendo depois validada e complementada com informação por escrito. É igualmente informado que a convalescença e a recuperação não estão completas na alta, sendo importante o papel do cuidador informal no domicílio para garantir a continuidade dos cuidados. É fornecido o contacto do enfermeiro da UCA e médico-cirurgião de serviço (disponível 24h), para o esclarecimento de dúvidas.

A transmissão de informação para a alta é realizada sempre que possível na presença do cuidador. Segundo Gilmartin (2007) os clientes sofrem de amnésia pós anestesia, sendo crucial a presença do cuidador no momento da alta. A informação fornecida por escrito pelos profissionais através de folhetos assume particular relevância como meio de relembrar a informação transmitida verbalmente ou validar a existente, sendo essencial no regresso ao domicílio (Gilmartin, 2007; McMurray et al, 2007; Williams, 2008).

Após a alta é realizado follow-up às 24h de pós-operatório, através de um contacto telefónico, permitindo avaliar o estado do cliente, sendo essencial para o esclarecimento de dúvidas. Com base num questionário já elaborado o enfermeiro recolhe alguns dados e confirma com o cliente se tem o contato telefónico do hospital, consulta marcada, data do follow-up presencial e se se mantém acompanhado. Em caso de necessidade é efetuado o reencaminhamento (centro de saúde, observação pelo cirurgião, ou enfermeiro da UCA). No follow-up destaca-se a prevenção de complicações em que “a identificação tão rápida quanto possível dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro (...) tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou, minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (OE, 2002, p.13). Posteriormente é realizado follow-up aos 30 dias e 1 ano, consoante a intervenção.

Relativamente à informação recolhida nos folhetos é diversificada e adaptada consoante cada intervenção cirúrgica. Estes folhetos são normalmente entregues na consulta de enfermagem de pré operatório com vista à preparação para a alta, estando incluídas a descrição da patologia em causa, a alimentação, a medicação, os cuidados a ter após a cirurgia e os sinais de alerta que podem surgir.

O fornecimento de folhetos elucidativos acrescenta uma mais-valia quer para os clientes quer para aos cuidadores. Como descrito no estudo de Jacobs (2000) há evidência da vantagem do uso de informações escritas uma vez que os pacientes podem ter dificuldades em se lembrar do que foi transmitido ou não terem recetividade para receber informação na altura, recorrendo ao suporte escrito quando no domicílio.

Refletindo, durante o estágio efetuado, o enfermeiro desempenha um papel fundamental como facilitador de uma transição saudável. O planeamento da alta deve começar no dia da admissão do paciente (Naylor e Cleave, 2010). A consulta de

enfermagem inicial desempenha um papel importante, dotando o cliente do nível de conhecimento desejado acerca da intervenção a realizar, contribuindo para que seja uma condição facilitadora do processo de transição. Quando o cliente é elucidado, o stress associado à transição pode ser aliviado. O ambiente familiar desempenha então um papel preponderante já que os cuidadores informais são logo integrados no processo de ensino desde a primeira consulta pré operatória de enfermagem, até ao momento da alta, em que é transmitida informação para a alta na presença do principal cuidador, que passa as primeiras 24h com o paciente. Outra das condições que considero primordial é o nível de planeamento que ocorre durante o período de transição, influenciando o sucesso da mesma. Um planeamento adequado ajuda a criar uma suave e saudável transição (Schumacher e Meleis 2010). O follow-up telefónico, a consulta de enfermagem no pré operatório, são fundamentais na identificação de problemas ou de necessidades que podem ocorrer durante este processo de transição.

Considerando as atividades propostas desenvolveram-se competências como enfermeiro especialista na consulta de enfermagem, no local designado por recobro 2 e no follow-up, procedendo à identificação das necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares (OE, 2011). No recobro 2 concretizou-se o envolvimento dos cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades (OE, 2011). A necessidade da realização pessoal do follow-up, insere-se no âmbito do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais, onde o enfermeiro desenvolve o auto conhecimento de forma a facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com o cliente (OE, 2010).

3.3.3 Serviço de Urologia

A cirurgia aos clientes com neoplasia da próstata induz a alterações nas suas atividades diárias, nomeadamente no domicílio, com a presença de algália que se mantém durante cerca de 15 dias após o tratamento cirúrgico (prostatectomia radical). A presença dos cuidadores releva-se importante para a continuação de cuidados e, a par do enfermeiro, são elementos indispensáveis e facilitadores do processo de transição para o domicílio. A transmissão de informação com o intuito da alta, incluindo

o cuidador precocemente e a articulação com o centro de saúde, são essenciais para uma transição saudável do cliente do meio hospitalar para o contexto residencial.

Como objetivos específicos deste estágio foi proposto:

- Identificar contributos do material consultado, para a elaboração de um plano de preparação para a alta

Foram desenvolvidas três atividades: verificação de como foi construída a norma; verificação das normas de atuação; consulta de check-list e cuidados de enfermagem de preparação para a alta.

Relativamente ao modo de como foi elaborada a norma, surgiu da parte dos profissionais de enfermagem a necessidade de construir um procedimento estruturado para seguimento e prestação de cuidados de enfermagem ao cliente submetido a prostatectomia radical. Primeiramente foi elaborado um projeto para a continuidade de cuidados. Posteriormente foi elaborado pela equipa de enfermagem do Serviço de Urologia e aprovado pelo respetivo Hospital, um procedimento de preparação para a alta do cliente submetido a prostatectomia radical. A realização desta atividade prendeu-se com a necessidade de verificar os passos requeridos para a construção do procedimento, fornecendo contributos para a posterior implementação do projeto no local onde exerço funções.

Na verificação das normas de atuação estas visam sobretudo:

- Identificar as necessidades dos clientes submetidos a prostatectomia radical e nível de dependência.
- Conhecer o meio sócio familiar e recursos disponíveis do cliente.
- Transmissão e validação de informação com vista à preparação para a alta, com preenchimento de checklist, complementando com folhetos informativos e visualização de filme para reforço do ensino.
- Envolver o cuidador informal no processo de cuidados com o intuito da preparação para a alta.
- Articulação com os cuidados de saúde primários de forma a garantir a continuidade de cuidados.
- Follow-up telefónico realizado no 2º e 10º dia após a alta e consulta de enfermagem de follow-up realizada no dia em que o cliente é desalgaliado.

A articulação com os cuidados de saúde primários tem uma importância elevada. Da experiência em estágio os clientes são elucidados do contacto que é efetuado, sendo realizado no dia da alta. São fornecidas indicações à equipa de enfermagem do centro de saúde, acerca da intervenção cirúrgica realizada, da realização do penso no período pós alta, do principal cuidador informal, da presença de algália e da necessidade de a manter num período de 15 dias e eventuais dificuldades identificadas durante o internamento e ensino. É também elaborada a carta de alta para ser entregue pelo cliente no centro de saúde. Ao serem elucidados do contacto com o centro de saúde, os clientes sentiram-se mais tranquilos quanto à continuidade de cuidados. Este achado está patente no estudo de Boughton e Halliday (2009) no qual os clientes sentiram-se mais reconfortados se pudessem ter um contato com os profissionais de saúde de modo rotineiro. A articulação com o centro de saúde na passagem do hospital para o domicílio, insere-se no cuidado transacional cujas características incluem uma planificação da alta, coordenação nos serviços pós alta e no novo local de cuidados, cuidados continuados e follow-up (Brooten e Naylor, 2010). As mais importantes características do serviço de cuidados transacionais são a continuidade de cuidados através dos locais, comunicação do plano de cuidados entre os profissionais, conhecimento das necessidades dos pacientes correspondentes e habilidades de cuidados dos fornecedores de cuidados (Brooten e Naylor, 2010).

No que concerne à checklist de preparação para a alta (Anexo 3), esta foi contruída com base na CIPE de acordo com os três elementos do processo de enfermagem: diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem. As intervenções realizadas abrangem tanto o cliente como o cuidador informal, sendo neste último, solicitada a sua presença pela equipa de enfermagem, com o intuito de proceder à transmissão de informação para a preparação para a alta e participação nos cuidados. Nesta circunstância, na promoção da saúde o enfermeiro age com “o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (OE, 2002, p.12).

De sete diagnósticos de enfermagem presentes na checklist, três correspondem a prevenção de complicações e um ao regime medicamentoso. A prevenção de complicações é uma das necessidades de informação mais valorizadas pelos clientes, como consubstanciado nos estudos de Özel e Karabacak (2012) e de Uzun et al (2011). Da mesma forma, nestes mesmos estudos a informação sobre a medicação é

referida como uma das necessidades sentidas com maior expressão por parte dos clientes. Tal como referenciado no estudo de Hughes et al (2000), os clientes submetidos a cirurgia oncológica fazem referência à informação provida pelos enfermeiros no que concerne à medicação, sendo das instruções para autocuidado no pós-operatório mais referenciadas numa percentagem de 47%.

➤ Verificar a forma de englobar a família nos cuidados

Foram planeadas as seguintes atividades: colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao cliente submetido a prostatectomia radical; participação no convite ao prestador de cuidados, no dia antes da alta e dia da alta, como protocolado.

Durante o período de estágio efetuou-se o seguimento no internamento de três clientes submetidos a prostatectomia radical de uma forma mais assídua. O cuidador é identificado na admissão com o preenchimento da folha de colheita de dados. A prestação de cuidados facilitou o estabelecimento de uma relação com o cliente e cuidador, tornando-se o enfermeiro referência para estes, durante o período de preparação para a alta. Como referido no estudo de Driscoll (2000), a transmissão de informação aos clientes e cuidadores revela-se como um benefício emocional, durante o período de recuperação no domicílio. A importância atribuída ao enfermeiro é consequentemente bastante significativa.

A transmissão de informação é efetuada tendo em consideração a destreza e capacidade de aprendizagem do cliente e cuidador. A disponibilidade de tempo referida pelo cliente e cuidador da parte do enfermeiro constituiu um fator positivo e facilitador da aprendizagem, existindo a possibilidade de colocar questões entre as quais: mudança dos sacos coletores de urina, contensão da sutura, cuidados de higiene, perdas de urina extra algália, manutenção do sistema de drenagem, como proceder em caso de obstrução. A evidência científica demonstra que a escassez de tempo para a prestação de cuidados / transmissão de informação é um dos obstáculos que prejudica a satisfação das necessidades de informação por parte dos clientes como consubstanciado pelos estudos de Lithner e Zilling (2000) e de Graham, Gallagher e Bothe (2013). Verificou-se através do treino do cliente e cuidador, principalmente na mudança dos sacos coletores, que o seu nível de conhecimento e habilidade aumentava, constituindo um fator facilitador da transição para domicílio.

Foram também preenchidas as cheklits de preparação para a alta destes mesmos clientes (Anexo 4). De verificar que a transmissão de informação aos clientes nem sempre foi efetuada nomeadamente por complicações pós cirúrgicas. Neste contexto efetuou-se uma reflexão crítica abordando o momento de transmissão de informação (Apêndice 4). Referindo-me ao cliente em causa, a situação clínica não teve um desenvolvimento favorável, pelo que teve de ser submetido a nova intervenção cirúrgica, conduzindo a um aumento da ansiedade por parte deste. De acordo com Oberle, Allen e Lynkowski (1994), o “timing” do ensino é importante pois os clientes não têm capacidade de retenção de informação quando estão ansiosos. A desmotivação decorrente, o stress, como referido por Phaneuf (2005) afeta e influencia a capacidade de aprendizagem.

Relativamente ao convite dirigido ao cuidador, estes compareceram conforme solicitado, ao segundo dia de pós-operatório, dias subsequentes de pós-operatório, e no momento da alta, existindo sempre recetividade nos cuidados prestados. Não se constatou dificuldades na mudança dos dispositivos de drenagem por parte destes. No entanto, por se tratar de uma amostra muito pequena (3), este resultado poderá não ser semelhante com outros cuidadores. Como experienciado nos campos de estágio anteriores, os cuidadores informais identificados eram familiares, nomeadamente filhos e/ou cônjuges.

➤ Enumerar atividades do enfermeiro.

Para a execução deste objetivo foram duas as atividades propostas: observação do protocolo de acompanhamento telefónico; consulta de dados acerca de clientes reinternados antes e após o estabelecimento de protocolo de acompanhamento.

O follow-up telefónico é efetuado em dois momentos, às 48h após a alta e no 10º dia após a alta. Quer nas 48h quer no 10º dia, os dados recolhidos incidem na avaliação da ferida cirúrgica, na presença de febre, na existência de complicações com o cateter urinário, no regime medicamentoso. É ainda referenciado pelo enfermeiro que realiza o follow-up quais as orientações fornecidas e ensinamentos que foram reforçados, bem como as complicações identificadas. De acordo com a evidência científica, os cuidados com a ferida operatória (Özel e Karabacak, 2012; Yiu et al, 2011; Henderson e Zernike, 2001; Williams, 2008), a informação sobre a medicação e as complicações que podem surgir (Özel e Karabacak, 2012; Uzun et al,

2011), são algumas das intervenções dirigidas pelos enfermeiros, com o objetivo de satisfazer as necessidades de informação dos clientes cirúrgicos. De facto na elaboração da ficha de acompanhamento, vêm contempladas estas intervenções tendo em conta estas necessidades, porventura mais direccionadas para o cliente do foro urológico. O contacto telefónico é observado positivamente e um meio de manter o contacto com os profissionais de saúde com esclarecimento de dúvidas (McMurray et al 2007), tal como consubstanciado por Mistiaen (2008), numa revisão da literatura acerca do follow up telefónico.

Foi igualmente consultado no Serviço, dados compreendidos entre 1 de janeiro de 2012 e 30 de Novembro de 2012, referentes ao acompanhamento telefónico efetuado aos clientes com o intuito de compreender quais as alterações identificadas e as orientações fornecidas. No follow-up das 48h foram registados 21 casos sendo identificados 3 tipos de complicações, em 3 casos distintos: perda de urina extra algália; edema escrotal; hematúria franca. No follow-up do 10º dia foram analisados 19 casos, sendo identificados 4 casos de perdas de urina extra algália; complicações da ferida cirúrgica em 3 casos incluindo deiscência da sutura e saída de urina pela sutura; presença de dores em 2 casos. As indicações dadas pelo enfermeiro incidiram no reforço hídrico, na realização de esforços, na avaliação da temperatura axilar e na execução dos exercícios de kegel.

No que concerne à consulta de dados acerca de clientes reinternados, não foi possível realizar a comparação por não ter dados disponíveis, pelo que reformulei a atividade pesquisando as complicações e recorrência à urgência antes e após o estabelecimento do protocolo de preparação para alta do cliente submetido a prostatectomia radical. Tive ao dispor dados de 2008/2009 antes da implementação do protocolo e de 2009/2010 no início da implementação do protocolo (Anexo 5). De acordo com Branco (2011) a percentagem de clientes sem complicações aumentou de 26,02% para 74,54% após o estabelecimento do protocolo, e a recorrência às urgências diminuiu de 73.98% para 1.81% após o início do protocolo, sendo indicadores que demonstram a eficácia de uma preparação para a alta estruturada, desenvolvida em parceria com o cliente, cuidador e com articulação com os cuidados de saúde primários, garantindo a continuidade de cuidados. Segundo a evidência científica o acesso ao serviço de saúde encontra-se intimamente relacionado com a informação transmitida. A escassez ou ausência de informação aumenta a

probabilidade de se recorrer a serviços de saúde para colmatar essas necessidades (Henderson e Zernike, 2001; Williams, 2008). Realçando a ligação com os parceiros existentes, a articulação com enfermeiros na comunidade que asseguram os cuidados após alta hospitalar, é fundamental para reforçar as instruções para a alta, dando aos clientes a oportunidade de clarificar as suas preocupações (Jacobs, 2000).

Realizando uma reflexão individual no Serviço de Urologia constatou-se que inicialmente não existia um guia de checklist com registos formais. Não se sabia se o enfermeiro que tinha estado com o cliente anteriormente, tinha abordado alguns dos aspetos a transmitir da checklist, conduzindo a que no follow-up telefónico revelassem carências relativamente ao ensino no internamento. Com a sua existência, diminuiu-se as falhas quanto ao volume e número de aspetos a abordar, na transmissão de informação para o ensino da alta. Se a alta for planeada, os cuidadores englobados nos cuidados ao cliente e se tiverem várias sessões com o enfermeiro para transmissão de informações necessárias para a alta, o processo de transição para o domicílio torna-se mais fácil. Os cuidadores apresentam-se como um dos principais parceiros de cuidados. Dotando o cliente e cuidador de ferramentas que lhes possibilitem adquirir a habilidade, conhecimento, perícia necessárias, tornando-se fatores facilitadores, poder-se-á conduzir ao domínio da sua condição e consequentemente a uma transição saudável. O follow-up é essencial para o despiste de complicações, fornece segurança ao cliente e cuidador, assim como a articulação existente com os cuidados de saúde primários. Nota-se a redução evidente de recorrência às urgências hospitalares constituindo um bom indicador de avaliação da eficácia do ensino, assim como os resultados dos inquéritos de satisfação cujos resultados referem clientes muito satisfeitos numa percentagem de 100% (Anexo 5).

Considerando as atividades propostas desenvolveram-se competências como enfermeiro especialista, na articulação com o centro de saúde, através da colaboração com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio (OE, 2011). Na realização do convite ao prestador, procedeu-se ao envolvimento dos cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades (OE, 2011). A consulta dos resultados antes e após o estabelecimento do protocolo, acedendo aos indicadores de reinternamento, insere-se na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem e no planeamento de

programas de melhoria contínua identificando oportunidades de melhoria (OE, 2010). Na identificação do momento oportuno ao ensino, agiu-se através da demonstração de tomada de decisão ética, numa variedade de situações da prática cujo juízo baseado no conhecimento e experiência reflete-se na tomada de decisão (OE, 2010).

3.3.4 Consulta Externa do Serviço de Cirurgia Geral

O estágio no Serviço de Cirurgia Geral decorreu em dois locais, na consulta externa da cirurgia digestiva alta e no internamento da cirurgia geral. A finalidade da passagem pela consulta externa consistiu em recolher informações, acerca das necessidades sentidas pelos clientes submetidos a esofagectomia e gastrectomia e cuidados prestados pela equipa de enfermagem. O diagnóstico da doença e a cirurgia oncológica gástrica e esofágica constitui-se como um ponto crítico para o cliente. A consciência da doença e o compromisso com a mesma, influencia o processo de transição, que pode ser facilitado se o cliente dispuser de ferramentas que podem ser fornecidas pelo enfermeiro, que lhe permitam alcançar uma transição saudável.

No que respeita à consulta externa foram traçados como objetivos:

- Identificar as necessidades referidas pelos clientes após a alta na sua residência habitual

Foram propostas três atividades: acompanhamento do pós-operatório dos clientes submetidos a cirurgia gástrica e esofágica, em regime de ambulatório na sala de tratamentos e consulta; identificação dos principais cuidadores; recolha de dados aos clientes e cuidadores acerca das principais necessidades do cliente no domicílio.

Relativamente aos clientes, foram acompanhados durante o período de estágio nas consultas 18 clientes, 6 submetidos a gastrectomia e 12 submetidos a esofagectomia (Apêndice 5 gráfico 8). Os principais cuidadores identificados foram os filhos e cônjuge (Apêndice 5 gráfico 9). De referir que apenas um cliente não veio à consulta com o respetivo cuidador, por se encontrar numa fase mais avançada após a cirurgia. Os restantes vieram acompanhados pelos cuidadores, apresentando ainda algumas debilidades a nível físico e muitas dúvidas que colocaram ao enfermeiro, acerca da evolução da sua situação clínica e recuperação. De referir ainda que de 18 clientes avaliados 14 cuidadores eram mulheres, em 3 dos casos os cuidadores eram dois (em

conjunto homem e mulher) e apenas 1 dos casos o homem era o principal cuidador (Apêndice 5 gráfico 10). Estes achados estão consonantes com o estudo de Grimmer et al (2001) em que os filhos e cônjuge revelam-se os principais cuidadores, sendo as mulheres mais predominantes como cuidadoras comparativamente aos homens, e com o estudo de Levine et al (2006) no qual aproximadamente 75% dos cuidadores são mulheres. Este achado está também conforme o encontrado na UPCR (Apêndice 2). Levine et al (2006) referencia que as famílias são responsáveis pela maioria dos cuidados, facto que está de acordo com a evidência encontrada na consulta (88% são cuidadores familiares).

As necessidades referidas pelo cliente no seu domicílio são variadas, bem como as alterações nas suas atividades de vida diárias. Tendo o enfermeiro o papel de facilitador do processo de transição para o domicílio, permitindo o cliente alcançar o bem-estar, é de particular relevância

a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar/ complementar actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente (OE, 2002, p.14)

Para recolha dos dados utilizou-se o instrumento de registos de enfermagem da Instituição.

Relativamente ao cliente esofagectomizado foram referidos alguns aspetos de entre os quais os mais importantes foram: presença de dores a nível torácico e abdominal - 5 referências, enfiamento após ingestão alimentar - 3 referências, cansaço - 3 referências, receio que a alimentação ingerida não seja correta provocando diarreia - 2 referências, vômitos - 2 referências, diarreia ocorridas nos 10 dias seguintes à alta hospitalar (mais de 3 defeções por dia) - 2 referências, dificuldade em tomar banho no domicílio (alcançar os membros inferiores) - 2 referências, necessidade da transmissão de mais informação no momento da alta - 2 referências.

No que diz respeito aos clientes submetidos a gastrectomia foram referidos: diarreia - 8 referências, receio que a alimentação ingerida não seja a mais correta - 6 referências, cansaço - 5 referências, enfiamento após alimentação - 4 referências, necessita de ajuda para realizar as suas atividade de vida diárias - 3 referências, dores abdominais - 3 referências, dificuldade ao levantar-se e deitar-se - 2 referências, não sabe quais os posicionamentos a adotar após a alimentação - 2 referências, presença

de vômitos - 2 referências, anorexia - 2 referências, perda de peso - 2 referências, síndrome de dumping mencionado pelos clientes - 2 referências.

Ainda neste grupo de clientes gastrectomizados os seus cuidadores referiram que após a alta colocaram a eles próprios a questão: E agora? O que fazer? Esta preocupação esteve patente nos cuidadores, que se sentiam impreparados para receber o cliente operado e tinham muitas dúvidas quanto ao que podiam e poderiam fazer. Como referido no estudo de Boughton e Halliday (2009) tanto clientes como cuidadores revelavam incerteza do que esperar e preocupação em saber se o que faziam estava correto, expressando a importância de manter contacto com os profissionais de saúde. Da mesma forma os cuidadores referem medo, dúvida, incerteza sobre a sua capacidade de prestar cuidados em casa, considerando a comunicação com os profissionais de saúde o ponto-chave para o cuidado (Plank, Mazzoni e Cavada (2012). O Hospital providencia um sentimento de segurança Boughton e Halliday (2009), pelo que ao chegar ao domicílio, as dúvidas começam a surgir, sendo importante o contacto com os profissionais de saúde.

As queixas mais frequentes referidas nos clientes gastrectomizados e esofagectomizados, tendo como amostra populacional 18 clientes (com avaliação na consulta 1 a 2 semanas após alta) são: diarreia, receio sobre alimentação incorreta, cansaço, presença de dores, enfartamento após alimentação, vômitos (Apêndice 5 gráfico 11). As principais dificuldades dos clientes estão relacionadas nomeadamente com a alimentação e as consequências da sua ingestão (diarreia, enfartamento, vômitos) resultantes de cirurgias que são debilitantes, causando grande cansaço e astenia aos clientes, levando a que aproximadamente 2/3 (11 clientes) necessitem de ajuda para realizar as suas atividades de vida, mesmo após 1 a 2 semanas da alta hospitalar (Apêndice 5 gráfico 12). Estes achados são consubstanciados pela evidência científica em que o controlo da dor (Gilmartin, 2007; Yiu et al, 2011; Henderson e Zernike, 2001; Williams, 2008), a alimentação (Yiu et al, 2011) e o retomar das atividades de vida diárias (Gilmartin, 2007; Yiu et al, 2011; Williams, 2008) são algumas das necessidades de informação requeridas pelos clientes submetidos a cirurgia.

- Reconhecer a importância do papel do enfermeiro na alta do cliente submetido a cirurgia gástrica e esofágica

Para este objetivo foi proposta como atividade a identificação na equipa de enfermagem dos cuidados realizados na consulta externa, após a alta do internamento.

Através da observação direta dos cuidados prestados na sala tratamentos, realizando o registo das intervenções realizadas pelos profissionais de enfermagem a 9 clientes, verificou-se que os enfermeiros incidiam a sua atividade na informação aos clientes acerca de: cuidados com a sutura, alimentação, dores sentidas pelo cliente; postura utilizada ao levantar e deitar, cuidados com a jejunostomia, entre outras (Apêndice 5 gráfico 13). Estes resultados são consubstanciados pela evidência científica na qual os cuidados com a ferida operatória (Özel e Karabacak, 2012; Yiu et al, 2011; Henderson e Zernike, 2001; Williams, 2008), a alimentação (Yiu et al, 2011), as dores (Gilmartin, 2007; Yiu et al, 2011; Henderson e Zernike, 2001; Williams, 2008) são algumas das necessidades de cuidados requeridas pelos clientes. Os enfermeiros agem também na deteção complicações que surgem no período pós alta hospitalar, como referido por (Özel e Karabacak, 2012; Uzun et al, 2011), contactando se necessário outros profissionais da equipa multidisciplinar, para resolução das complicações identificadas.

- Identificar a importância do enfermeiro na preparação para a alta na perspetiva do cliente e cuidador

Para prossecução deste objetivo propôs-se como atividade: a identificação dos contributos transmitidos pelos enfermeiros no internamento que foram relevantes para o cliente após a alta no seu domicílio.

As ações realizadas pelos enfermeiros que, da perspetiva do cliente, foram importantes na preparação da alta com vista à transição do hospital para o domicílio, foram diversas. Entre elas, nos clientes submetidos a cirurgia esofágica, encontramos a transmissão de informação relativamente ao posicionamento durante/após refeições, os cuidados com a jejunostomia, o ensino relativamente à melhor forma de se deitar e levantar e o fornecimento dos contactos do serviço (Apêndice 5 gráfico 14).

No que diz respeito aos clientes submetidos a gastrectomia, as intervenções mais importantes reportam-se à transmissão de informação relativamente ao

posicionamento durante/após refeições, ao ensino relativamente à melhor forma de se deitar e levantar, à necessidade de avaliar o peso e à necessidade de evitar esforços (Apêndice 5 gráfico 15).

Embora não tenha sido abrangida nas atividades programadas inicialmente, no decorrer do estágio e com o contacto com os clientes, pareceu-me relevante incluir outra atividade: qual a informação, da perspetiva do cliente, que seria importante os enfermeiros transmitirem no internamento. Os clientes gastrectomizados e esofagectomizados consideraram que existiram aspetos que deveriam ser abordados por parte do enfermeiro no internamento, entre os quais encontram-se: necessidade de avaliar/controlar o peso, como levantar ou deitar, reforço hídrico, cuidados com a sutura, não realização de esforços, posicionamentos durante/após alimentação (Apêndice 5 gráfico 16).

De notar que, o que não foi referenciado pelos enfermeiros e que era importante transmitir na perspetiva de uns clientes, para outros foi referenciado como tendo sido transmitido, revelando-se muito importante, facilitando a sua transição para o domicílio. Este facto pode ser devido ao “deficit” de informação transmitida por parte dos profissionais (Yiu et al, 2011), informação não adaptada às necessidades individuais (McMurray et al, 2007) ou os profissionais não perguntarem qual a informação que os clientes necessitavam na alta (McMurray et al, 2007; Williams, 2008). Como demonstrado pela evidência científica, os planos de preparação para a alta podem apresentar lacunas, sendo referidas insuficiências na transmissão de informação (Yiu et al, 2011; McMurray et al, 2007; Williams, 2008).

Do mesmo modo, no que concerne à transmissão de informação por parte da equipa de enfermagem na sala de tratamentos, foram abordados aspetos tais como a presença de dores, cuidados com a sutura e alimentação, que os clientes não referiram, ou não foram os mais destacados na transmissão de informação durante o internamento. As necessidades dos clientes em internamento podem não ser iguais aos clientes no seu contexto residencial. O facto de estarem constantemente acompanhados, das suas necessidades serem colmatadas por profissionais habilitados, fornece alguma segurança aos mesmos (Boughton e Halliday, 2009). Quando chegam a casa e se deparam com uma realidade sem profissionais de saúde por perto, surgem dúvidas, que provavelmente durante o internamento não tinham relevância. Como referido por Jacobs (2000), os clientes podem ter um aumento das

necessidades de informação quando chegam a casa, pois é só nesta fase que se sentem responsáveis pelo seu auto cuidado.

Refletindo sobre o percurso efetuado, de uma forma global, o contacto com os clientes numa fase pós alta do internamento veio possibilitar a identificação de algumas carências evidenciadas pelos clientes no seu contexto residencial, percebendo a importância do cuidador informal como elemento facilitador da transição saudável e, sem dúvida, um dos principais parceiros de cuidados. Na cirurgia digestiva alta, os clientes submetidos a gastrectomia ou esofagectomia estão sujeitos a um período de recuperação que é prolongado e que acarreta uma preparação importante por parte dos profissionais de saúde. O enfermeiro como principal elemento facilitador da transição do cliente para o seu domicílio, é responsável por grande parte de transmissão de informação com vista à preparação para a alta, e respetiva validação, para que o cliente atinja um estado de menor disrupção que o conduza a uma situação de domínio, bem-estar subjetivo e bem-estar nas relações, indicadores encontrados quando se alcança uma transição saudável. Para que esta transição ocorra é essencial incluir os principais cuidadores informais igualmente no contexto da preparação para a alta, pois são eles os principais e muito importantes parceiros de cuidados. De acordo com Naylor e Cleave (2010), a transmissão de informação deve ser efetuada ao cliente, com inclusão do cuidador, com o estabelecimento de um compromisso entre ambos.

Relativamente aos enfermeiros da consulta externa são importantes na continuidade dos cuidados, com profissionais treinados no cuidar dos clientes submetidos a gastrectomia e esofagectomia, complementando a informação transmitida pelos enfermeiros durante o internamento, procedendo a deteção de complicações e atuando como elementos de ligação aos outros elementos da equipa multidisciplinar. Como refere Carvalho e Cristão (2012), na consulta de enfermagem deve haver captação de informação sensível ao cliente possibilitando um diagnóstico e planeamento de cuidados, de acordo com as necessidades do indivíduo com obtenção de ganhos de saúde.

A passagem pela consulta externa, observando o papel do enfermeiro e retirando dados relevantes sobre as principais dificuldades e necessidades do cliente aquando no domicílio, forneceu contributos extremamente relevantes para o desenvolvimento

do projeto inserindo-se de acordo com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da melhoria da qualidade na qual o enfermeiro “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2010, p.6). Houve igualmente aquisição de competências identificando “as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares” (OE, 2011, p.3). Na recolha de informação, agiu-se como especialista promovendo a confidencialidade e segurança da informação oral e escrita, adquirida como profissional, promovendo igualmente o respeito do cliente à privacidade (OE, 2010).

3.3.5 Internamento do Serviço de Cirurgia Geral

A cirurgia ao cliente submetido a gastrectomia e esofagectomia, conduz a alterações nas atividades do dia-a-dia, com necessidade de cuidados de enfermagem. Nesta fase do internamento, a transmissão de informação para a alta é de extrema importância para o cliente alcançar uma transição saudável no regresso ao domicílio. Os enfermeiros, principais elementos facilitadores deste processo, possibilitam a inclusão do cuidador no processo de preparação para a alta, incluindo-o nos cuidados prestados, na transmissão e validação de informação com o intuito da alta, dotando tanto clientes como cuidadores, de informação e treino, permitindo ao cliente alcançar o domínio sobre a sua nova situação de saúde.

No internamento foram propostos os seguintes objetivos:

- Identificar conjuntamente com os enfermeiros do Serviço aspetos relevantes acerca da preparação para a alta

Para a prossecução deste objetivo específico propôs-se como atividade a conversa informal com os enfermeiros do Serviço, registando o que consideravam mais importante na preparação para a alta. Ao invés de proceder a um contato pessoal com os enfermeiros, para recolha de dados que consideravam importantes na preparação para a alta do cliente gastrectomizado e esofagectomizado, procedi à elaboração de um instrumento de recolha de opinião, sobre o que consideravam relevante na preparação para a alta do cliente submetido a cirurgia gástrica e do esófago (Apêndice 6). Os instrumentos entregues foram analisados consoante as respostas dadas

(Apêndice 7). Os aspetos mais privilegiados no ensino do cliente gastrectomizado recaíram na alimentação, síndrome de dumping, exercício/repouso, posicionamentos durante/após a refeição, sinais de alarme. Denota-se através destes resultados um cuidado especial com a alimentação na preparação para a alta. A cirurgia gástrica nomeadamente na gastrectomia total conduz a alterações nutricionais. Como referido pela Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP, 2011a) na preparação para o regresso a casa estão presentes intervenções de enfermagem como, ensinar sobre a dieta recomendada, supervisionar e elucidar sobre hábitos alimentares e polifracionamento de refeições, marcação de consulta de nutrição. Do mesmo modo, no estudo de Driscoll (2000), são passíveis de ser transmitidas informações acerca da alimentação por parte dos enfermeiros, aos clientes submetidos a cirurgia que requeira cuidados especiais com a dieta.

Nos aspetos relevantes a serem incluídos nos folhetos, obtidos de acordo com o instrumento de recolha de opinião, os resultados são muito similares, novamente com prevalência sobre o tema da alimentação.

Em relação aos clientes esofagectomizados, os aspetos mais focados pelos enfermeiros incidiram na alimentação, respiração eficaz/tosse eficaz, mobilização/exercício físico, cuidados com jejunostomia, posicionamentos durante/após as refeições, sinais de alarme. Nota-se uma vez mais, primazia para as questões alimentares e, neste caso, a referência para o aspeto da respiração eficaz e mobilidade. A terapia nutricional do cliente oncológico, em especial com cancro do esófago, que se encontra frequentemente desnutrido, reveste-se de extrema importância na melhoria da qualidade de vida (AEOP, 2011b). Relativamente à respiração, as complicações respiratórias constituem-se como as mais prevalentes após cirurgia ao esófago, sendo importante a mobilização precoce de forma a evitar complicações pulmonares, potenciando a ventilação (Griffin, 2009). No que concerne aos aspetos a serem incluídos nos folhetos, segundo a opinião dos enfermeiros, os resultados são semelhantes. Quer as respostas relativamente aos clientes esofagectomizados e gastrectomizados a prevenção de complicações é dos mais mencionados. De acordo com a evidência científica, a intervenção na gestão de sintomas / prevenção de complicações é das mais valorizadas, sendo um dos aspetos que os profissionais de enfermagem mais abordam (Jacobs, 2000; Driscoll, 2000).

Dos resultados encontrados todos os enfermeiros consideravam importante a inclusão do cuidador informal. Relativamente ao momento da inclusão do cuidador são evidenciadas algumas discrepâncias, com respostas que incidem na admissão, dois dias antes da alta, ou no próprio dia da alta. Embora houvesse nesta questão mais que uma opção de resposta, apenas ocorreram nove respostas com referência à inclusão do cuidador informal ao longo do internamento. Examinando estes resultados, verifico que o momento da inclusão do cuidador não é consensual, por parte dos enfermeiros e, como tal, a ocorrência de insuficiências na transmissão de informação aos cuidadores poderá ocorrer. McMurray et al (2007) constata que é dada alta a clientes, que ficam repetidamente ao cuidado dos familiares que não tiveram formação satisfatória por parte dos profissionais de saúde. Como tal os profissionais de saúde deveriam reconhecer o cuidador, como o principal suporte para o cliente, podendo fornecer informações sobre o estado de saúde do cliente e um importante parceiro de cuidados no domicílio (Plank, et al 2012), contribuindo para uma transição saudável para o domicílio. Face às diferenças encontradas quanto às respostas dos enfermeiros nos momentos a incluir o cuidador, em que o reconhecimento do papel do cuidador não é valorizado de igual forma, é essencial uma mudança de postura na equipa. A consciencialização dessa mudança poderá resultar numa formação da mesma, dotando-a de conhecimentos acerca das necessidades dos clientes submetidos a cirurgia gástrica e do esófago e a importância da inclusão do cuidador no processo de preparação para a alta.

➤ Monitorização do cliente com vista à continuidade dos cuidados

Para este objetivo foram planeadas como atividades: identificação de clientes que são internados para cirurgia gástrica e esofágica e elaboração de checklist de forma a sistematizar a preparação para a alta no Serviço de Cirurgia Geral dos clientes submetidos a cirurgia gástrica e esofágica.

Durante o período de estágio foram identificados 9 clientes para intervenção cirúrgica, 2 para serem submetidos a gastrectomia e 7 a esofagectomia.

Foi elaborada checklist de preparação para a alta para cada intervenção (Apêndice 8). Estas basearam-se nos resultados encontrados no instrumento de recolha de opinião dos enfermeiros, na observação realizada na consulta externa (contato direto com os clientes e observação dos cuidados de enfermagem realizados), na evidência

científica sobre cuidados de enfermagem na cirurgia ao esófago e gástrica. Procedeu-se igualmente à elaboração de um guia de apoio para orientação dos profissionais (Apêndice 9). A execução desta atividade inseriu-se na “utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras de qualidade” (OE, 2002, p.15) com vista a alcançar a excelência no exercício.

Da checklist de preparação para a alta de cliente submetido a gastrectomia foram incluídos oito pontos-chave a abordar: cuidados com o penso / sutura operatória; respiração; alimentação; mobilização; sinais e sintomas mais frequentes; regime medicamentoso; deteção precoce de complicações; assegurar continuidade de cuidados. Da checklist de preparação para a alta de cliente submetido a esofagectomia, para além dos anteriores foi incluído os cuidados com a jejunostomia. Tendo em consideração a individualidade do cliente e as suas necessidades próprias, foi também equacionada a possibilidade de outras intervenções, que não as presentes nos pontos-chave a abordar (inclusão de outros aspetos). De acordo com a evidência científica, verifica-se que as intervenções de enfermagem que possibilitam a satisfação das necessidades de informação, têm relação com as checklists elaboradas (não obstante as especificidades para cada grupo de clientes), nomeadamente na medicação (Özel e Karabacak, 2012; Uzun et al, 2011), cuidados à ferida operatória (Özel e Karabacak, 2012; Yiu et al, 2011; Henderson e Zernike, 2001; Williams, 2008), mobilização/retoma das atividades de vida diárias (Gilmartin, 2007; Yiu et al, 2011; Williams, 2008), alimentação (Yiu et al, 2011), deteção de complicações (Özel e Karabacak, 2012; Uzun et al, 2011) e follow up (Williams, 2008; McMurray et al, 2007).

➤ Capacitar o cliente para o domínio de forma a alcançar uma transição saudável

Foram traçadas duas atividades: transmissão de informação de modo a capacitar o cliente para a alta; elaboração de folhetos elucidativos com cuidados de enfermagem de cirurgia gástrica e esofágica e submissão à aprovação da Enf^a Chefe/Gabinete de informação ao utente.

Realizou-se transmissão de informação para a alta, pós cirurgia, aos clientes gastrectomizados e esofagectomizados, tendo em consideração os pontos-chave da checklist. Foram seguidos 4 clientes submetidos a cirurgia do esófago e 1 a gástrica, com preenchimento das checklists. Efetuaram-se 3 a 4 sessões de ensino, acordadas

com o cliente, durante o período pós cirúrgico. Realizou-se a validação do ensino, no final de cada sessão de informação, tendo os clientes referido quais as posições a adotar durante/após alimentação, o número de refeições a realizar por dia (pequenas e fracionadas) e alimentos a evitar, a melhor forma de deitar e levantar, cuidados com a sutura/penso, a necessidade de avaliar o peso regularmente, o número de contacto do serviço ou a recorrência à urgência no caso de vômitos/ febre/dores intensas. No caso dos clientes submetidos a esofagectomia, foram referidos os cuidados com a manutenção da permeabilidade da sonda, cuidados à pele perijunostomia e com o penso. De notar que não houve nos clientes seguidos, dificuldades na administração de dieta pela sonda ou de água com o auxílio de seringa, tendo os mesmos a destreza manual e motricidade fina presente para desempenharem com sucesso esta tarefa, adquirindo o domínio necessário que permitisse um sucesso na transição para o domicílio. Reportando os padrões de qualidade, com o propósito do ajuste requerido pela situação de doença provocado por um evento crítico, o enfermeiro age através do “ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional” (OE, 2002, p.15)

As dúvidas referentes ao reinício da sexualidade apenas foram abordadas por um cliente. Esta constatação encontra-se patente no estudo de Gilmartin (2007), constituindo um obstáculo à transmissão de informação. Denota-se que, da parte dos profissionais de enfermagem não existe igualmente iniciativa de transmissão de informação relativa à sexualidade. Tal como demonstrado no estudo de Serrano (2005) os técnicos de saúde sentem dificuldade na abordagem da sexualidade, motivado por fatores profissionais (receio da reação do cliente, falta de iniciativa do cliente) e fatores pessoais, considerando a sexualidade difícil de abordar, de carácter pessoal e íntimo de cada indivíduo.

Relativamente aos folhetos (Apêndice 10), foram elaborados de acordo com as informações obtidas segundo a opinião dos enfermeiros (Apêndice 7 - aspetos relevantes a serem incluídos nos folhetos), de acordo com a revisão de literatura pertinente, bem como na observação realizada na consulta externa. Não foi possível até ao momento a sua aprovação. Esses folhetos, serão de seguida apresentados aos restantes membros da equipa (enfermeiros, médicos, dietista, fisioterapeutas), sendo colhidas as suas sugestões e constituídos como proposta do Serviço de Cirurgia Geral, para aprovação pelo Concelho de Administração. A informação escrita adquire

particular importância como meio de relembrar a informação transmitida verbalmente ou validar a existente, sendo essencial no regresso ao domicílio (Gilmartin, 2007; McMurray et al, 2007; Williams, 2008). Como descrito no estudo de Jacobs (2000) há evidência da vantagem do uso de informações escritas uma vez que os pacientes podem ter dificuldades em se lembrar do que foi transmitido ou não terem receptividade para receber informação na altura, recorrendo ao suporte escrito aquando no domicílio. A informação escrita visa aumentar o conhecimento do utente constituindo uma condição facilitadora para a transição.

➤ Capacitar a família /cuidador nos cuidados ao cliente

Para a prossecução deste objetivo foram propostas como atividades: transmissão de informação relativamente à preparação para a alta, à família /cuidador informal do cliente; incluir o cuidador no manuseamento da seringa de alimentação e cuidados à jejunostomia tendo em vista a alta do cliente.

A transmissão de informação ao cuidador/familiar do cliente ocorreu com o propósito de capacitar os mesmos para o cuidado do cliente, sendo o principal elemento de apoio no regresso ao domicílio. Como afirma Majholm, Esbensen, Thomsen, Engbaek e Møller (2012), os cuidadores aludem para o seu principal papel de apoio, para que o cliente se sinta seguro e referem a ajuda fornecida no relembrar das informações transmitidas pelos profissionais.

Efetuaram-se convites aos cuidadores dos clientes seguidos, que constituíram a amostra a quem foi implementado o projeto, com o propósito de transmitir informação para a alta para capacitar para o cuidado ao cliente, tendo estes comparecido no Serviço, demonstrando receptividade para a informação transmitida. Todos os cuidadores identificados correspondiam a familiares do cliente. Este achado é patente nos locais de estágio frequentados (UPCR, UCA, Urologia, consulta externa de digestivo alto) sendo suportado pelo estudo de Levine et al (2006) no qual os familiares são responsáveis pela maioria do cuidado. As principais preocupações mencionadas prenderam-se, com o fornecimento do contacto do serviço no caso de ocorrerem dúvidas e com a alimentação a efetuar no domicílio. No momento da alta a maioria referia sentir-se com uma responsabilidade acrescida. Cuidadores consideram-se frequentemente responsáveis por tudo, tendo de pensar 24h no cliente para além das suas tarefas diárias individuais, afigurando-se um enorme encargo para estes (Plank

et al, 2012). Evidenciando a responsabilidade a cargo dos cuidadores, 32% refere não ter tempo para eles próprios e 20% refere não ter privacidade (Levine, et al 2006). Sendo o apoio dado pelo cuidador ao cliente importante na continuação de cuidados, em conjunto com os elementos da equipa de saúde, o suporte dos profissionais de saúde na transmissão de informação para a alta revela-se com uma importância acrescida. Um plano de preparação para a alta adequado dará tranquilidade ao cliente e cuidador e alivia a incerteza (Boughton e Halliday, 2009).

Os cuidadores foram também incluídos na administração de alimentos pela jejunostomia, no caso dos clientes esofagectomizados. As necessidades nutricionais são importantes, existindo quase sempre perda de peso por parte dos clientes após a intervenção cirúrgica, situação que já se encontra deficitária antes da cirurgia, com grandes “deficits” nutricionais por incapacidade dos clientes em se alimentarem, devido principalmente a disfagia. Não houve dificuldades na administração ou manuseamento da seringa de alimentação e manutenção da permeabilidade da sonda de jejunostomia. As principais dúvidas surgiram na forma como confeccionar e triturar os alimentos, quando o cliente apresentava disfagia no momento da alta. Englobar o cuidador nos cuidados inseriu-se na estratégia de “otimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico” (OE, 2002. p.15).

- Identificar as melhores práticas através de evidência científica sobre cuidados de enfermagem ao cliente submetido a cirurgia gástrica e esofágica

Para a prossecução destes objetivos foram propostas duas atividades: efetuar uma revisão da literatura acerca dos cuidados de enfermagem a pessoa submetida a cirurgia do esófago e gástrica; ação de formação aos enfermeiros do Serviço acerca de cuidados de enfermagem na cirurgia gástrica e esofágica.

Atendendo à evidência científica encontrada foi efetuado o planeamento da sessão de formação sobre a preparação para a alta da pessoa submetida a cirurgia do esófago e gástrica (Apêndice 11), que foi prevista com a duração de 30 minutos. Estiveram presentes 7 enfermeiros no Serviço que assistiram à sessão de formação (Apêndice 12), tendo sido utilizado meios audiovisuais (computador e televisão lcd), bem como suporte escrito com apresentação das checklists de preparação para a alta e folhetos elaborados. Foi elaborado um instrumento de avaliação, sendo entregue aos participantes na sessão (Apêndice 13). Com vista à capacitação da equipa,

dotando-a de ferramentas essenciais para a transmissão de informação aos clientes, cuidadores e à renovação de conhecimentos dos profissionais de enfermagem, apresentei a sessão de formação. De acordo com os padrões de qualidade, inserindo-se no enunciado descritivo da organização dos cuidados de enfermagem é importante “a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” (OE, 2002, p.15). Os instrumentos de avaliação da sessão preenchidos foram analisados (Apêndice 14). A maioria dos participantes considerou a sessão muito relevante, nomeadamente quanto ao conteúdo e utilidade do tema. Quanto aos temas abordados com maior importância foram referidas: as checklists de preparação para a alta, a indicação de incluir o cuidador o mais precocemente possível e a reflexão no final da sessão sobre os cuidados prestados na prática em comparação com os prestados na sessão de formação. No que diz respeito aos cuidados a incluir em futuras sessões a tolerância ao esforço foi pronunciado por dois participantes. Relativamente às sugestões para implementação, e após apresentação dos instrumentos (folhetos e checklists), houve referência ao facto de a checklist conter demasiados itens e alertou-se para o facto de ter de ser reduzida. Outras sugestões incluíram a marcação de horário com o cuidador para transmissão de informação, a inclusão das checklists no processo do cliente iniciando o seu preenchimento na admissão. Inquirindo se os cuidados de enfermagem eram diferentes dos praticados na prática diária, 71% respondeu que não e 29% respondeu que sim. Os aspetos em que diferiam prendiam-se com os cuidados com a respiração, cuidados à jejunostomia, a autoimagem e a administração de Vitamina B12. Embora o número de participantes tenha sido escasso, perante os resultados obtidos denoto reflexão da equipa sobre os cuidados prestados, com sugestões para a melhoria e implementação do projeto. Sendo o enfermeiro o principal elemento facilitador na transição do cliente para o domicílio (Sawyer et al, (2010), elucidar a equipa, refletir sobre os cuidados, encontrar alternativas que garantam qualidade na prestação de cuidados, constituem estratégias promotoras, preventivas e interventivas facilitadoras do processo transaccional. (Schumacher e Meleis, 2010)

- Demonstrar a necessidade de cuidados de enfermagem especializados no momento da alta

Para a execução deste objetivo, foi proposto como atividade, a aplicação do termómetro de distress ao cliente, na admissão e no momento da alta.

Com o propósito de proceder à avaliação da transmissão de informação de preparação para a alta dos clientes submetidos a esofagectomia e gastrectomia, solicitou-se a autorização à entidade competente na Instituição, para aplicação do termómetro emocional (Anexo 6). O termómetro emocional foi validado inicialmente para clientes do foro oncológico por Mitchell, Baker-Glenn, Granger e Symonds, (2009), sendo traduzida para a versão portuguesa por Pereira e Teixeira (2009) apresentando 5 itens: sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta e necessidade de ajuda. Cada item apresenta valores de mensuração (0 a 10), similar a uma escala de Likert com o formato de um termómetro. Inicialmente o termómetro emocional foi construído com base no termómetro de distress (Mitchell et al, 2009), sendo que alterações emocionais são consideradas quando se identifica um nível igual a 4 ou mais, na avaliação do cliente. As vantagens da utilização do termómetro emocional em detrimento do termómetro de distress são devido a ser mais exato para a medição de depressão, ansiedade ou distress (Mitchell et al, 2009).

Como não houve possibilidade de realizar a transmissão de informação para preparação da alta a todos os clientes sujeitos a cirurgia do esófago e gástrica, realizou-se a um grupo de 5 clientes, que constituíram a amostra sujeita a implementação do projeto. Os outros 4 tiveram o apoio de outros enfermeiros do Serviço no exercício habitual de cuidados. Foram entregues os termómetros emocionais a preencher pelo cliente no momento da admissão e no momento da alta. No caso de alterações na alta (nível 4 ou superior), procedia-se à identificação dos problemas causadores de distress (Apêndice 15). Este instrumento foi adaptado com base no formato de checklist do termómetro emocional (“Emotion Thermometers”, n.d.).

Dos resultados encontrados da avaliação dos termómetros (Anexo 7) e dos problemas identificados (Apêndice 16), verificou-se que dos 5 clientes da amostra, 3 apresentavam no momento da alta níveis de distress inferior ao encontrado no momento da admissão. 2 destes apresentavam um nível superior de distress (≥ 4), com problemas identificados em comum (alimentação, disfagia, deslocações, preocupação). Dos clientes que não foram seguidos, todos apresentavam no conjunto

das avaliações dos itens, nível de distress superior no momento da alta. Neste grupo, os problemas identificados em 4 clientes referiam-se à alimentação.

Dos 6 clientes (seguidos e não seguidos) que apresentaram um nível de distress superior no momento da alta, 5 deles apresentavam no item necessidade de ajuda uma classificação superior ao do momento da admissão.

De acordo com Boughton e Halliday (2009) planos de alta adequados dão tranquilidade aliviando a incerteza. Será possível os clientes apresentarem níveis de distress inferiores no momento da alta comparativamente ao momento da admissão, face à transmissão de informação por parte do enfermeiro? Através da aplicação dos termómetros emocionais, não se pode inferir plenamente esta hipótese. Existem outros fatores que podem ser responsáveis por um aumento do nível de distress, mesmo quando sujeitos a transmissão de informação pelo enfermeiro, na preparação para a alta (2 clientes). A incapacidade de se alimentar oralmente ou as dificuldades na alimentação podem ser causadoras do aumento do nível de distress nestes clientes, traduzindo maior mensuração no item necessidade de ajuda. No estudo realizado por Frost, Zevon, Gruber & Scrivani (2011), a alimentação surgia como um dos problemas identificados causadores de um aumento dos níveis de distress. A existência de sintomas físicos podem ser interpretados como agravamento da situação clínica, com repercussões a nível da ansiedade, conduzindo a uma sensação de perda de controlo (Cardoso, Luengo, Trancas, Reis e Vieira, 2008). Pode-se também verificar, pelos resultados da aplicação do termómetro emocional que a disfagia era um dos problemas identificados em 4 dos 7 clientes submetidos a esofagectomia traduzindo-se em alterações a nível dos termómetros emocionais. De acordo com Fontes e D'Ávila (2005) uma das complicações mais frequentes é a presença de disfagia em 50% dos casos, resultante de estenose da zona da anastomose.

A idade também pode contribuir indiretamente para um aumento dos níveis de distress, uma vez que as complicações da intervenção cirúrgica têm maior incidência em clientes com idade superior (Corsi, 2005), constatando-se nos resultados encontrados, níveis inferiores de mensuração nos clientes com menor idade.

Face aos achados encontrados, procedendo à aplicação dos termómetros emocionais a um maior número de clientes submetidos a cirurgia do esófago e

gástrica, num horizonte temporal mais prolongado, poder-se-iam assegurar mais resultados que traduzissem contributos para o plano de ensino.

➤ Prestar cuidados especializados na preparação para a alta

Como atividade foi proposta a apresentação de uma norma de preparação para a alta na Instituição onde exerço funções, para o seguimento de clientes submetidos a gastrectomia e esofagectomia. Com os constrangimentos resultantes do período temporal curto e necessidade de aprovação dos instrumentos concebidos pelos órgãos competentes, a criação da norma não foi de momento efetivada. No entanto conseguiu-se reunir contributos suficientes para a elaboração de um documento que consoante o escrutínio dos pares, chefia de enfermagem, diretor de serviço será proposto à direção de enfermagem da Instituição.

Refletindo sobre o percurso realizado no internamento, o diagnóstico de cancro constitui um evento que é marcante para o cliente e a cirurgia é um ponto crítico traduzindo-se num momento de mudança com aumento da consciência ou maior compromisso face à sua situação de doença. As expectativas que os clientes tem face à sua doença sabendo o que podem esperar, o significado que atribuem bem como o nível de conhecimento que têm, são condições que podem influenciar o sucesso da transição. O enfermeiro constitui-se então como um elemento facilitador de todo este processo.

O ambiente (comunidade) que rodeia o cliente é uma importante condição, que pode ser facilitadora do processo de transição. Os cuidadores relevam-se então primordiais na preparação para a alta, fornecendo o suporte adequado e necessário constituindo-se verdadeiros parceiros para a continuidade de cuidados. O planeamento adequado e a transmissão de informação ao cliente pelo enfermeiro, com a inclusão do cuidador desde o momento da admissão é essencial para que o cliente alcance o domínio da sua situação de saúde, um bem-estar subjetivo com diminuição dos níveis de distress e um bem-estar nas relações com seus familiares e significativos, constituindo indicadores de uma transição saudável.

Com o propósito da implementação do projeto, durante o estágio no Serviço de Cirurgia Geral, adotou-se um conjunto de estratégias com o intuito da sistematização de informação com vista à preparação para a alta.

Durante o internamento, na capacitação do cliente e família através da transmissão de informação relativamente à alta, adquiriram-se competências promovendo “intervenções junto de pessoas com doença crónica (...) cuidadores e seus familiares” (OE, 2011, p.3) e envolvendo “cuidadores da pessoa em situação crónica (...) para otimizar resultados na satisfação das necessidades” (OE, 2011, p.3), assim como na promoção de “parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família” (OE, 2011, p.4).

No planeamento e realização da sessão de formação agiu-se de acordo com o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, na qual o enfermeiro responsabiliza-se por ser facilitador do processo de aprendizagem, atuando como formador em contexto de trabalho, concebendo programas formativos, realizando a avaliação da formação (OE, 2010). No domínio da gestão de cuidados adquiram-se competências, adaptando o estilo de liderança ao clima organizacional favorecendo a melhor resposta do grupo (OE, 2010), através da aplicação de “estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado” (OE, 2010, p.9) e usando “processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada” (OE, 2010, p.9).

Na informação recolhida, atuou-se como especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal promovendo a proteção dos direitos humanos, através da proteção da confidencialidade e segurança da informação oral e escrita, adquirida como profissional, promovendo igualmente o respeito do cliente à privacidade (OE, 2010).

4. QUESTÕES ÉTICAS

A realização deste projeto e a sua escolha partiu da identificação de lacunas a nível da prestação de cuidados de enfermagem na preparação para a alta da pessoa submetida a cirurgia do esófago e gástrica. Procurando alcançar a excelência do exercício, de acordo com o Artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) o enfermeiro deve “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam uma mudança de atitude” (OE, 2005, p.133). Foi o ponto de partida para dar início ao processo de planeamento do projeto. Para alcançar este objetivo procurou-se atualização a nível do conhecimento científico para melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem com intervenções adequadas às expectativas do cliente e cuidador. São deveres em geral como disposto no Artigo 76º do CDE como traduzido na alínea a) “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos (...) adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos serviços de enfermagem” (OE, 2005, p.35).

Durante o percurso realizado nos diferentes locais de estágio, devem-se aludir algumas questões éticas que estiveram subjacentes às atividades desenvolvidas. Como enfermeiro a desenvolver um estágio do 2º ciclo de estudos, teve-se o cuidado de proceder de acordo com o artigo 86º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) alínea b), à salvaguarda no exercício das funções da privacidade e intimidade da pessoa (OE, 2005). Efetuou-se pessoalmente a identificação como “enfermeiro da especialidade”, perante os clientes e perguntou-se se consentiam a presença do profissional durante a prestação de cuidados, ou durante a colheita de dados realizada durante os estágios, estando de acordo com o artigo 84º do CDE alínea b) no qual pelo respeito da autodeterminação o enfermeiro deve “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2005, p.109). A privacidade do cliente esteve sempre garantida durante a prestação de cuidados na enfermaria do 1º local de estágio, com a utilização de cortinas no espaço da unidade do cliente, utilizando um tom de voz moderado, confinando a conversa para o espaço físico do mesmo. Este procedimento foi também adotado durante as consultas no 1º local de estágio, mantendo sempre a porta do gabinete fechada. A utilização das cortinas foi igualmente usada nos recobros do 2º local de estágio, no 3º local de estágio e na consulta externa e internamento do 4º local de estágio. Na consulta de admissão e

durante a realização do follow-up telefónico do 2º local de estágio, procedeu-se ao fecho da porta do gabinete para salvaguarda do cliente contactado, tendo procedido da mesma forma quando foram recolhidos dados dos clientes na consulta externa ou aquando da observação dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem na sala de tratamentos do 4º local de estágio.

No 3º local de estágio, na articulação com o centro de saúde da área de residência, existiu um contato telefónico importante para assegurar a continuidade de cuidados, estando de acordo com o artigo 80º do CDE em que o enfermeiro deve “conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido” (OE, 2005, p.83). Neste caso, o dever de informar os clientes está também subjacente, como explanado pelo CDE artigo 84º, alínea d). No momento da alta o enfermeiro assumiu o dever de “informar sobre os recursos a que uma pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter” (OE, 2005, p.109), tendo sido informados sobre o apoio prestado no centro de saúde da área de residência, levando uma carta de alta de enfermagem dirigida à equipa. Conhecendo os recursos existentes poder-se-á planear mais eficazmente a alta. O mesmo dever de informar sobre os recursos esteve também patente no 1º local de estágio, em que os clientes eram informados sobre a existência de uma cooperativa onde poderiam adquirir os dispositivos de ostomia, sem necessidade de pagamento, desde que munidos por receita médica no ato da entrega do material.

Quando se procedeu à utilização do termómetro emocional, foi pedida autorização aos órgãos competentes. Respeitando o princípio da beneficência do cliente e, tendo em conta que o termómetro é um instrumento autorizado pela Instituição, não seria ética a sua utilização se não houvesse articulação com outros profissionais de saúde, podendo incorrer em situações em que identificaria problemas, que não poderiam ser resolvidos por inexistência de apoio. A presença de uma mensuração entre 4 e 7 em qualquer dos termómetros emocionais pressupõe uma avaliação pelo psicólogo e um nível entre 8 e 10 à avaliação pelo psiquiatra. Procedeu-se então à aplicação prática, uma vez garantida a consulta dos clientes em caso de referência. O CDE refere no Artigo 91º deveres para com outras profissões em que na alínea b) o enfermeiro assume o dever de “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde” (OE, 2005, p. 151). A assistência ao cliente ficou salvaguardada, uma vez que “a pessoa alvo dos cuidados (...) espera dos serviços

de saúde e dos profissionais rapidez e efectividade no tratamento e nos cuidados pelo que a articulação e complementaridade funcional se revelam condições imprescindíveis” (OE, 2005, p.153).

Relativamente às informações recolhidas durante o período de estágio, houve particular atenção à questão do segredo profissional. Os dados obtidos na consulta externa, com identificação das necessidades dos clientes, os dados recolhidos do follow-up telefónico do 2º e 3º local de estágio, bem como as checklists preenchidas no 3º local de estágio, e o preenchimento dos termómetros emocionais, estão abrangidos pelo dever do sigilo, segundo o Artigo 85º do CDE na qual a alínea a) é explanado o dever do enfermeiro em “considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte” (OE, 2005, p.115). Efetuou-se apenas a recolha da informação absolutamente necessária para aquisição de competências e elaboração de um plano estruturado de preparação para a alta. De acordo com o CDE “é importante ter em conta o critério da utilidade e pertinência da informação recolhida, que deverá “servir” para contribuir para a personalização dos cuidados – assim só poderá ser colhida a informação necessária (...) sob protecção da confidencialidade” (OE, 2005, p.117). Foi também mantido de acordo com o artigo 85º alínea d) “o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações e ensino” (OE, 2005, p.117).

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O conhecimento das características e necessidades dos clientes submetidos a gastrectomia e esofagectomia permitirá o desenvolvimento de intervenções de enfermagem adequadas, centradas na pessoa, permitindo o bem-estar do cliente e uma suave transição para o domicílio, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados na alta. As lacunas que foram encontradas na preparação para a alta, identificadas através do instrumento de recolha de opinião pelos enfermeiros, as necessidades detetadas como mais prementes pelos clientes e cuidadores no regresso ao domicílio e os problemas que emergiram para o cliente durante o internamento, fornecem indícios relevantes que poderão contribuir para desenvolver processos que permitam melhorar a qualidade de vida e restabelecer precocemente o cliente alvo de cuidados. A continuidade dos cuidados incluindo a articulação com os cuidados de saúde primários será porventura uma das intervenções a desenvolver no processo de planeamento da alta. O facto de a Instituição onde exerço funções abranger uma vasta área geográfica, com população em localidades distantes, fora dos grandes centros urbanos e com acessos a recursos de saúde limitados, poderá contribuir para uma menor assistência, que no caso dos clientes submetidos a cirurgia do esófago pode significar uma diminuição da qualidade de vida. Como refere Griffin (2009) a recuperação da qualidade de vida no cliente submetido a cirurgia ao esófago demora cerca de 9 meses, demonstrando a escala de trauma que a cirurgia produz. Seria interessante proceder a um estudo sobre a qualidade de vida dos clientes submetidos a cirurgia digestiva alta no seu regresso para casa, percebendo se existiriam diferenças significativas em relação aos clientes com residência perto dos grandes centros urbanos.

Tendo em conta estes aspetos seria justificável um acompanhamento após a alta, que porventura passaria por um telefonema às 48h após a alta, uma vez que, posteriormente a esta fase, os cuidados e acompanhamento estariam assegurados pelos profissionais na consulta externa. A identificação das necessidades e dos problemas que poderiam emergir numa primeira fase e as estratégias utilizadas pelos clientes e família para a resolução das situações com que se deparam imediatamente após o regresso a casa, forneceria informações importantes que poderiam ser utilizadas na fase de planeamento e execução de intervenções, na preparação para

alta dos clientes gastrectomizados e esofagectomizados. Tendo em consideração a garantia assistencial e a qualidade dos cuidados prestados, a criação de uma linha telefónica de apoio seria com certeza uma mais-valia para elucidar o cliente e cuidadores das dúvidas prementes.

No caso dos clientes distantes de centros urbanos e retornando à questão da articulação com os centros de saúde, a realização de sessões de formação/esclarecimento, com atualização de conhecimentos e cuidados de enfermagem inerentes após a cirurgia, seria de extrema importância, garantindo a qualidade de cuidados no pós alta.

No que concerne à informação transmitida, a aprovação dos folhetos relevar-se-ia importante sendo uma forma de reforçar ou relembrar a informação dada, tornando-se parte integrante de uma norma de preparação para a alta. A elaboração desta norma e a sua divulgação na Instituição traria uniformização das intervenções de enfermagem realizadas, contribuindo para a eliminação de lacunas na transmissão de informação, no momento da preparação da alta da pessoa submetida a cirurgia do esófago e gástrica, com prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

A disseminação do projeto junto dos enfermeiros do Serviço, adotando parcerias com outros profissionais da equipa multidisciplinar, poderia assegurar resultados promissores na preparação para a alta do cliente submetido a cirurgia gástrica e do esófago. A continuidade da realização de sessões de formação, dando a conhecer o projeto a toda a equipa de enfermagem do Serviço, criando condições para que estes abraçassem e assumissem o mesmo, traria contributos para a melhoria do projeto, num processo de avaliação e otimização constante, na sua implementação no contexto dos cuidados.

Finalizando, a avaliação pelo cliente dos cuidados prestados na preparação para a alta, através da utilização de inquéritos de satisfação, é um indicador de extrema relevância, para a avaliação da qualidade da informação transmitida e verificar a adequação dos planos, pelo que a sua implementação é essencial.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preparação para a alta revela-se de uma importância acrescida, face a tempos de internamentos cada vez mais curtos. O diagnóstico de cancro produz por si só um impacto emocional significativo nos clientes e os tratamentos subsequentes causam muitas vezes alterações na qualidade de vida. Em alguns casos, essas alterações tornam-se permanentes. As neoplasias do esófago e gástrica são causadoras de grandes alterações a nível do padrão alimentar, como constatado no 4º local de estágio, através da opinião dos enfermeiros (instrumento de recolha de opinião) e da colheita de dados efetuada aos clientes na consulta externa. A intervenção cirúrgica nos clientes com patologia do esófago e gástrica provoca alterações nas suas atividades de vida, com necessidade de cuidados, sendo o enfermeiro um importante elemento para colmatar estas mesmas necessidades. O enfermeiro constitui-se então como principal facilitador do processo de transição para o domicílio, permitindo ao cliente alcançar um estado de menor disruptura provocado pela doença, dotando-o de conhecimentos e treino que permitem ao mesmo a adaptação face à sua nova condição de saúde.

A transmissão de informação para a alta por parte do enfermeiro, de uma forma organizada, possibilita a eliminação de lacunas no ensino e a inclusão do cuidador nos cuidados é fulcral neste processo. O ambiente onde está inserido o cliente (familiares, amigos, parceiros da comunidade, prestadores de cuidados) representa um papel importante na continuação de cuidados. No entanto, como referido no estudo de Boughton e Halliday (2009), os serviços comunitários raramente têm recursos suficientes para responder ao fluxo de clientes. Referindo-se às altas precoces, estas acabam por diminuir os custos nos hospitais mas transferem esses mesmos custos para o cliente e cuidador, sendo fornecida alta a clientes, frequentemente com necessidades de cuidados no domicílio (Boughton e Halliday, 2009). Tendo em consideração que, os primeiros tempos no domicílio e o período pré alta, são momentos de significativa sobrecarga para os cuidadores, especialmente aqueles que desempenham esse papel pela primeira vez (Plank et al, 2012), estes, importantes parceiros de cuidados e principal suporte para o cliente no período pós alta, devem ser mais apoiados, quer pelos profissionais de saúde no meio hospitalar, quer pelos profissionais existentes no ambiente onde reside o cliente (centros de

saúde, serviço de apoio domiciliário). A constatação destes factos, vem dar força à implementação do projeto de preparação para a alta do cliente submetido a cirurgia gástrica e esofágica, com inclusão e preparação do cuidador para o cuidado ao cliente, pois são também elementos facilitadores do processo de transição para o domicílio.

A articulação dos enfermeiros do hospital com a comunidade (centros de saúde, lares, serviços de apoio domiciliário, instituições particulares de solidariedade social) e com os cuidadores informais será garante de um nível assistencial apropriado e de uma continuação de cuidados. O apoio prestado ao cliente e cuidador/familiar pode inserir-se como referido por Naylor e Cleave (2010), num modelo de cuidados transacionais. A formação contínua de todos os envolvidos no processo será uma mais-valia para a manutenção da qualidade de cuidados, não podendo ser descurada. O contacto telefónico após a alta será essencial, sendo um meio dos clientes e cuidadores de manterem a comunicação com os profissionais, permitindo a estes últimos identificar situações passíveis de atuação, na comunidade ou no meio hospitalar.

Com a elaboração deste relatório e através do percurso efetuado nos diferentes campos de estágio foram identificadas as necessidades dos clientes submetidos a cirurgia do esófago e gástrica na preparação para alta. Procedeu-se igualmente a uma análise reflexiva dos resultados encontrados e realçadas as competências alcançadas como enfermeiro especialista. Relativamente à implementação, face aos resultados alcançados, e às necessidades sentidas principalmente pelos clientes, que foram expostas à equipa, forneceram dados que dão força à continuidade do projeto. Para assegurar a melhoria assistencial com vista à preparação para a alta é fulcral o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar. Projetando a continuidade do projeto, seria benéfica a implementação inicial a um grupo de clientes submetidos a cirurgia gástrica e do esófago, com aplicação das checklists de preparação para a alta, distribuição dos folhetos da pessoa submetida a cirurgia gástrica e esófago com transmissão de informação para a alta, de acordo com a proposta de uma norma institucional. Este período inicial forneceria indicações passíveis de alterações ao projeto, conduzindo a melhoria e adequação de cuidados de enfermagem, à pessoa em fase de transição para o domicílio, com a aceitação dos pares, chefias de enfermagem e clínicas, conduzindo a aprovação da norma com inclusão de folhetos

da pessoa submetida a cirurgia gástrica e esófago e checklists de preparação para a alta.

Como limitações neste trabalho, evidencia-se a escassez de estudos na área de enfermagem relativamente a clientes submetidos a cirurgia do esófago e gástrica e as suas necessidades na preparação para a alta, limitando igualmente os resultados encontrados na revisão sistemática da literatura utilizados na sustentação teórica do relatório.

Outra das limitações diz respeito aos constrangimentos temporais que impediram o seguimento de um maior número de clientes submetidos a esofagectomia e gastrectomia. Ainda na aplicação dos termómetros emocionais, a existência de uma amostra pouco significativa, não permitiu assegurar mais resultados que traduzissem mais contributos para o plano de ensino.

A construção dos instrumentos checklist e folhetos foram baseadas em informações recolhidas na consulta externa, no internamento, da opinião dos profissionais e na literatura relevante. No entanto não houve possibilidade de realizar uma recolha de dados relativamente às necessidades dos clientes num período entre 24h e 48h após a alta, período importante que poderia fornecer outras informações, para inclusão nos instrumentos.

A sessão de formação efetuada, teve a presença de um número pouco significativo do total de enfermeiros no Serviço, tal como se verifica em outros momentos de formação em serviço, pelo que a divulgação e a continuidade da implementação do projeto, beneficiaria da formação de todos os profissionais de enfermagem presentes do Serviço.

Para finalizar, o período de estágio é curto pelo que as atividades propostas não foram todas executadas, nomeadamente a aprovação dos folhetos e checklists de preparação para alta, pela instituição onde exerço funções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altmann, D., Novo, F. & Ferreira, E. Influência da linfadenectomia radical (D2) na morbidade e mortalidade da ressecção curativa do carcinoma gástrico. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 26(6), 335-340. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v26n6/02.pdf>
- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, Grupo Digestivos (2011a). *Linhas de Consenso Cancro Gástrico*. Disponível em <http://www.aeop.net/sgc/Communication/Publications/DOCS/13b396a4dbd836a1dd8a254922ac7247.pdf>
- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, Grupo Digestivos (2011b). *Linhas de consenso Doente com cancro do esófago*. Disponível em <http://www.aeop.net/sgc/Communication/Publications/DOCS/df84bfdc106108f30f64694fa12301ce.pdf>
- Boughton, M., & Halliday, L. (2009). Home alone: patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 33(1), 30-40. doi:10.5172/conu.33.1.30
- Bowles, K., Naylor, M. & Foust, J. (2002). Patient characteristics at hospital discharge and a comparison of home care referral decisions. *American Geriatrics Society*. 50 (2), 336-342. Disponível em <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f4d6cce4-da2a-491f-ac9a-384a8eb8280d%40sessionmgr113&vid=2&hid=124>
- Branco, T. (2011). Cuidar em Parceria. In *1^{as} Jornadas de Enfermagem de Especialidades Cirúrgicas do Centro Hospitalar Lisboa Central EPE*. Auditório da GlaxoSmithKline, 10-11 Novembro de 2011. Miraflores.

- Brooten, D. & Naylor, M. (2010). Transitional environments. In A. Meleis (Eds.). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 465 - 480). New York: Springer Publishing Company.
- Cardoso, G. Luengo, A. Trancas, B., Vieira, C. Reis, D. (2008). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Psilogos*. 6 (2), 8-18. Disponível em <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/429/1/Psilogos%206%282%29%20e%207%281-2%29%20Cardoso%20et%20al%20%20p8-19.pdf>
- Carvalho, J. & Cristão, A. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista Enfermagem Referência*, 3 (7), 103-112.
Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserlIn7/serlIn7a11.pdf>
- Chick, N., Meleis, A. (2010). Transitions: a nursing concern. In A. Meleis (Eds.). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 24 - 38). New York: Springer Publishing Company.
- CNADCA (2008). *Relatório final da Comissão Nacional para o desenvolvimento da cirurgia de ambulatório*. (s.l): (s.n). Disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Relatorio%20Final>
- Corsi, P. (2005). Avaliação do Risco Operatório. In Maia, A. & Iglesias, A. (Coords). *Complicações em Cirurgia Prevenção e Tratamento* (pp. 1-6). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Cunha, et al. (2010). A Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital Santo António dos Capuchos - Intervenção do Enfermeiro. *Revista Enformação*. 13, 10-15. Disponível em <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/162>
- Decreto-lei nº 7/2009 de 12 de Fevereiro (2009). Aprova a revisão do Código do Trabalho. Diário da República 1ª Série. N.º 30 (12-02-2009) 926-1029. Disponível em <http://dre.pt/pdf1s/2009/02/03000/0092601029.pdf>

Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 31(5), 1165-1173. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01372.x
Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01372.x/citedby>

Emotion Thermometers [Instrumento de avaliação] (n.d.). Disponível em http://www.pscho-oncology.info/ET_checklist.pdf

Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J., Comber, H., & ... Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal Of Cancer*. 49(6), 1374-1403. doi:10.1016/j.ejca.2012.12.027

Fontes, P. & D'Ávila, A. (2005). Complicações da Cirurgia do Esófago. In Maia, A. & Iglesias, A. (Coords). *Complicações em Cirurgia Prevenção e Tratamento* (pp. 375-381). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

Frost, G., Zevon, M., Gruber, M., & Scrivani, R. (2011). Use of Distress Thermometers in an Outpatient Oncology Setting. *Health & Social Work*, 36(4), 293-297. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1aa808fc-1b5f-43d4-82d6-cdb34afb626b%40sessionmgr4001&vid=5&hid=4104>

Gilmartin, J. (2007). Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. *Journal Of Clinical Nursing*. 16(6), 1109-1117. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2e61526e-9862-4bcb-8574-d0eefe176e16%40sessionmgr12&vid=10&hid=12>

Graham, J., Gallagher, R., & Bothe, J. (2013). Nurses' discharge planning and risk assessment: behaviours, understanding and barriers. *Journal Of Clinical Nursing*. 22(15/16), 2338-2346. doi:10.1111/jocn.12179

- Griffin (2009). Surgery for cancer of the esophagus. In S. Griffin & S. Raines (Eds.). *Oesophagogastric Surgery* (p. 91 – 109). Edinburgh: Saunders Elsevier
- Grimmer, K., Moss, J. & Gill, T. (2000). Discharge Planning Quality From the Carer Perspective. *Quality of Life Research*. 9, 1005-1013. Disponível em <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1a070195-54b4-4e99-ad80-a3e4aae4b890%40sessionmgr114&vid=2&hid=109>
- Hartford, K., Wong, C., & Zakaria, D. (2002). Randomized controlled trial of a telephone intervention by nurses to provide information and support to patients and their partners after elective coronary artery bypass graft surgery: effects of anxiety. *Heart & Lung: The Journal Of Critical Care*, 31(3), 199-206. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956302837608>
- Henderson, A., & Zernike, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal Of Advanced Nursing*. 35(3), 435-441. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01857.x
- Huber, D. & McClelland, E. (2003). Patient preferences and discharge planning transitions. *Journal of Professional Nursing: Official Journal Of The American Association Of Colleges Of Nursing*. 19 (4), 204-210. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8755722303000711>
- Hughes, L., Hodgson, N., Muller, P., Robinson, L., & McCorkle, R. (2000). Information needs of elderly postsurgical cancer patients during the transition from hospital to home. *Journal Of Nursing Scholarship*. 32(1), 25-30. doi:10.1111/j.1547-5069.2000.00025.x
- Ito, N., & Kazuma, K. (2005). Factors associated with the feeling of stability in the daily life among colostomy patients. *Japan Journal Of Nursing Science*. 2(1), 25-31. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7c7527c4-9db2-48a2-9be2-f3bd656b5cd5%40sessionmgr4004&vid=9&hid=4112>

- Jacobs, V. (2000). Informational Needs of Surgical Patients Following Discharge. *Applied Nursing Research*. 13(1), 12-18. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189700800142>
- Levine, C., Albert, S., Hokenstad, A., Halper, D., Hart, A. & Gould, D. (2006). "This case is closed": family caregivers and the termination of home health care services for stroke patients. *The Milbank Quarterly*. 84 (2), 305-331. Disponível em <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=38665562-0bfe-4387-8797-92cbb022b935%40sessionmgr14&vid=2&hid=22>
- Lithner, M., & Zilling, T. (2000). Pre- and postoperative information needs. *Patient Education & Counseling*, 40(1), 29-37 Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399199000439#>
- Majholm, B., Esbensen, B., Thomsen, T., Engbaek, J., & Møller, A. (2012). Partners' experiences of the postdischarge period after day surgery - a qualitative study. *Journal Of Clinical Nursing*. 21(17/18), 2518-2527. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04116.x
- McMurray, A., Johnson, P., Wallis, M., Patterson, E. & Griffiths, S. (2007). General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. *Journal of Clinical Nursing*. 16(9), 1602-1609. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01725.x
- Mcvey, J., Madill, A., & Fielding, D. (2001). The relevance of lowered personal control for patients who have stoma surgery to treat cancer. *British Journal Of Clinical Psychology*. 40(4), 337. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7c7527c4-9db2-48a2-9be2-f3bd656b5cd5%40sessionmgr4004&vid=8&hid=4112>

- Meleis, A. (2010). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In A. Meleis (Eds.). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 13 - 24). New York: Springer Publishing Company.
- Mistiaen, P. (2008). Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. (3), doi:10.1002/14651858.CD004510.pub3
- Mitchell, A., Baker-Glenn, E., Granger, L., & Symonds, P. (2009). Can the Distress Thermometer be improved by additional mood domains? Part I. Initial validation of the Emotion Thermometers tool. *Psycho-Oncology*, 19(2), 125-133. doi:10.1002/pon.1523
- Naylor, M. & Cleave, J. (2010). The transitional care model for older adults. In A. Meleis (Eds.). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 459 - 465). New York: Springer Publishing Company.
- Oberle, K., Allen, M., & Lynkowski, P. (1994). Follow-up of same day surgery patients: a study of patient concerns. *AORN Journal*. 59(5), 1016-1025. doi:10.1016/S0001-2092(07)65511-2
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (Ed.). (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*. (s.l): Ordem dos Enfermeiros Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCESituacaoCronicaPaliativa.pdf

Otto, S. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Özel, S., & Karabacak, Ü. (2012). Discharge After Surgical Treatment: What do patients in Turkey want to know? *Healthmed*. 6(2), 525-530. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=bcf5373d-71a8-4ed7-8938-4ac7c8044e44%40sessionmgr12&vid=7&hid=23>

Pereira, A. Tessarini, M. Pinto, M. & Oliveira, V. (2007). Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. *Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. 15 (1), 40-45.
Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a06.pdf>

Pereira, M. & Teixeira, R. (2009). Termómetros Emocionais - 5 itens (Tradução e Versão de Investigação) [Instrumento de avaliação]. Universidade do Minho. Centro de Investigação em Psicologia. Disponível em http://www.psychoncology.info/Emotion%20Thermometers%205%20items_portuguese.pdf

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Plank, A., Mazzoni, V., & Cavada, L. (2012). Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transition from hospital to home. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(13/14), 2072-2082. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.04025.x

Pompeo, D., Pinto, M., Cesarino, C., Araújo, R. & Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*. 20 (3), 345-350. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf

PORDATA (2013). *Óbitos por algumas causas de morte (%) em Portugal* [dados estatísticos]. Disponível em [http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758)

Prisco, E., Pinto, C., Barros, A., Reis, J., Almeida, H., & Mello, E. (2010). Esofagectomia trans-hiatal versus transtorácica: experiência do Instituto Nacional do Câncer (INCA). *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 37(3), 167-174. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v37n3/03.pdf>

Registo Oncológico Nacional (2012). *Registo Oncológico Nacional de todos os tumores malignos na população residente em Portugal, em 2006*. Lisboa: Registo Oncológico Regional Sul IPOLFG – EPE

Sawyer, L., Meleis, A., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2010). The transitional care model for older adults. In A. Meleis (Eds.). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 52 - 65). New York: Springer Publishing Company.

Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). Transitions: A central concept in nursing. In A. Meleis (Eds.). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 38 - 51). New York: Springer Publishing Company.

- Serrano, S. (2005). Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais. *Análise Psicológica*, 23 (2), 137-150. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a06.pdf>
- Uzun, O., Ucuzal, M., & Inan, G. (2011). Post-Discharge learning needs of General Surgery patients. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*. 27(3), 634-637. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2e61526e-9862-4bcb-8574-d0eefe176e16%40sessionmgr12&vid=15&hid=12>
- Williams, B. (2008). Supporting self-care of patients following general abdominal surgery. *Journal Of Clinical Nursing*. 17(5), 584-592. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01857.x
- Yiu, H., Chien, W., Lui, M., & Qin, B. (2011). Information needs of Chinese surgical patients on discharge:a comparison of patients' and nurses' perceptions. *Journal Of Advanced Nursing*. 67(5), 1041-1052. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05528.x

ANEXOS

Anexo 1

UPCR Protocolo de ensino no internamento

UPCR Protocolo de ensino em internamento

Período pré operatório

1º Dia

Proceder à preparação física e cólica (tricotomia, marcação do estoma, ingestão de solução para lavagem intestinal)

Proceder á preparação psicológica

Intra operatório e pós operatório imediato

2º Dia

Dia da cirurgia (bloco operatório e sala de operados)

Pós-operatório

3º Dia

Transferência do SO para a enfermaria

4º Dia

A (letra correspondente ao ensino realizado colocado nas notas de enfermagem / nível de ensino que o cliente se encontra)

- ✓ Recordar conceitos
- ✓ Lembrar bibliografia
- ✓ Estimular a primeira observação do estoma
- ✓ Proporcionar a observação da mudança do dispositivo

5º Dia

B

- ✓ Incentivar o cliente à participação nos cuidados á sua ostomia
- ✓ Abordar outros aspetos. Higiene, alimentação, mobilização, atividades, vestuário, sexualidade.

6º Dia

D

- ✓ Observar o doente nos cuidados à ostomia
- ✓ Englobar o familiar prestador de cuidados no ensino e prestação direta de cuidados à ostomia
- ✓ Alertar o cliente, prestador de cuidados para eventuais complicações

7º Dia

D

- ✓ Observar o doente nos cuidados à sua ostomia
- ✓ Proporcionar o contacto com outros dispositivos
- ✓ Entregar o guia de alta do serviço

8º Dia

E

- ✓ Entregar o kit de alta

9º Dia

F

- ✓ Contactar a enfermeira da consulta de enfermagem (para agendar a primeira consulta de pós operatório)
- ✓ Registar o dia da primeira consulta de pós-operatório no cartão de Consulta de enfermagem

Anexo 2

Follow-up 7º dia na UCA

FOLLOW-UP - 7º Dia

1. Já realizou a Consulta de Follow-up? Não ☐ Sim ☐ Quando? _____

2. Tem alteração na realização das suas actividades diárias? (Andar / Sentar / Higiene / Comer)

Não ☐ Sim ☐ 2.1 - Se **Sim**, porquê? _____

3. Tem tido dor? .

Sim ☐ Não ☐ Escala de Dor:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.1 - Se **Sim**, descreva (duração, localização) _____

4. Tomou os medicamentos conforme prescrição? Sim ☐ Não ☐

4.1 - Se **Sim**, a medicação para a dor foi eficaz? Sim ☐ Não ☐

4.2 - A medicação foi suficiente? Sim ☐ Não ☐

4.2.1 - Se **Sim**, foi em excesso? _____ Fez durante quantos dias? _____

4.2.2 - Se **Não**, teve que adquirir mais medicação? Qual? _____

5.. O utente apresenta(ou) algum dos seguintes sintomas?

5.1 - Identificar com uma **X**, no local correcto.

SINTOMAS	SIM	NÃO
➤ Cefaleias		
➤ Tonturas		
➤ Náuseas e/ou Vómitos		
➤ Epigastrias		

5.2 - Se **Sim**, caracterizar: _____

6. Ainda tem penso? Não ☐ Sim ☐

6.1 - Se **Sim**, como está a ser feito? _____

6.2 - Observações: _____

7. Avaliação do local cirúrgico:

7.1 - Ferida com bordos bem coaptados? Sim ☐ Não ☐

7.2 - Hiperemiada? Não ☐ Sim ☐ Se **sim**, descreva _____

7.3 - Calor local? Não ☐ Sim ☐ Se **sim**, descreva _____

7.4 - Edemaciada? Não ☐ Sim ☐ Se **sim**, descreva _____

7.5 - Hematoma? Não ☐ Sim ☐ Se **sim**, descreva _____

7.6 - Presença de exsudado? Não ☐ Sim ☐ Se **sim**:
*Seroso ☐
*Seroso/Hemático ☐
*Purulento ☐

7.6.1 - Fez-se colheita do exsudado? Não ☐ Sim ☐

8 - Febre? Não ☐ Sim ☐ Se **sim**, descreva (T(ax) e duração) _____

9 - Com algum destes SS foi visto(a) por um médico? Sim ☐ Não ☐

9.1 - Iniciou AB? Não ☐ Sim ☐ Se **sim**, qual? _____

10 - Infecção do local cirúrgico? Não ☐ Sim ☐

10.1 - Tipo de Infecção: * Infecção incisional superficial ☐
* Infecção incisional profunda ☐
* Infecção de órgão ou espaço ☐

10.2 - Observações: _____

11. Teve algum tipo de Complicações? Não ☐ Sim ☐

Se **Sim**:

11.1 - Contactou a UCA? Não ☐ Sim ☐

11.2 - Recorreu ao Serviço de Urgência? Se **sim**, o que foi feito? _____

11.3 - Houve necessidade de internamento? Não ☐ Sim ☐

Se **Sim**, Porquê? Quanto tempo? _____

12. Como classifica o seu estado geral? Mt Bom ☐ Bom ☐ Médio ☐ Mau ☐

13. Foram dadas as seguintes orientações e reforçado ensino:

Data ____/____/____

Hora: _____

Enfermeiro(a): _____ Nº Ordem _____

PROGRAMA DE ENSINO À PESSOA SUBMETIDA A PROSTATECTOMIA RADICAL/PRESTADOR DE CUIDADOS: Checklist

[illegible]

DE	☐ Conhecimento comprometido do DT sobre Vestir/Despir (VD) ____/____/____ ☐ Conhecimento comprometido do PC sobre Vestir/Despir (VD) ____/____/____			
ITV	☐ Ensinar sobre o uso de vestuário adequado • Limpo • Largo • Com abertura frontal ☐ Instruir sobre como Vestir/Despir	☐ DT ☐ PC ____/____/____	☐ DT ☐ PC ____/____/____	☐ DT ☐ PC ____/____/____
RES	☐ Conhecimento do DT sobre VD melhorado ____/____/____ ☐ Conhecimento do PC sobre VD melhorado ____/____/____			

DE	☐ Capacidade comprometida do DT para VD ____/____/____ ☐ Capacidade comprometida do PC para assistir DT a VD ____/____/____			
ITV	☐ Treinar o DT a vestir e despir ☐ Treinar o PC como Vestir/Despir ☐ Supervisionar a Vestir/Despir	☐ DT ☐ PC ____/____/____	☐ DT ☐ PC ____/____/____	☐ DT ☐ PC ____/____/____
RES	☐ Capacidade do DT para VD melhorada ____/____/____ ☐ Capacidade do PC para assistir DT a VD melhorada ____/____/____			

DE	☐ Conhecimento comprometido do DT sobre prevenção de complicações do cateter urinário (CU) ____/____/____ ☐ Conhecimento comprometido do PC sobre prevenção de complicações do cateter urinário (CU) ____/____/____			
INTV	Ensinar sobre prevenção de complicações do CU Instruir sobre prevenção de complicações do CU ☐ Aumentar a ingestão hídrica ☐ Evitar dobras e angulações no sistema de drenagem ☐ Adaptar o saco colector ao cateter urinário ☐ Despejar o saco colector ☐ Sinais de obstrução do cateter • Diminuição acentuada do débito urinário • Dor abdominal ☐ Fornecer informação escrita (folheto informativo) ☐ Promover a visualização de filme ☐ Articular com o Centro de Saúde (contacto telefónico e carta de alta)	☐ DT ☐ PC ____/____/____	☐ DT ☐ PC ____/____/____	☐ DT ☐ PC ____/____/____
RES	☐ Conhecimento do DT sobre prevenção de complicações do CU melhorado ____/____/____ ☐ Conhecimento do PC sobre prevenção de complicações do CU melhorado ____/____/____			

DE	☐ Conhecimento comprometido do DT sobre o regime medicamentoso ____/____/____ ☐ Conhecimento comprometido do PC sobre o regime medicamentoso ____/____/____			
ITV	Ensinar sobre regime medicamentoso adequado Instruir sobre regime medicamentoso adequado ☐ Cumprir prescrição médica ☐ Retomar terapêutica de ambulatório ☐ Explicar sobre efeito colateral da ingestão de álcool e medicamentos ☐ Efectuar consulta de follow-up telefônica 1ª Consulta ____/____/____ 2ª Consulta ____/____/____	☐ DT ☐ PC ____/____/____	☐ DT ☐ PC ____/____/____	☐ DT ☐ PC ____/____/____
RES	☐ Conhecimento do DT sobre o regime medicamentoso melhorado ____/____/____ ☐ Conhecimento do PC sobre o regime medicamentoso melhorado ____/____/____			

DE	☐ Aceitação do estado de saúde comprometido ____/____/____			
ITV	☐ Incentivar a presença do cuidador ☐ Incentivar o convívio social ☐ Decodificar ideias preconcebidas ☐ Ensinar estratégias de adaptação Saco colector de perna ☐ Consulta de follow up presencial	☐ DT ☐ PC ____/____/____	☐ DT ☐ PC ____/____/____	☐ DT ☐ PC ____/____/____
RES	☐ Aceitação do estado de saúde melhorada ____/____/____			

Sr. J. L.

Idade: 55 anos

PROGRAMA DE ENSINO À PESSOA SUBMETIDA A PROSTATECTOMIA RADICAL/PRESTADOR DE CUIDADOS: Checklist

DE	☒ Conhecimento comprometido do doente (DT) sobre prevenção de complicações da Ferida Cirúrgica (FC) <u>12/11/2012</u> ☒ Conhecimento comprometido do prestador de cuidados (PC) sobre prevenção de complicações da Ferida Cirúrgica (FC) <u>15/11/2012</u>			
ITV	Ensinar sobre prevenção de complicações da FC Instruir sobre prevenção de complicações da FC Treinar sobre prevenção de complicações da FC ☒ Observar FC ☒ Despistar sinais de infecção ☐ Despistar sinais de reacção alérgica ao adesivo ☒ Proteger penso (durante os cuidados de higiene) ☐ Conter a sutura ☒ Adoptar posição segura ao levantar/deitar ☒ Evitar esforços ☒ Fornecer informação escrita (folheto informativo) ☒ Promover a visualização de filme ☒ Articular com o Centro de Saúde (contacto telefónico e carta de alta) ☒ Efectuar consulta de follow-up telefónica • 1ª Consulta <u>17/11/2012</u> • 2ª Consulta <u>25/11/2012</u>	☒ DT ☐ PC	☒ DT ☒ PC	☐ DT ☐ PC
RES	☒ Conhecimento do DT sobre prevenção de complicações da FC melhorado <u>15/11/2012</u> ☐ Conhecimento do PC sobre prevenção de complicações da FC melhorado <u>1/1/</u>			

DE	☒ Conhecimento comprometido do DT sobre Vestir/Despir (VD) 15/11/2012 ☒ Conhecimento comprometido do PC sobre Vestir/Despir (VD) 15/11/2012							
ITV	☒ Ensinar sobre o uso de vestuário adequado ☐ • Limpo ☐ • Largo ☒ • Com abertura frontal ☒ Instruir sobre como Vestir/Despir			☒ DT 15/11/2012	☐ PC 1/1	☐ DT 1/1	☐ PC 1/1	
RES	☐ Conhecimento do DT sobre VD melhorado ☐ Conhecimento do PC sobre VD melhorado							
DE	☒ Capacidade comprometida do DT para VD 15/11/2012 ☒ Capacidade comprometida do PC para assistir DT a VD 15/11/2012							
ITV	☒ Treinar o DT a vestir e despir ☒ Treinar o PC como Vestir/Despir ☒ Supervisionar a Vestir/Despir			☒ DT 15/11/2012	☒ PC 1/1	☐ DT 1/1	☐ PC 1/1	
RES	☐ Capacidade do DT para VD melhorada ☐ Capacidade do PC para assistir DT a VD melhorada							

DE	☒ Conhecimento comprometido do DT sobre prevenção de complicações do cateter urinário (CU) <u>12/11/2012</u> ☒ Conhecimento comprometido do PC sobre prevenção de complicações do cateter urinário (CU) <u>15/11/2012</u>				
INTV	Ensinar sobre prevenção de complicações do CU Instruir sobre prevenção de complicações do CU ☒ Aumentar a ingestão hídrica ☒ Evitar dobras e angulações no sistema de drenagem ☒ Adaptar o saco colector ao cateter urinário ☒ Despejar o saco colector ☒ Sinais de obstrução do cateter • Diminuição acentuada do débito urinário • Dor abdominal ☒ Fornecer informação escrita (folheto informativo) ☒ Promover a visualização de filme ☐ Articular com o Centro de Saúde (contacto telefónico e carta de alta)	☒ DT ☐ PC	☒ DT ☒ PC	☐ DT ☐ PC	☐ DT ☐ PC
RES	☒ Conhecimento do DT sobre prevenção de complicações do CU melhorado <u>15/11/2012</u> ☐ Conhecimento do PC sobre prevenção de complicações do CU melhorado <u>1/1</u>				
11A	• 1. Condições de trabalho ☐ Efectuar consultas de rotina ☐ Substituir o cateter do saco colector ☐ Limpar o BC como se faz o saco colector ☐ Limpar o DL e substituir o saco colector ☐ Substituir o BC e substituir o saco colector no cateter urinário ☐ Limpar o BC e substituir o saco colector no cateter urinário ☐ Limpar o DL e substituir o saco colector no cateter urinário ☐ Limpar o BC e substituir o saco colector no cateter urinário ☐ Limpar o DL e substituir o saco colector no cateter urinário				
DE	☐ Substituir o cateter do BC e substituir o cateter do CU ☐ Substituir o cateter do DL e substituir o cateter do CU				

DE	☒ Conhecimento comprometido do DT sobre o regime medicamentoso <u>15/11/2012</u> ☒ Conhecimento comprometido do PC sobre o regime medicamentoso <u>17/11/2012</u>					
ITV	Ensinar sobre regime medicamentoso adequado Instruir sobre regime medicamentoso adequado ☐ Cumprir prescrição médica ☐ Retomar terapêutica de ambulatório ☐ Explicar sobre efeito colateral da ingestão de álcool e medicamentos ☐ Efectuar consulta de follow-up telefónica • 1ª Consulta <u>17/11/2012</u> • 2ª Consulta <u>25/11/2012</u>	☒ DT <u>15/11/2012</u>	☐ DT ____/____/____	☐ PC ____/____/____	☐ DT ____/____/____	☐ PC ____/____/____
RES	☐ Conhecimento do DT sobre o regime medicamentoso melhorado ____/____/____ ☐ Conhecimento do PC sobre o regime medicamentoso melhorado ____/____/____					

DE	☒ Aceitação do estado de saúde comprometido <u>12/11/2012</u>					
ITV	☐ Incentivar a presença do cuidador ☒ Incentivar o convívio social ☒ Descodificar ideias preconcebidas ☒ Ensinar estratégias de adaptação • Saco colector de perna ☐ Consulta de follow up presencial	☒ DT <u>12/11/2012</u>	☐ PC ____/____/____	☒ DT <u>15/11/2012</u>	☐ PC ____/____/____	☐ DT ____/____/____
RES	☐ Aceitação do estado de saúde melhorada ____/____/____					

Sr. FF

Idade: 67 anos

PROGRAMA DE ENSINO À PESSOA SUBMETIDA A PROSTATECTOMIA RADICAL/PRESTADOR DE CUIDADOS: Checklist

DE	☐ Conhecimento comprometido do doente (DT) sobre prevenção de complicações da Ferida Cirúrgica (FC) ☐ Conhecimento comprometido do prestador de cuidados (PC) sobre prevenção de complicações da Ferida Cirúrgica (FC)	05/11/2012		05/11/2012	
ITV	Ensinar sobre prevenção de complicações da FC Instruir sobre prevenção de complicações da FC Treinar sobre prevenção de complicações da FC ☒ Observar FC ☒ Despistar sinais de infecção ☐ Despistar sinais de reacção alérgica ao adesivo ☒ Proteger penso (durante os cuidados de higiene) ☒ Conter a sutura ☒ Adoptar posição segura ao levantar/deitar ☒ Evitar esforços ☒ Fornecer informação escrita (folheto informativo) ☒ Promover a visualização de filme ☒ Articular com o Centro de Saúde (contacto telefónico e carta de alta) ☐ Efectuar consulta de follow-up telefónica • 1ª Consulta / / • 2ª Consulta / / • Com segunda consulta	☒ DT ☐ DL ☐ PC ☐ bC	☒ DT ☐ DL ☒ PC ☐ bC	☐ DT ☐ DL ☐ PC ☐ bC	☐ DT ☐ DL ☐ PC ☐ bC
RES	☒ Conhecimento do DT sobre prevenção de complicações da FC melhorado ☒ Conhecimento do PC sobre prevenção de complicações da FC melhorado	05/11/2012		08/11/2012	

DE	☒ Conhecimento comprometido do DT sobre Vestir/Despir (VD) <u>05/11/2012</u> ☒ Conhecimento comprometido do PC sobre Vestir/Despir (VD) <u>05/11/2012</u>								
ITV	☒ Ensinar sobre o uso de vestuário adequado ☒ Limpo do LC sobre braseiro de combustão ☒ Largo do DT sobre braseiro de combustão ☒ Com abertura frontal ☒ Instruir sobre como Vestir/Despir						☒ DT ☒ PC ☒ DT ☒ PC	☒ DT ☒ PC ☒ DT ☒ PC	☒ DT ☒ PC ☒ DT ☒ PC
RES	☒ Conhecimento do DT sobre VD melhorado <u>05/11/2012</u> ☒ Conhecimento do PC sobre VD melhorado <u>05/11/2012</u>						☒ DT ☒ PC ☒ DT ☒ PC	☒ DT ☒ PC ☒ DT ☒ PC	☒ DT ☒ PC ☒ DT ☒ PC
DE	☒ Capacidade comprometida do DT para VD <u>05/11/2012</u> ☒ Capacidade comprometida do PC para assistir DT a VD <u>05/11/2012</u>						☒ DT ☒ PC ☒ DT ☒ PC	☒ DT ☒ PC ☒ DT ☒ PC	☒ DT ☒ PC ☒ DT ☒ PC
ITV	☒ Treinar o DT a vestir e despir ☒ Treinar o PC como Vestir/Despir ☒ Supervisionar a Vestir/Despir						☒ DT ☒ PC ☒ DT ☒ PC	☒ DT ☒ PC ☒ DT ☒ PC	☒ DT ☒ PC ☒ DT ☒ PC
RES	☒ Capacidade do DT para VD melhorada <u>05/11/2012</u> ☒ Capacidade do PC para assistir DT a VD melhorada <u>05/11/2012</u>						☒ DT ☒ PC ☒ DT ☒ PC	☒ DT ☒ PC ☒ DT ☒ PC	☒ DT ☒ PC ☒ DT ☒ PC

BOCKMAN DE ELLIOT Y BESSO / SUBALIDA Y BODICUTUBEL / DOR DE CLIVADOS: CPCKPPI



CT-0000
 O que é a...
 Duração: 2...

DE	☒ Conhecimento comprometido do DT sobre prevenção de complicações do cateter urinário (CU) 05/11/2012 ☒ Conhecimento comprometido do PC sobre prevenção de complicações do cateter urinário (CU) 05/11/2012				
INTV	Ensinar sobre prevenção de complicações do CU Instruir sobre prevenção de complicações do CU ☒ Aumentar a ingestão hídrica ☒ Evitar dobras e angulações no sistema de drenagem ☒ Adaptar o saco colector ao cateter urinário ☒ Despejar o saco colector ☒ Sinais de obstrução do cateter • Diminuição acentuada do débito urinário • Dor abdominal ☒ Fornecer informação escrita (folheto informativo) ☒ Promover a visualização de filme ☒ Articular com o Centro de Saúde (contacto telefónico e carta de alta)	☒ DT ☒ PC	☒ DT ☒ PC	☐ DT ☐ PC	☐ DT ☐ PC
RES	☒ Conhecimento do DT sobre prevenção de complicações do CU melhorado 08/11/2012 ☒ Conhecimento do PC sobre prevenção de complicações do CU melhorado 08/11/2012				
IIA	• 1. Condições ☐ Efectuar contacto de follow-up telefónico ☐ Substituir o folheto do saco colector ☐ Leitura do BC como feedback do saco colector ☐ Leitura do DL e feedback do saco colector ☐ Substituir a informação do saco colector no sistema de drenagem ☐ Leitura do BC e substituir o saco colector no sistema de drenagem ☐ Leitura do DL e substituir o saco colector no sistema de drenagem ☐ Leitura do BC e substituir o saco colector no sistema de drenagem ☐ Leitura do DL e substituir o saco colector no sistema de drenagem	☐ DT ☐ PC	☐ DT ☐ PC	☐ DT ☐ PC	☐ DT ☐ PC
DE	☐ Conhecimento comprometido do BC sobre prevenção de complicações do CU ☐ Conhecimento comprometido do DL sobre prevenção de complicações do CU				

DE	☒ Capacidade comprometida do DT para prevenção de complicações do CU <u>08/11/2012</u> ☒ Capacidade comprometida do PC para prevenção de complicações do CU <u>08/11/2012</u>			
ITV	☒ Treinar o DT a evitar dobras e angulações no sistema de drenagem ☐ Treinar o PC a evitar dobras e angulações no sistema de drenagem ☒ Treinar o DT a adaptar o saco colector ao cateter urinário ☒ Treinar o PC a adaptar o saco colector ao cateter urinário ☒ Supervisionar a adaptação do saco colector ao cateter urinário ☒ Treinar o DT a despejar o saco colector ☐ Treinar o PC como despejar o saco colector ☐ Supervisionar o despejo do saco colector ☐ Efectuar consulta de follow-up telefónica • 1ª Consulta <u>/ /</u> • 2ª Consulta <u>01/11/2012</u>	☒ DT ☒ PC	☐ DT ☐ PC	☐ DT ☐ PC

RES	☐ Capacidade do DT para prevenção de complicações com o CU melhorada <u>/ /</u> ☐ Capacidade do PC para prevenção de complicações com o CU melhorada <u>/ /</u>	
-----	--	--

ITALA	☒ Planejar a assistência de UTI ☒ Fornecer informação escrita (diário informativo) • Dar apoio • Diminuir a ocorrência de UTI ☐ Zonas de organização do cateter ☒ Desobstruir o saco colector ☒ Verificar o saco colector no sistema de drenagem ☒ Educar doentes e familiares no sistema de drenagem ☒ Verificar a integridade física ☐ Realizar apoio psicológico de complicações do CU ☐ Realizar apoio psicológico de complicações do CU	☐ DT ☐ PC	☐ DT ☐ PC	☐ DT ☐ PC
-------	--	--	--	--

DE	☐ Capacidade comprometida do PC para prevenção de complicações do CU <u>08/11/2012</u> ☐ Capacidade comprometida do DT para prevenção de complicações do CU <u>08/11/2012</u>			
----	--	--	--	--

DE	☒ Conhecimento comprometido do DT sobre o regime medicamentoso <u>05/11/2012</u> ☒ Conhecimento comprometido do PC sobre o regime medicamentoso <u>05/11/2012</u>				
ITV	Ensinar sobre regime medicamentoso adequado Instruir sobre regime medicamentoso adequado ☒ Cumprir prescrição médica ☒ Retomar terapêutica de ambulatório ☒ Explicar sobre efeito colateral da ingestão de álcool e medicamentos ☐ Efectuar consulta de follow-up telefónica • 1ª Consulta <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> • 2ª Consulta <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	☒ DT <u>05/11/2012</u>	☒ PC <u>05/11/2012</u>	☒ DT <u>05/11/2012</u>	☐ PC <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RES	☐ Conhecimento do DT sobre o regime medicamentoso melhorado <u>08/11/2012</u> ☐ Conhecimento do PC sobre o regime medicamentoso melhorado <u>08/11/2012</u>				

DE	☒ Aceitação do estado de saúde comprometido <u>05/11/2012</u>				
ITV	☐ Incentivar a presença do cuidador ☐ Incentivar o convívio social ☐ Descodificar ideias preconcebidas ☒ Ensinar estratégias de adaptação • Saco colector de perna • Consulta de follow up presencial	☒ DT <u>05/11/2012</u>	☒ PC <u>08/11/2012</u>	☒ DT <u>08/11/2012</u>	☐ PC <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
RES	☐ Aceitação do estado de saúde melhorada <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>				

Index: 61 ands

PROGRAMA DE ENSINO À PESSOA SUBMETIDA A PROSTATECTOMIA RADICAL/PRESTADOR DE CUIDADOS: Checklist

DE	☒ Conhecimento comprometido do doente (DT) sobre prevenção de complicações da Ferida Cirúrgica (FC) ☒ Conhecimento comprometido do prestador de cuidados (PC) sobre prevenção de complicações da Ferida Cirúrgica (FC)				25/10/2012	25/10/2012	
ITV	Ensinar sobre prevenção de complicações da FC Instruir sobre prevenção de complicações da FC Treinar sobre prevenção de complicações da FC ☒ Observar FC ☒ Despistar sinais de infeção ☒ Despistar sinais de reacção alérgica ao adesivo ☒ Proteger penso (durante os cuidados de higiene) ☒ Conter a sutura ☒ Adoptar posição segura ao levantar/deitar ☒ Evitar esforços ☒ Fornecer informação escrita (folheto informativo) ☒ Promover a visualização de filme ☐ Articular com o Centro de Saúde (contacto telefónico e carta de alta) ☐ Efectuar consulta de follow-up telefónica • 1ª Consulta / / • 2ª Consulta / /	☒ DT ☐ DL ☐ BC	☒ PC ☐ DL ☐ BC	☒ DT ☐ DL ☐ BC	☒ PC ☐ DL ☐ BC	25/10/2012	06/11/2012
RES	☒ Conhecimento do DT sobre prevenção de complicações da FC melhorado ☒ Conhecimento do PC sobre prevenção de complicações da FC melhorado				06/11/2012	06/11/2012	

DE	☒ Conhecimento comprometido do DT sobre Vestir/Despir (VD) <u>06/11/2012</u> ☒ Conhecimento comprometido do PC sobre Vestir/Despir (VD) <u>06/11/2012</u>	DT	PC	DT	PC	DT	PC
ITV	☒ Ensinar sobre o uso de vestuário adequado ☐ • Limpo ☐ • Largo ☐ • Com abertura frontal ☒ Instruir sobre como Vestir/Despir	<u>06/11/2012</u>	☒ DT	☒ PC	<u>13/11/2012</u>	☒ DT	☐ PC
RES	☒ Conhecimento do DT sobre VD melhorado <u>13/11/2012</u> ☐ Conhecimento do PC sobre VD melhorado <u>/ /</u>						
DE	☒ Capacidade comprometida do DT para VD <u>06/11/2012</u> ☒ Capacidade comprometida do PC para assistir DT a VD <u>06/11/2012</u>						
ITV	☒ Treinar o DT a vestir e despir ☒ Treinar o PC como Vestir/Despir ☒ Supervisionar a Vestir/Despir	<u>06/11/2012</u>	☒ DT	☒ PC	<u>08/11/2012</u>	☒ DT	☐ PC
RES	☒ Capacidade do DT para VD melhorada <u>13/11/2012</u> ☐ Capacidade do PC para assistir DT a VD melhorada <u>/ /</u>						

DE	☒ Conhecimento comprometido do DT sobre prevenção de complicações do cateter urinário (CU) <u>06/11/2012</u> ☒ Conhecimento comprometido do PC sobre prevenção de complicações do cateter urinário (CU) <u>06/11/2012</u>				
INTV	Ensinar sobre prevenção de complicações do CU Instruir sobre prevenção de complicações do CU ☒ Aumentar a ingestão hídrica ☒ Evitar dobras e angulações no sistema de drenagem ☒ Adaptar o saco colector ao cateter urinário ☒ Despejar o saco colector ☒ Sinais de obstrução do cateter • Diminuição acentuada do débito urinário • Dor abdominal ☒ Fornecer informação escrita (folheto informativo) ☒ Promover a visualização de filme ☐ Articular com o Centro de Saúde (contacto telefónico e carta de alta)	☒ DT ☒ PC	☒ DT ☐ PC	☐ DT ☐ PC	☐ DT ☐ PC
RES	☒ Conhecimento do DT sobre prevenção de complicações do CU melhorado <u>08/11/2012</u> ☐ Conhecimento do PC sobre prevenção de complicações do CU melhorado <u>/ /</u>				
ILP	• 1. Condições ☐ Efectuar contactos de follow-up regulares ☐ Substituir o qcabdo do saco colector ☐ Usar o BC como qcabdo do saco colector ☐ Usar o DL a qcabdo do saco colector ☐ Substituir o qcabdo do saco colector ao cateter urinário ☐ Usar o BC a qcabdo do saco colector ao cateter urinário ☐ Usar o DL a qcabdo do saco colector ao cateter urinário ☐ Usar o BC a qcabdo do saco colector ao cateter urinário ☐ Usar o DL a qcabdo do saco colector ao cateter urinário				
DE	☐ Conhecimento comprometido do BC sobre prevenção de complicações do CU ☐ Conhecimento comprometido do DL sobre prevenção de complicações do CU				

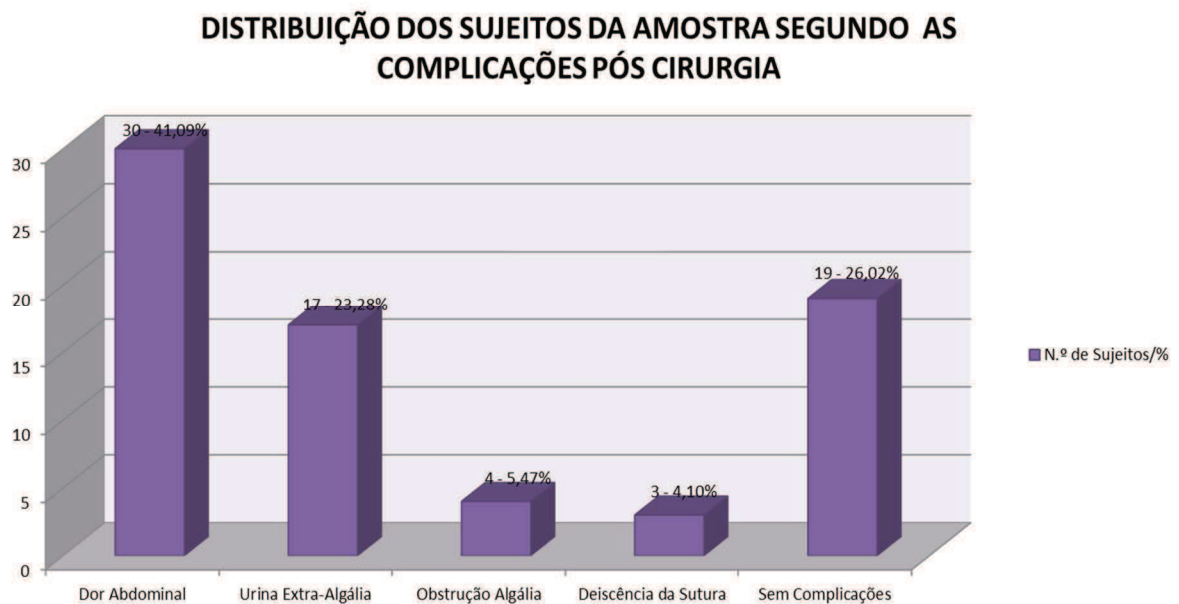
DE	☐ Conhecimento comprometido do DT sobre o regime medicamentoso ____/____/____ ☐ Conhecimento comprometido do PC sobre o regime medicamentoso ____/____/____			
ITV	Ensinar sobre regime medicamentoso adequado Instruir sobre regime medicamentoso adequado ☐ Cumprir prescrição médica ☐ Retomar terapêutica de ambulatório ☐ Explicar sobre efeito colateral da ingestão de álcool e medicamentos ☐ Efectuar consulta de follow-up telefónica • 1ª Consulta ____/____/____ • 2ª Consulta ____/____/____	☐ DT ☐ PC ____/____/____	☐ DT ☐ PC ____/____/____	☐ DT ☐ PC ____/____/____
RES	☐ Conhecimento do DT sobre o regime medicamentoso melhorado ____/____/____ ☐ Conhecimento do PC sobre o regime medicamentoso melhorado ____/____/____			

DE	☒ Aceitação do estado de saúde comprometido <u>08/11/2012</u>			
ITV	☒ Incentivar a presença do cuidador ☐ Incentivar o convívio social ☐ Descodificar ideias preconcebidas ☐ Ensinar estratégias de adaptação • Saco colector de perna ☐ Consulta de follow up presencial	☒ DT ☐ PC <u>08/11/2012</u>	☐ DT ☐ PC ____/____/____	☐ DT ☐ PC ____/____/____
RES	☐ Aceitação do estado de saúde melhorada ____/____/____			

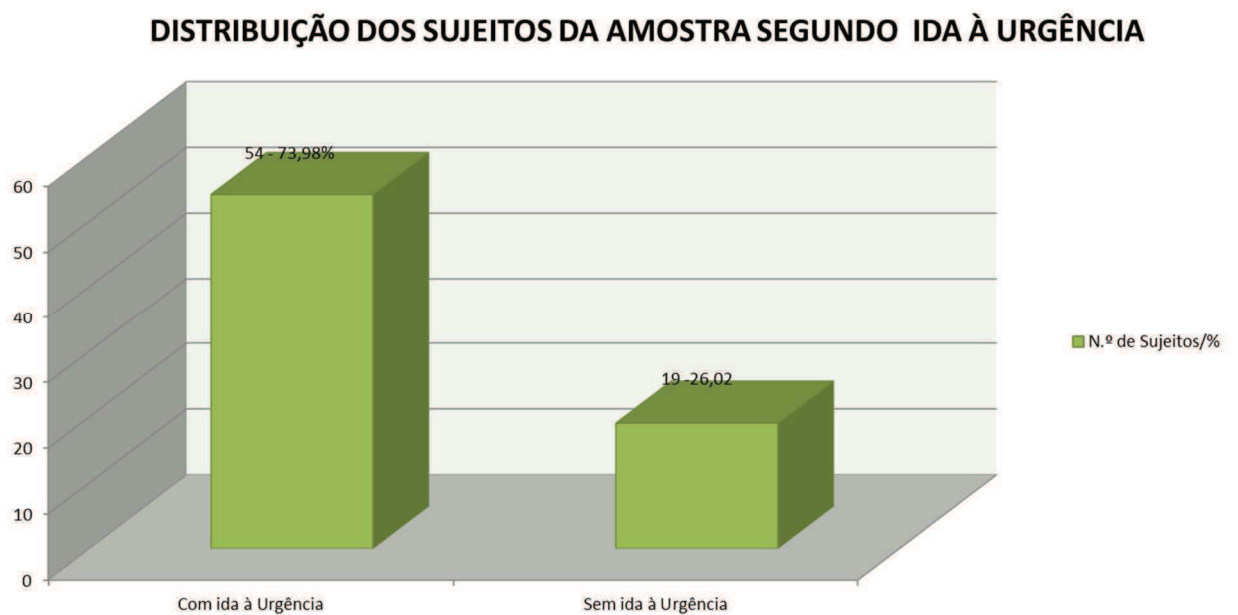
Anexo 5

**Dados antes e após o estabelecimento do protocolo de ensino em
internamento na Urologia**

Dados 2008/2009

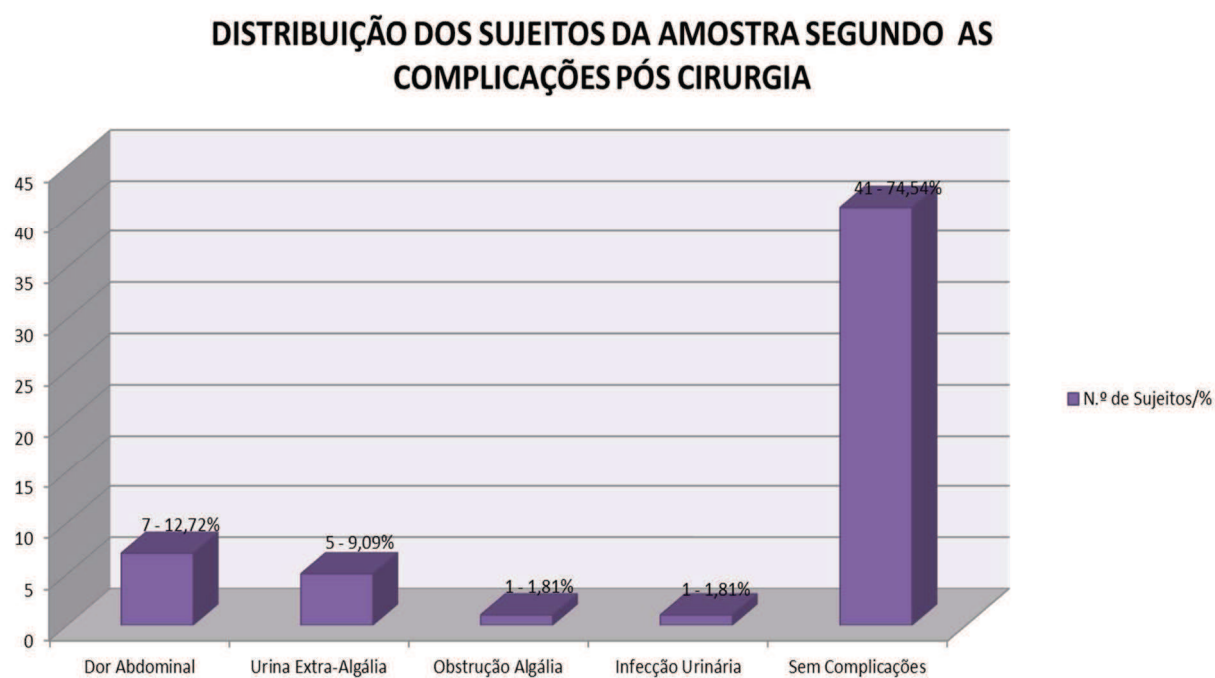


Fonte: Branco (2011)

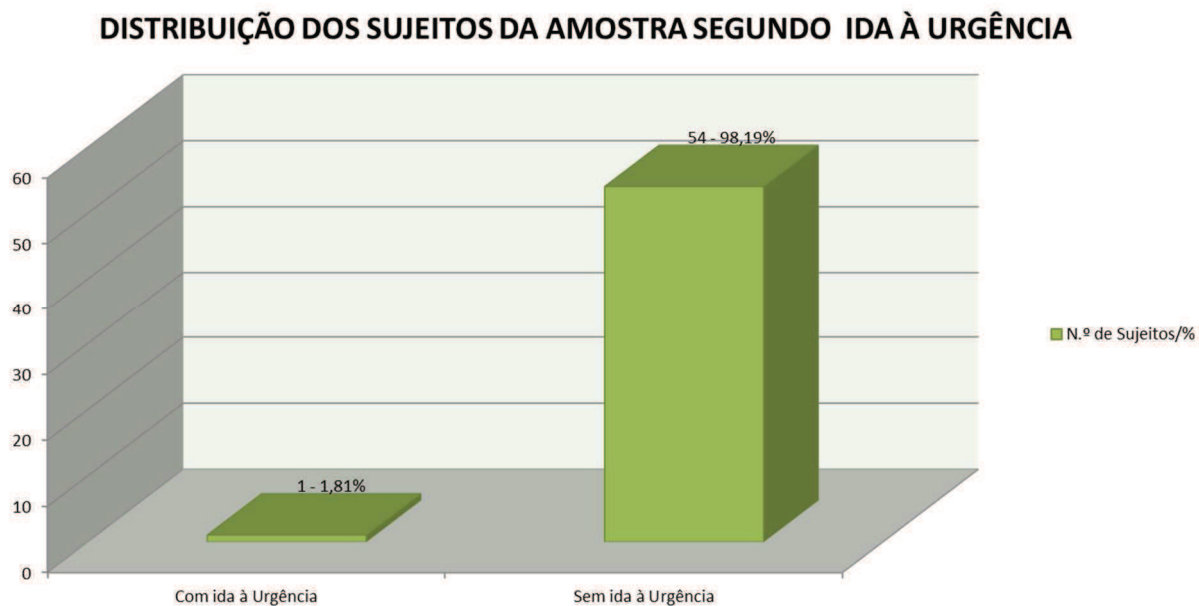


Fonte: Branco (2011)

Dados 2009/2010

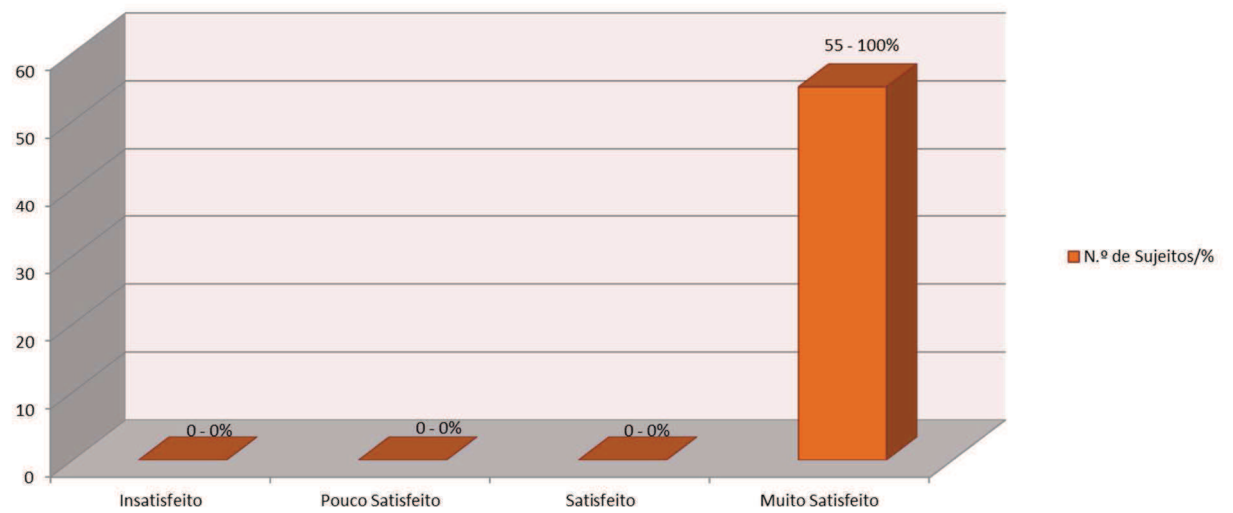


Fonte: Branco (2011)



Fonte: Branco (2011)

DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO O GRAU DE SATISFAÇÃO



Fonte: Branco (2011)

Termómetros Emocionais

Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

1. Sofrimento Emocional

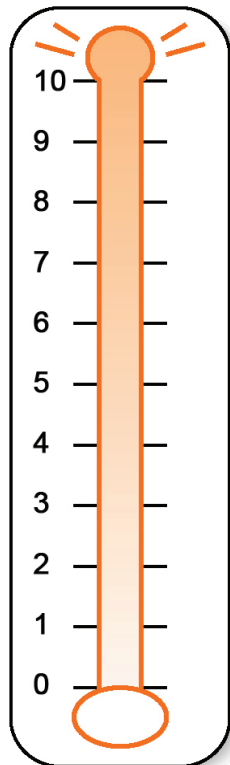
2. Ansiedade

3. Depressão

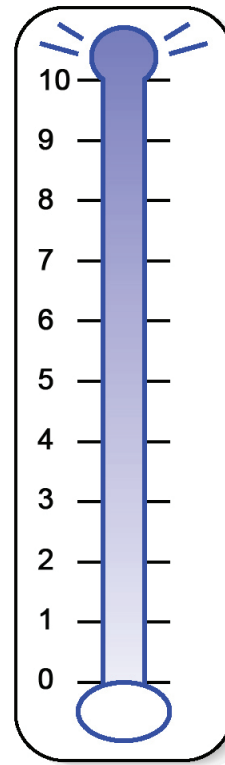
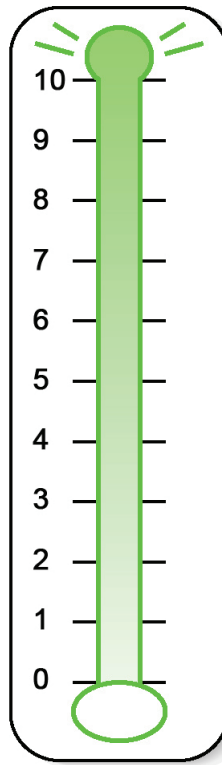
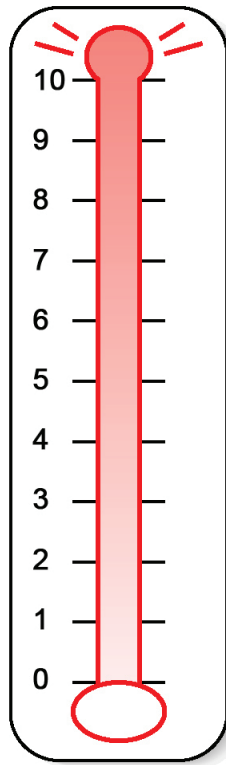
4. Revolta

5. Necessidade de Ajuda

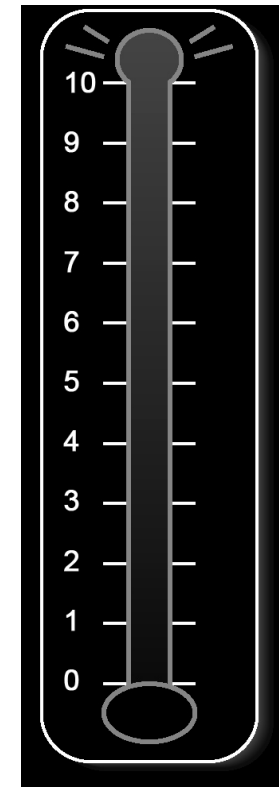
Extremo



Nenhum



Desesperadamente



Consigo Resolver
Sozinho(a)

Anexo 7

Termómetros emocionais preenchidos na admissão e alta

Termómetros clientes não seguidos

Sr. A.C.
67 anos
Administração

Termômetros Emocionais

Alex Mitchell

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

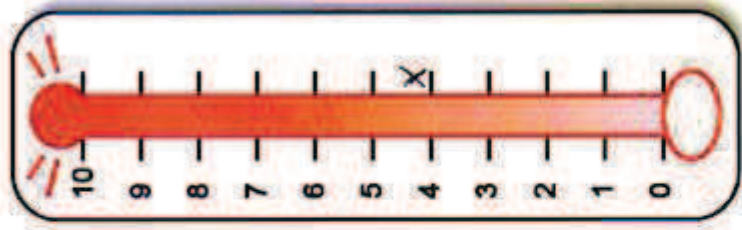
Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

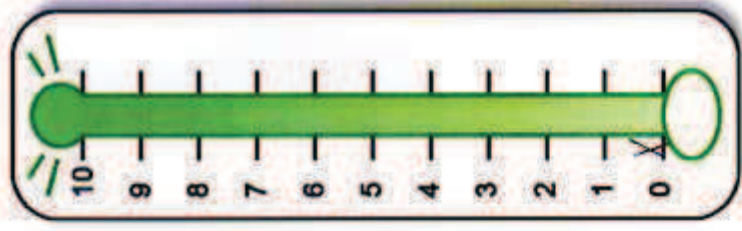
1. Sofrimento Emocional



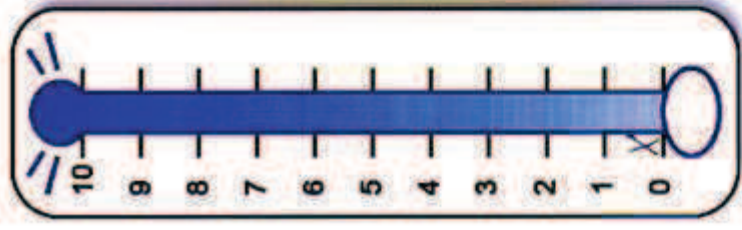
2. Ansiedade



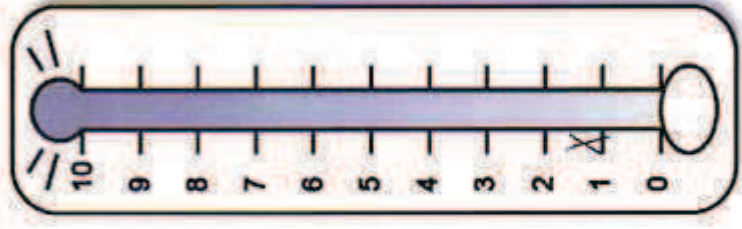
3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Extremo

Nenhum

Desesperadamente

Consigo Resolver Sozinho(a)

Sr. A.C.
67 anos
Alta

Termómetros Emocionais

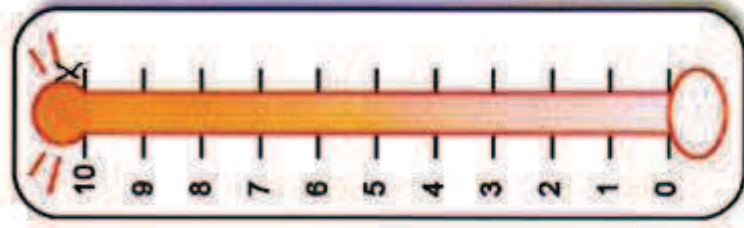
Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

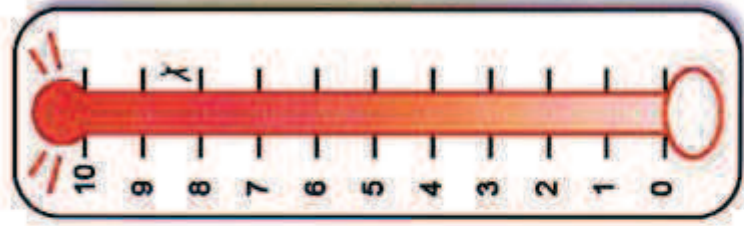
Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

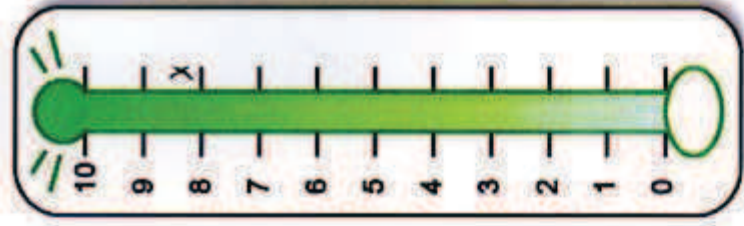
1. Sofrimento Emocional



2. Ansiedade



3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Sra. M.C.
52 anos
Admissão

Termômetros Emocionais

Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

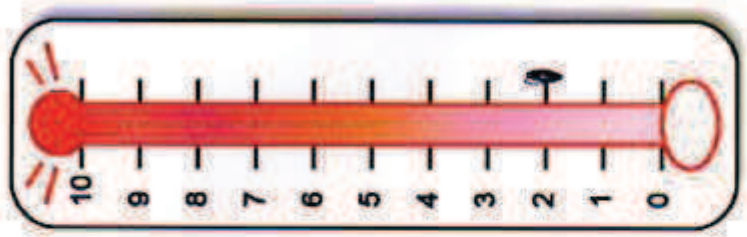
Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

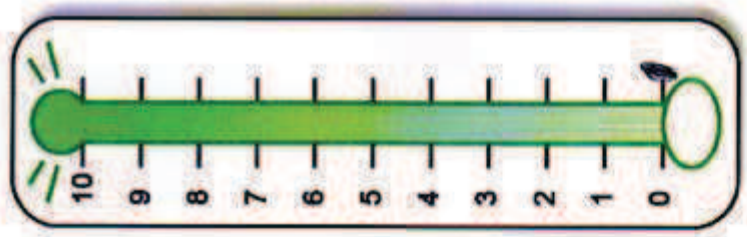
1. Sofrimento Emocional



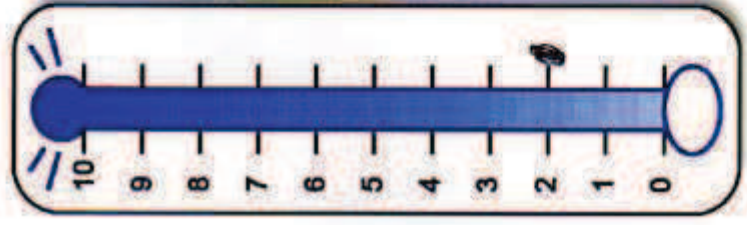
2. Ansiedade



3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Sr. ME
52 anos
Alta

Termômetros Emocionais

Alex Mitchell ©

Versão de Investigação da Pereira & Taveira, Universidade do Minho, 2009

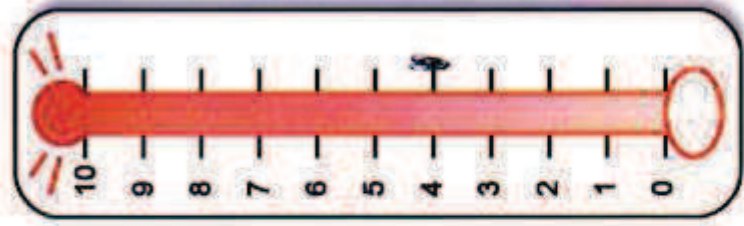
Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

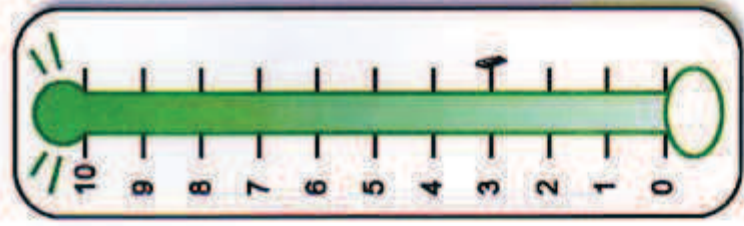
1. Sofrimento Emocional



2. Ansiedade



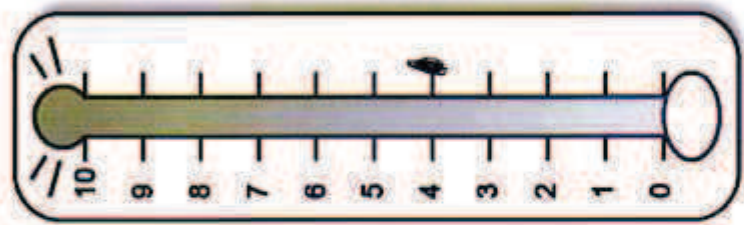
3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Sr. J.P.
82 anos
Admissor

Termómetros Emocionais

Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

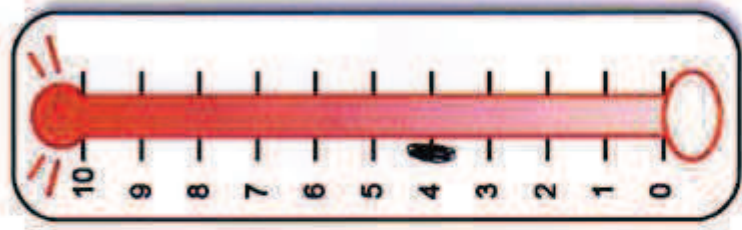
Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

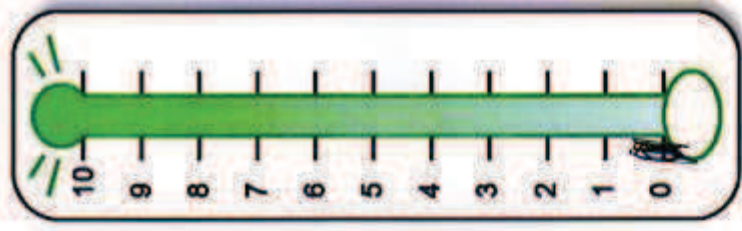
1. Sofrimento Emocional



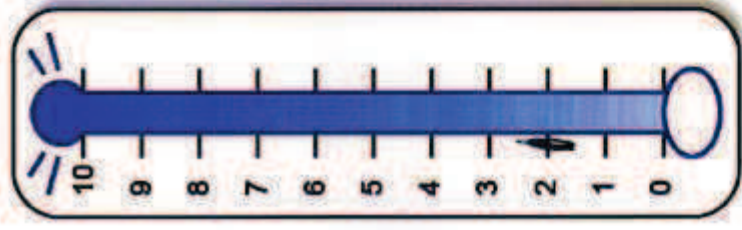
2. Ansiedade



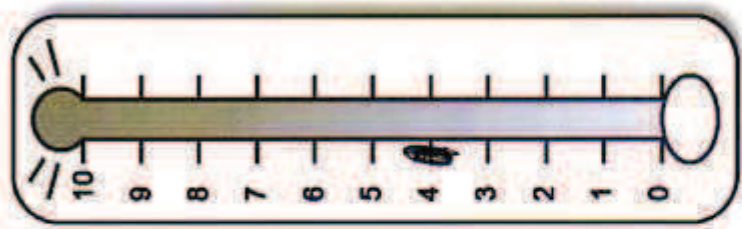
3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Sr. J.P
82 anos
A.B.G.

Termômetros Emocionais

Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

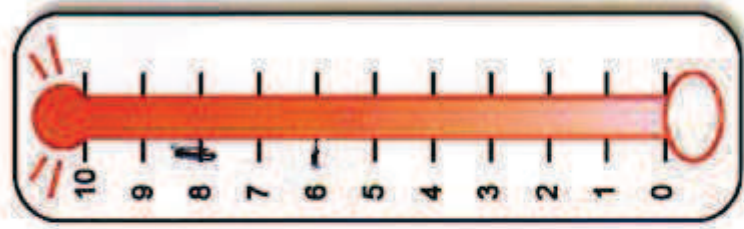
Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

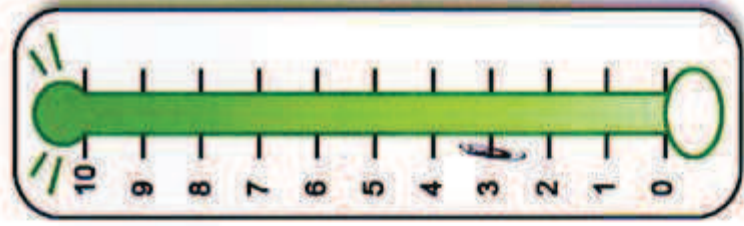
1. Sofrimento Emocional



2. Ansiedade



3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Extremo

Nenhum

Desesperadamente

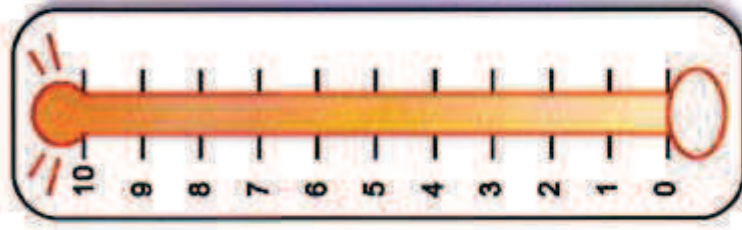
Consigo Resolver Sozinho(a)

SAC. M. F.
78 and
Admissad

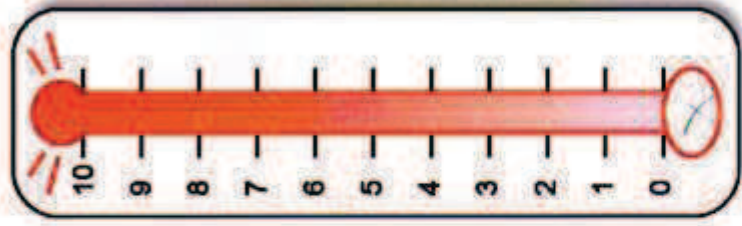
Instructions:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

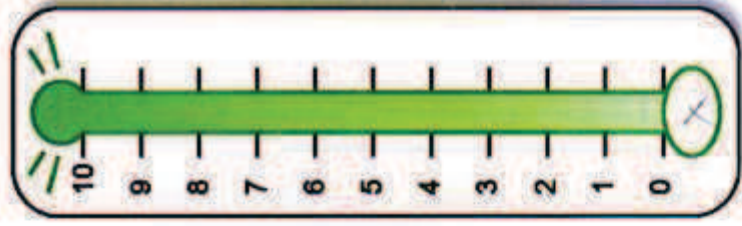
1. Sofrimento Emocional



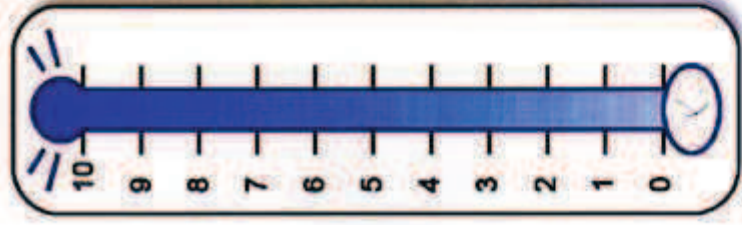
2. Ansiedade



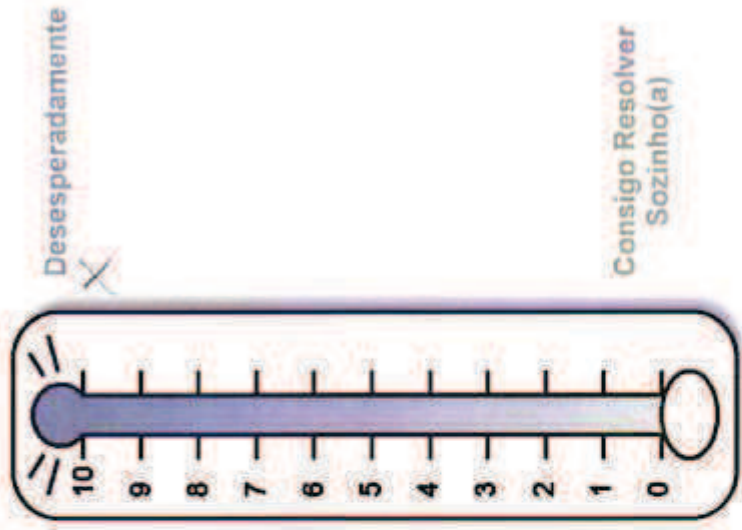
3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira Universidade do Minho, 2009

Sr. M.F.
78 anos
Alta

Termômetros Emocionais

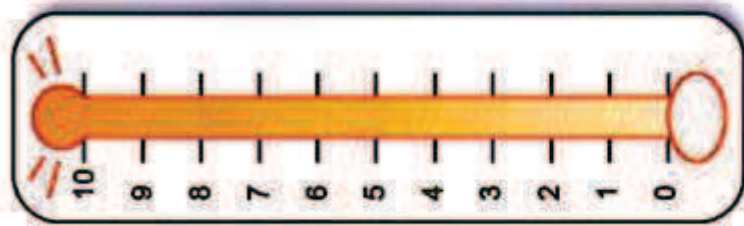
Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

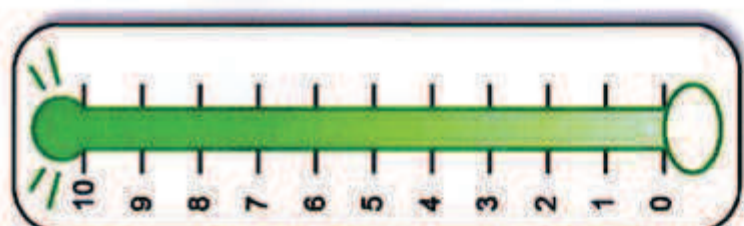
1. Sofrimento Emocional



2. Ansiedade



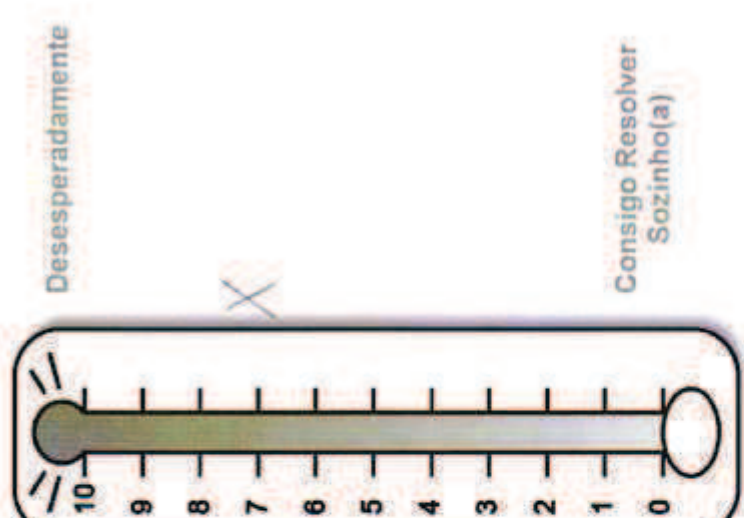
3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Termómetros clientes seguidos

Sr. AF
Blair
Admissão

Termômetros Emocionais

Alex Mitchell ©

Versão de investigação de Pereira & Teixeira. Universidade do Minho, 2009

Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

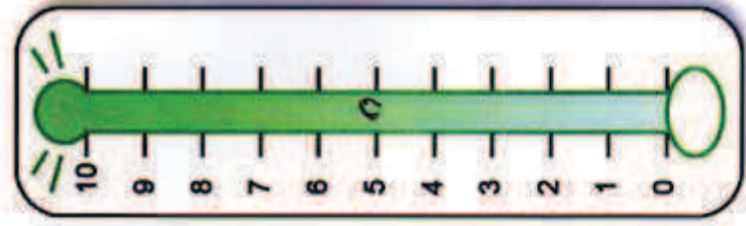
1. Sofrimento Emocional



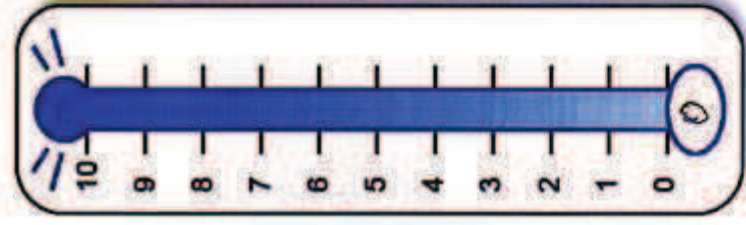
2. Ansiedade



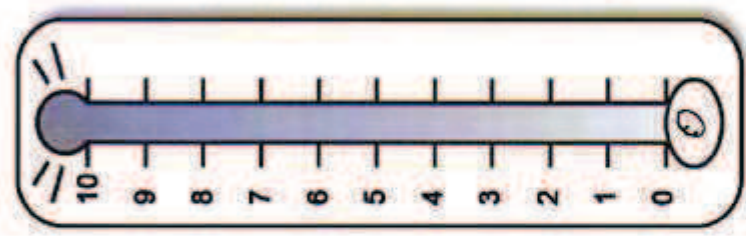
3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Sr. A.F.
81 anos
Alta

Termómetros Emocionais

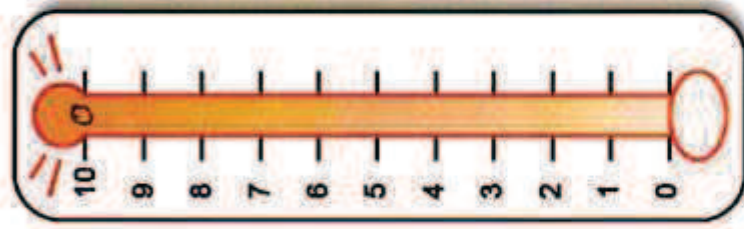
Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

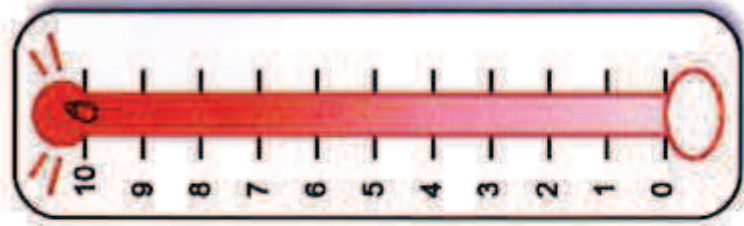
1. Sofrimento Emocional



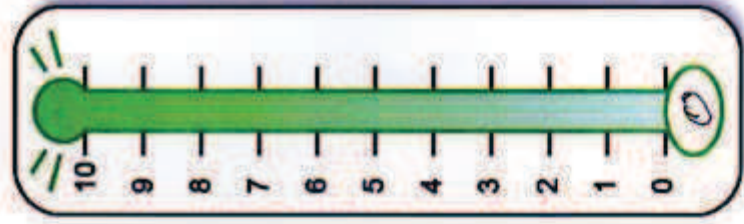
Extremo

Nenhum

2. Ansiedade



3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Desesperadamente

Consigo Resolver Sozinho(a)

Sr. J. M.
50 anos
Admissão

Termômetros Emocionais

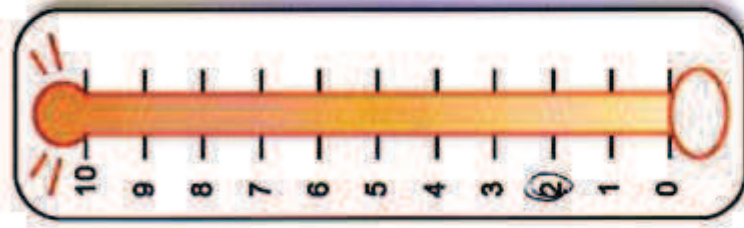
Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

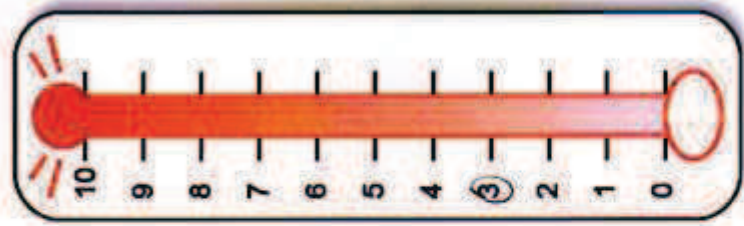
Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

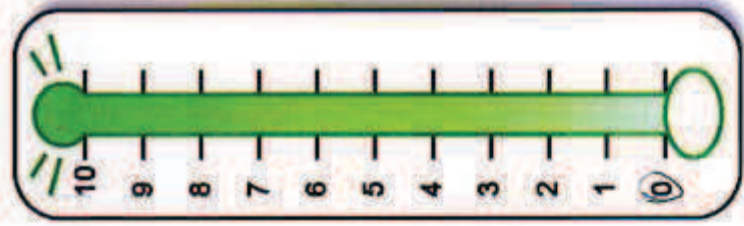
1. Sofrimento Emocional



2. Ansiedade



3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Extremo

Nenhum

Desesperadamente

Consigo Resolver Sozinho(a)

Sr. J.M.
50 anos
Alta

Termómetros Emocionais

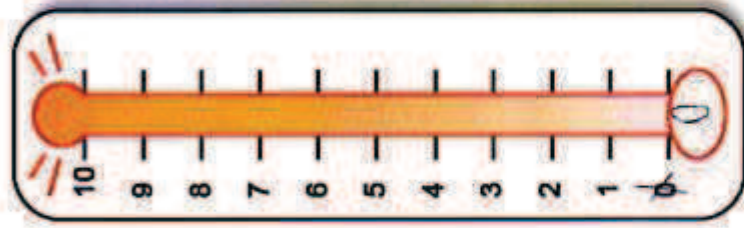
Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira. Universidade do Minho, 2009

Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

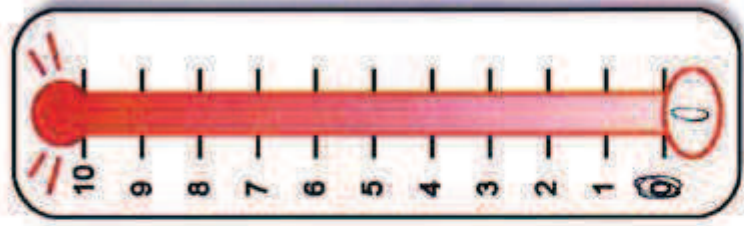
1. Sofrimento Emocional



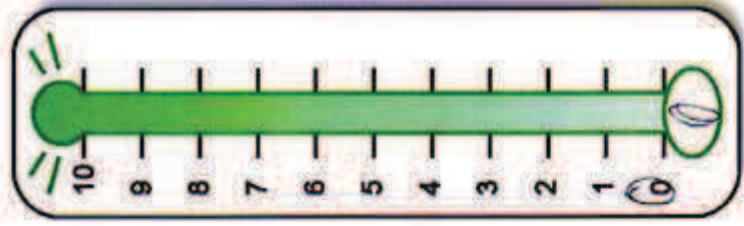
Extremo

Nenhum

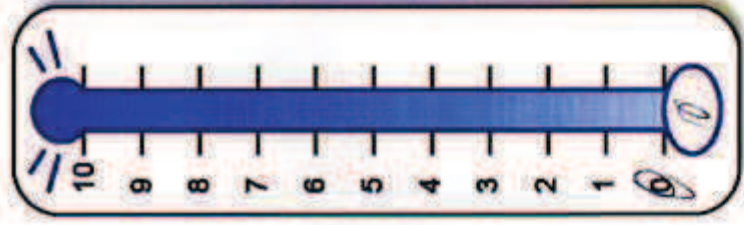
2. Ansiedade



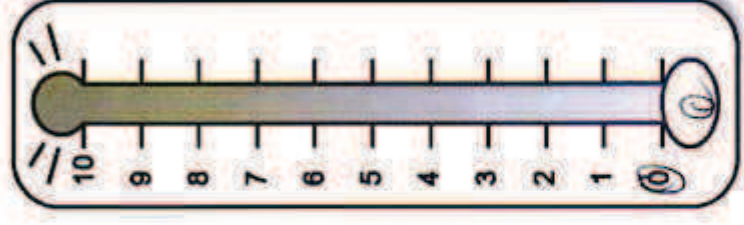
3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Desesperadamente

Consigo Resolver Sozinho(a)

Sr. A.O.
49 anos
Admissão

Termômetros Emocionais

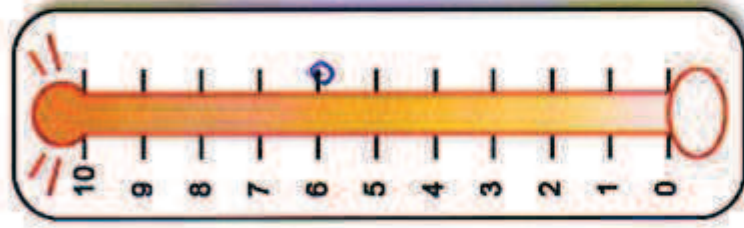
Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

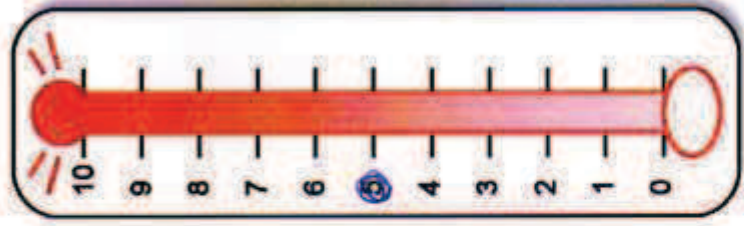
Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

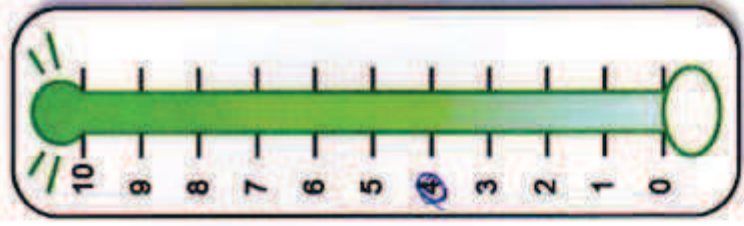
1. Sofrimento Emocional



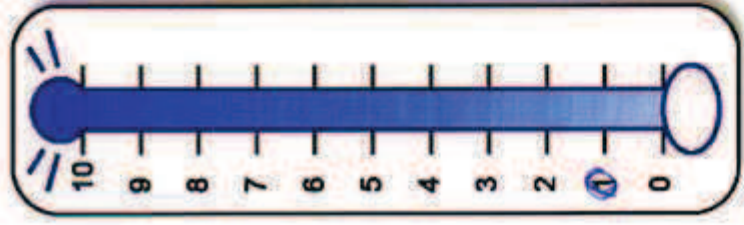
2. Ansiedade



3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Sr. A.O.
49 anos
ABT

Termômetros Emocionais

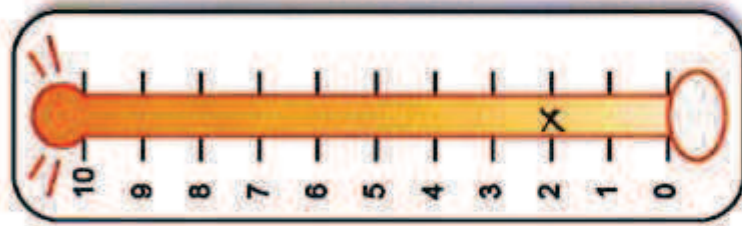
Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira. Universidade do Minho, 2009

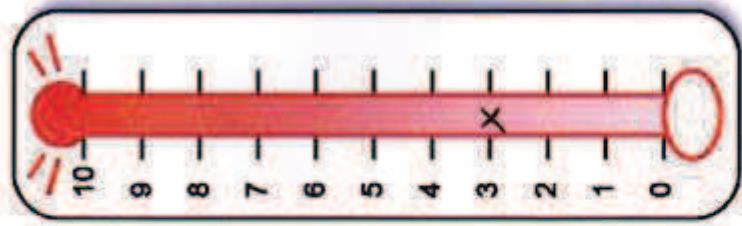
Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

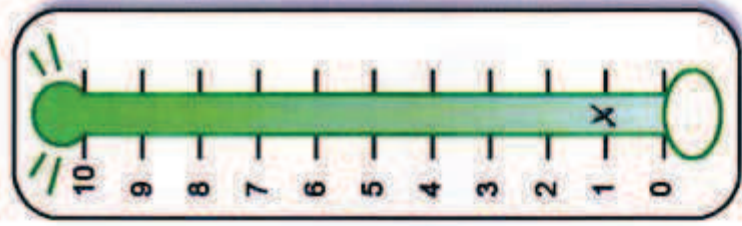
1. Sofrimento Emocional



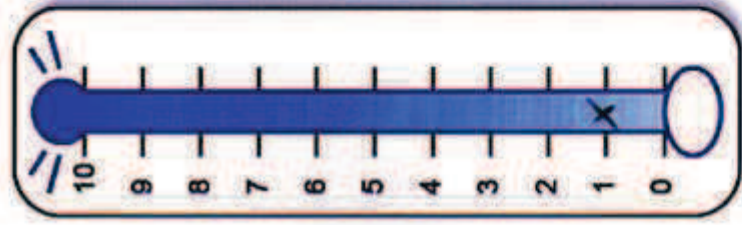
2. Ansiedade



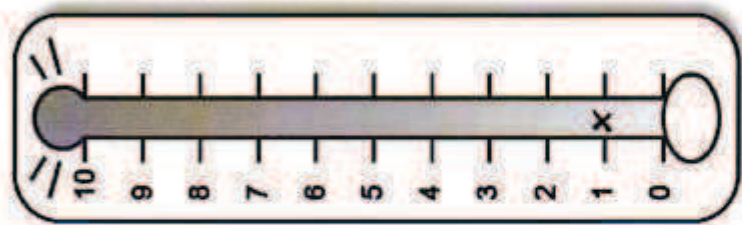
3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Extremo

Nenhum

Desesperadamente

Consigo Resolver Sozinho(a)

Sr. J.E.
74 anos
Admissão

Termômetros Emocionais

Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

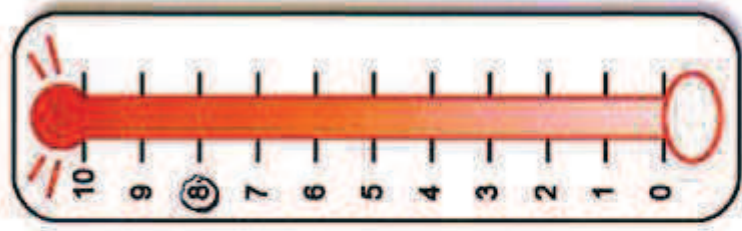
1. Sofrimento Emocional



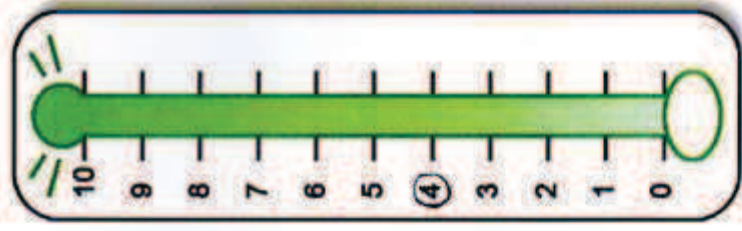
Extremo

Nenhum

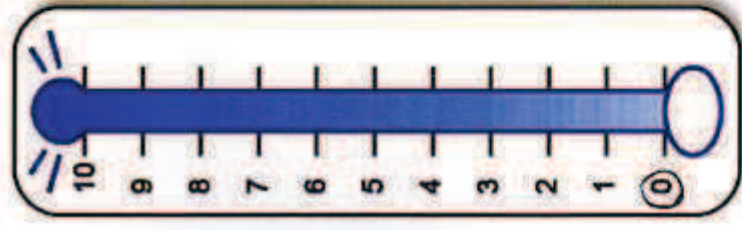
2. Ansiedade



3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Desesperadamente

Consigo Resolver Sozinho(a)

Sr. J.C.
74 anos
Alta

Termômetros Emocionais

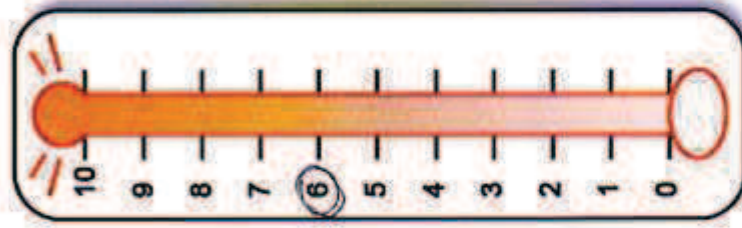
Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

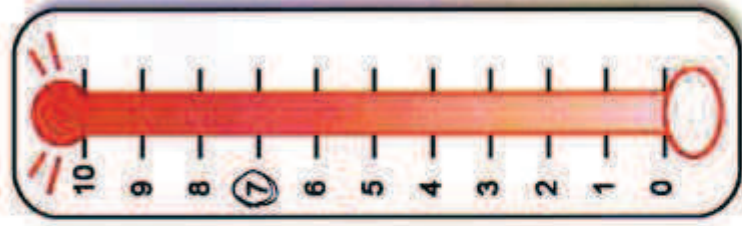
Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

1. Sofrimento Emocional



2. Ansiedade



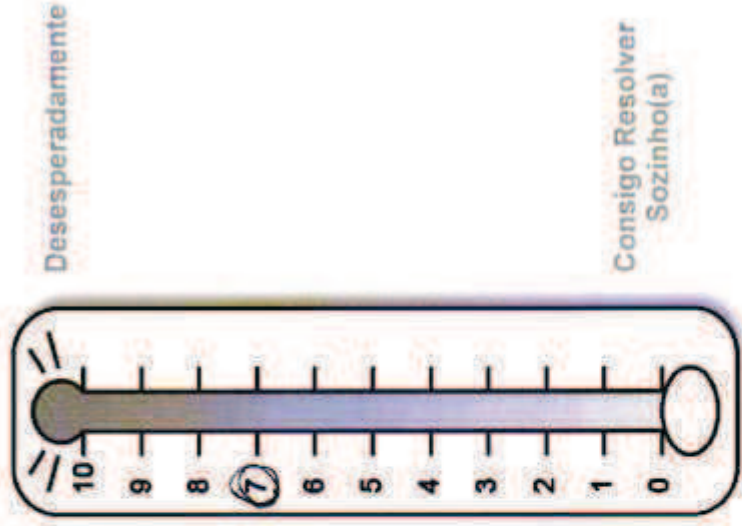
3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Sr. A.M
58 anos
Admissão

Termômetros Emocionais

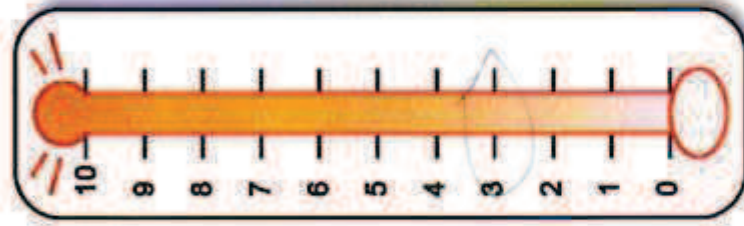
Alex Mitchell ©

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009

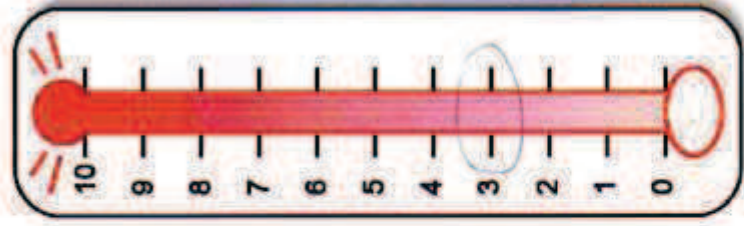
Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

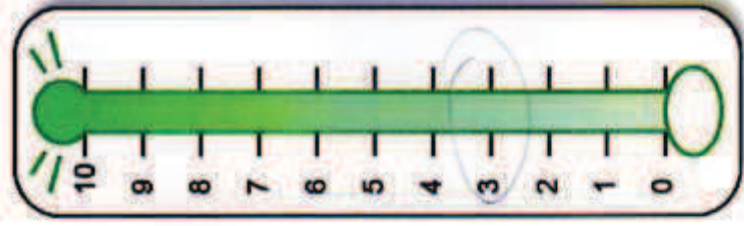
1. Sofrimento Emocional



2. Ansiedade



3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Sn. A.M.
58 anos
Ata

Termómetros Emocionais

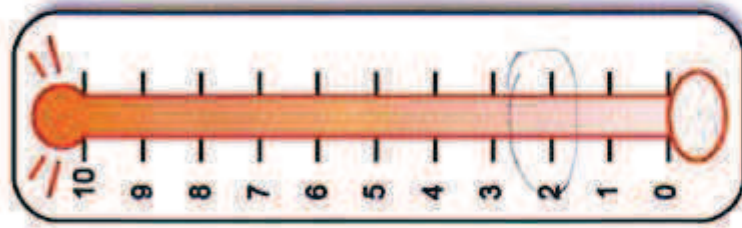
Alex Mitchell

Versão de Investigação de Pereira & Teixeira. Universidade do Minho, 2009

Instruções:

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.

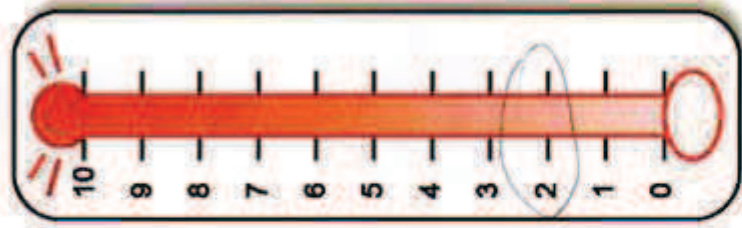
1. Sofrimento Emocional



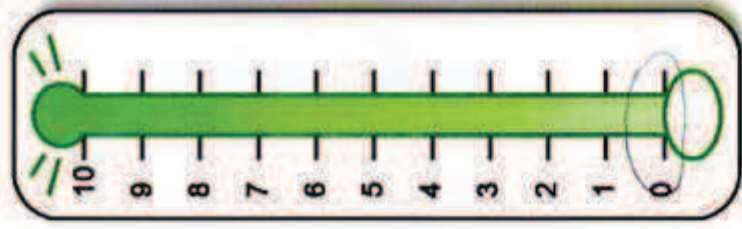
Extremo

Nenhum

2. Ansiedade



3. Depressão



4. Revolta



5. Necessidade de Ajuda



Desesperadamente

Consigo Resolver Sozinho(a)

APÊNDICES

Apêndice 1

**Revisão Sistemática da Literatura " Intervenções de enfermagem na
preparação para a alta do cliente submetido a cirurgia"**

Intervenções de enfermagem na preparação para a alta do cliente submetido a cirurgia: Revisão sistemática da literatura

Rui de Oliveira Pegado

Aluno do 3º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente Oncológica

RESUMO

Problemática: Com os tempos de internamentos cada vez mais diminutos nos serviços cirúrgicos e a existência de altas cada vez mais precoces urge a necessidades da elaboração de planos para a alta, capazes de satisfazer as necessidades de informação dos clientes. Com a percepção que os planos de preparação revelam lacunas na transmissão de informações aos clientes, estas poderão ser colmatadas com cuidados de enfermagem sistematizados para que a transição para o domicílio ocorra de modo aprazível e em consideração com as necessidades individuais dos clientes.

Objectivos: O objetivo desta revisão sistemática é identificar as intervenções de enfermagem realizadas com o intuito de satisfazer as necessidades de informação dos clientes submetidos a cirurgia através da comparação de diversos estudos referentes à preparação para a alta.

Metodologia: Foi realizada uma Revisão Sistemática de Literatura (RSL), utilizando o método PICOS tendo sido incluídas várias bases de dados eletrónicas para a pesquisa de artigos relevantes para a o estudo: EBSCHO, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Repositório da Universidade de Lisboa, Repositório da Universidade Católica e Scopus. Foram selecionados 7 artigos de uma amostra inicial de 109. Procedeu-se à análise dos achados com emergência de temas para responder à questão inicial da pesquisa.

Resultados: Na preparação para a alta do cliente são requeridos nomeadamente cuidados: no controlo da dor, nos cuidados à ferida operatória, na informação das atividades de vida diárias, na informação sobre alimentação e dieta, na informação acerca do regime medicamentoso, na gestão de sintomas prevenção de complicações e follow-up, no esclarecimento através de informação escrita. Esta informação pode estar sujeita a obstáculos que são tidos em consideração quer pelos profissionais quer pelos próprios clientes.

Conclusões: O conhecimento das necessidades de informação dos clientes é fundamental no planeamento e sistematização da alta. A articulação com a comunidade desempenha um papel importante para o reforço da transmissão de informação transmitida durante o período de internamento.

Palavras-chave: informação para a alta, enfermagem, cirurgia geral, cliente oncológico

ABSTRACT

Background: With increasingly short periods of internment and earlier discharge, elaboration of discharge plans reveal high importance ensuring patient's learning needs information. With the perspective that discharge plans reveal gaps in the transmission of information regarding patient's needs, systematized nursing care may afford essential tools, providing a soft transition to home according patient's individual needs.

Objectives: The aim of this systematic review is to identify the nursing interventions in order to satisfy the surgical patient's learning needs information, through the comparison of different discharge studies.

Method: A systematic review was performed using the PICOS method, through the inclusion of electronic data bases relevant for the research: EBSCO, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Repositório da Universidade de Lisboa, Repositório da Universidade Católica e Scopus. 7 articles were selected from an initial sample of 109. Thematic aggregation was performed for the findings analysis.

Results: Nursing care interventions required in patient's discharge include: pain management, wound care, information about activities of living, information about diet, information about medication, preventing complications, symptom management and follow-up, writing information. These informations may be subject to obstacles referred by professionals and patients.

Conclusions: Knowledge about patient's learning needs reveal fundamental in systematized discharge planning. Articulation with community plays an important role reinforcing the information transmitted through the internment period.

Key-words: discharge information, nursing, general surgery, oncologic patient

Introdução

A preparação para a alta revela-se de extrema importância no trajeto do cliente oncológico cirúrgico no internamento tendo em vista o regresso a casa e envolve um conjunto de intervenções para o restabelecimento precoce da autonomia do mesmo. A cirurgia digestiva é uma realidade cada vez mais premente nos serviços de cirurgia geral, sendo grande a prevalência de casos oncológicos, com grande necessidade de cuidados inerentes, resultantes de atos cirúrgicos radicais com o propósito de controlar a doença. Quer os enfermeiros, quer outros profissionais de saúde têm então um papel preponderante na preparação dos clientes submetidos a intervenção cirúrgica, papel esse que não se esgota apenas durante a fase de internamento mas que se pode estender desde o pré operatório ao pós-operatório. Sendo que os enfermeiros têm um contato mais assíduo com os clientes, são também uma peça fulcral na transmissão de informação com vista à preparação para a alta do cliente.

São muitas as dificuldades que se deparam às equipas na preparação para a alta, sendo que um dos aspetos mais importantes diz respeito à redução efetiva dos tempos de internamento.

Os tempos de internamento diminutos são uma realidade cada vez mais premente nos hospitais em Portugal, facto que não é dissonante com as políticas recentemente adotadas e com a redução dos custos a ela associadas. O custo dos internamentos nas instituições de saúde, o avanço tecnológico e das ciências médicas têm abreviado o período de hospitalização, conduzindo a uma alta precoce (Pompeo et al, 2007). Tendo em conta estes aspetos está instalado um panorama em que as altas são efetuadas cada vez mais precocemente. Esta alta precoce conduz muitas vezes a reinternamentos que ocorrem por falta de preparação do cliente e família sobre os cuidados no domicílio (Pereira, Tessarini, Pinto e Oliveira 2007).

Como consequência existe um tempo limitado para os enfermeiros transmitirem aos clientes informação acerca dos cuidados necessários com vista ao seu auto cuidado. Um desafio para os enfermeiros passa por preparar os clientes de forma que assumam a responsabilidade dos cuidados num período curto de tempo (Jacobs, 2000).

Torna-se assim essencial a criação de um planeamento adequado para a alta que segundo Huber e McClelland (2003) deve ser efetuado no momento em que o cliente é admitido, ou mesmo antes, e desenvolvido durante o internamento hospitalar com identificação das necessidades reais ou potenciais do cliente. O desenvolvimento de planos de preparação sistematizados são uma mais-valia possibilitando a eliminação das lacunas existentes

relativamente à transmissão de informação. Os planos para a alta adequados que incluam informação para os clientes acerca dos cuidados a ter no domicílio, têm um potencial importante na redução das readmissões hospitalares reduzindo a probabilidade da incidência de problemas no período pós alta. A informação fornecida aos clientes e cuidadores revela-se como um benefício emocional importante para estes, durante o período de recuperação no domicílio (Driscoll, 2000). O papel do enfermeiro é então fundamental procedendo a uma avaliação inicial de enfermagem com o intuito de determinar cuidadosamente as necessidades de aprendizagem do cliente, com posterior avaliação do ensino efetuado com vista à preparação para a alta (Pereira et al, 2007).

Este trabalho tem então como objetivo principal a comparação de diferentes estudos referentes à preparação para a alta, identificando as intervenções de enfermagem realizadas com vista à alta do cliente submetido a cirurgia geral/abdominal.

Metodologia

Com o enfoque no cliente submetido a cirurgia digestiva alta, mais especificamente o cliente esofagectomizado e gastrectomizado, procedeu-se a uma pesquisa inicial em bases de dados eletrónicas, da qual não foram encontrados artigos referentes a esta área temática. Como tal e de forma a prosseguir com a pesquisa, efetuou-se uma abordagem, com recurso a estudos com inclusão de participantes submetidos a cirurgia geral/abdominal.

Pretende-se assim com esta revisão da literatura, responder à seguinte questão: quais as intervenções de enfermagem realizadas com o intuito da preparação para a alta, que colmatam as necessidades de informação requeridas pelo cliente submetido a cirurgia geral/abdominal?

Para a elaboração das questão de investigação utilizou-se a mnemónica PI[C]OS de acordo com o CENTRE FOR REVIEWS AND DESSIMINATION (2009).

Quadro 1: Questão de investigação pelo método PI[C]OS

P	Population (População)	Cliente submetido a cirurgia geral/abdominal
I	Interventions (Intervenção)	Intervenções de enfermagem realizadas com vista à preparação para a alta
C	Comparators (Comparação)	Comparação entre diferentes estudos
O	Outcomes (Resultados)	Cuidados de enfermagem facilitadores da transição, que promovam o domínio, bem-estar emocional e relacional do cliente
S	Study design (Desenho do estudo)	Todos os estudos (quantitativos ou qualitativos)

Para a seleção da evidência encontrada que respondesse à questão de investigação, são aplicados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Quadro 2: Critérios de inclusão e exclusão dos estudos

Criterios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População	Estudos com clientes adultos e idosos submetidos a cirurgia geral ou abdominopélvica	Crianças Estudos com clientes adultos e idosos, submetidos a cirurgia urológica e ginecológica, que não englobem clientes submetidos a cirurgia geral
Desenho	Estudos quantitativos e qualitativos	
intervenção	Intervenções de enfermagem que contribuam para a colmatar as necessidades de informação dos clientes no regresso ao domicílio	Intervenções de enfermagem focadas exclusivamente numa única dimensão (dor)
Disponibilidade	Texto integral	Não apresentação em texto integral

De forma a reunir literatura científica relevante para esta revisão foram realizadas pesquisas nas seguintes bases de dados eletrónicas: EBSCO, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Repositório da Universidade de Lisboa, Repositório da Universidade Católica e Scopus.

Ao iniciar a pesquisa para a elaboração desta revisão da literatura optou-se por incluir as seguintes palavras em inglês: nursing, patient, discharge, general surgery. Foram também incluídas a pesquisa das palavras em português: enfermagem, cliente ou paciente, alta, cirurgia geral. No início foram encontrados poucos resultados, relativamente às intervenções de enfermagem na preparação para a alta dos clientes submetidos a cirurgia geral. Face à escassez de resultados encontrados na primeira pesquisa, optou-se pela inclusão de estudos que englobassem clientes submetidos a cirurgia abdominopélvica. No caso da cirurgia pélvica (urologia e ginecologia) apenas foram incluídos estudos que incluíssem igualmente clientes submetidos a cirurgia geral, com o intuito de reduzir o viés na revisão. Procedeu-se então à introdução de outras palavras-chave de forma a encontrar outra literatura relevante para esta revisão sistemática. As outras palavras utilizadas foram: discharge information e surgery.

Os resultados obtidos foram analisados, tendo sido ordenados consoante a pesquisa realizada nas bases de dados, como demonstrado em seguida, em que (P) significa pesquisa efetuada:

P1 - Base de dados eletrónica EBSCOhost (Integrated Search) na qual foram efetuadas pesquisas as seguintes bases de dados:

Academic Search Complete; Business Source Complete; CINAHL Plus with Full Text; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Methodology Register; Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects; Health Technology Assessments; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; MEDLINE with Full Text; NHS Economic Evaluation Database; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News; SPORTDiscus with Full Text.

As palavras de pesquisa utilizadas foram: nurs* AND patient AND discharge AND general surgery. Como limitador utilizado procedeu-se à pesquisa de texto completo. Como modo de pesquisa: booleano/frase.

Foram encontrados **24 resultados**.

Destes 24 artigos encontrados foram excluídos: 15 após leitura do título, 5 após leitura do abstract, 1 após leitura integral por não mencionar intervenções de enfermagem.

Foram incluídos na revisão **3 artigos**

P2 – Base de dados eletrónica EBSCOhost (Integrated Search) na qual foram efetuadas pesquisas as seguintes bases de dados:

Academic Search Complete; Business Source Complete; CINAHL Plus with Full Text; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Methodology Register; Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects; Health Technology Assessments; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; MEDLINE with Full Text; NHS Economic Evaluation Database; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News; SPORTDiscus with Full Text.

As palavras de pesquisa utilizadas foram: nurs* AND discharge information AND patient AND surgery. Como limitador utilizado procedeu-se à pesquisa de texto completo. Como modo de pesquisa: booleano/frase.

Foram encontrados **11 resultados**

Destes 11 artigos encontrados foram excluídos: 1 após leitura do título, 1 após leitura do abstract, 4 após leitura integral do artigo sendo referentes a clientes submetidos a outra especialidade cirúrgica que não a cirurgia geral, 1 após leitura integral por não referir intervenções de enfermagem.

Foram incluídos na revisão **4 artigos**.

P3 - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

As palavras de pesquisa utilizadas foram: nurs* E discharge E patient sendo a pesquisa realizada por assunto em cada uma das palavras mencionadas. Não foram incluídos limitadores da pesquisa.

Foram encontrados **6 resultados**.

Destes 6 artigos encontrados foram excluídos: 1 após leitura do título, 4 após leitura do abstract e 1 artigo após leitura integral por não incluir intervenções de enfermagem em clientes submetidos a cirurgia

Não foram incluídos artigos na revisão.

P4 - Repositório da Universidade de Lisboa

As palavras de pesquisa utilizadas foram: enfermagem E alta E paciente sendo a pesquisa realizada por palavra-chave em cada uma das palavras mencionadas.

Foi encontrado **1 resultado**, referente a uma tese. Após leitura do abstract foi excluída da revisão.

Não foram incluídos documentos na revisão.

P5 – Repositório da Universidade Católica

As palavras de pesquisa utilizadas foram: enfermagem E alta E paciente sendo a pesquisa realizada por palavra-chave em cada uma das palavras mencionadas.

Foram encontrados **14 resultados**.

Destes 14 foram excluídos: 7 após leitura do título, 7 após leitura do abstract.

Não foram incluídos documentos na revisão.

P6 – Base de dados eletrônica Scopus

As palavras de pesquisa utilizadas foram: nurs* AND discharge information AND patient AND general surgery, sendo a pesquisa realizada por palavras-chave / resumo / título (keywords / abstract / article title). Como limitadores utilizou-se apenas as pesquisas realizadas em ciências da saúde (Health Sciences).

Foram encontrados **53 resultados**.

Destes 53 foram excluídos: 46 após leitura do título, 1 após leitura do abstract, 1 após leitura integral por referir apenas aspetos relacionados com dor e anestésicos.

Foram incluídos na revisão **5 artigos**.

Relativamente à pesquisa P2 dos 4 artigos 1 apresentava-se repetido relativamente à pesquisa P1, pelo que foi excluído, ficando apenas **3**

No que diz respeito à pesquisa P6, dos 5 artigos incluídos na revisão 4 foram automaticamente excluídos por se encontrarem repetidos encontrando-se nas pesquisas realizadas em P1 e P2, ficando apenas **1**.

No total foram incluídas na revisão da literatura 3 artigos de P1, 3 artigos de P2 e 1 artigo de P6, perfazendo um total de **7 artigos** a analisar.

Esta pesquisa foi efetuada de 15 de Julho de 2013 a 30 de Julho de 2013 tendo sido efetuada uma atualização da pesquisa em Setembro de 2013

Apresentação dos estudos

De seguida proceder-se-á à análise dos estudos que adotam os critérios de inclusão da revisão da literatura.

Tabela 1: Estudo de Özel e Karabacak (2012)

Identificação do estudo (Autor e título)	Özel e Karabacak (2012). Discharge After Surgical Treatment: What do patients in Turkey want to know?
Objetivo do estudo	Determinar as necessidades de informação e as prioridades do tratamento dos clientes submetidos a intervenção cirúrgica, em relação aos cuidados no domicílio.
Contexto do estudo	Este estudo foi desenvolvido no contexto hospitalar, a nível dos cuidados prestados, durante a fase de planeamento antes da alta dos clientes para o domicílio. O estudo desenvolveu-se entre 1 de Dezembro de 2008 e 30 de Janeiro de 2009
Desenho do estudo	Estudo quantitativo, observacional correlacional
Participantes	<u>População</u> : Clientes hospitalizados submetidos a cirurgia e se encontravam no processo de preparação para a alta <u>Crítérios de inclusão</u> : Idade superior a 18 anos, letrados, capazes de comunicar, permitiram participação no estudo <u>Crítérios de exclusão</u> : Doença psiquiátrica diagnosticada, sintomatologia de dor <u>Tamanho e características da amostra</u> : Foi selecionada uma amostra de 220 clientes. 60% do sexo feminino e 40% do sexo masculino. 73.2% Casados, 45% apresentavam diploma do secundário
Colheita de dados	Os dados foram colhidos através de um formulário pessoal e pela escala de necessidades de aprendizagem do cliente (PLNS) desenvolvida pelo investigador através de revisão de literatura pertinente que compreendia um

	total de 22 questões relacionadas com características sociodemográficas conjuntamente com as instruções para a altas fornecidas pela instituição hospitalar
Análise dos resultados	Os resultados foram analisados estatisticamente através do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), utilizando percentagens, média mediana, bem como t teste.
Questões éticas	Foi obtida a permissão pelo comité de pesquisa e ética do hospital
Classificação ¹ (força de evidência)	Nível IV

Resultados encontrados do estudo:

Por ordem de prioridades as necessidades de informação requeridas são:

- Medicação
- Tratamentos e complicações
- Qualidade de vida
- Cuidados à pele
- Atividades de vida
- Sentimentos relacionados com a sua condição
- Follow-up e comunidade

Os itens que os clientes mais enunciaram reportaram-se a:

- Como tratar da ferida operatória
- O que não devem realizar relacionado com o levantamento de pesos
- Quais os problemas que podem surgir em relação à sua doença
- Como comunicar qualquer problema que possa surgir no domicílio
- Por quanto tempo deve ser tomada a medicação

Neste estudo existe discrepância entre a média de pontos, das necessidades de aprendizagem relacionadas com o género. A informação requerida é maior entre as mulheres. Existe uma comparação entre grupos de acordo com a escolaridade. Os resultados obtidos pelos clientes

¹De acordo com os critérios de Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

com maior instrução relativamente aos itens medicação, cuidados à pele e, tratamentos e complicações, são estatisticamente significativos relativamente aos clientes com menor nível de educação. Têm uma maior necessidade de informação os clientes com menor habilitação literária, hospitalizados por um período longo de tempo e aqueles que é fornecida informação.

Tabela 2: Estudo de Uzun, Ucuzal e Inan (2011).

Identificação do estudo (Autor e título)	Uzun, Ucuzal, e Inan (2011). Post-Discharge learning needs of General Surgery patients.
Objetivo do estudo	Determinar se as necessidades de informação do cliente, fornecidas na preparação para a alta estão satisfeitas de acordo com a escala das necessidades de aprendizagem do paciente (PLNS)
Contexto do estudo	Realizou-se no contexto hospitalar, inquirindo os clientes acerca dos cuidados prestados de preparação para a alta no serviço de cirurgia geral Estudo realizou-se entre janeiro e fevereiro de 2010
Desenho do estudo	Estudo quantitativo longitudinal
Participantes	<u>População</u> : Clientes hospitalizados submetidos a cirurgia geral <u>Critérios de inclusão</u> : Idade igual ou superior a 17 anos, permanência de pelo menos dois dias no serviço de cirurgia após intervenção cirúrgica, que saibam ler e escrever <u>Critérios de exclusão</u> : Clientes com dor severa <u>Tamanho e características da amostra</u> : Foi selecionada uma amostra de 90 clientes
Colheita de dados	Foram colhidos dados através do preenchimento pelos clientes da escala PLNS com adaptação à versão Turca. Foram também colocadas questões: Se receberam informação acerca de auto cuidado no domicílio após alta do hospital? De quem recebeu a informação de preparação para a alta?
Análise dos resultados	Os resultados foram analisados através de SPSS, sendo utilizada uma comparação descritiva dos resultados de acordo com a escala PLNS utilizando média, desvio padrão.
Questões	Foi obtida permissão através do departamento de cirurgia geral para a

éticas	realização do estudo.
Classificação ² (força de evidência)	Nível IV

Resultados encontrados do estudo:

Antes da alta 50% dos clientes afirmaram que não receberam informação suficiente relativamente à alta. Os médicos forneceram 43.3% de informação para a alta ao passo que os enfermeiros forneceram 15.6% da informação.

Os clientes consideraram os itens tratamento e complicações e, medicação, como muito importantes para a educação para a alta.

Resultados indicam que os enfermeiros não têm um papel ativo na transmissão de informação com vista à preparação para a alta. Neste estudo é sugerido que os clientes tem alta do hospital com questões por responder.

Existe um alto grau de necessidades de ensino relativamente a tratamentos / complicações e à medicação. Os outros itens com maiores necessidades de informação foram: qualidade de vida; atividades de vida diárias; cuidados à pele.

As mulheres apresentavam uma maior necessidade de informação que os homens o que pode sugerir que estas têm maiores expectativas em receber informação acerca dos cuidados a ter no domicílio.

Tabela 3: Estudo de Gilmartin (2007).

Identificação do estudo (Autor e título)	Gilmartin (2007). Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery.
Objetivo do estudo	Explorar e revelar a perceção dos clientes relativamente ao plano de preparação para a alta e recuperação após cirurgia ambulatoria
Contexto do estudo	Este estudo foi conduzido através de entrevistas realizadas no domicílio relativamente aos cuidados prestados aos clientes 7 a 10 dias após o procedimento cirúrgico. O estudo desenvolveu-se num período de 6 meses

² De acordo com os critérios de Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

Desenho do estudo	Estudo qualitativo de abordagem fenomenológica
Participantes	<u>População</u>: Clientes submetidos a cirurgia ambulatorial num Hospital do norte de Inglaterra onde é realizado ensino clínico <u>Crterios de inclusao</u>: Lngua de expresso utilizada - Ingls. Ter sido submetido a anestesia geral <u>Crterios de exclusao</u>: Idade inferior a 18 anos <u>Tamanho e caractersticas da amostra</u>: Foi selecionada uma amostra de 30 clientes. 14 da especialidade de ginecologia, 12 de urologia e 4 de cirurgia geral. 17 clientes pertenciam ao sexo feminino e 13 do sexo masculino com idades compreendidas entre os 19 e os 85 anos
Colheita de dados	Foram realizadas entrevistas abertas com durao de 40 a 60 minutos. A pergunta inicial colocada pelo investigador refere-se a experincia vivida pelos clientes no que concerne a preparao para a alta, clarificando a informao e educao recebida atravs dos profissionais de sade. De seguida descreviam livremente a primeira semana aps a cirurgia.
Anlise dos resultados	As transcries das entrevistas foram analisadas pormenorizadamente, bem como as gravaes audio efetuadas. Procedeu-se posteriormente a anlise de contedo de forma a agrupar um conjunto de informaes em temas emergentes com o intuito de identificar padres coerentes similaridades e diferenas. Foram encontrados no final 4 temas major.
Questes ticas	Foi obtida a permissao pela comisso de tica do Servio Nacional de Sade Britnico (NHS Trust's)
Classificao ³ (fora de evidncia)	Nvel IV

Resultados encontrados do estudo:

Foram encontrados 4 temas principais da anlise das entrevistas.

- Preparao para a alta

³ De acordo com os critrios de Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

A maioria dos clientes revelou que o plano da alta se encontrava bem organizado, sendo que os enfermeiros salientaram a importância do cuidador e o processo de follow-up que era planejado e coordenado individualmente.

As informações transmitidas foram tidas como compreensíveis e consistentes com a informação escrita.

Deficits relativos à informação verbal transmitida foram significativos neste estudo. Clientes de urologia referiram falta de informação acerca do reinício da atividade sexual que conduziu a ansiedade para os clientes do sexo feminino.

- Sensação de dor, fadiga e descoloração da pele.

Este estudo revela que os níveis de dor sentidos pelos clientes submetidos a cirurgia geral parecem ser dos sintomas mais problemáticos. A prescrição de medicamentos analgésicos foi transversal para todos os clientes. Outros sintomas referem-se à fadiga sentida e à descoloração da pele, fatores que eram relevados no domicílio.

- Sensação de edema, hematomas e dificuldades na micção.

Clientes sujeitos a cirurgia pélvica ou inguinal experienciaram que o edema e hematomas eram frequentes causando restrição das atividades de vida diárias e distúrbios no sono, contribuindo para a fadiga.

Clientes submetidos a cirurgia urológica referiram maior dificuldade no início da micção, causando um aumento da ansiedade.

- Sensação de hemorragia, misto de emoções e sensação de melhoras.

Clientes submetidos a cirurgia ginecológica experienciaram cólicas, dor, hemorragia, fadiga e mudanças de humor. Houve também a referencia que retornar a casa após a cirurgia era gratificante pois resumiam as atividades de vida de uma forma mais precoce incluindo a atividade laboral, as tarefas no domicílio e o cuidado das crianças a seu cargo.

Tabela 4: Estudo de Yiu, Chien, Lui e Qin (2011)

Identificação do estudo (Autor e título)	Yiu, Chien, Lui e Qin (2011). Information needs of Chinese surgical patients on discharge: a comparison of patients' and nurses' perceptions.
Objetivo do estudo	Descrever a percepção relativamente às necessidades de informação para a alta dos clientes chineses submetidos a cirurgia abdominal e enfermeiros.
Contexto do estudo	Estudo desenvolvido no contexto hospitalar a nível dos cuidados prestados

estudo	2 dias antes da alta do cliente. Desenvolveu-se num período de 3 meses entre Julho e Setembro de 2008
Desenho do estudo	Estudo qualitativo descritivo
Participantes	<u>População:</u> Clientes hospitalizados submetidos a cirurgia abdominal e respetivos enfermeiros cuidadores de um Hospital geral em Hong Kong <u>Critérios de inclusão dos clientes:</u> Residentes em Hong Kong, exprimir-se em cantonês, idade não inferior a 18 anos, submetidos a cirurgia abdominal pela primeira vez, com previsão da alta nos 2 dias anteriores <u>Critérios de inclusão dos enfermeiros:</u> Residência em Hong Kong. Responsáveis pelo acompanhamento dos clientes da amostra. Exercer funções na enfermaria há pelo menos 3 meses. <u>Critérios de exclusão dos clientes:</u> Idade inferior a 18 anos, presença de comorbilidades, complicações pós operatórias como hemorragia ou infeção da sutura com necessidade de nova intervenção. <u>Tamanho e características da amostra:</u> Amostra de conveniência de 16 clientes e 16 enfermeiros responsáveis por estes.
Colheita de dados	Foram obtidos através de uma entrevista semi estruturada revista por um painel incluindo 2 enfermeiros especialistas, 1 enfermeiro responsável pela educação dos clientes, 1 cirurgião geral, 1 cliente submetido a cirurgia abdominal anterior.
Análise dos resultados	Foram analisadas as transcrições das entrevistas, através da análise de conteúdo agrupando os itens encontrados em temas major
Questões éticas	Foi aprovado pelo comité de investigação clínica e ética do hospital
Classificação ⁴ (força de evidência)	Nível IV

Resultados encontrados do estudo:

Foram encontradas 4 categorias principais referentes aos clientes e enfermeiros

- Preocupações de saúde no momento da alta

⁴ De acordo com os critérios de Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

Os temas mais referidos pelos participantes no estudo incluíram o controlo da dor, cuidados à ferida operatória, cuidados a ter com dispositivos como o cateter urinário, prevenção de complicações, nutrição e dieta.

Similarmente os enfermeiros creem que as principais preocupações físicas dos clientes seriam o controlo da dor e cuidados à ferida operatória, não valorizando os aspetos psicológicos, sociais e culturais.

- Preocupações financeiras
- Satisfazer as necessidades de informação dos clientes

Enfermeiros da cirurgia identificaram algumas necessidades de cuidados dos seus pacientes como é o caso do controlo da dor e cuidados à sutura.

Metade dos participantes referiram que as informações transmitidas pelos enfermeiros ou outros profissionais de saúde era insuficiente, apenas transmitindo informação básica não focando pontos específicos ou adequados às suas necessidades individuais.

- Obstáculos que prejudicam a procura de informação.

O acesso aos profissionais era problemático pois estavam muito atarefados. Obstáculo principal transmitido pelos enfermeiros foi o tempo insuficiente.

Categoria apenas identificada pelos clientes

- Papel da dieta e medicina tradicional chinesa

Comparavam a medicina ocidental à medicina tradicional chinesa referindo que esta ultima desempenha um papel primordial e mais eficiente em restaurar a aptidão física após a cirurgia.

Tabela5: Estudo de Henderson e Zernike (2001).

Identificação do estudo (Autor e título)	Henderson e Zernike (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients.
Objetivo do estudo	Se a informação transmitida aos clientes cirúrgicos relativamente ao controlo da dor e cuidados à ferida operatória durante a hospitalização é suficiente para que consigam cuidar de si próprios sem recorrer a assistência de um profissional de saúde ou instituição prestadora de cuidados
Contexto do estudo	Este estudo foi realizado no contexto do ambulatório após a alta dos clientes no seu domicílio.

	Desenvolveu-se durante um período de 4 meses
Desenho do estudo	Estudo qualitativo com análise qui-quadrado
Participantes	<u>População</u> : Clientes submetidos a cirurgia abdominal ou colo rectal <u>Crítérios de inclusão</u> : Hospitalizados num período compreendido entre 24 horas a 7 dias, comunicar em Inglês, capacidade de cuidar de si próprio no domicílio, contactáveis por telefone <u>Crítérios de exclusão</u> : impossibilidade de contacto telefónico <u>Tamanho e características da amostra</u> : 158 clientes adultos
Colheita de dados	Realizada em dois momentos distintos. Entrega de questionário a preencher 24h após a alta. Entrevista telefónica 1 a 2 semanas após a alta.
Análise dos resultados	Comparação de frequências ou proporção dos clientes que receberam ou não informação para a alta se foi ou não suficiente para o auto cuidado em casa e se necessitaram ou não de recorrer a serviços de saúde após a alta
Questões éticas	O comité de ética do hospital garantiu aprovação do estudo
Classificação ⁵ (força de evidência)	Nível IV

Resultados do estudo:

Estudo centra-se nos clientes que receberam informação e que não receberam informação acerca dos cuidados à ferida operatória e ao controlo da dor.

Dos clientes que receberam informação, mais de 90% considerou a informação transmitida suficiente para as suas necessidades. Após contacto telefónico 78% dos clientes que receberam informação acerca da ferida operatória ainda consideravam essa informação suficiente, bem como 83% no caso do controlo da dor

Dos clientes que não receberam informação, cerca de metade (57% cuidados à ferida; 53% controlo da dor), indicaram que desejavam ter recebido esta informação.

Clientes que não receberam informação sobre cuidados à ferida e controlo da dor tem maior probabilidade de recorrer a serviços de saúde do que os que receberam essa informação.

⁵ De acordo com os critérios de Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

Um outro achado diz respeito à relutância dos clientes em colocar questões aos profissionais de saúde por falta de tempo destes últimos, ambiente estranho e falta de continuidade do staf.

Tabela6: Estudo de McMurray, Johnson, Wallis, Patterson e Griffiths (2007).

Identificação do estudo (Autor e título)	McMurray, Johnson, Wallis, Patterson e Griffiths (2007). General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home.
Objetivo do estudo	Explicitar as percepções dos clientes cirúrgicos acerca dos cuidados ministrados no hospital de preparação para alta e se foram adequados e apropriados
Contexto do estudo	Estudo realizado em contexto de ambulatório, no domicílio de clientes após alta hospitalar Realizou-se durante um período de 3 meses no ano de 2005
Desenho do estudo	Estudo qualitativo
Participantes	<u>População</u> : Clientes submetidos a cirurgia, de todos os serviços cirúrgicos pertencentes a 3 hospitais (New South Wales na Austrália) entrevistados na sua residência. <u>Crítérios de inclusão</u> : Submetidos a cirurgia com tempo de internamento de pelo menos 2 noites. <u>Crítérios de exclusão</u> : Não se exprimirem em inglês e clientes cuja residência se localiza distante da área de implementação da pesquisa. <u>Tamanho e características da amostra</u> : Foram selecionados 13 clientes. 6 homens e 7 mulheres. 2 submetidos a cirurgia da coluna vertebral, 1 de neurocirurgia, 7 de cirurgia geral, 3 de urologia
Colheita de dados	Os resultados foram colhidos através de uma entrevista realizada no domicílio dos clientes cerca de 3 semanas após a alta. As questões colocadas foram desenvolvidas através de conferências tendo-se chegado a um consenso entre os investigadores.
Análise dos resultados	Todas as entrevistas foram gravadas por áudio e transcritas, utilizando análise temática. Cada entrevista foi analisada por 3 investigadores.
Questões	Os conselhos de ética de cada um dos hospitais aprovou o estudo, bem

éticas	como da Universidade que originou o mesmo, cumprindo os requisitos do conselho nacional de saúde e de pesquisa médica australiano.
Classificação ⁶ (força de evidência)	Nível IV

Resultados encontrados do estudo:

Análise revelou 4 temas principais.

- Modelo único utilizado para transmitir informação
Clientes relatam que receberam informação do que esperar da sua cirurgia, embora sentissem que a informação pré-operatória se focava na cirurgia e não na gestão dos cuidados pós operatórios / pós alta. Informação embora detalhada não foi adaptada a necessidades individuais, sendo demasiado geral ou vaga para ter significado.
Muitos clientes prefeririam informação escrita como fonte dos cuidados de follow-up.
- Conselhos variáveis ou inconsistentes de diferentes profissionais de saúde.
A existência de múltiplas fontes de aconselhamento resultaram em informações conflitantes ou confusas.
- Falta de avaliação no domicílio e de condições no trabalho por parte dos profissionais de saúde sem assegurarem que as suas necessidades de informação relativamente à alta estavam colmatadas, ou se tinham condições na residência.
- Necessidade de seguimento pós alta
Todos os clientes referiram que gostariam que alguém telefonasse depois de terem regressado ao domicílio, especialmente no período imediato. Sentiam que teriam questões apropriadas a perguntar após um dia ou mais em casa.

Tabela 7: Estudo de Williams (2008).

Identificação do estudo	Williams (2008). Supporting self-care of patients following general abdominal surgery.
-------------------------	--

⁶ De acordo com os critérios de Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

(Autor e título)	
Objetivo do estudo	Determinar se a informação que os clientes recebem pós cirurgia abdominal é suficientemente adequada para que possam cuidar de si próprios no domicílio
Contexto do estudo	Estudo realizado em contexto de ambulatório, no domicílio de clientes após alta hospitalar Janela temporal – 6 meses de 2003 (primavera/verão)
Desenho do estudo	Estudo qualitativo de caráter exploratório, descritivo.
Participantes	<u>População</u> : Clientes submetidos a cirurgia abdominal de 4 enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário do Canadá. <u>Crítérios de inclusão</u> : Idade igual ou superior a 18 anos, capacidade de comunicar em Inglês, capacidade de cuidar de si próprio no domicílio após a alta, contactáveis por telefone, internamento entre 24h e 10 dias. <u>Crítérios de exclusão</u> : Internamento superior a 10 dias. <u>Tamanho e características da amostra</u> : 109 indivíduos participaram no estudo. 58% mulheres e 42% homens. Cerca de 41% apresentavam idades compreendidas entre 45-64 anos, 27% entre 24-44 anos e 19% com idades entre os 65-74.
Colheita de dados	Dados colhidos através de 3 formas. Formulário de dados individuais, questionário preenchido no domicílio após a alta hospitalar e devolvido ao hospital nas 24h seguintes à alta, contacto telefónico com entrevista entre 1 a 3 semanas após a alta hospitalar.
Análise dos resultados	Os resultados foram analisados através de SPSS, sendo utilizado a estatística por qui-quadrado para testar associações entre variáveis.
Questões éticas	Foi obtida permissão para a realização do estudo pelo conselho de ética da autoridade regional de saúde do Canadá.
Classificação ⁷ (força de evidência)	Nível IV

⁷ De acordo com os critérios de Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

Resultados encontrados do estudo:

- **Controlo da dor**

84% dos pacientes indicaram ter recebido informação acerca de como controlar a dor, antes da alta. A grande maioria considerou que na altura da alta a informação recebida como adequada para o seu cuidado no domicílio.

- **Cuidados à ferida operatória**

83% receberam informação sobre como cuidar da ferida operatória e 86% destes consideraram a informação adequada.

As informações sobre dor e cuidados à ferida operatória são importantes sendo que os clientes que não receberam informação têm maior probabilidade de recorrer a prestadores de cuidados de saúde após a alta.

- **Atividade**

74% indicaram que receberam informação sobre atividades que poderiam realizar e 67% sobre atividades a evitar.

Na alta tinham mais probabilidade de receber informação sobre atividade, os homens que as mulheres, e clientes com idades entre 24-44 anos.

- **Nutrição**

Antes da alta 55% indicaram receber informação acerca dos alimentos que poderiam ingerir, e 45% alimentos a evitar. Após a alta 40% afirmaram ter recebido informação de alimentos a ingerir e 35% dos alimentos a evitar

Houve um requerimento geral para a elaboração de informação escrita relativamente a nutrição.

- **Complicações e follow-up**

Antes da alta 66% dos clientes referem ter recebido informação sobre complicações que podem surgir, sendo que 81% destes consideraram a informação adequada para o cuidado na residência. Clientes indicaram que gostariam de ter mais informação sobre como reconhecer sinais de complicações previamente à sua alta.

- **Informação escrita**

Apenas 46% dos clientes referiram ter recebido informação escrita que levaram para casa. 86% indicaram que a informação escrita foi adequada às suas necessidades.

Neste estudo é reforçada a importância da adequação da informação através de comentários redigidos pelos clientes reportando que a informação transmitida verbalmente era inconsistente com a informação escrita.

- Preparação e satisfação geral com o ensino para a alta

Foi perguntado aos clientes se foram consultados acerca de qual a informação que poderiam requerer para o seu auto cuidado em casa, sendo que apenas 23% foi perguntado que informações já tinham e qual a que poderiam necessitar para o seu auto cuidado no regresso ao domicílio.

Vários clientes sentiram que era responsabilidade própria colocar questões aos profissionais, se as informações não tivessem sido transmitidas.

No momento da alta 58% dos clientes ficaram satisfeitos / muito satisfeitos com a informação recebida, 21% insatisfeitos / muito insatisfeitos, 21% sem opinião.

Análise dos estudos

A combinação de resultados de estudos qualitativos e quantitativos é observada como uma tendência crescente na literatura segundo Harden (2010). Tendo em consideração este facto procedeu-se a uma revisão integrativa com inclusão de achados dos estudos quantitativos e qualitativos através de metassumário qualitativo de acordo com Sandelowski, Barroso e Voils (2007), com extração dos achados e agrupamento em temas emergentes.

Os achados ficam identificados com a letra e número correspondente ao artigo como expresso em seguida.

Estudo de Özel e Karabacak (2012) – **A1**

Estudo de Uzun, Ucuzal e Inan (2011) – **A2**

Estudo de Gilmartin (2007) – **A3**

Estudo de Yiu, Chien, Lui e Qin (2011) – **A4**

Estudo de Henderson e Zernike (2001) – **A5**

Estudo de McMurray, Johnson, Wallis, Patterson e Griffiths (2007) – **A6**

Estudo de Williams (2008) – **A7**

Controlo da dor

Os clientes de cirurgia geral referiam mais prementemente após a alta dor à mobilização. Alguns referiam dificuldades em adormecer devido à dor. A maioria refere que foi dada informação específica acerca de medicamentos analgésicos. **A3**

Os temas mais referidos pelos participantes no estudo incluíram o controlo da dor. Similarmente os enfermeiros creram que as principais preocupações físicas dos clientes seriam o controlo da dor. **A4**

66% receberam informação standart acerca do controlo da dor. **A5**

84% dos pacientes indicaram ter recebido informação acerca de como controlar a dor, antes da alta. A grande maioria considerou que na altura da alta a informação recebida como adequada para o seu cuidado no domicílio. **A7**

Cuidados à ferida operatória

Cuidados à pele foi a 4ª necessidade mais referida pelos clientes. O item mais pronunciado foi “como tratar da ferida operatória”. **A1**

A 5ª necessidade mais evidenciada pelos participantes do estudo foram os cuidados à pele. **A2**

Um dos temas mais referidos pelos clientes foram os cuidados à ferida operatória. Similarmente enfermeiros creram que uma das principais preocupações era a ferida operatória. **A4**

73% receberam informação standart. **A5**

83% receberam informação sobre como cuidar da ferida operatória e 86% destes consideraram a informação adequada. Clientes gostariam de saber como limpar a ferida, se estava infetada e como cuidar das drenagens. **A7**

Retomar de atividades de vida diárias

Atividades de vida foi o 5º tema mais referido pelos participantes no estudo. O 2º item mais pronunciado no estudo reporta-se a “o que não devem realizar relacionado com o levantamento de pesos” **A1**

A 4ª maior necessidade de informação diz respeito às atividades de vida diárias. **A2**

Clientes sujeitos a cirurgia pélvica ou inguinal experienciaram que o edema e hematomas eram frequentes causando restrição das atividades de vida diárias. Existe a perceção por parte dos clientes de melhoras rápidas após a alta com o retomar precoce das atividades de vida diárias incluindo a atividade laboral, e a ausência de receio de retomar a atividade física. **A3**

Clientes com menos idade expressaram inquietação acerca das atividades sociais e atividade laboral. **A4**

74% indicaram que receberam informação sobre atividades que poderiam realizar e 67% sobre atividades a evitar. Na alta tinham mais probabilidade de receber informação sobre atividade, os homens que as mulheres, e clientes com idades entre 24-44 anos. **A7**

Alimentação e dieta

Para os clientes a dieta chinesa para desempenha um papel importante na promoção da recuperação e manutenção da saúde. **A4**

Antes da alta 55% indicaram receber informação acerca dos alimentos que poderiam ingerir, e 45% alimentos a evitar. **A7**

Preocupações financeiras

Alguns participantes referiram dificuldades financeiras devido à inexistência de poupanças, desemprego e baixos rendimentos familiares que poderiam piorar com a estadia no hospital. **A4**

Gestão de sintomas, prevenção de complicações e follow-up

Prevenção de complicações é a 2ª necessidade de informação mais valorizada pelos clientes qualidade de vida⁸ o 3º, e Follow-up e comunidade representa o 7º com mais resultados aferidos. O 3º e 4º item mais referidos pelos participantes do estudo são respetivamente “Quais os problemas que podem surgir em relação à sua doença” “Como comunicar qualquer problema que possa surgir no domicílio” **A1**

Clientes consideravam a gestão de complicações a necessidade de informação requerida mais importante na educação para a alta. Sentem-se responsáveis pela gestão de complicações no domicílio, manutenção do seu auto cuidado, e do follow up, como tal consideravam não terem recebido informação adequada que lhes permitisse transpor esta realidade. A Qualidade de vida representa a 3ª necessidade mais identificada no estudo e a comunidade e follow up a 6ª. **A2**

Um dos temas mais referidos pelos clientes relativamente às necessidades de informação foi a prevenção de complicações. **A4**

⁸ Qualidade de vida engloba na sua maioria itens de gestão de sintomas e prevenção de complicações (anexo 1)

Todos os clientes referiram que gostariam que alguém telefonasse depois de terem regressado ao domicílio, especialmente no período imediato. Sentiam que teriam questões apropriadas a perguntar após um dia ou mais em casa. **A6**

Antes da alta 66% dos clientes referem ter recebido informação sobre complicações que podem surgir, sendo que 81 destes consideraram a informação adequada para o cuidado na residência.

Na alta clientes entre os 22 e os 44 anos tinham maior probabilidade de receber informação sobre complicações que outros noutras idades. Clientes indicaram que gostariam de ter mais informação sobre como reconhecer sinais de infeção, prevenir as náuseas e como lidar com a obstipação previamente à sua alta. Foi transmitido aos clientes para se deslocarem a uma variedade de locais se surgissem complicações, tal como o médico de clínica geral, o cirurgião, enquanto que noutros foi transmitido para se dirigirem para o serviço de urgência.

A7

Informação escrita

Clientes referiram que a informação transmitida foi compreensiva, sendo consistente com toda a informação escrita disponível. **A3**

Muitos clientes prefeririam informação escrita como fonte dos cuidados de follow-up. **A6**

Apenas 46% dos clientes referiram ter recebido informação escrita que levaram para casa. Clientes que não receberam informação escrita indicaram que seria um bom meio de relembrar a informação oral. Houve um requerimento geral para a elaboração de informação escrita relativamente a nutrição. **A7**

Obstáculos que prejudicam a satisfação das necessidades de informação

Vários clientes de ginecologia referiram falta de informação acerca do reinício da atividade sexual exprimindo dificuldades em discutir o assunto com os profissionais de saúde. **A3**

Clientes revelam que o acesso aos profissionais era um problema pois pareciam a maior parte das vezes muito atarefados e stressados não os querendo incomodar, sendo que alguns apresentavam receio em colocar questões de uma forma inapropriada por falta de conhecimento de termos médicos, ou por os enfermeiros estarem apenas preocupados com o controlo da dor e da ferida operatória. Obstáculo principal transmitido pelos enfermeiros foi o tempo insuficiente para satisfazer as necessidades de informação para a alta dos clientes. Outra dificuldade referida por metade dos enfermeiros foi a falta de recursos materiais na

enfermaria como é o caso de fotos, modelos, gráficos e vídeos sobre a cirurgia e cuidados pós operatórios. **A4**

Clientes expressam a sua relutância em colocar questões aos profissionais de saúde por falta de tempo destes, ambiente estranho falta de continuidade do staf. **A5**

Com a existência de múltiplas fontes de aconselhamento surgiram mais frequentemente informações conflituantes ou confusas. **A6**

Interessante, o facto que vários clientes sentirem que era responsabilidade própria colocar questões aos profissionais, se as informações não tivessem sido transmitidas. **A7**

Plano de preparação para alta

Antes da alta 50% dos clientes afirmaram que não receberam informação suficiente relativamente à alta. Clientes tem alta do hospital com questões por responder. **A2**

A maioria dos clientes revelou que o plano da alta se encontrava bem organizado. **A3**

Metade dos participantes referiram que as informações transmitidas pelos enfermeiros ou outros profissionais de saúde era insuficiente, afirmando que os enfermeiros apenas transmitiam informação básica não focando pontos específicos ou adequados às suas necessidades individuais, focando-se nas necessidades físicas com pouca abordagem das necessidades psicológicas. **A4**

Informação embora detalhada não foi adaptada a necessidades individuais. Informação era de modelo único, demasiado geral ou vaga para ter significado, não se focando na gestão de cuidados pós operatórios / pós alta. Clientes gostariam que alguém perguntasse como gostariam de receber informação relevante para o seu caso e como poderiam aceder a ela.

Um achado inesperado aconteceu com muitos pacientes em que a alta era simplesmente dada dizendo para irem para casa, sem ninguém para os acompanhar para fora do edifício nem se assegurar que as suas necessidades de informação relativamente à alta estavam asseguradas, ou se tinham condições na residência. **A6**

Foi perguntado aos clientes se foram consultados acerca de qual a informação que poderiam requerer para o seu auto cuidado em casa, sendo que apenas 23% foi perguntado que informações já tinham e qual a que poderiam necessitar para o seu auto cuidado no regresso ao domicílio. **A7**

Acesso aos serviços de saúde

Clientes que sentiam não ter sido fornecida informação suficiente sobre cuidados à ferida operatória e controlo da dor eram significativamente mais prováveis de recorrer a serviços de saúde. **A5**

Pequeno número de clientes acedeu a cuidados de saúde até 3 semanas após a alta por motivos de dor, cuidados à ferida operatória e para serem elucidados relativamente a questões alimentares. Clientes que consideravam suficiente a informação de preparação para a alta transmitida eram menos propensos a recorrer a cuidados de saúde que pacientes que não receberam essa informação. **A7**

Medicação

A necessidade de informação mais requerida é respeitante à medicação, suspeitando-se que os clientes têm alta sem os devidos conhecimentos relativamente aos fármacos que devem tomar. O 5º item mais referenciado “Por quanto tempo deve ser tomada a medicação”. **A1**

A medicação representa a 2ª necessidade de informação com maior nível de importância para os clientes sendo considerado fundamental na educação para a alta. **A2**

Sentimentos relacionados com a condição

Sentimentos relacionados com a sua condição, foi a 6ª necessidade de informação mais requerida **A1**

A necessidade de informação menos valorizada pelos participantes do estudo foi os sentimentos relacionados com a condição. **A2**

Retornar a casa após a cirurgia era gratificante pois resumiam as atividades de vida de uma forma mais precoce. Clientes experienciavam mudanças de humor. Clientes submetidos a cirurgia urológica referiram maior dificuldade no início da micção, causando um aumento da ansiedade **A3**

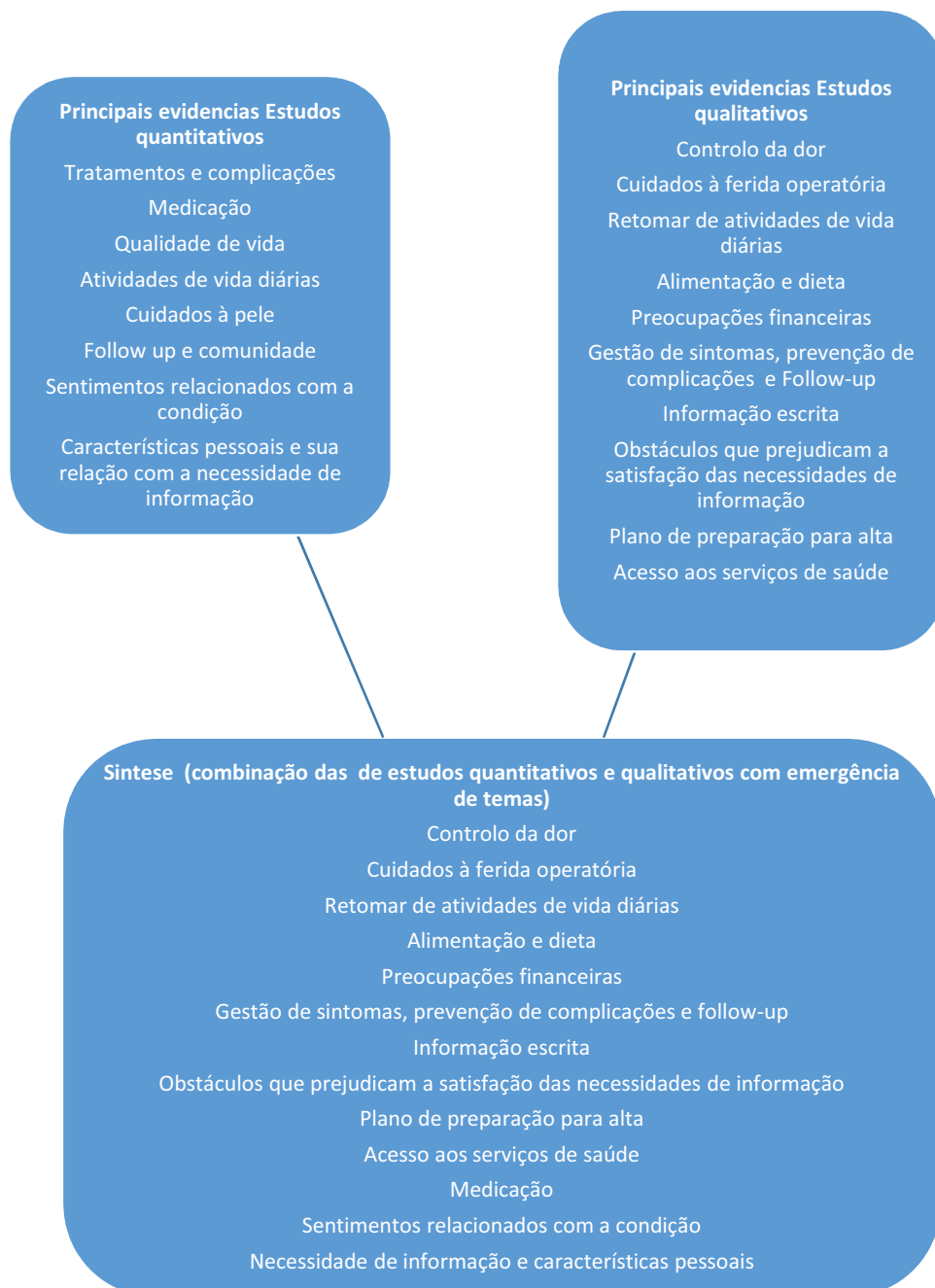
Necessidade de informação e características pessoais

A informação requerida é maior entre as mulheres. Têm uma maior necessidade de informação os clientes com menor habilitação literária, hospitalizados por um período longo de tempo e aqueles que é fornecida informação. **A1**

As mulheres apresentavam uma maior necessidade de informação que os homens. Mulheres poderão apresentar maiores expectativas em receber informação acerca dos cuidados a ter no domicílio. **A2**

Através da metodologia utilizada procedeu-se à combinação dos resultados dos estudos quantitativos e qualitativos como referenciado anteriormente, através do metassumário qualitativo, com agrupamento de temas emergentes de acordo com a similaridade dos achados encontrados nos estudos primários, como exemplificado de seguida.

Figura 2: Síntese da combinação de estudos quantitativos e qualitativos.



Os achados são similares e a maioria dos resultados encontrados dos estudos quantitativos (atividades de vida diárias, tratamentos e complicações, cuidados à pele, follow-up, qualidade de vida) foram englobados nos temas que emergiram dos estudos qualitativos. De notar que a escala PLNS (anexo 1) apresenta itens de avaliação de necessidades categorizadas em 7 temas principais com abrangência variada. No caso da qualidade de vida estão abrangidos itens principalmente correspondentes à gestão de sintomas, que foram englobados no tema correspondente nos estudos qualitativos. A maior diferença surgiu nos sentimentos relacionados com a condição pouco abordados nos estudos qualitativos, e que foi o item mencionado com menores necessidades de informação requerida.

Dos resultados encontrados podemos verificar que os artigos **A4** - estudo de Yiu, Chien, Lui e Qin (2011) e **A7** - estudo de Williams (2008) foram os que mais resultados apresentaram nas áreas temáticas identificadas, sendo enquadrados respetivamente em 8 e 9 áreas numa totalidade de 13 áreas encontradas.

As áreas identificadas com maior número referenciado de artigos dizem respeito a: Cuidados à ferida operatória; Retomar de atividades de vida diárias; Gestão de sintomas, prevenção de complicações e follow-up; Obstáculos que prejudicam a satisfação das necessidades de informação; Plano de preparação para alta. Cada uma destas áreas temáticas teve como base os resultados presentes em 5 dos 7 artigos incluídos nesta revisão sistemática da literatura. Segue-se o controlo da dor com referência em 4 dos artigos analisados.

Discussão dos resultados

Apresenta-se em seguida uma discussão dos achados encontrados, com incidência nas intervenções de enfermagem que contribuem para a capacitação do autocuidado dos clientes submetido a cirurgia digestiva oncológica, os obstáculos existentes na transmissão de informação e as aspetos mais valorizados, sentidos pelos participantes nos estudos, com vista à preparação para a alta. Estes achados foram agrupados por temas emergentes da análise e da síntese dos estudos primários.

- **Controlo da dor**

O controlo da dor revela-se muito importante nas necessidades de informação dos clientes submetidos a cirurgia (Gilmartin, 2007; Yiu, Chien, Lui e Qin, 2011; Henderson e Zernike,

2001; Williams, 2008) sendo referenciada a sua transmissão pelos enfermeiros que também a consideravam de grande importância (Yiu, Chien, Lui e Qin, 2011). A cirurgia a nível abdominal acarreta sintomatologia álgica, sendo controlada convencionalmente por analgésicos. Esta sintomatologia tem duração variável consoante o tipo de cirurgia sendo usual a prescrição de analgésicos para o domicílio, tendo o enfermeiro um papel fundamental na transmissão de informação respeitante ao controlo e administração de fármacos analgésicos. Aquando da alta os clientes poderão experienciar um aumento da intensidade de dor maior do que o esperado por incremento da sua atividade física (Jacobs, 2000), o que poderá explicar o facto de existir um maior déficit de informação referente à dor 1 a 2 semanas após a alta (Henderson e Zernike, 2001).

Estes achados corroboram Lithner e Zilling (2000) que identificam a dor como uma das principais necessidades de informação por parte dos clientes.

- **Cuidados à ferida operatória**

Uma das necessidades mais referenciadas no cliente submetido a cirurgia geral diz respeito aos cuidados com a ferida operatória, como referenciado nos estudos de Özel e Karabacak (2012) Yiu, Chien, Lui e Qin (2011) Henderson e Zernike (2001), Williams (2008), sendo que os enfermeiros também a consideravam importante incluindo nos cuidados ao cliente (Yiu, Chien, Lui e Qin, 2011).

Estes resultados são consistentes com o estudo de Jacobs (2000), na qual o tratamento da ferida operatória é o 2º ponto identificado com maior importância nas necessidades de informação.

- **Retomar de atividades de vida diárias**

Retomar as atividades de vida diárias é das necessidades mais valorizadas nos estudos analisados (Gilmartin, 2007; Yiu, Chien, Lui e Qin, 2011; Williams, 2008), sendo a segunda necessidade com maior necessidade de informação nos estudos quantitativos (Özel e Karabacak, 2012; Uzun, Ucuzal e Inan, 2011). De notar que é uma preocupação premente nos indivíduos jovens ou adultos com vida profissional e social ativa.

Estes achados estão de acordo com os estudos de Driscoll (2000) em que a atividade é abordada em 45 a 60% dos clientes sendo das necessidades de informação fornecidas pelos profissionais de saúde mais destacadas pelos clientes, o estudo de Lithner e Zilling (2000),

que se reporta para uma necessidade com abordagem de aproximadamente 40 a 50% dos casos, e de Jacobs (2000) em que é o item com maior necessidade de informação.

- **Alimentação e dieta**

Aspeto importante na recuperação dos indivíduos especialmente na cultura chinesa onde desempenha um papel de destaque (Yiu, Chien, Lui e Qin, 2011). Denota-se pelos resultados encontrados nesta revisão que é um dos itens menos referidos objetivamente pelos estudos qualitativos. Este facto poderá estar aliado ao facto de nem toda a intervenção de cirurgia geral requerer cuidados especiais com a alimentação como é demonstrado pelo estudo de Driscoll (2000) em que não é abordada esta informação nos clientes que não necessitam de cuidados especiais com a dieta, ao passo que nos que apresentam, a transmissão de informação situa-se pelos 30%.

- **Preocupações financeiras**

Referido no estudo de Yiu, Chien, Lui e Qin (2011) é um aspeto pouco salientado mas importante no caso de internamentos prolongados. De notar que alguns dos estudos analisados têm como critérios de exclusão internamentos prolongados e como tal as questões económicas não serem prementes. Outro aspeto para a poderá contribuir para este facto são as características de apoios sociais à doença de cada país que poderão conduzir para uma situação económica menos desfavorável.

- **Gestão de sintomas, prevenção de complicações e follow up**

Referido no estudo de Yiu, Chien, Lui e Qin (2011) e Williams (2008) é de elevada importância e um dos aspetos que os profissionais de enfermagem mais abordam (Jacobs, 2000; Driscoll, 2000). A prevenção de complicações é a necessidade de informação mais valorizada (Özel e Karabacak, 2012; Uzun, Ucuzal e Inan, 2011), e com importância fulcral, incluindo uma deteção precoce de sinais e sintomas que podem ocorrer. A deteção precoce de complicações é um aspeto muito valorizável em que os clientes identificam uma alta necessidade de informação (Jacobs, 2000). Neste mesmo estudo são enunciadas questões relevantes entre as quais como reconhecer complicações, quais as que podem ocorrer, qual a complicação que poderá surgir que necessite de intervenção imediata.

O follow up foi outra das questões referenciadas expressando preocupação sobre o local a dirigir-se em caso de complicações (Williams, 2008). O contacto telefónico é observado

positivamente e um meio de manter o contacto com os profissionais de saúde com esclarecimento de dúvidas (McMurray, Johnson, Wallis, Patterson e Griffiths, 2007). Como consubstanciado por Mistiaen (2008), numa revisão da literatura acerca do follow up telefónico.

- **Informação escrita**

A informação escrita adquire uma particular importância como meio de relembrar a informação transmitida verbalmente ou validar a existente, sendo essencial no regresso ao domicílio (Gilmartin, 2007; McMurray, Johnson, Wallis, Patterson e Griffiths, 2007; Williams, 2008). Como descrito no estudo de Jacobs (2000) há evidência da vantagem do uso de informações escritas uma vez que os pacientes podem ter dificuldades em se lembrar do que foi transmitido, ou não terem receptividade para receber informação na altura, recorrendo ao suporte escrito quando no domicílio.

- **Obstáculos que prejudicam a satisfação das necessidades de informação**

Em todos os estudos qualitativos foram referidos obstáculos que prejudicam a satisfação das necessidades de informação (Gilmartin, 2007; Yiu, Chien, Lui e Qin, 2011; Henderson e Zernike, 2001; McMurray, Johnson, Wallis, Patterson e Griffiths, 2007; Williams, 2008). Uma dos obstáculos referidos diz respeito à falta de tempo dos profissionais de saúde para satisfação das necessidades de informação dos clientes. Este achado está de acordo com Lithner e Zilling (2000), e Graham, Gallagher e Bothe (2013) em que a equipa de saúde revela sentir falta de tempo para conversar com os clientes por se encontrarem muito ocupados.

Da mesma forma diferentes fontes de aconselhamento podem conduzir a informações conflitantes se a informação transmitida não for a mesma (McMurray, Johnson, Wallis, Patterson e Griffiths, 2007). Este achado é corroborado pelo estudo de Graham, Gallagher e Bothe (2013) sendo identificada como barreira na transmissão de informação a existência de profissionais pouco treinados, com conhecimentos insuficientes.

Outro obstáculo diz respeito à questão da sexualidade (Gilmartin, 2007), não existindo da parte dos profissionais abordagem sobre o assunto, tal como encontrado no estudo de Serrano (2005) em que os técnicos de saúde sentem dificuldade na abordagem da sexualidade, motivado por fatores profissionais (receio da reação do cliente, falta de iniciativa do cliente) e

fatores pessoais considerando a sexualidade difícil de abordar e de caráter pessoal e íntimo de cada indivíduo.

- **Plano de preparação para alta**

Existe alguma discrepância neste tema referente aos planos de alta. De notar que no estudo de Gilmartin (2007) o plano é considerado pelos participantes do estudo bem organizado, ao passo que em Yiu, Chien, Lui e Qin (2011), McMurray, Johnson, Wallis, Patterson e Griffiths (2007) e Williams (2008), são referidas insuficiências na transmissão de informação. De facto planos de preparação para a alta bem estruturados são uma característica de unidades de cirurgia ambulatória onde o papel do enfermeiro é fundamental no ensino. Como referido por Cunha, et al (2010) desde a consulta pré operatória é estabelecida uma relação com o cliente conduzindo a uma diminuição da ansiedade com a transmissão de informação relevante para a cirurgia verbalmente e em suporte escrito, informação essa que é reforçada no momento da alta na presença do cuidador principal.

Outras insuficiências são reveladas no estudo de Williams (2008) em que a informação sobre complicações e atividade tinham maior probabilidade de ser transmitidas a clientes entre os 22 a 44 anos, informação pouco dirigida às necessidades individuais (Yiu, Chien, Lui e Qin, 2011; McMurray, Johnson, Wallis, Patterson e Griffiths, 2007), falta de avaliação das condições no domicílio (McMurray, Johnson, Wallis, Patterson e Griffiths, 2007). Focalização nas necessidades físicas com pouca abordagem das necessidades psicológicas (Yiu, Chien, Lui e Qin, 2011), é outro dos achados suportados como corroboram os estudos de Jacobs (2000) ou de Lithner e Zilling (2000) onde os sentimentos são das necessidades de informação menos referidas.

- **Acesso aos serviços de saúde**

O acesso ao serviço de saúde encontra-se intimamente relacionado com a informação transmitida. A escassez ou ausência de informação aumenta a probabilidade de se recorrer a serviços de saúde para colmatar essas necessidades, contrastando com os clientes a quem era fornecida informação (Henderson e Zernike, 2001; Williams, 2008). Uma vez que os planos de preparação têm as suas lacunas a articulação com enfermeiros na comunidade que asseguram os cuidados após alta hospitalar é fundamental para reforçar as instruções para a alta, dando aos clientes a oportunidade de clarificar as suas preocupações (Jacobs, 2000).

- **Medicação**

A informação sobre a medicação é uma das necessidades sentidas com maior expressão nos estudos de Özel e Karabacak (2012) e Uzun, Ucuzal e Inan (2011). A transição do meio hospitalar para o domicílio após intervenção cirúrgica suscita algumas interrogações quanto ao regime medicamentoso, uma vez que os clientes têm alta dos serviços cirúrgicos com fármacos prescritos. Como demonstrado no estudo de Hughes et al (2000), os clientes submetidos a cirurgia oncológica fazem referência à informação provida pelos enfermeiros no que concerne à medicação, sendo das instruções para autocuidado no pós-operatório mais referenciadas com 47%.

- **Necessidade de informação e características pessoais**

Nos estudos de Özel e Karabacak (2012) e Uzun, Ucuzal e Inan (2011) é evidenciado que a informação requerida é maior nas mulheres como corroborado pelo estudo de Suhonen et al (2005) que demonstra que a informação transmitida pelos profissionais é maior nas mulheres em comparação com os homens.

É também referido que os clientes com menor habilitação literária têm maior necessidade de informação sendo este achado evidenciado pelo estudo de Mistry et al (2010).

Conclusão

Os estudos presentes nesta revisão da literatura apresentam desenhos diferentes, não podendo ser comparados na sua totalidade uma vez que existem critérios de avaliação dos resultados, diferentes entre ambos. Poder-se-ão realizar pequenas comparações. No caso dos estudos de desenho quantitativo (Özel e Karabacak, 2012; Uzun, Ucuzal e Inan, 2011) a escala de avaliação das necessidades utilizada reporta-se à PLNS (anexo 1), pelo que os resultados encontrados são um pouco similares. De notar que esta escala foi adaptada à escala original (Bubela et al, 1990) para a realidade da Turquia pelo que poderá conter itens de avaliação diferentes da escala original. No que diz respeito os estudos de desenho qualitativo são diferentes entre si, com análises temáticas em 3 (Gilmartin, 2007; Yiu, Chien, Lui e Qin, 2011; McMurray, Johnson, Wallis, Patterson e Griffiths, 2007) e associação de variáveis por qui-quadrado nos estudos de (Henderson e Zernike, 2001; Williams, 2008), com diferentes amostras e colheitas de dados diferentes em momentos não similares. Apesar destes factos todos os estudos têm como objetivo identificar as necessidades de informação requeridas

pelos clientes submetidos a cirurgia com vista à preparação para a alta, o que veio contribuir para que os achados pudessem ser agrupados em temas com similaridade de resultados.

Assim sendo, através desta revisão sistemática da literatura é possível responder à pergunta inicial: Quais as intervenções de enfermagem realizadas com o intuito da preparação para a alta que colmatam as necessidades de informação requeridas pelo cliente submetido a cirurgia geral/abdominal?

Os resultados alcançados permitem concluir que os cuidados de enfermagem são requeridos: no controlo da dor, nos cuidados à ferida operatória, na informação das atividades de vida diárias, na informação sobre alimentação e dieta, na informação acerca do regime medicamentoso, na gestão de sintomas prevenção de complicações e follow-up, no esclarecimento através de informação escrita, que, em caso de insuficiência podem conduzir à procura de serviços prestadores de cuidados de saúde para colmatar as necessidades que não são satisfeitas durante a fase de preparação para a alta.

Fica também patente neste estudo, a referência a obstáculos que prejudicam a satisfação das necessidades de informação que é explanada por 5 dos 7 estudos incluídos nesta revisão da literatura, que trará contributos acrescidos para a prática.

É também evidente a referência a planos de preparação para a alta que são díspares nos diferentes estudos na maioria dos casos não sistematizada (com insuficiências na transmissão de informação, ou informações contraditórias por parte dos profissionais de saúde), conduzindo a lacunas na transmissão de informação, ou a informações imprecisas. A sistematização revela-se então fundamental tal como referido por Pompeo et al (2007) assegurando a implementação eficaz do plano de alta hospitalar através de um roteiro sistematizado de atividades de ensino e uma avaliação constante da perceção do cliente acerca do suporte requerido para a sua independência, conduzindo à satisfação global do cliente.

Tendo em conta todos estes aspetos, a articulação com os recursos da comunidade, incluindo o apoio de profissionais de saúde na área de abrangência do domicílio, proporciona uma mais-valia no reforço da informação transmitida durante o internamento, representando um recurso importante na continuidade dos cuidados.

Limitações do estudo

Tendo como ponto de partida conhecer as intervenções de enfermagem requeridas pelo cliente submetido a cirurgia do esófago e gástrica, a adoção de um percurso metodológico diferente, com pesquisa de estudos que incluíssem clientes submetidos a cirurgia geral e

abdominopélvica deve-se ao facto, de não ter sido possível encontrar inicialmente, estudos referentes a clientes esofagectomizados e gastrectomizados.

Outro dos condicionantes existentes nesta revisão, consistiu na pesquisa de bases de dados eletrónicas tendo como limitador a disponibilidade de artigos em texto integral, não tendo em conta outros artigos indisponíveis em fulltext que poderiam ser relevantes a incluir nesta revisão sistemática da literatura.

Referências bibliográficas

Bubela, N., Galloway, S., McCay, E., McKibbin, A., Nagle, L., Pringle, D., ... Shamian, J. (1990). The Patient Learning Needs Scale: reliability and validity. *Journal Of Advanced Nursing*. 15(10), 1181-1187. doi:10.1111/j.1365-2648.1990.tb01711.x

Centre for Reviews and Dessimination (2009). *Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking systematic reviews in health care*. Laverthorpe: York Publishing Services Ltd.

Disponível em http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf

Cunha, et al. (2010). A Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital Santo António dos Capuchos - Intervenção do Enfermeiro. *Revista Enformação*. 13, 10-15.

Disponível em de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/162>

Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 31(5), 1165-1173. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01372.x

Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2000.01372.x/citedby>

Gilmartin, J. (2007). Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. *Journal Of Clinical Nursing*. 16(6), 1109-1117.

Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2e61526e-9862-4bcb-8574-d0eef176e16%40sessionmgr12&vid=10&hid=12>

Graham, J., Gallagher, R., & Bothe, J. (2013). Nurses' discharge planning and risk assessment: behaviours, understanding and barriers. *Journal Of Clinical Nursing*. 22(15/16), 2338-2346. doi:10.1111/jocn.12179

Harden, A. (2010). Mixed-methods systematic reviews integrating quantitative and qualitative findings. *Focus. National center for the Dissemination of Desability Research*. 25, 1-8.

Disponível em

http://www.ktdrr.org/ktlibrary/articles_pubs/ncddrwork/focus/focus25/Focus25.pdf

Henderson, A., & Zernike, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal Of Advanced Nursing*. 35(3), 435-441. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01857.x

Huber, D., & McClelland, E. (2003). Patient preferences and discharge planning transitions. *Journal of Professional Nursing: Official Journal Of The American Association Of Colleges Of Nursing*. 19 (4), 204-210.

Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8755722303000711>

Hughes, L., Hodgson, N., Muller, P., Robinson, L., & McCorkle, R. (2000). Information needs of elderly postsurgical cancer patients during the transition from hospital to home. *Journal Of Nursing Scholarship*. 32(1), 25-30. doi:10.1111/j.1547-5069.2000.00025.x

Jacobs, V. (2000). Informational Needs of Surgical Patients Following Discharge. *Applied Nursing Research*. 13(1), 12-18.

Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189700800142>

Lithner, M., & Zilling, T. (2000). Pre- and postoperative information needs. *Patient Education & Counseling*, 40(1), 29-37

Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399199000439#>

McMurray, A., Johnson, P., Wallis, M., Patterson, E., & Griffiths, S. (2007). General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. *Journal of Clinical Nursing*. 16(9), 1602-1609. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01725.x

Melnyk B. Fineout-Overholt, E. (2005). Making the case for evidence-based practice. In B. Melnyk, E. Fineout- Overholt (Eds). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice*. 2nd ed. (pp. 3-24). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins

Mistiaen, P. (2008). Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. (3), doi:10.1002/14651858.CD004510.pub3

Mistry, A., Wilson, S., Priestman, T., Damery, S., & Haque, M. (2010). How do the information needs of cancer patients differ at different stages of the cancer journey? A cross-sectional survey. *JRSM Shorts*, 1(4), 1-10

Özel, S., & Karabacak, Ü. (2012). Discharge After Surgical Treatment: What do patients in Turkey want to know? *Healthmed*. 6(2), 525-530.

Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=bcf5373d-71a8-4ed7-8938-4ac7c8044e44%40sessionmgr12&vid=7&hid=23>

Pereira, A. Tessarini, M. Pinto, M., & Oliveira, V. (2007). Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. *Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. 15(1), 40-45.

Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a06.pdf>

Pompeo, D., Pinto, M., Cesarino, C., Araújo, R., & Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*. 20 (3), 345-50.

Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf

Sandelowski, M., Barroso, J., & Voils, C. (2007). Using qualitative metasummary to synthesize qualitative and quantitative descriptive findings. *Research In Nursing & Health*, 30(1), 99-111.

Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=29e2c43b-3aa5-41b3-8d0c-859d96f2a686%40sessionmgr4002&vid=5&hid=4112>

Serrano, S. (2005). Os técnicos de saúde e a sexualidade dos clientes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais. *Análise Psicológica*, 23 (2), 137-150.

Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a06.pdf>

Suhonen, R., Nenonen, H., Laukka, A., & Välimäki, M. (2005). Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal Of Clinical Nursing*. 14(10), 1167-1176. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01233.x

Uzun, O., Ucuzal, M., & Inan, G. (2011). Post-Discharge learning needs of General Surgery patients. *Pakistan Journal Of Medical Sciences*. 27(3), 634-637.

Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2e61526e-9862-4bcb-8574-d0eefe176e16%40sessionmgr12&vid=15&hid=12>

Williams, B. (2008). Supporting self-care of patients following general abdominal surgery. *Journal Of Clinical Nursing*. 17(5), 584-592. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01857.x

Yiu, H., Chien, W., Lui, M., & Qin, B. (2011). Information needs of Chinese surgical patients on discharge:a comparison of patients' and nurses' perceptions. *Journal Of Advanced Nursing*. 67(5), 1041-1052. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05528.x

Anexo 1

Table 1 Factors, items and loading

Items	Factors*						
	1	2	3	4	5	6	7
How medicine works	77						
When to take medicine	77						
Why the need for medicine	74						
How to take medicine	69						
When to stop medicine	68						
What to do if react to medicine	62						
Possible reactions to medicine	60						
Exercise to get		74					
Amount of rest to get		63					
When home tasks can start		59					
Exercise prohibited		54					
What to do with bowel movement problem		54					
Alter to save energy		49					
How to prepare food		41					
Foods can/cannot eat		40					
What to do about insomnia		37					
What home care gives			78				
Manage agency red tape			73				
Transport to clinic			58				
Manage community red tape			58				
Help family to deal with illness			41				
Contact community groups			52				
Where to get medicine			45				
Who to talk to about dying				69			
How to talk about illness				66			
Help to handle feelings				64			
Cause of illness				45			
Recognize feelings				42			
Complications needing attention					38		
Purpose of treatment					34		
Side-effects of treatment					49		
Recognize complication					68		
Who to see at follow-up					63		
Complications one might have					57		
Who to call for help					53		
How to prevent complications					47		
What to do if urine a problem					44		
How to manage symptoms						38	
What symptoms to expect						31	
How to manage stress						72	
How to avoid stress						70	
How to manage pain						39	
Which vitamins to take						33	
Impact of illness on life						68	
Implication for future						54	
Care for feet							36
Care of cut/incision							36
When allowed bath							35
How to prevent red skin							70
How to prevent sore skin							69

*1 = medications, 2 = activities of living; 3 = community and follow-up; 4 = feelings related to condition; 5 = treatment and complications; 6 = enhancing quality of life; 7 = skin care

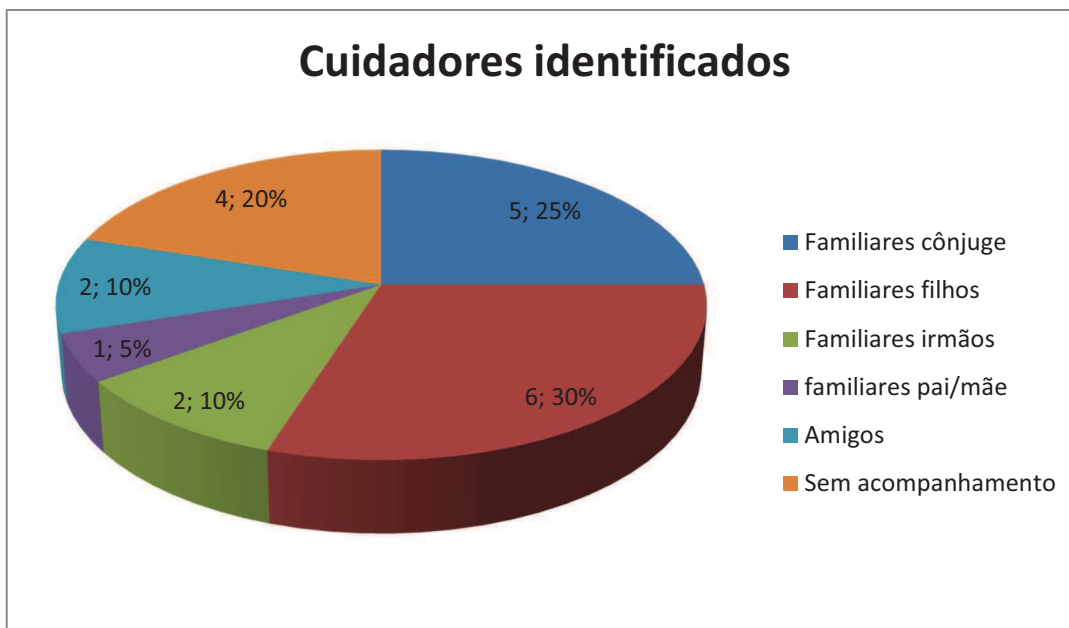


Gráfico 1: Cuidadores identificados

Apêndice 3

Resultados do follow-up do 7º dia na UCA

Dados recolhidos numa amostra de 200 pacientes seleccionados de forma aleatória entre 4 de Setembro a 25 de Outubro de 2012

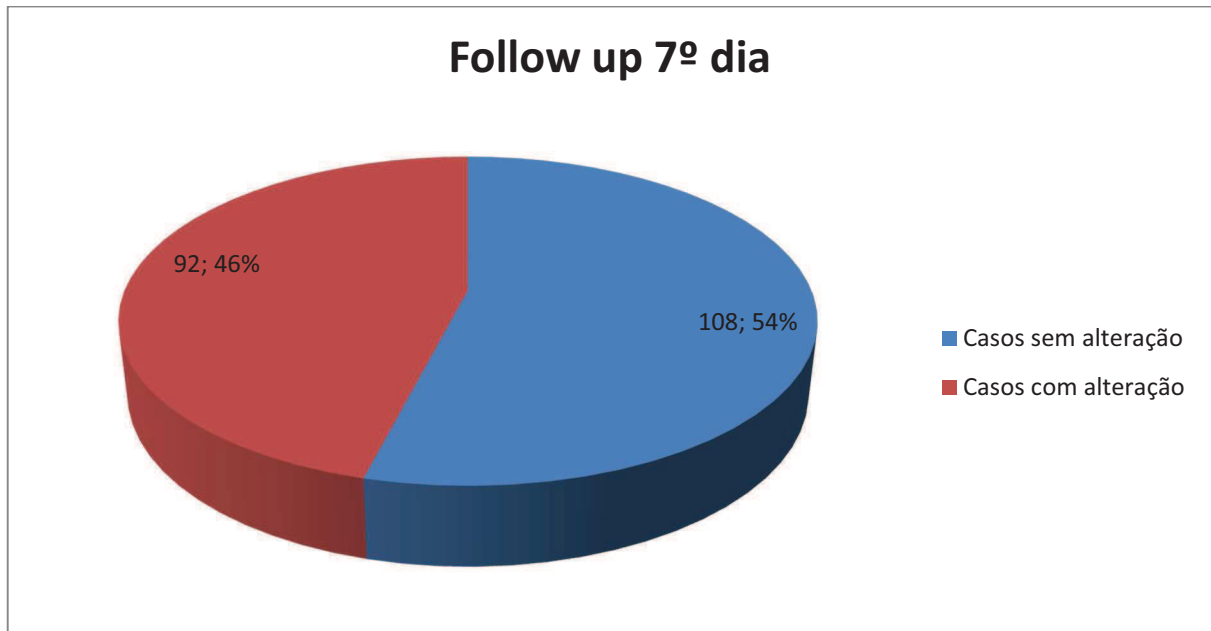


Gráfico 2: Casos com e sem alterações no folow up do 7º dia

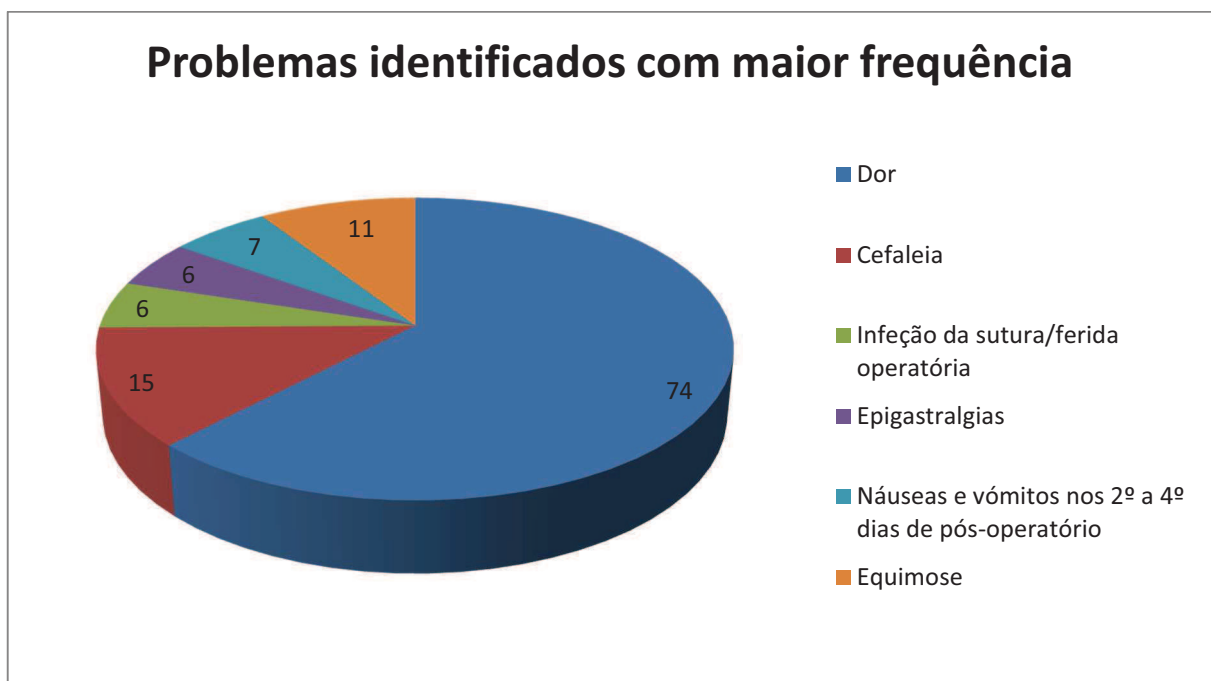


Gráfico 3: Problemas mais frequentes identificados

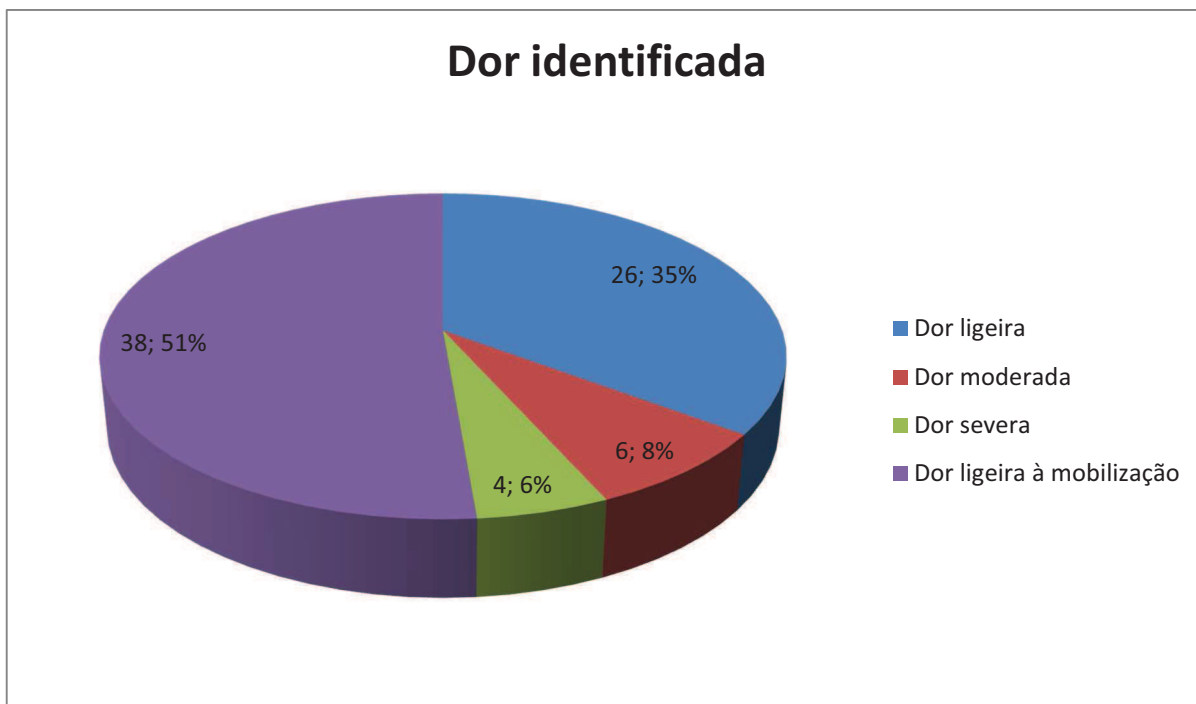


Gráfico 4: Dor identificada

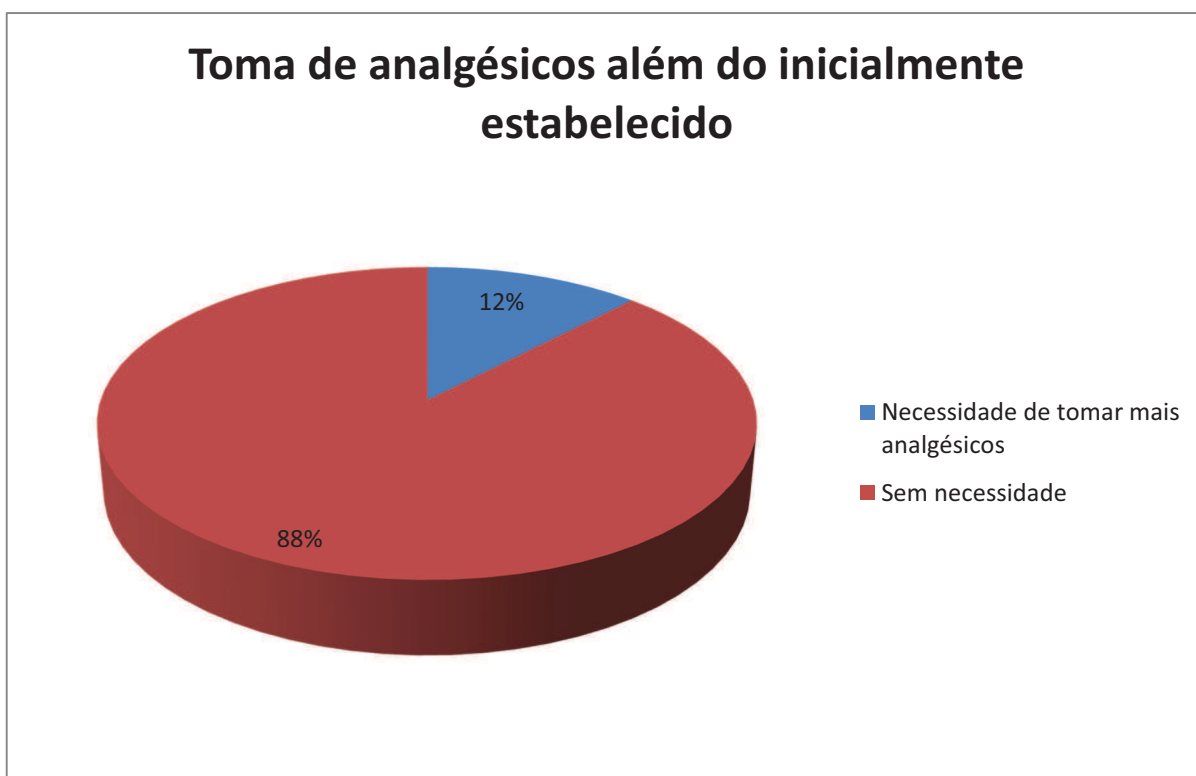


Gráfico 5: Toma de analgésicos além do inicialmente estabelecido

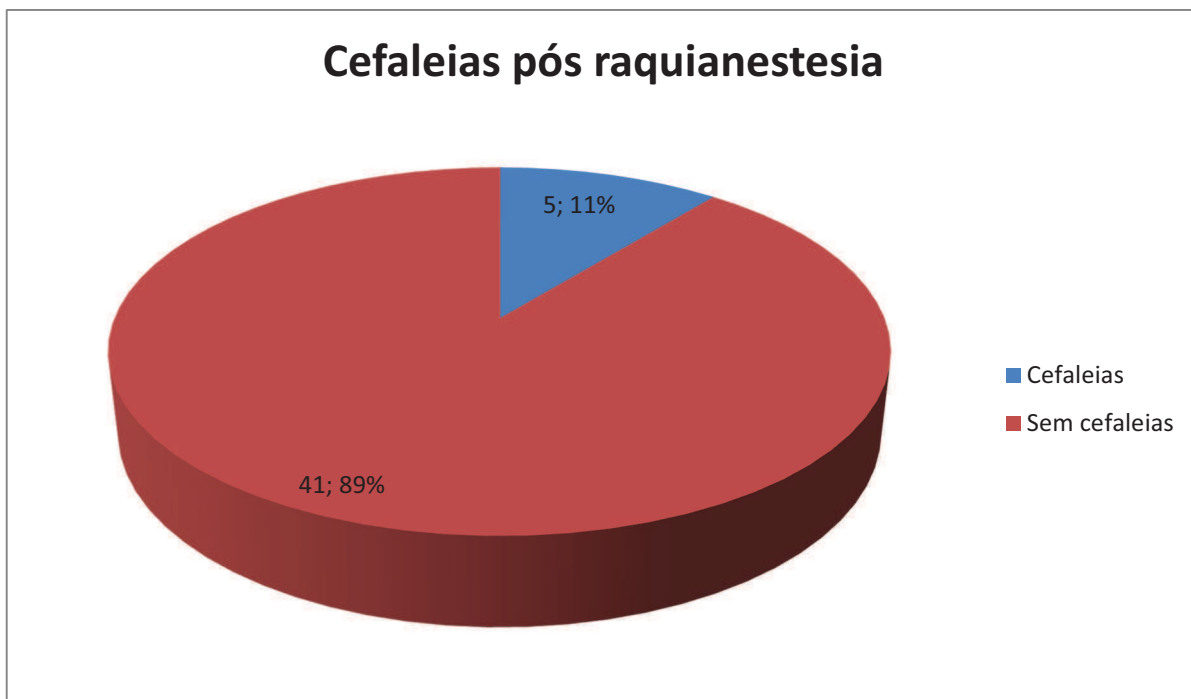


Gráfico 6: Cefaleias pós raquianestesia

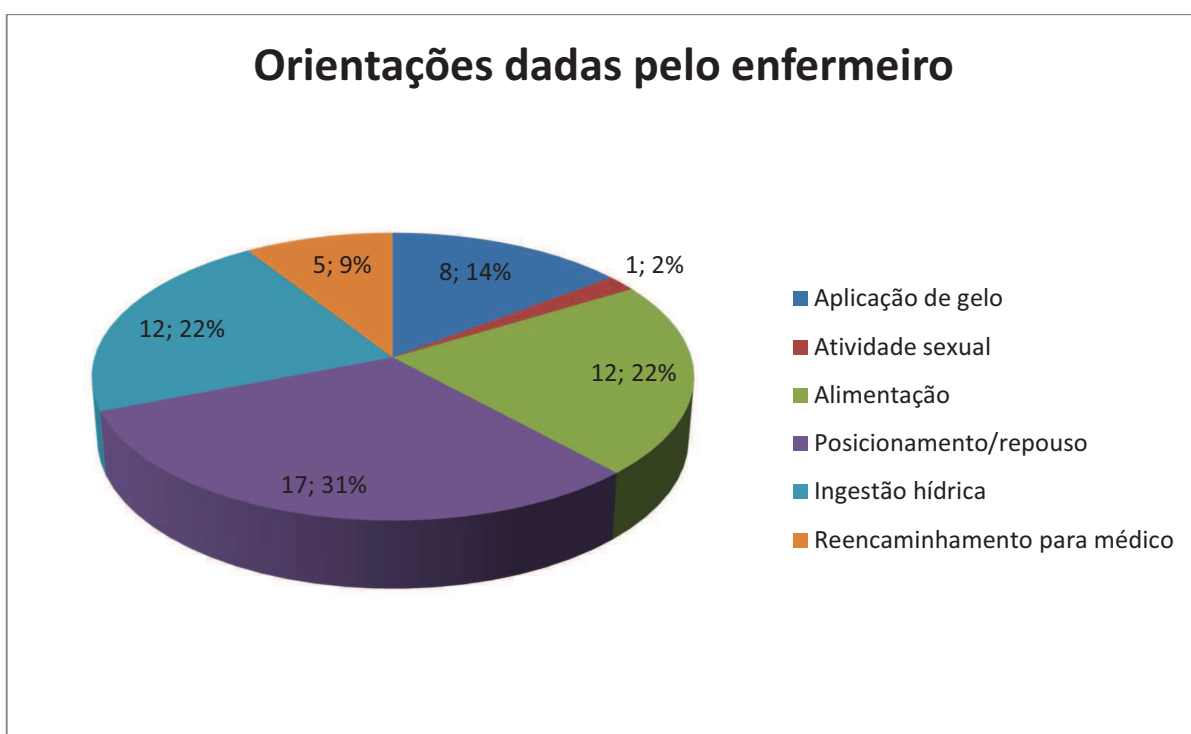


Gráfico 7: Orientações dadas pelo enfermeiro



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente
Oncológica

Unidade curricular Opção II

Reflexão crítica

Rui de Oliveira Pegado nº 3941
Orientadora: Professora Eunice Sá

Lisboa
Dezembro de 2012

Índice

Introdução	4
Descrição da situação	4
Sentimentos	5
Avaliação	6
Análise	6
Conclusão	8
Plano de Ação	8
Referências Bibliográficas	10

Introdução

As experiências vividas em contexto de estágio foram variadas. Ao longo de 13 anos num serviço de cirurgia oncológica e tendo estagiado em serviços onde a maioria das cirurgias são oncológicas, verifiquei que as situações não variavam muito. Foi então difícil escolher uma situação que me despertasse algo de novo. Deparei-me então no serviço de Urologia com uma experiência decorrente do contexto de preparação para a alta de um doente submetido a prostatectomia radical, que irei de seguida proceder à sua análise. Esta mesma análise terá como base o ciclo reflexivo de Gibbs, constituído por seis etapas sendo que cada uma está associada a uma pergunta principal (Gibbs, 1988, citado por Yeok, 2007).

São os meus objetivos principais:

- Refletir sobre a situação
- Identificar os contributos encontrados que forneceram bases sólidas para posterior utilização no projeto no local de trabalho

Irei então ao longo desta reflexão crítica descrever a situação vivenciada, proceder à sua análise de uma forma crítica de acordo com as etapas do ciclo reflexivo de Gibbs, utilizando alguns autores que referenciarei durante o texto.

Descrição da situação

A situação que quero retratar diz respeito ao estágio realizado no serviço de Urologia dum Hospital.

O Sr. M de 60 anos foi submetido a prostatectomia radical por via laparoscópica. Após o 3º dia de pós-operatório foram convocados os cuidadores com vista à preparação para a alta. Foram efetuados ensinamentos relativamente à troca dos sacos coletores, despejo dos sacos, uso de vestuário adequado, cuidados a ter com a sutura e penso, higiene pessoal, colocação ideal dos sacos de perna e manutenção livre da tubuladura do saco coletor.

Todos estes ensinamentos foram apreendidos pelos cuidadores neste caso a mulher e a filha do Sr. M.

No 4º dia a drenagem do local operado apresentava conteúdo hemático com cerca de 400cc de volume drenado nas 24h. e uma temperatura axilar de 38°C. Neste próprio dia foram reforçados os ensinamentos por mim, com vista a uma alta precoce de Sr. M., no entanto este apresentava fácies triste e estava muito pouco motivado para os ensinamentos realizados. A família também estava mais preocupada com o estado de saúde do cliente, do que propriamente com os ensinamentos. A alta foi sendo adiada consecutivamente.

Na altura, e em concordância com a minha orientadora no local de estágio decidimos que este não seria realmente o momento ideal para prosseguir os ensinamentos, já que preparar a alta de um cliente que está a piorar o seu estado de saúde pode transmitir a mensagem que se quer por o doente o mais rapidamente possível no domicílio sem se preocupar com a sua real necessidade de cuidados.

Sentimentos

Esta situação fez-me refletir acerca do timing do ensino. Seria o ideal? Seria essa a necessidade do cliente de momento? Seria essa a prioridade dos familiares? O ensino que estava a ser realizado estava a ser interiorizado pelo cliente e cuidadores familiares?

No momento em que existiu um agravamento da situação clínica do Sr. M., e enquanto efetuava os ensinamentos, senti que o que estava a ser transmitido não era prioritário para o cliente. E para os familiares não fazia sentido. Senti igualmente que o que transmitia não estava a ser apreendido pelos cuidadores e cliente.

Na mesma altura quando saí da sala, fui invadido intimamente por um sentimento de impotência. O meu objetivo era ajudar, mas naquela altura, não consegui realizar isso. Comecei a pensar o que poderia fazer. Percebi que seria tranquilizar o cliente e família. Dar porventura algumas palavras de incentivo, embora não soubesse como o fazer. De facto o volume de drenado ao 4º dia de pós-operatório de 400cc mais hemático que seroso não é um bom sinal. Algo não estava bem. Associado ao facto de o cliente estar febril, não era um bom sinal.

Avaliação

O que terá sido bom e mau nesta experiência?

Um dos aspetos que considero mais positivos nesta situação foi o facto de me confrontar com uma situação de ensino na qual o cliente e familiar estão presentes de forma a ajudar à transição para o domicílio. Segundo Phaneuf (2005) a pessoa doente tem necessidade de suporte e de ajuda dos seus próximos, para prosseguir o seu tratamento, sendo de extrema importância a identificação da sua rede de suporte uma vez que a presença de pessoas recurso pode fazer toda a diferença.

O convite ao prestador foi efetuado por mim e pela enfermeira orientadora, e foi aceite pelos cuidadores familiares. Foi também positiva esta experiência porque pude refletir sobre qual o melhor momento para a transmissão de informação.

O aspeto que terá sido menos bom foi o facto de o momento não ser o mais apropriado para se proceder à transmissão de informação com vista à preparação para a alta, tendo-se perdido uma boa oportunidade de tranquilizar o Sr. M e cuidadores familiares. Esta transmissão de informação em vez de tranquilizadora, foi então produtora de ansiedade para os intervenientes. De acordo com Phaneuf (2005) um dos fatores mais importantes a considerar é a ansiedade do cliente. Se este se encontra angustiado, preocupado, pode não estar recetivo à informação que se pretende transmitir. O enfermeiro deve por conseguinte proceder à tranquilização do cliente antes de informá-lo.

Em relação a este aspeto irei proceder de seguida à sua respetiva análise.

Análise

Relativamente a esta situação, acabei por constatar que os timings do cliente nem sempre são os timings dos enfermeiros, e como tal nos momentos de preparação para a alta, a maior parte das vezes este ensino é realizado de acordo com o programa do enfermeiro, e em momentos em que por vezes o cliente não está tão disposto ou se encontra menos recetivo para receber informação. De acordo com Potter e Perry (2004) “o enfermeiro tem a

responsabilidade ética no processo de ensino ao paciente e deve determinar cuidadosamente o que precisam saber e encontrar o momento em que estarão prontos para aprender.” (Pompeo, Pinto, Cesarino, Araújo e Poletti, 2007, p. 349).

Tendo em conta esta situação é então importante um correto acompanhamento do cliente. Como referido por Chung (2005) citado por Pereira, Tessarini, Pinto e Oliveira “as visitas diárias do enfermeiro e a avaliação sistemática das condições do cliente é um dos caminhos para o acompanhamento efetivo da evolução de sua saúde e o preparo do cliente para a alta hospitalar.” (Pereira, Tessarini, Pinto e Oliveira 2007, p. 42). A avaliação das necessidades dos clientes deve ser então uma constante em todo este processo de transmissão de informação com vista à alta. Para que este processo se dê de forma favorável tem de haver por parte do enfermeiro o conhecimento de que existem certos condicionalismos que influenciam o processo de aprendizagem “ as necessidades de aprendizagem estão sujeitas a determinados factores como, a fase da doença, o grau de incapacidade do doente ou os tratamentos a que é sujeito.” (Potter e Perry 2005, citado por Morais, 2010, p. 39). Seguindo a mesma linha de pensamento Phaneuf (2005) afirma que existem outros fatores que afetam a influenciam a aprendizagem, sendo eles a motivação do cliente, as capacidades intelectuais da pessoa (memória, nível de instrução, grau de compreensão) o medo, fadiga, dor, stress, sonolência, o desgosto e a desconfiança relativamente ao sistema de cuidados.

Considerando estes aspetos e tendo em conta as características do próprio cliente, a fase da doença e os condicionalismos / intercorrências presentes durante o internamento hospitalar torna-se fundamental que cada situação seja examinada passo a passo. De acordo com Silva (2001) “cada caso deve ser analisado individualmente; isto é, o enfermeiro, durante o planeamento da assistência, avalia a capacidade, prontidão e motivação do cliente para aprender e, sobretudo, determinar a estratégia de ensino aprendizagem a ser utilizada.” (Pompeo et al, 2007, p. 349).

Conclusão

Nem sempre as escolhas dos momentos em que se procede à transmissão de informação são os mais adequados. Neste caso o estado físico e psicológico do Sr. M. não era de todo propício para essa transmissão. As preocupações eram outras e tinham a ver com o seu estado clínico imediato. Como enfermeiro fiquei desperto para os momentos que seriam adequados para a transmissão de informação. Neste caso poderia realizar uma escuta ativa com o propósito de perceber quais as reais necessidades do Sr. M. e familiares.

A decisão tomada por mim e em consonância com a orientadora do local de estágio foi a mais adequada com a suspensão da transmissão de informação com vista à preparação para a alta. Quer o cliente, quer os cuidadores familiares não se encontravam em condições propícias para a aprendizagem. A atitude foi esperar que a situação clínica do cliente melhorasse para depois prosseguir com o ensino.

Plano de Ação

Ao me encontrar num serviço onde a preparação para a alta relativamente ao cliente protactomizado se encontra sistematizado, contribuiu para que pudesse ter uma nova perspetiva para a estruturação do projeto no meu local de trabalho. Se esta situação se verificasse novamente estaria com certeza mais desperto para outros aspetos que não consideraria anteriormente tão relevantes. A avaliação sistemática das condições do cliente seria a prioridade principal. No caso da situação se repetir procederia a uma redução da ansiedade do cliente e cuidadores familiares tentando tranquilizar os mesmos. Ao reduzir o estado de ansiedade e se as condições o permitissem, poderia então realizar o ensino. No entanto qual seria a vantagem de realiza-la? Seria produtivo? Nesta situação não me parece que seria produtiva. A melhor atitude a tomar seria a de suspender a preparação para a alta momentaneamente, e esperar que através de uma avaliação contínua e sistemática, as condições subjacentes ao cliente se alterassem.

Com a análise desta situação procurei refletir sobre o momento oportuno para a realização da transmissão de informação com vista à preparação para a alta. Através de alguns autores pude constatar que esse momento está dependente de fatores como a ansiedade e a evolução da situação clínica do cliente, podendo desempenhar um papel inibidor na aprendizagem. A vivência desta situação forneceu contributos muito importantes para o futuro, que terei em consideração em situações similares e quando estiver a proceder à preparação para a alta do cliente e cuidador informal. Como descrito por Benner e Wrubel (1982) citado por Benner “Uma experiência particular pode ter força suficiente para servir de modelo ou paradigma.” Benner (2005, p. 37)

Referências Bibliográficas

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

Morais, J. (2010). *Preparação do regresso a casa: Do hospital ao contexto familiar*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem. Porto. Retirado de <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9210>

Pereira, A. Tassarini, M. Pinto, M., Oliveira, V. (2007). Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. *Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. 15 (1), 40-45. Retirado de <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a06.pdf>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures:Lusociência.

Pompeo, D., Pinto, M., Cesarino, C., Araújo, R., Poletti, N. (2007). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*. 20 (3), 345-50. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf

Yeok, K. (2007). Case Study Gibbs Reflective Cycle on the Ventilator Care Bundle. *Singapore Nursing Journal*. 34 (3), 63-72.

Apêndice 5

Dados recolhidos na consulta externa

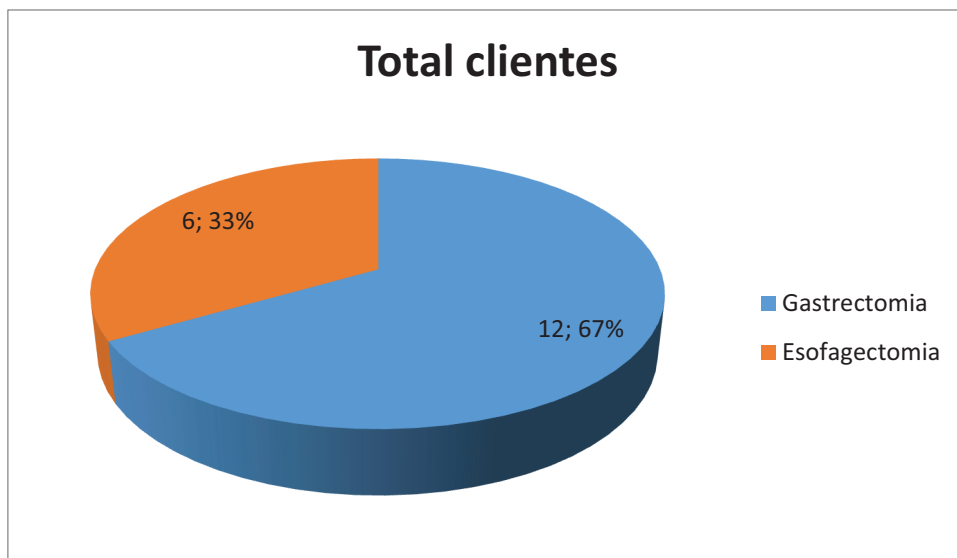


Gráfico 8: Total de clientes identificados de acordo com patologia

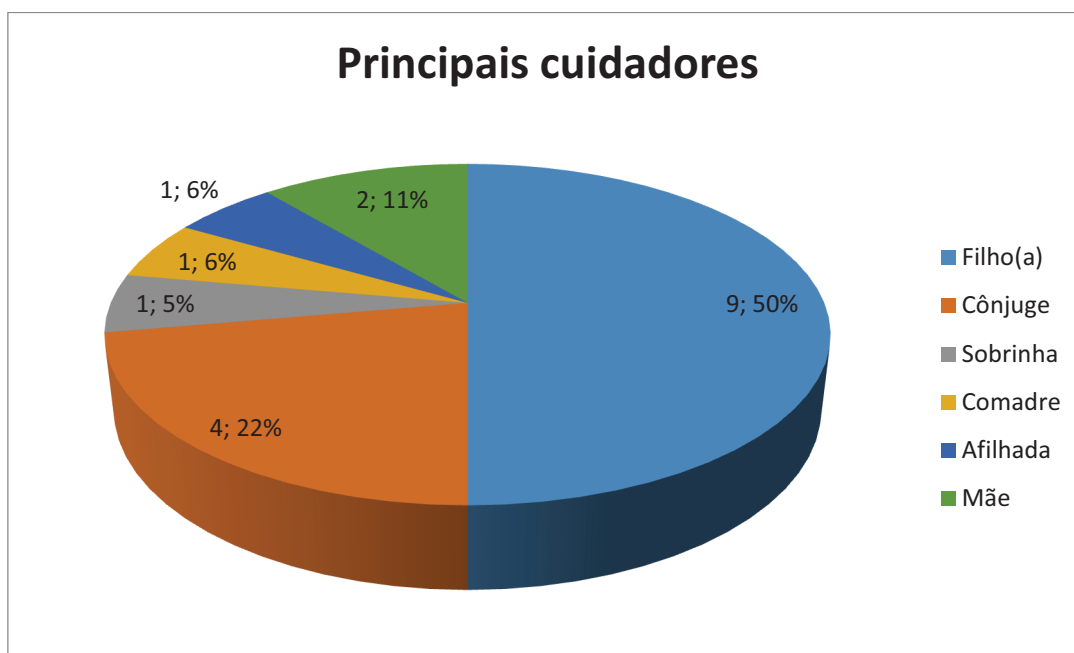


Gráfico 9: Principais cuidadores identificados

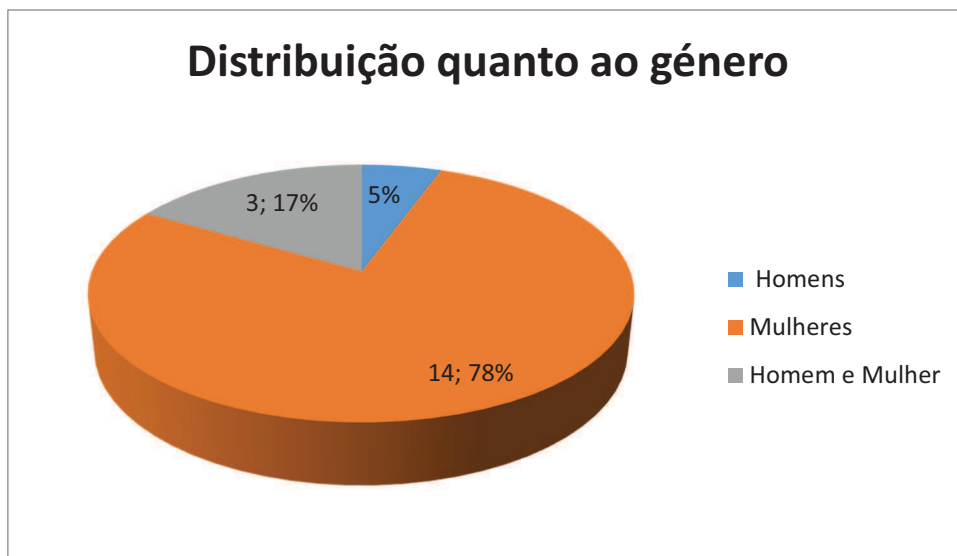


Gráfico 10: Distribuição dos cuidadores identificados quanto ao género

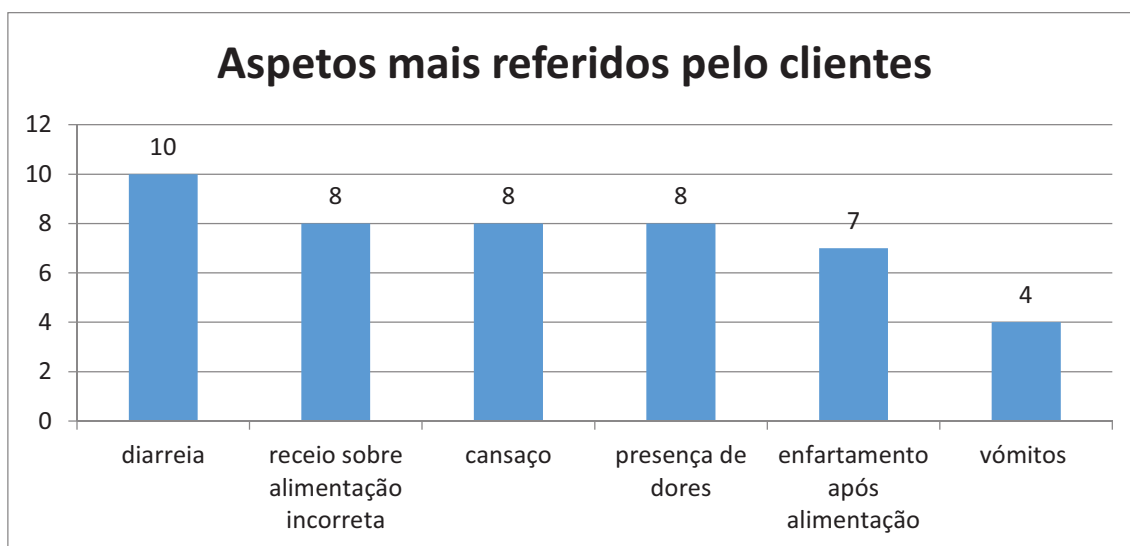


Gráfico 11: Aspetos mais referidos pelos clientes

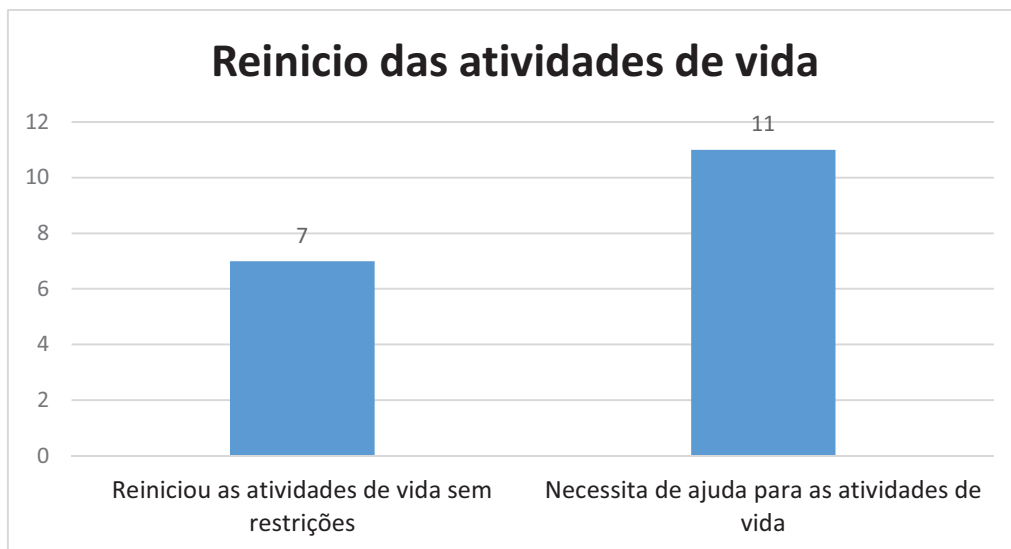


Gráfico 12: Reinício das atividades de vida pós alta hospitalar

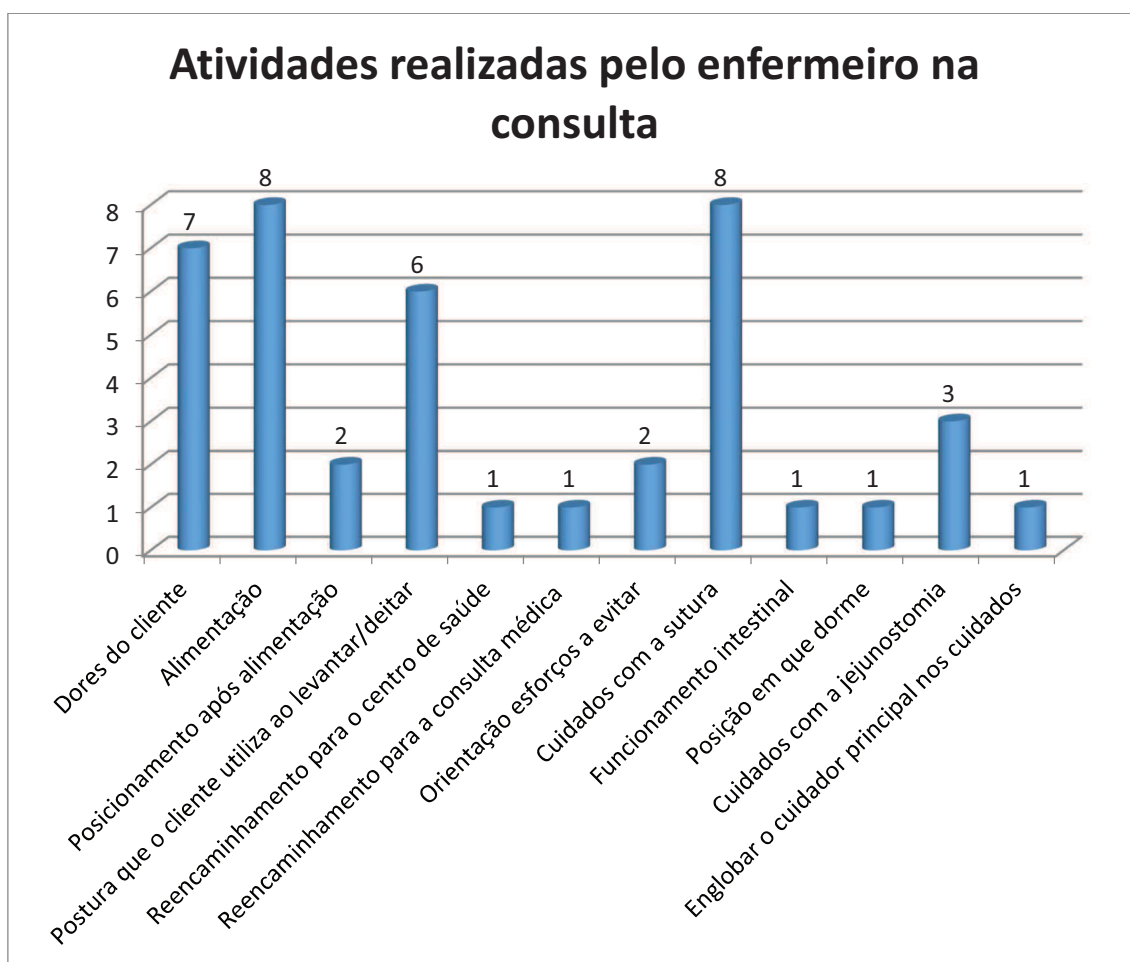


Gráfico 13: Atividades mais realizadas pelos enfermeiros na consulta externa



Gráfico 14: Dados mais relevantes referidos pelos clientes esofagectomizados

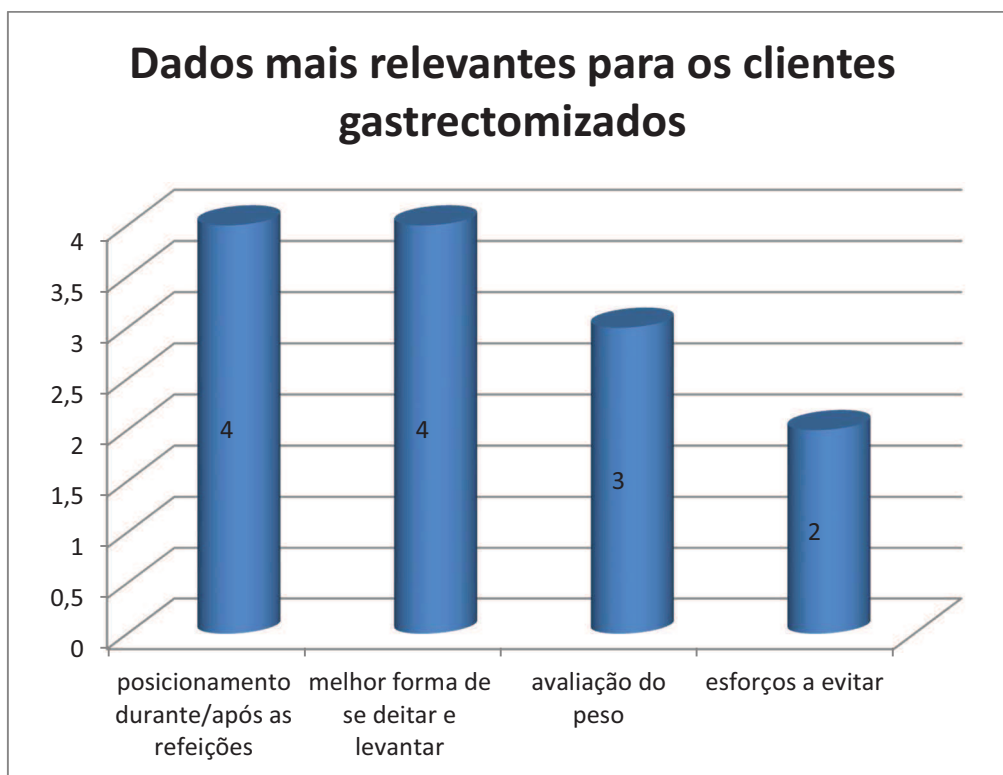


Gráfico 15: Dados mais relevantes referidos pelos clientes gastrectomizados

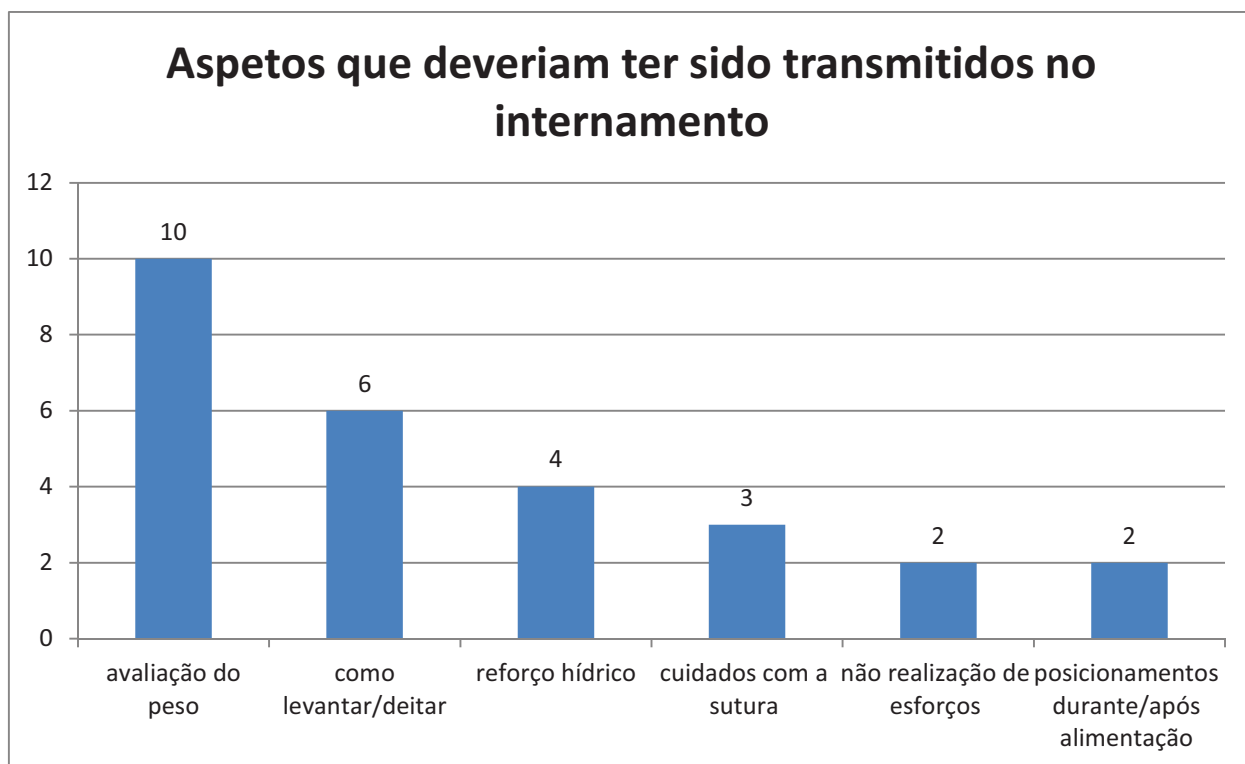


Gráfico 16: Aspetos na perspectiva dos clientes que deveriam ter sido transmitidos no internamento

Apêndice 6

Instrumento de recolha de opinião sobre a preparação para a alta

Caro colega,

Com o intuito de sistematizar a transmissão de informação (ensino) ao doente cirúrgico submetido a esofagectomia e gastrectomia **no âmbito da sua preparação para a alta** e sendo a sua opinião fundamental como elemento integrante da equipa de enfermagem, peço a sua colaboração respondendo às seguintes questões

Relativamente ao doente submetido a **gastrectomia** enuncie 3 aspetos que mais privilegia no seu ensino

enuncie 3 aspectos que considere relevantes a serem incluídos no folheto informativo

Relativamente ao doente submetido a **esofagectomia** enuncie 3 aspetos que mais privilegia no ensino

enuncie 3 aspectos que considere relevantes a serem incluídos no folheto

Acha importante a inclusão do cuidador informal, na transmissão de informação relativamente à alta (ensinos) dos doentes submetidos a gastrectomia e esofagectomia?

Sim

☐

Não

☐

Se sim em que momento considera importante a sua inclusão? (Pode assinalar mais de uma opção)

Na admissão

☐

Dois dias antes da alta

☐

No dia da alta

☐

Outro

☐

Grato pela sua colaboração, sendo assegurada a confidencialidade da sua resposta

Apêndice 7

Análise das respostas ao instrumento de recolha de opinião

Relativamente ao doente submetido a **gastrectomia** enuncie 3 aspetos que mais privilegia no seu ensino



Gráfico 17: Aspetos referenciados mais privilegiados na transmissão de informação ao cliente gastrectomizado

enuncie 3 aspectos que considere relevantes a serem incluídos no folheto informativo

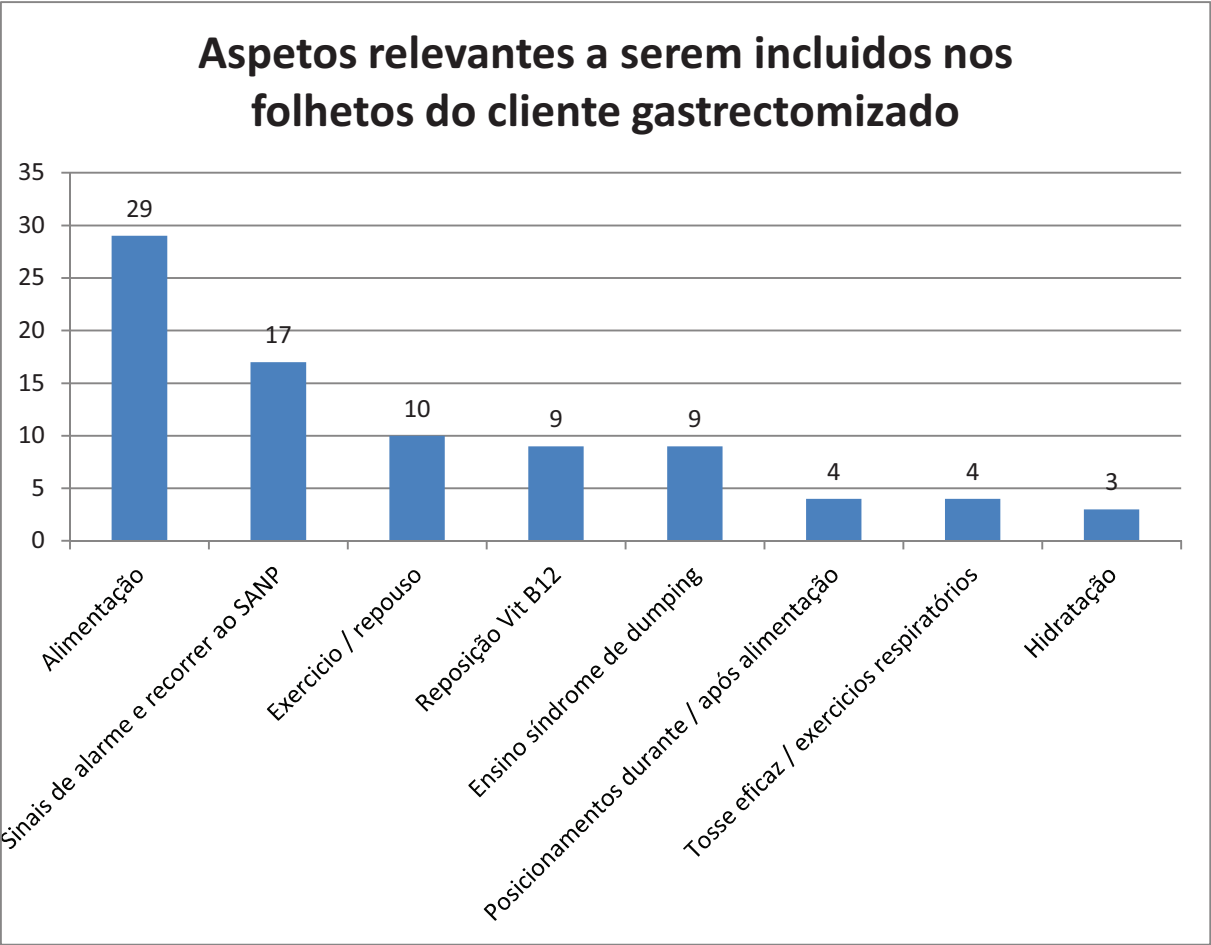


Gráfico 18: Aspetos considerados relevantes a serem incluídos no folheto informativo do cliente gastrectomizado

Relativamente ao doente submetido a **esofagectomia** enuncie 3 aspetos que mais privilegia no ensino



Gráfico 19: Aspetos referenciados mais privilegiados na transmissão de informação ao cliente esofagectomizado

enuncie 3 aspetos que considere relevantes a serem incluídos no folheto informativo

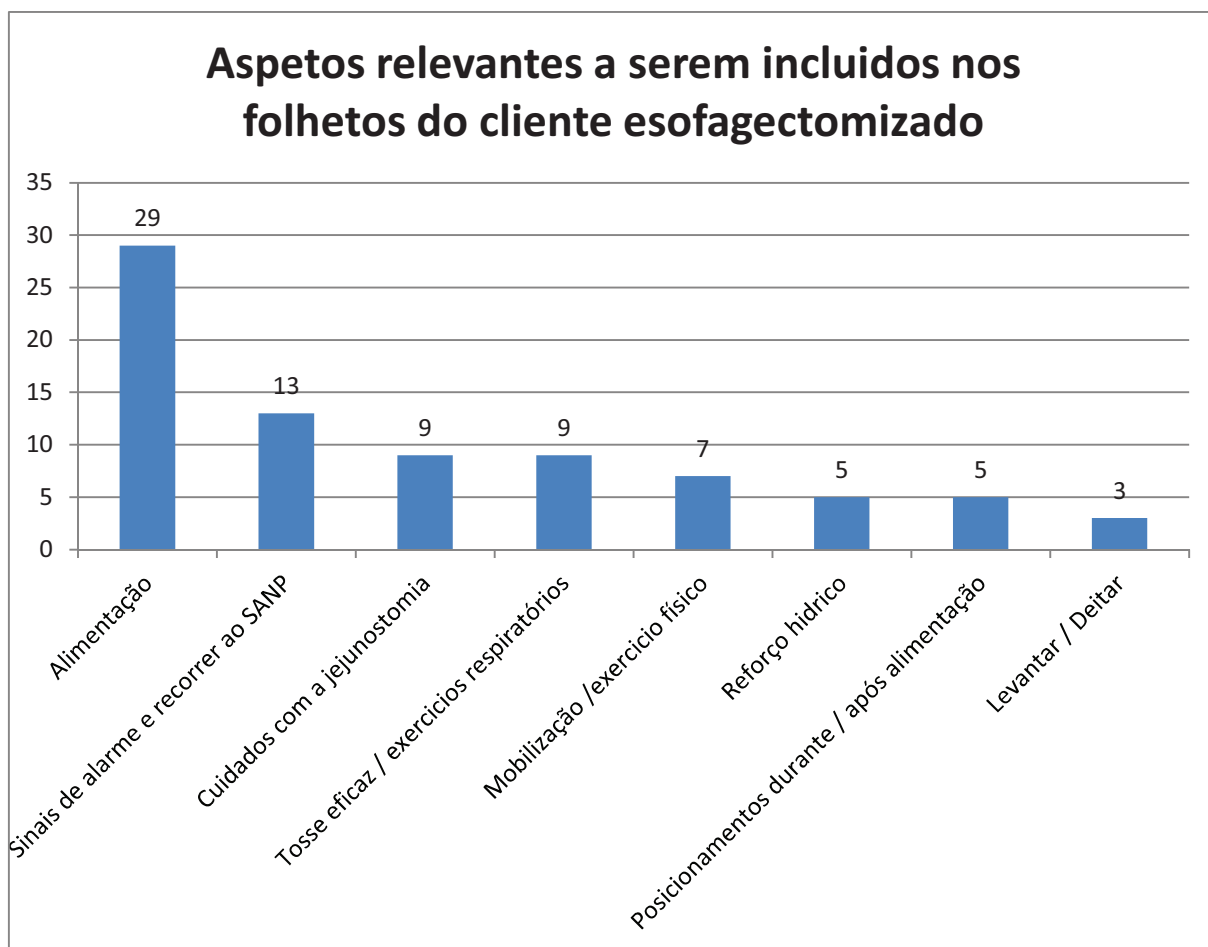


Gráfico 20: Aspectos considerados relevantes a serem incluídos no folheto informativo do cliente esofagectomizado

Acha importante a inclusão do cuidador informal, na transmissão de informação relativamente à alta (ensinos) dos doentes submetidos a gastrectomia e esofagectomia?

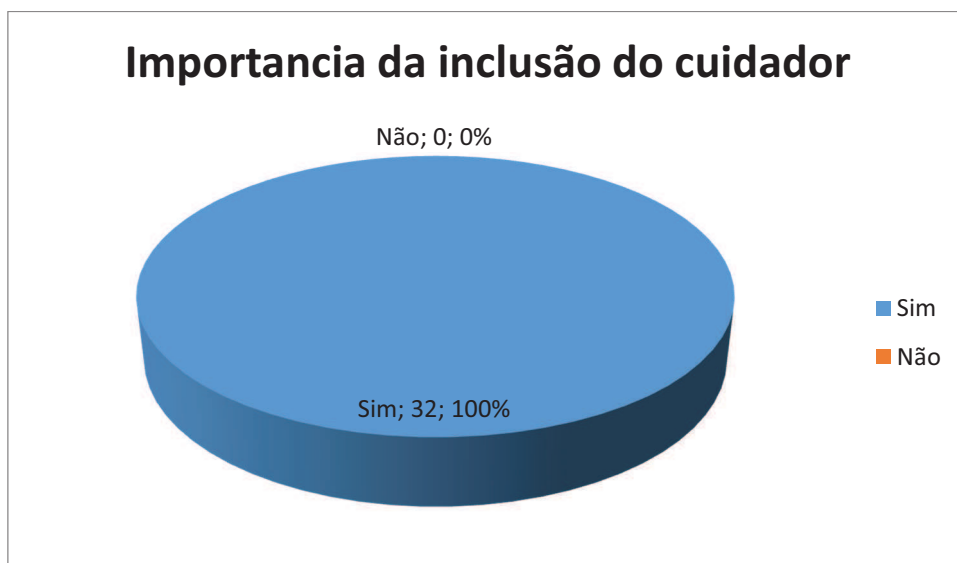


Gráfico 21: Importância da inclusão do cuidador informal na transmissão de informação relativa à alta

Se sim em que momento considera importante a sua inclusão?

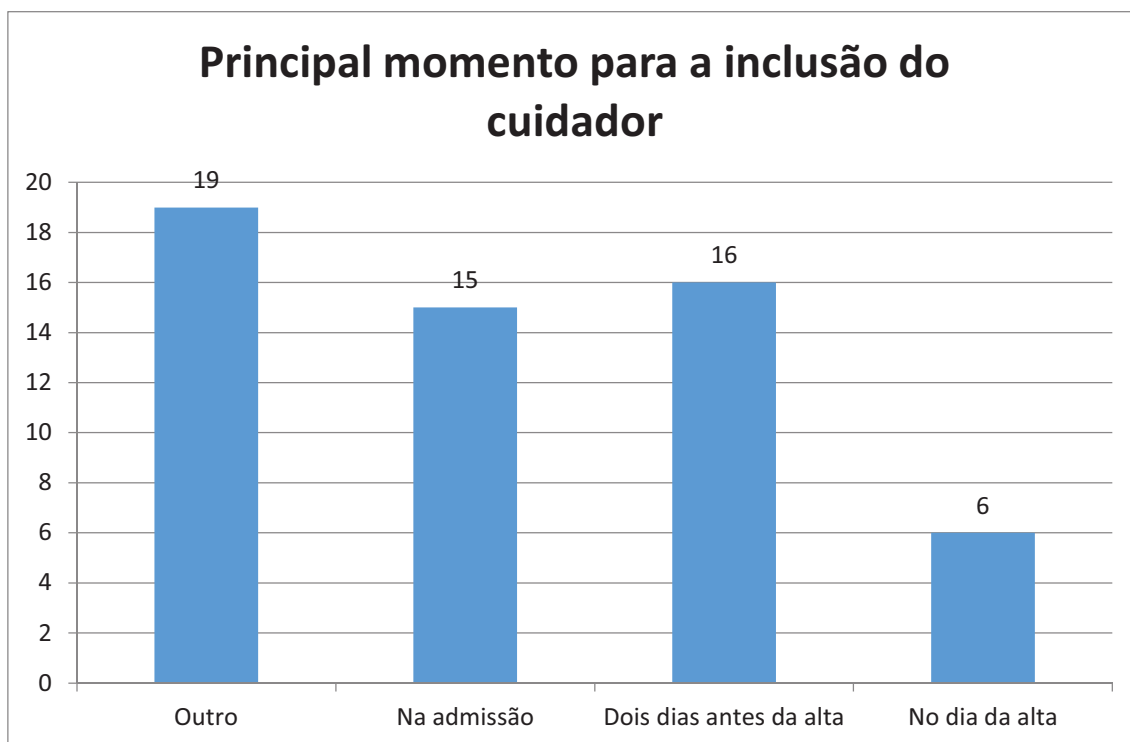


Gráfico 22. Principal momento para a inclusão do cuidador

Respondendo outro em que ocasiões?

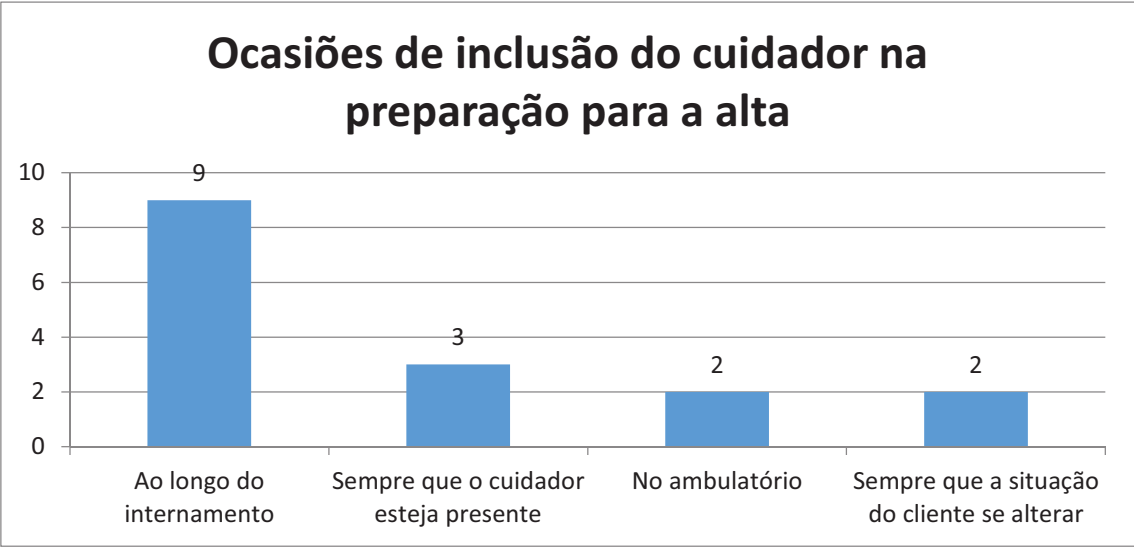


Gráfico 23: Momentos mais referidos para a inclusão do cuidador na preparação para a alta

Apêndice 8

Cheklists cliente submetido a gastrectomia e esofagectomia

Checklist de preparação para a alta de cliente submetido a esofagectomia

Cuidador: _____

Identificação do cliente

1. Cuidados com a jejunostomia: Não aplicável ☐

- ✓ Manutenção da permeabilidade da jejunostomia
- ✓ Recomendações no caso de obstrução (utilizando a seringa através da administração de 20 ml de água morna, lavar e puxar. Se não resultar pode utilizar refrigerante sem gás (cola)
- ✓ Vestuário usado deve evitar dobras, angulações ou tração na jejunostomia
- ✓ Verificação da pele peri jejunostomia
- ✓ Mostrar material (seringa de alimentação, tampa protetora da seringa, tampa para clampagem)
- ✓ Cuidados a ter com o penso da jejunostomia
- ✓ Treinar o cliente / cuidador a administrar alimentos e água pela jejunostomia
- ✓ Treinar o cliente / cuidador a clampar a jejunostomia
- ✓ Recomendações no caso de exteriorização da jejunostomia (dirigir-se num curto espaço de tempo ao SANP (serviço de atendimento não programado), ou Hospital da área de residência)

2. Cuidados com o penso / sutura operatória: Não aplicável ☐

- ✓ Proteger penso durante os cuidados de higiene Não aplicável ☐
- ✓ Observar diariamente a sutura Não aplicável ☐
- ✓ Sinais de infecção da sutura Não aplicável ☐

3. Respiração:

- ✓ Ensinar o cliente a manter uma respiração eficaz
- ✓ Ensinar o cliente a conter a sutura quando tosse

Cliente

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

Cuidador

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

☐ ____/____/____

4. Alimentação:

- ✓ Alimentos a evitar
- ✓ Posicionamentos a adotar durante e após a alimentação
- ✓ Polifracionamento das refeições
- ✓ Importância de reforço hídrico
- ✓ Evitar ingestão de líquidos no momento das refeições
- ✓ Alimentos que podem ser administrados pela jejunostomia Não aplicável ☐

Cliente

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

Cuidador

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

5. Mobilização:

- ✓ Ensinar o cliente a adotar posição adequada para levantar-se e deitar-se
- ✓ Retomar gradualmente as atividades de vida, consoante tolerância incentivando o convívio social
- ✓ Esforços devem ser restringidos num período de 8 a 12 semanas

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

6. Sinais e sintomas mais frequentes:

- ✓ Provável ocorrência de diarreia
- ✓ Elucidar da ocorrência de enfartamento e como proceder no seu surgimento
- ✓ Referir a possibilidade de ocorrência de Síndrome de Dumping e como prevenir
- ✓ Rouquidão durante período estimado de 5 meses a 12 meses
(clientes submetidos a esofagectomia com incisão cervical) Não aplicável ☐
- ✓ Ocorrência de dores que vão diminuindo de intensidade ao longo do tempo
(clientes submetidos a esofagectomia com incisão torácica) Não aplicável ☐
- ✓ Presença de disfagia

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

7. Regime medicamentoso:

- ✓ Informar o cliente acerca de horários/melhor altura para toma da medicação e que deverá cumpri-la
- ✓ Elucidar sobre reinício da terapêutica do domicílio
- ✓ Administração de medicamentos pela jejunostomia e como proceder Não aplicável ☐

Cliente

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

Cuidador

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

8. Detecção precoce de complicações:

- ✓ Necessidade de avaliação do peso 3x por semana
- ✓ Sinais mais frequentes de complicações (vómitos, dores persistentes, disfagia, febre, infecção da ferida operatória)
- ✓ Recorrer ao SANP (serviço de atendimento não programado)

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

9. Assegurar continuidade de cuidados:

- ✓ Fornecer folheto informativo
- ✓ Incentivar o cliente a marcar consulta no médico de família / médico assistente
- ✓ Articulação com centro de saúde elaborando carta de encaminhamento (realização de pensos, retirada de pontos) Não aplicável ☐

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

10. Outros aspetos: _____

- ✓
- ✓
- ✓

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

Enfermeiro: _____

Enfermeiro: _____

Enfermeiro: _____

Enfermeiro: _____

Data: __/__/__

Data: __/__/__

Data: __/__/__

Data: __/__/__

Checklist de preparação para a alta de cliente submetido a gastrectomia

Cuidador: _____

1. **Cuidados com o penso / sutura operatória:** Não aplicável ☐
- ✓ Proteger penso durante os cuidados de higiene Não aplicável ☐
- ✓ Observar diariamente a sutura Não aplicável ☐
- ✓ Sinais de infecção da sutura Não aplicável ☐

2. Respiração:

- ✓ Ensinar o cliente a manter uma respiração eficaz
- ✓ Ensinar o cliente a conter a sutura quando tosse

3. Alimentação:

- ✓ Alimentos a evitar
- ✓ Posicionamentos a adotar durante e após a alimentação
- ✓ Polifracionamento das refeições
- ✓ Importância de reforço hídrico
- ✓ Evitar ingestão de líquidos no momento das refeições

4. Mobilização:

- ✓ Ensinar o cliente a adotar posição adequada para levantar-se e deitar-se
- ✓ Retomar gradualmente as atividades de vida, consoante tolerância incentivando o convívio social
- ✓ Esforços devem ser restringidos num período de 8 a 12 semanas

Identificação do cliente

Cliente

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

Cuidador

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

☐	__/__/__
☐	__/__/__

☐	__/__/__
☐	__/__/__

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

5. Sinais e sintomas mais frequentes:

- ✓ Provável ocorrência de diarreia
- ✓ Elucidar da ocorrência de enfartamento e como proceder no seu surgimento
- ✓ Referir a possibilidade de ocorrência de Síndrome de Dumping e como prevenir

Cliente

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

Cuidador

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

6. Regime medicamentoso:

- ✓ Informar o cliente acerca de horários/melhor altura para toma da medicação e que deverá cumpri-la
- ✓ Elucidar sobre reinício da terapêutica do domicílio

☐	__/__/__
☐	__/__/__

☐	__/__/__
☐	__/__/__

7. Detecção precoce de complicações:

- ✓ Necessidade de avaliação do peso 3x por semana
- ✓ Sinais mais frequentes de complicações (vómitos, dores persistentes, febre, infecção da ferida operatória)
- ✓ Recorrer ao SANP (serviço de atendimento não programado)

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

8. Assegurar continuidade de cuidados:

- ✓ Fornecer folheto informativo
- ✓ Incentivar o cliente a marcar consulta no médico de família / médico assistente
- ✓ Articulação com centro de saúde elaborando carta de encaminhamento
(realização de pensos, retirada de pontos) Não aplicável ☐

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

9. Outros aspetos: _____

- ✓
- ✓
- ✓

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

☐	__/__/__
☐	__/__/__
☐	__/__/__

Enfermeiro: _____	Enfermeiro: _____	Enfermeiro: _____	Enfermeiro: _____
Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__	Data: __/__/__

Guia de apoio

**Check List de preparação para a alta de clientes
submetidos a esofagectomia e gastrectomia**

Introdução

A preparação para a alta dos clientes submetidos a cirurgia é uma constante no Serviço de Cirurgia Geral, adotando os enfermeiros e outros profissionais da equipa multidisciplinar papel fulcral neste aspeto. Devido aos tempos de recuperação que são na maioria das vezes prolongados, a inclusão dos familiares no processo de preparação para a alta é de extrema importância. Os familiares, são os principais parceiros de cuidados. Como tal não poderá existir uma correta preparação para a alta sem os ter em consideração. Bowles, Naylor e Foust (2002) confirmam a deficiente preparação dos clientes e familiares cuidadores durante o internamento, reforçando a necessidade de um planeamento de cuidados adequado no regresso a casa com envolvimento ativo dos cuidadores.

A preparação para a alta deve ser efetuado no momento em que o cliente é admitido, ou mesmo antes, e desenvolvido durante o internamento hospitalar com identificação das necessidades reais ou potenciais do cliente. (Huber e McClelland, 2003).

O papel do enfermeiro é então fundamental procedendo a uma avaliação assídua das condições do cliente.

Este quia de apoio tem como grupo alvo clientes submetidos a cirurgia digestiva alta (gastrectomizados e esofagectomizados).

Check list de preparação para a alta de clientes submetidos a esofagectomia

1. Cuidados com a jejunostomia:

- ✓ Manutenção da permeabilidade da jejunostomia
A manutenção da permeabilidade é garantida injetando por seringa 40 ml de água antes e após a administração de alimentos ou medicamentos. (Hospital de Clínicas da Unicamp [HCU], 2011).
- ✓ Recomendações no caso de obstrução
Utilizando a seringa através da administração de 20 ml de água morna, lavar e puxar. (HCU, 2011). Se não resultar pode utilizar refrigerante sem gás (cola).
- ✓ Vestuário usado deve evitar dobras, angulações ou tração na jejunostomia
É importante evitar trações na sonda de jejunostomia de forma a prevenir a sua exteriorização (HCU, 2011). Evitar dobras contribui para a manutenção da sua durabilidade.
- ✓ Verificação da pele peri jejunostomia
Em caso de extravasamento de conteúdo entérico/alimentar pelo local de inserção, limpar com água limpa e limpar sem friccionar. Se houver extravasamento constante, ferida, rubor e pele hipermeada, deve recorrer à equipa de saúde. (HCU, 2011).
- ✓ Mostrar material (seringa de alimentação, tampa protetora da seringa, tampa para clampagem)
- ✓ Cuidados a ter com o penso da jejunostomia
É importante evitar molhar o penso. A zona em redor do local de inserção deve estar limpo e seco. (HCU, 2011).
- ✓ Treinar o doente / cuidador a administrar alimentos e água pela jejunostomia
- ✓ Treinar o doente / cuidador a clampar a jejunostomia
- ✓ Recomendações no caso de exteriorização da jejunostomia
Dirigir-se num curto espaço de tempo ao SANP (serviço de atendimento não programado), ou Hospital da área de residência. Se o orifício da

jejunostomia permanecer mais de 2 a 3 horas sem sonda pode fechar espontaneamente. (HCU, 2011).

2. Cuidados com o penso / sutura operatória:

- ✓ Proteger penso durante os cuidados de higiene
Evitar molhar manter a zona seca prevenindo a multiplicação microbiana
- ✓ Observar diariamente a sutura
- ✓ Sinais e sintomas de infeção da sutura
Alertar para a existência dos sintomas e sinais clássicos de infeção: dor, tumefacção local, rubor e calor. (Direção Geral de saúde [DGS], 2004)

3. Respiração:

- ✓ Ensinar doente a manter uma respiração eficaz
Deve ser proporcionada uma boa ventilação pulmonar. O cliente deve ser incentivado a realizar inspirações profundas e uma tosse eficaz. (Phipps, Sands e Marek, 2003). A utilização do inspirómetro deve ser mantida (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa [AEOP], 2011b) facilitando a expansão pulmonar.
- ✓ Ensinar o doente a conter a sutura quando tosse
Evita dor intensa no local da incisão cirúrgica

4. Alimentação:

- ✓ Alimentos a evitar
Devem ser evitados alimentos picantes, bebidas muito quentes ou muito frias, café, chá forte, bebidas tipo cola, bebidas alcoólicas. (Mackensie, Popplewell e Billingsley, 2004).
- ✓ Posicionamentos a adotar durante e após a alimentação
É aconselhável os clientes ficarem na posição de sentado durante as refeições e mastigar devagar os alimentos (Mackensie et al, 2004). O cliente deverá ficar cerca de 1h com a cabeceira elevada (AEOP, 2011a), sentado ou mesmo de pé. Qualquer cirurgia que altere a função do esfíncter esofágico inferior (cárdia) necessita de cuidados permanentes na posição, de forma a evitar o refluxo ou a regurgitação protegendo as vias aéreas. (Phipps, Sands e Marek, 2003).

✓ Polifracionamento das refeições

Devem ser efetuadas 6 a 8 pequenas refeições por dia (Mackensie et al, 2004). São essenciais pequenas refeições pois a área de acumulação de alimentos fica reduzida (Phipps et al, 2003).

✓ Importância de reforço hídrico

✓ Evitar ingestão de líquidos no momento das refeições

Deve ser evitada a ingestão de líquidos com as refeições para evitar uma rápida transferência dos alimentos para o intestino. É aconselhável ingerir líquidos entre as refeições (Mackensie et al, 2004).

✓ Alimentos que podem ser administrados pela jejunostomia

A dieta pode ser caseira ou industrializada. A dieta caseira deve ser liquidificada e coada para evitar obstrução da sonda. Na dieta industrializada esta pode ser apresentada sob a forma de pó devendo ser adicionada água ou sob a forma líquida estando pronta a ser administrada (HCU, 2011).

5. Mobilização:

✓ Ensinar o doente a adotar posição adequada para levantar-se e deitar-se

✓ Retomar gradualmente as atividades de vida, consoante tolerância incentivando o convívio social

As atividades diárias podem ser retomadas, incluindo a atividade profissional (terá de se ter em consideração o tipo de profissão do cliente) e atividade sexual desde que se respeite a tolerância. No entanto é conveniente evitar o consumo de bebidas alcoólicas num período de 3 semanas após a cirurgia (Mackensie et al, 2004).

✓ Esforços devem ser restringidos num período de 8 a 12 semanas

Devem ser evitados esforços intensos durante este período após a cirurgia (Mackensie et al, 2004).

6. Sinais e sintomas mais frequentes:

✓ Provável ocorrência de diarreia

É habitual quando existe algum tipo de vagotomia, levando a uma diminuição de sucos gástricos, biliares ou pancreáticos. O quimo que chega

ao intestino encontra-se menos misturado com os sucos, mais hiperosmolar, ocorrendo diarreia. (Phipps et al, 2003).

- ✓ Elucidar da ocorrência de enfartamento e como proceder no seu surgimento
Enfartamento é habitual pois a área de acumulação de alimentos fica reduzida (Phipps et al, 2003). Devem ser evitados líquidos entre as refeições, pequenas refeições, comer mais lentamente mastigando devagar os alimentos e parar de comer de imediato se o cliente começar a notar enfartamento

- ✓ Referir a possibilidade de ocorrência de síndrome de dumping e como prevenir

É habitual nos cientes que são submetidos a vagotomia a ocorrência de síndrome de dumping, ocorrendo uma desregulação no esvaziamento gástrico e rápida chegada de alimentos ao intestino. Para evitar devem ser evitados líquidos durante as refeições, alimentos ricos em carboidratos (muito doces) bem como refeições pequenas e frequentes. ((Mackensie et al, 2004).O organismo tem tendência a resolver espontaneamente a ocorrência de síndrome de dumping num período até aos 12 meses (Griffin, 2009).

- ✓ Rouquidão durante período estimado de 5 meses a 12 meses (doentes submetidos a esofagectomia com incisão cervical)

Durante a cirurgia é frequente a lesão ou manipulação do nervo laríngeo recorrente devido à sua proximidade anatómica com o esófago (Maia e Iglesias, 2005).

- ✓ Ocorrência de dores que vão diminuindo de intensidade ao longo do tempo (doentes submetidos a esofagectomia com incisão torácica)

- ✓ Presença de disfagia

Mais frequente quando existem fístulas. O processo de cicatrização leva a fibrose local e consequente estenose (Maia e Iglesias, 2005)

7. Regime medicamentoso:

- ✓ Informar o doente acerca de horários/melhor altura para toma da medicação e que deverá cumpri-la
- ✓ Elucidar sobre reinício da terapêutica do domicílio

Os clientes podem retomar a terapêutica no domicílio. No entanto há que ter em consideração os medicamentos que se encontram prescritos à saída do internamento e se são coincidentes com a terapêutica habitual do domicílio.

- ✓ Administração de medicamentos pela jejunostomia e como proceder

8. Detecção precoce de complicações

- ✓ Necessidade de avaliação do peso 3x por semana

A cirurgia ao esófago, envolve quase sempre perda de peso. Os internamentos prolongados e o estado nutricional pré operatório são fatores a ter em consideração. Na maioria das vezes os clientes chegam à cirurgia com perda significativa de peso. Após a cirurgia é essencial monitorizar o peso (AEOP, 2011b)

- ✓ Sinais mais frequentes de complicações (vómitos, dores persistentes, disfagia, febre, infeção da ferida operatória)
- ✓ Recorrer ao SANP (serviço de atendimento não programado)

9. Assegurar continuidade de cuidados:

- ✓ Fornecer folheto informativo
- ✓ Incentivar o doente a marcar consulta no médico de família / médico assistente

O cliente deve continuar a ser seguido pelo seu médico assistente. A cirurgia ao esófago requer acompanhamento médico. O facto de os clientes demorarem em média 9 meses a recuperar a qualidade de vida após a cirurgia, demonstra o trauma elevado provocado após a esofagectomia. (Griffin, 2009).

- ✓ Articulação com centro de saúde elaborando carta de encaminhamento (realização de pensos, retirada de pontos)

Check list de preparação para a alta de clientes submetidos a gastrectomia

1. Cuidados com o penso / sutura operatória:

- ✓ Proteger penso durante os cuidados de higiene
Evitar molhar mantem a zona seca prevenindo a multiplicação microbiana
- ✓ Observar diariamente a sutura
- ✓ Sinais de infeção da sutura
Alertar para a existência dos sintomas e sinais clássicos de infeção: dor, tumefação local, rubor e calor. (DGS, 2004)

2. Respiração:

- ✓ Ensinar doente a manter uma respiração eficaz
Deve ser proporcionada uma boa ventilação pulmonar. O cliente deve ser incentivado a realizar inspirações profundas e uma tosse eficaz. (Phipps et al, 2003)
- ✓ Ensinar o doente a conter a sutura quando tosse
Evita dor intensa no local da incisão cirúrgica

3. Alimentação:

- ✓ Alimentos a evitar
Devem ser evitados alimentos picantes, alimentos ou bebidas muito quentes ou muito frias, ou irritantes para o estômago / intestino (Phipps et al, 2003) Citrinos, alimentos ricos em gorduras, muito doces, devem também ser evitados (Otto, 2000). Devem também ser evitadas bebidas alcoólicas, gaseificadas ou cafeína. É aconselhável escolher alimentos ricos em proteínas e pobres em resíduos como é o caso de peixe e frango (Otto, 2000).
- ✓ Posicionamentos a adotar durante e após a alimentação
Os clientes devem adotar uma posição de sentado durante a alimentação. Após a mesma é conveniente adotar o posicionamento de decúbito elevado / sentado durante 2h após as refeições (AEOP, 2011a). No caso de o cárdia

ser removido (gastrectomia total / sub total polar superior) o cliente pode queixar-se de náuseas e vômitos, com consequente irritação da mucosa do esôfago devido aos sucos que refluem para este quando o cliente adota uma posição de deitado. Deve então evitar deitar-se na cama após a refeição e inclinar-se ou curvar-se para a frente

- ✓ Polifracionamento das refeições

Na alimentação é essencial existir um fracionamento das refeições, com pequenas quantidades de alimentos a intervalos frequentes, de forma a serem bem tolerados (Phipps et al, 2003) Devem realizar-se cerca de 6 a 8 refeições diárias. (AEOP, 2011a).

- ✓ Importância de reforço hídrico

- ✓ Evitar ingestão de líquidos no momento das refeições

Os líquidos devem ser evitados às refeições (Phipps et al, 2003), pois contribuem para uma maior esvaziamento gástrico, ou passagem rápida dos alimentos no caso de gastrectomia total, com deposição precoce no intestino. A ingestão de líquidos durante as refeições é uma das causas de síndrome de dumping

4. Mobilização:

- ✓ Ensinar o doente a adotar posição adequada para levantar-se e deitar-se

É aconselhável adotar uma posição adequada como levantar-se ou deitar-se de lado, de forma a evitar uma maior tensão a nível abdominal.

- ✓ Retomar gradualmente as atividades de vida, consoante tolerância incentivando o convívio social

O tratamento da neoplasia gástrica pode ter um peso importante na energia e na capacidade de resistência do cliente. Este deve ser incentivado a retomar gradualmente o seu habitual estilo de vida (Phipps et al, 2003), respeitando a sua tolerância.

- ✓ Esforços devem ser restringidos num período de 8 a 12 semanas

5. Sinais e sintomas mais frequentes:

- ✓ Provável ocorrência de diarreia

É habitual quando existe algum tipo de vagotomia, levando a uma diminuição de sucos gástricos, biliares ou pancreáticos. O quimo que chega

ao intestino encontra-se menos misturado com os sucos, mais hiperosmolar, ocorrendo diarreia (Phipps et al, 2003).

- ✓ Elucidar da ocorrência de enfartamento e como proceder no seu surgimento
A saciedade precoce é frequente após a cirurgia gástrica (Phipps et al, 2003). Devem ser evitados líquidos entre as refeições, pequenas refeições, comer mais lentamente mastigando devagar os alimentos e parar de comer de imediato se o cliente começar a notar enfartamento
- ✓ Referir a possibilidade de ocorrência de síndrome de dumping e como prevenir

A síndrome de dumping ocorre em cerca de 50% dos clientes submetidos a cirurgia gástrica. A causa é devida a uma entrada rápida dos alimentos no duodeno sem sofrer o seu desdobramento habitual e diluição no estômago, causando distensão e uma estimulação da motilidade, desconforto e provável diarreia. A síndrome de dumping pode ser precoce quando acontece pouco tempo depois da ingestão alimentar apresentando os sintomas anteriormente descritos, ou tardia quando surgem 2h após a ingestão alimentar ocorrendo hipoglicemia e sintomas como diaforese, astenia, palpitações, ansiedade e debilidade. Para prevenir devem ser tomadas algumas medidas como: refeições pequenas e frequentes, evitar alimentos muito doces, evitar líquidos às refeições, dieta moderada em gorduras e rica em proteínas, bem como evitar bebidas e alimentos muito quentes ou muito frios. (Phipps et al, 2003).

6. Regime medicamentoso:

- ✓ Informar o doente acerca de horários/melhor altura para toma da medicação e que deverá cumpri-la.

Os procedimentos de gastrectomia levam a uma perda total ou parcial do fator intrínseco que é produzido pelas células parietais do estômago afetando a capacidade de absorção de vitamina B12. (Phipps et al, 2003). Nomeadamente nos casos em que se procede a gastrectomia total é essencial a administração de injeção mensal de vitamina B12 (AEOP, 2011a)

- ✓ Elucidar sobre reinício da terapêutica do domicílio

Os clientes podem retomar a terapêutica no domicílio. No entanto há que ter em consideração os medicamentos que se encontram prescritos à saída do internamento e se são coincidentes com a terapêutica habitual do domicílio

7. Detecção precoce de complicações

- ✓ Necessidade de avaliação do peso 3x por semana

A cirurgia ao estômago, envolve quase sempre perda de peso. O estado nutricional pré operatório é um fator a ter em consideração. Na maioria das vezes os clientes chegam à cirurgia com perda significativa de peso.

Em alguns casos existe uma perda crónica de peso devido: à redução da ingestão alimentar causada pela diminuição de capacidade de armazenamento dos alimentos e a sensação de mal-estar sentida pelos clientes; à aceleração do trânsito com consequente prejuízo da absorção e digestão; à deterioração de metabolização dos ácidos gordos ingeridos (Maia e Iglesias, 2005). Tendo em conta todos estes aspetos após a cirurgia, é essencial vigiar o peso (AEOP, 2011a).

- ✓ Sinais mais frequentes de complicações (vómitos, dores persistentes, febre, infeção da ferida operatória)
- ✓ Recorrer ao SANP (serviço de atendimento não programado)

8. Assegurar continuidade de cuidados:

- ✓ Fornecer folheto informativo
- ✓ Incentivar o doente a marcar consulta no médico de família / médico assistente

O cliente deve continuar a ser seguido pelo seu médico assistente. A cirurgia ao estômago requer acompanhamento médico, por consequentes alterações no estado nutricional decorrentes da cirurgia. Podem ser necessários suplementos vitamínicos, sais minerais, bem como terapêutica para prevenção de refluxo.

- ✓ Articulação com centro de saúde elaborando carta de encaminhamento (realização de pensos, retirada de pontos)

Referências Bibliográficas

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, Grupo Digestivos (2011a). *Linhas de Consenso Cancro Gástrico*. Disponível em <http://www.aeop.net/sgc/Communication/Publications/DOCS/13b396a4dbd836a1dd8a254922ac7247.pdf>

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, Grupo Digestivos (2011b). *Linhas de consenso Doente com cancro do esófago*. Disponível em <http://www.aeop.net/sgc/Communication/Publications/DOCS/df84bfdc106108f30f64694fa12301ce.pdf>

Bowles, K., Naylor, M., Foust, J. (2002). Patient characteristics at hospital discharge and a comparison of home care referral decisions. *American Geriatrics Society*. 50 (2), 336-342.

Disponível em

<http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f4d6cce4-da2a-491f-ac9a-384a8eb8280d%40sessionmgr113&vid=2&hid=124>

Direção Geral de Saúde (2004). *Recomendações para prevenção de infeção do local cirúrgico*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008553.pdf>

Griffin, S. M. (2009). Surgery for cancer of the aesophagus. In S. Griffin & S. Raines (Eds.). *Oesophagogastric Surgery* (p. 91 – 109). Edinburgh: Saunders Elsevier

Hospital de Clinicas da Unicamp. Universidade Estadual de Campinas. (2011). *Nutrição enteral domiciliar. Manual do Usuário*. Disponível em http://www.hc.unicamp.br/servicos/emtn/Manual_paciente.pdf

Huber, D., Mcclelland, E. (2003). Patient preferences and discharge planning transitions. *Journal of Professional Nursing: Official Journal Of The American Association Of Colleges Of Nursing*. 19 (4), 204-210.

Disponível em

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8755722303000711>

Mackensie, D., Popplewell, P., Billingsley, K. (2004). Care of Patients after Esofhagectomy. *Critical Care Nurse*. 24 (1), 16-28.

Maia, A., Iglesias, A. (2005). *Complicações em Cirurgia Prevenção e Tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Otto, Shirley (2000). *Enfermagem em Oncologia*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Phipps, W., Sands, J., Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica*. (6ª ed.). Loures: Editora Lusociência.

Apêndice 10

Folhetos cliente submetido a cirurgia gástrica e do esôfago

Diarreia

Pode ocorrer diarreia numa fase inicial. Na alimentação deve evitar leite com lactose, derivados do leite e gorduras.

Mobilização

Manter a mobilidade é muito importante para a sua recuperação. É conveniente que siga algumas recomendações:

- Deve evitar esforços por um período compreendido entre as 8 e 12 semanas
- Evite conduzir durante um período de 2 a 3 semanas após a alta
- Caminhe todos os dias, aumentando gradualmente o tempo da caminhada
- Deve reiniciar as atividades que realizava anteriormente, mas respeitando a sua tolerância

Medicação

No caso de ser retirado o estômago na sua totalidade (gastrectomia total), será necessário a administração todos os meses de vitamina B12 através de uma injeção, pois é no estômago que esta vitamina presente nos alimentos é absorvida.

Peso

Quando estiver em casa é importante pesar-se e apontar o seu peso. A Avaliação de peso deve ser efetuada 2 vezes por semana e preferencialmente:

- À mesma hora do dia
- Com a mesma roupa
- Com a mesma balança

Estar atento

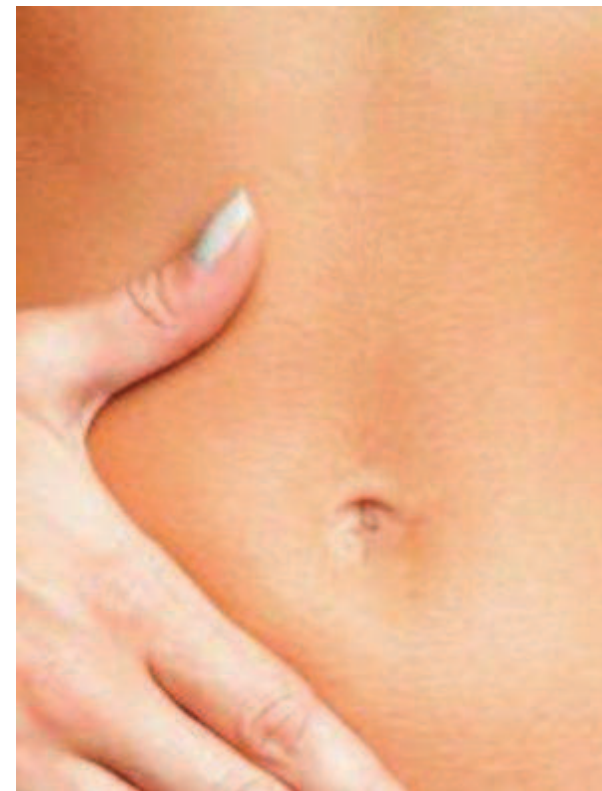
- Dores intensas
- Vómitos sempre que se alimentar
- Sinais de infeção da sutura como calor local, dor ou se ficar muito vermelha
- Temperatura $\geq 38^{\circ}$

Se alguma destas situações ocorrer deve dirigir-se ao centro de saúde, Hospital ou ao I.P.O recorrendo ao serviço de atendimento não programado (SANP)

Quer o doente, quer quem o acompanhe pode em caso de dúvidas contactar a equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral ou a equipa de Enfermagem do Serviço de Atendimento não Programado (SANP) do I.P.O.

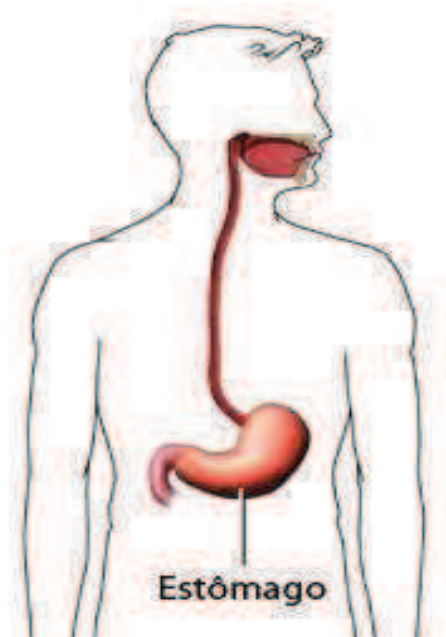
Tel: 217229800

Guia de orientação para a pessoa submetida a cirurgia gástrica



Gastrectomia

O Estômago é um dos órgãos do aparelho digestivo responsável pela digestão dos alimentos. Localiza-se no abdômen, onde os alimentos ingeridos são depositados.



Na cirurgia ao estômago (gastrectomia), uma parte ou mesmo a totalidade é retirada, sendo garantida a continuidade do aparelho digestivo. O doente pode continuar a alimentar-se pois o estômago não é o único responsável pela digestão dos alimentos .

Que cuidados devo ter quando tiver alta?

Existem alguns cuidados que deverá ter quando tiver alta. A recuperação da cirurgia é um processo que leva algum tempo.

Cuidados com o penso / sutura

- Deve evitar molhar o penso
- Observar os pontos ou agrafos da sutura diariamente de modo a excluir infecção
- Quando tossir deve colocar as mãos sobre a sutura e exercer pressão (diminui a dor)
- Pode colocar creme hidratante na cicatriz

Respiração

- Deve evitar fumar
- Deve evitar locais onde existe muito fumo
- Deverá realizar inspirações profundas

Alimentação

Deverá ter alguns cuidados com a alimentação após a cirurgia. É aconselhável:

- Reduzir a quantidade de alimentos ingeridos
- Realizar 6 a 8 pequenas refeições por dia
- Mastigar bem os alimentos
- Beber líquidos para não ficar desidratado mas deve evitar ingeri-los durante as refeições
- Evitar alimentos picantes, ácidos, muito quentes ou muito frios, muito doces, bem como leite com lactose, pois podem ser mal tolerados.
- Evitar bebidas alcoólicas, bebidas gaseificadas, ou com cafeína.
- Adotar posição de sentado durante as refeições

- Após a refeição ficar cerca de 2h numa posição em que esteja sentado, reclinado ou de pé

O seu organismo tem de se adaptar a uma nova realidade. Gradualmente vai aumentando a tolerância aos alimentos e à quantidade ingerida a cada refeição.

Sintomas mais frequentes

Existem alguns sintomas que poderá ter com alguma frequência após a cirurgia, como é o caso de enfartamento, síndrome de dumping e diarreia. Estes sintomas são na maioria das vezes transitórios. Para além dos cuidados com a alimentação anteriormente descritos, estes sintomas podem ser evitados ou minimizados se seguir algumas recomendações mais específicas.

Enfartamento

Se surgir deve parar de comer. Faça pequenas refeições e evite os líquidos durante as mesmas.

Síndrome de dumping

Em algumas ocasiões pode ocorrer num período de até 2h após a ingestão de alimentos, cansaço, palpitações, transpiração, náuseas, tonturas, vômitos.

Para prevenir deverá beber líquidos entre refeições, evitar alimentos muito doces, escolher alimentos ricos em proteínas e realizar refeições pequenas

Mobilização

No início pode sentir-se um pouco cansado. Com o passar do tempo esse cansaço vai diminuindo.

É conveniente:

- Evitar esforços num período entre 8 a 12 semanas
- Deve reiniciar as atividades que fazia anteriormente, mas respeitando a sua tolerância.
- Caminhe todos os dias, aumentado gradualmente o tempo da caminhada.
- Evite conduzir durante um período de 3 semanas após a alta

Peso

Quando estiver em casa é importante pesar-se e apontar o seu peso. A avaliação do peso deve ser feita 2 vezes por semana, e preferencialmente

- À mesma hora do dia
- Com a mesma roupa
- Com a mesma balança

Estar atento

- Temperatura $\geq 38^{\circ}$
- Dores intensas
- Dificuldade em engolir os alimentos
- Vômitos sempre que se alimentar
- Sinais de infeção da sutura como calor local, dor intensa ou se ficar muito vermelha.

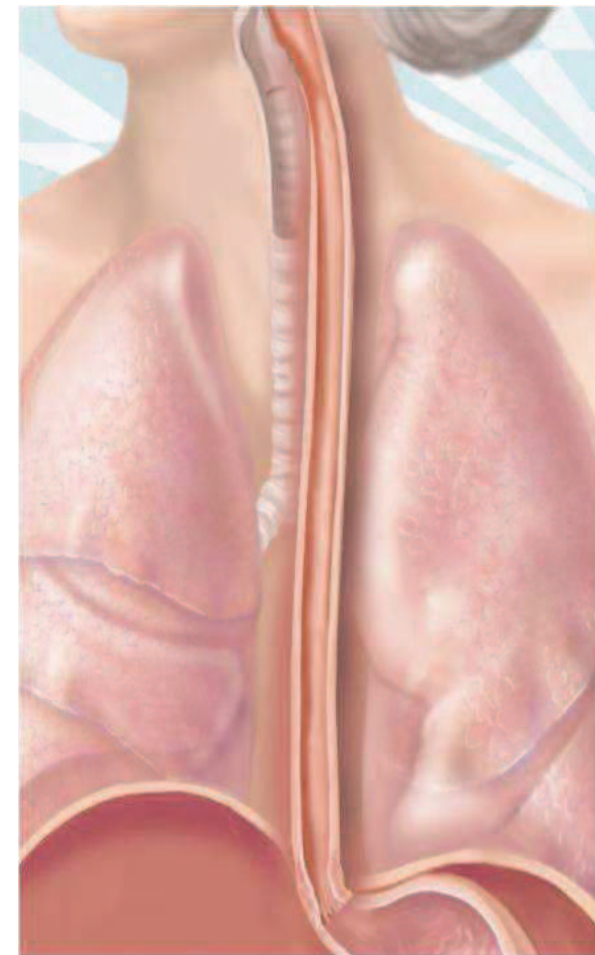
Se alguma destas situações ocorrer deve dirigir-se ao centro de saúde, Hospital, ou ao I.P.O recorrendo ao serviço de atendimento não programado (SANP)

Tenha alguém que o acompanhe ou a quem possa recorrer nos primeiros dias que estiver em casa. O apoio que receberá por parte dessa pessoa é fundamental.

Quer o doente, quer quem o acompanhe pode em caso de dúvidas contactar a equipa de Enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral ou a equipa de Enfermagem do Serviço de Atendimento não Programado (SANP) do I.P.O.

Telefone. 217229800

Guia de orientação para a pessoa submetida a cirurgia do esófago



Esofagectomia

O esôfago é o canal pelo qual os alimentos ingeridos chegam ao estômago



Na cirurgia ao esôfago (esofagectomia), uma parte do esôfago é retirado, havendo uma reconstrução, para que o doente se possa continuar a alimentar.

Que cuidados devo ter quando tiver alta?

Existem alguns cuidados que deverá ter quando tiver alta. A recuperação da cirurgia é um processo que leva tempo e que requer alguma paciência.

Jejunostomia

Poderá levar para casa uma sonda de alimentação (jejunostomia), que foi colocada na cirurgia e fica no abdômen. Pode haver necessidade de a utilizar para se alimentar. Será retirada brevemente quando voltar à consulta.

Deve ter alguns cuidados:

- No vestuário usado deve evitar dobras ou aperto na sonda
- Deve lavar a sonda 3 vezes por dia com 30 ml de água, para não obstruir
- Tapar a sonda com a tampa que é fornecida no internamento
- No caso de obstruir deve ir ao Hospital da área de residência ou dirigir-se ao I.P.O. ao Serviço de Atendimento não Programado (SANP)

Cuidados com o penso / sutura

- Deve evitar molhar o penso
- Observar os pontos ou agafos da sutura diariamente de modo a excluir infeção
- Pode colocar creme hidratante na cicatriz

Respiração

- Deve evitar locais onde exista muito fumo, e evitar fumar
- Deverá realizar inspirações profundas
- Poderá utilizar o inspirómetro fornecido no internamento para melhorar a capacidade dos seus pulmões.

Alimentação

Vai notar alguma diferença na ingestão de alimentos. No início poderá sentir algum enfartamento, ligeira dificuldade em engolir, diarreia e, em alguns casos cansaço, palpitações e transpiração.

Estes sintomas são geralmente transitórios e diminuem com o passar do tempo. Para minimizar estes efeitos deve:

- Reduzir a quantidade de alimentos ingeridos
- Realizar 6 a 8 pequenas refeições por dia
- Mastigar bem os alimentos
- Preferir alimentos com consistência pastosa, mole ou sólidos
- É importante beber líquidos para não ficar desidratado mas deve evitar ingeri-los durante as refeições
- Evitar alimentos picantes, ácidos, muito quentes ou muito frios, muito doces, bem como leite com lactose pois podem ser mal tolerados. É conveniente evitar também bebidas alcoólicas, e com cafeína.
- Deve adotar posição de sentado durante as refeições
- Após a refeição ficar cerca de 1 hora numa posição em que esteja sentado, reclinado ou mesmo de pé.

O seu organismo tem de se adaptar a uma nova realidade. Gradualmente vai aumentado a tolerância aos alimentos e à quantidade ingerida a cada refeição

Plano de Sessão de Formação

Tema: Preparação para a alta. Clientes submetidos a esofagectomia e gastrectomia

Local: Serviço de Cirurgia Geral

Data: 12 de Fevereiro de 2013

Tempo da formação: 30 minutos

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral

Objetivo geral	Objetivo específico	Conteúdo	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos	Tempo
Sensibilizar equipa de enfermagem para as especificidades do cliente submetido a cirurgia gástrica e esofágica e acompanhamento no período pós-operatório	Identificar principais preocupações	Introdução – Slide 1	Método Expositivo	Projetor multimídia / LCD	4 minutos e 30 segundos
	Enunciar conceitos de suporte teórico	Principais preocupações problemática e conceitos de suporte teórico - Slides 2 a 4			
Refletir sobre resultados encontrados	Apresentar os resultados dos questionários com os aspetos mais valorizados pelos enfermeiros na preparação para a alta	Resultados do questionário aplicado no serviço - Slides 5 a 10			

Refletir sobre papel do enfermeiro na preparação para a alta	Demonstrar método utilizado para a construção das check-lists	Etapas para a construção das check-lists - Slide 11	Método Expositivo	Projektor multimídia / LCD	30 segundos
Refletir sobre os cuidados prestados	Identificar / enumerar os cuidados de enfermagem prestados na preparação para a alta	Especificidades na preparação para a alta de clientes submetidos a gastrectomia e esofagectomia - Slides 12 a 30	Método Expositivo	Projektor multimídia / LCD	17 minutos
Refletir sobre o papel primordial do enfermeiro	Identificar a importância do cuidador como principal parceiro de cuidados	Assegurar continuidade de cuidados - Slide 31	Método Expositivo	Projektor multimídia / LCD	1 minuto
	Enunciar aspetos que facilitam a transição e indicadores de transição saudável	Resultados esperados - Slide 32	Método Expositivo	Projektor multimídia / LCD	1 minuto
Refletir sobre a elaboração de planos específicos de preparação para a alta	Identificar a importância da criação de planos de alta específicos	Criação de planos de alta específicos - Slide 33	Método Expositivo	Projektor multimídia / LCD	1 minuto

Refletir sobre os cuidados prestados	Analisar cuidados prestados na preparação para a alta	Discrepância encontrada entre cuidados de preparação para a alta realizados no serviço e os que foram abordados na sessão	Método interrogativo (Através do preenchimento de folha de avaliação da sessão pelos participantes)	Projetor multimídia / LCD	5 minutos
	Avaliar a sessão	Sugestões de melhoria dos cuidados prestados Sugestões para futuras sessões de formação			

Preparação para a alta

Clientes submetidos a esofagectomia e
gastrectomia

Problemática

2

A experiência da doença oncológica implica o confronto com várias transições no decorrer do processo de doença, todas elas responsáveis por alterações na vida dos clientes e com implicações a nível da saúde e do bem-estar.

Constatação clientes apresentam dificuldades no regresso a casa após a alta



Como se processa a preparação para a alta dos clientes submetidos a esofagectomia a gastrectomia?



Papel do enfermeiro na preparação para a alta



Inclusão dos familiares no processo de preparação para a alta. (Bowles, Naylor e Foust, 2002)

Transição saudável para domicílio (Meleis, 2010)

Conceitos de suporte

3

Transição: Mudança no status de saúde, nas relações, expectativas ou nas habilidades. Pode ser relacionado com conceitos como autocuidado (Dorothea Orem), adaptação (Callista Roy). Tem 3 fases:

- Entrada
- Passagem
- Saída

(Meleis, 2010)

Transição saudável: quando o cliente alcança um período de menor disrupção ou maior estabilidade em relação a eventos que ocorreram anteriormente sendo caracterizado por:

- Bem estar nas relações
- Domínio
- Bem estar emocional

(Meleis, 2010)

Intervenção de enfermagem: Assistência de clientes criando condições que conduzam transição saudável através de estratégias de promoção, prevenção e interventivas (terapêuticas de enfermagem)

(Meleis, 2010)

Preparação para a alta

4

- Clientes esofagectomizados e gastrectomizados experienciam um período de Transição.
- Este período de transição resulta de mudanças na vida, saúde, relações e ambientes. (Meleis, 2010)
- Doença oncológica – transição saúde doença

Enfermeiro – Facilitador do processo de transição para o domicílio (Meleis, 2010)

O planeamento da alta deve começar no dia da admissão do paciente. É essencial porque os dias do internamento são cada vez mais curtos domicílio (Meleis, 2010)

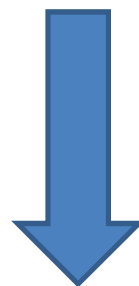
A preparação para a alta deve ser efetuado no momento em que o cliente é admitido, ou mesmo antes, e desenvolvido durante o internamento hospitalar com identificação das necessidades reais ou potenciais do cliente. (Huber e McClelland, 2003).

Existência de uma deficiente preparação dos clientes e cuidadores durante o internamento, havendo a necessidade de um planeamento de cuidados adequado no regresso a casa com envolvimento ativo dos cuidadores. (Bowles, Naylor e Foust, 2002)

O que levou ao questionário

5

- Conhecer aspetos valorizados pelos enfermeiros na preparação para a alta de clientes submetidos a esofagectomia e gastrectomia
- Incluir equipa de enfermagem no processo
- Construção de instrumentos na preparação para a alta



Projeto de intervenção no serviço

Questionários

6

Aspetos mais privilegiados no ensino do cliente esofagectomizado

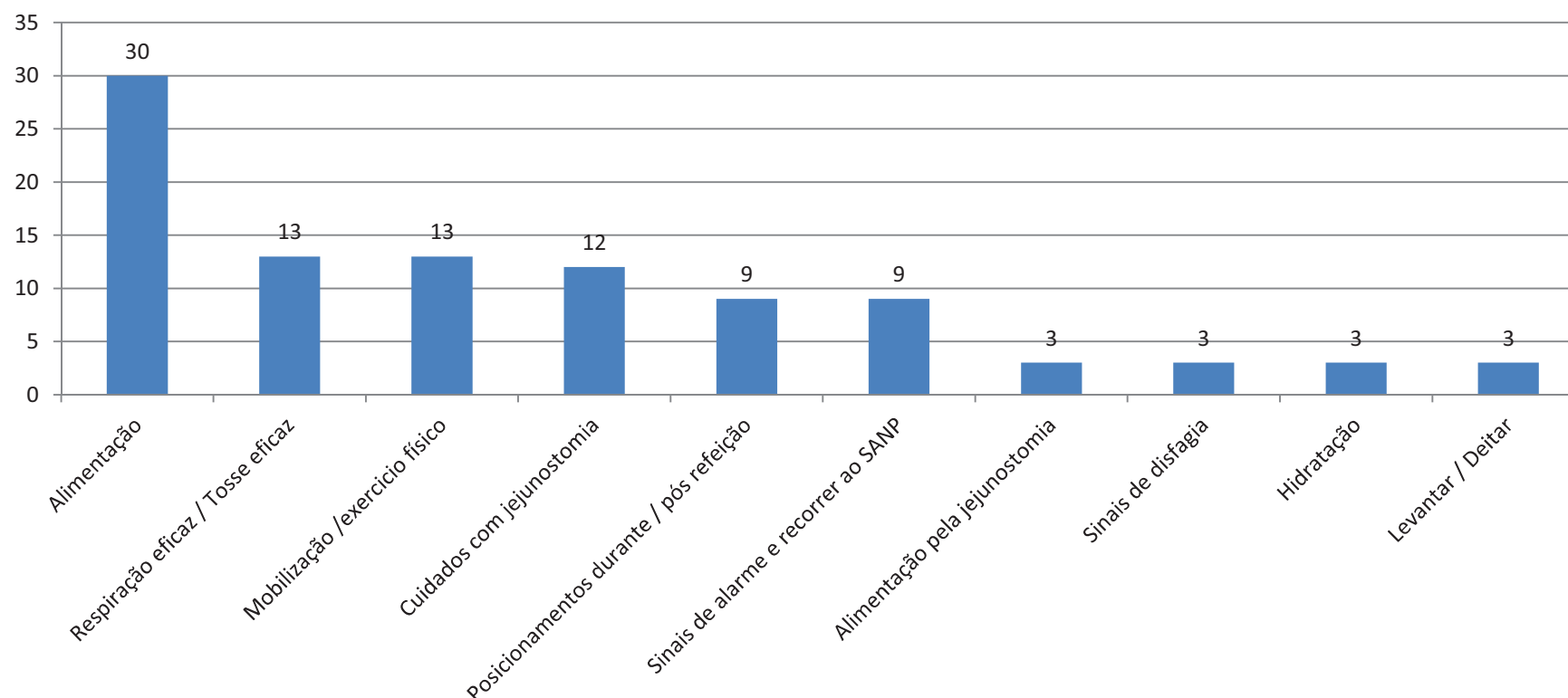


Gráfico 1: Aspetos mais referenciados na transmissão de informação do cliente esofagectomizado

Questionários

7

Aspetos mais privilegiados no ensino ao cliente gastrectomizado

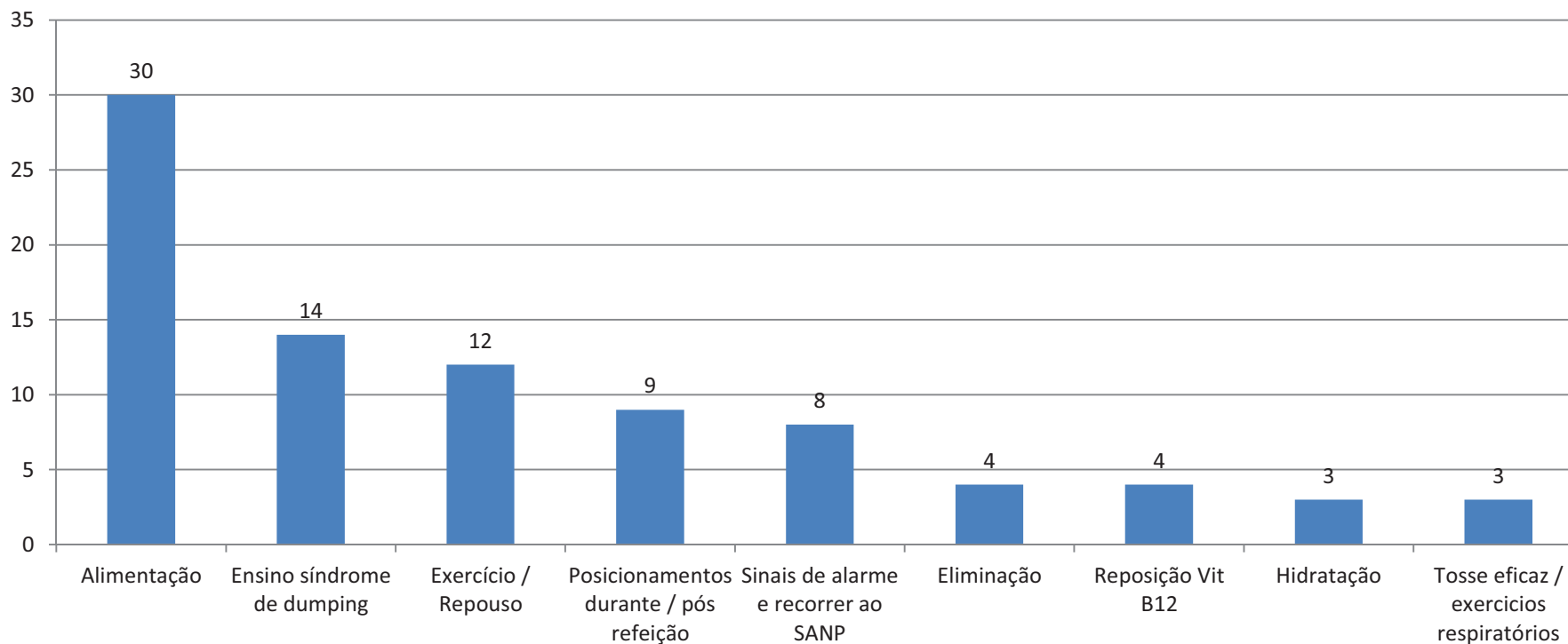


Gráfico 2: Aspetos mais referenciados na transmissão de informação do cliente gastrectomizado

Questionários

8

Importancia da inclusão do cuidador

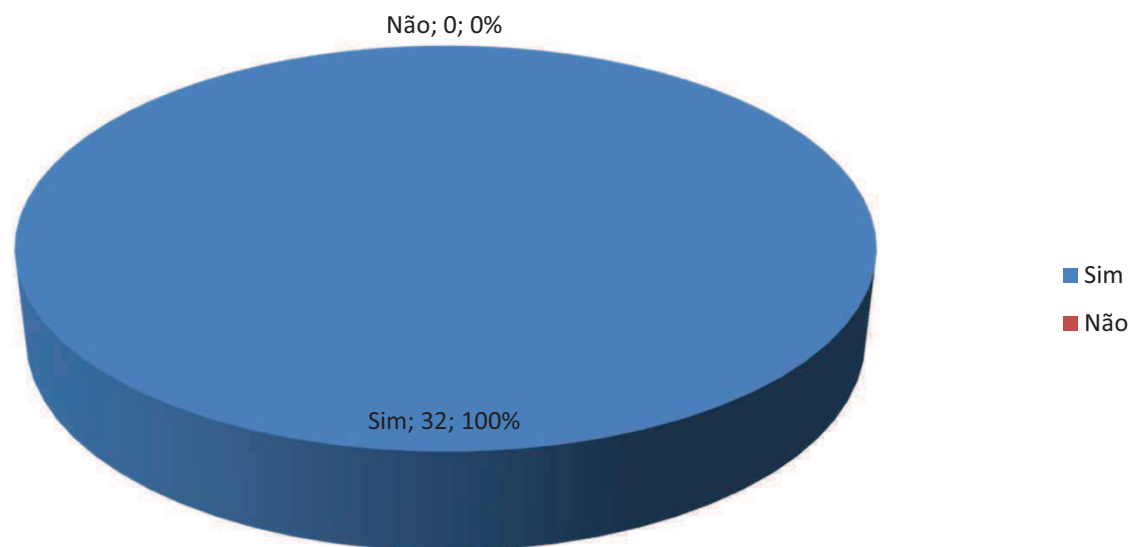


Gráfico 3: Importância da inclusão do cuidador informal na transmissão de informação relativa à alta

Questionários

9

Principal momento para a inclusão do cuidador

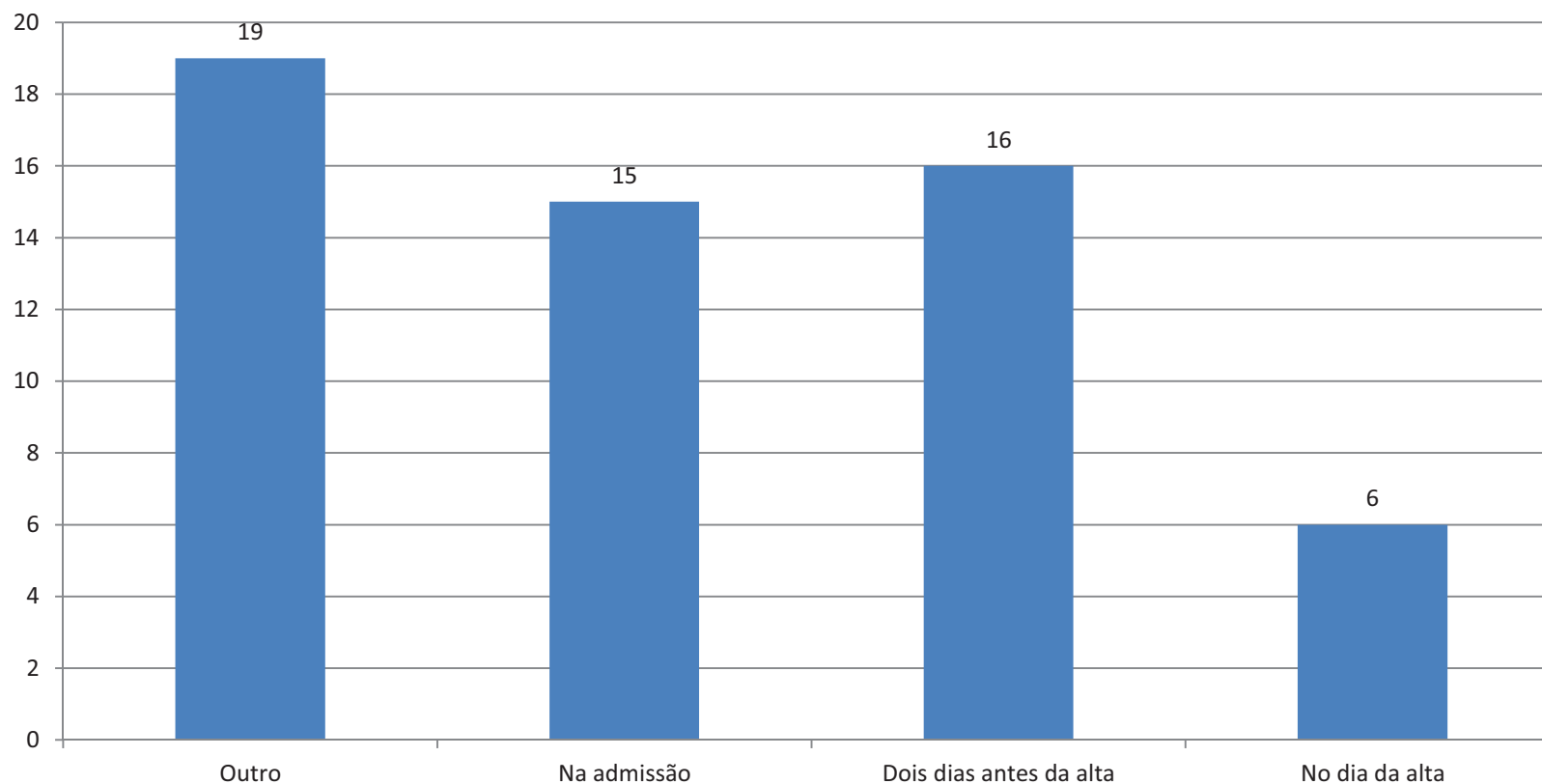


Grafico 4: Principal momento para a inclusão do cuidador

Questionários

10

Ocasões de inclusão do cuidador na preparação para a alta

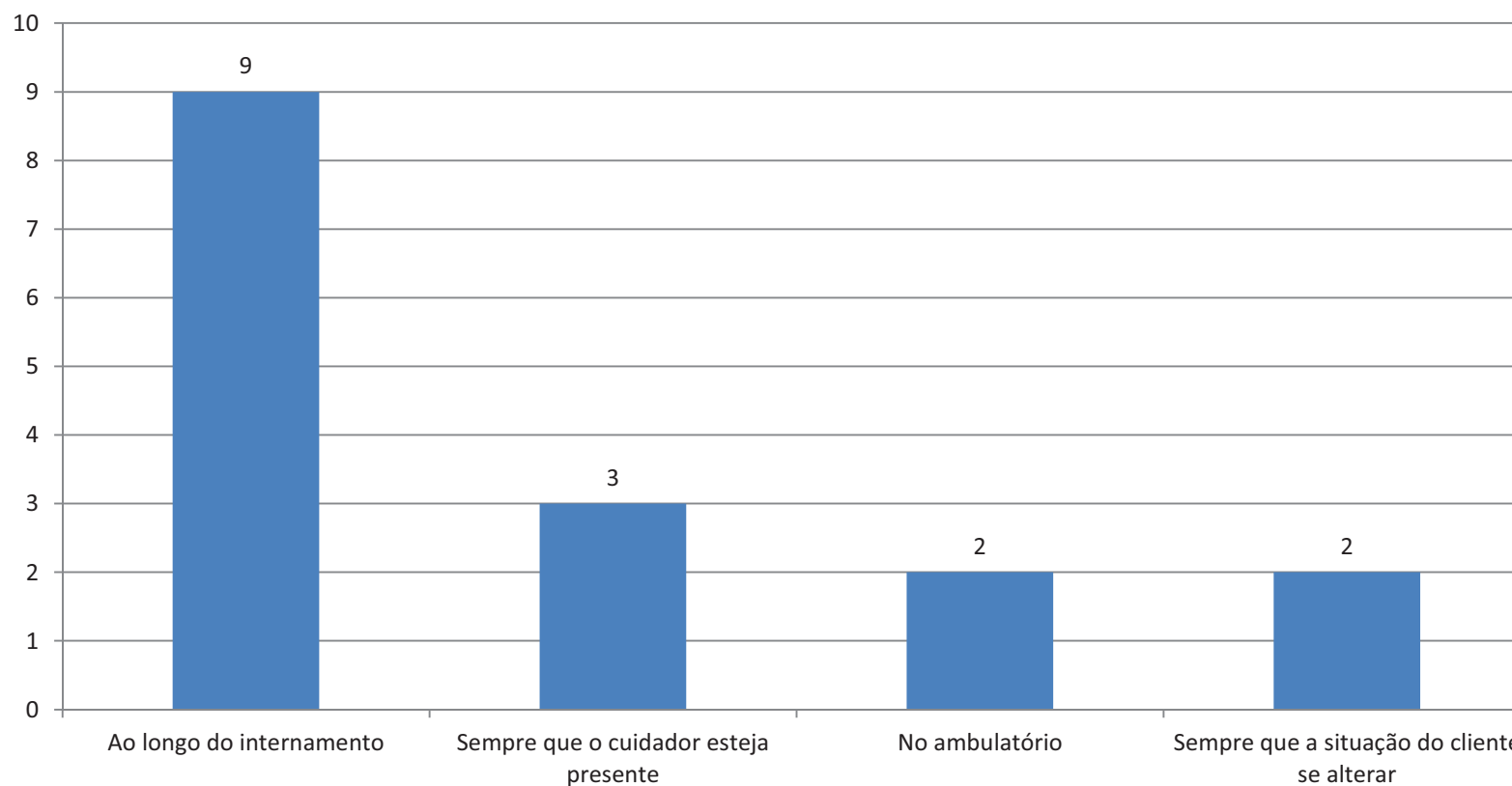


Grafico 5: Principal momento para a inclusão do cuidador

Construção de check-lists de preparação para a alta

11

Tendo como base:

- Resultados encontrados nos questionários
- Observação consulta externa (contato direto com os clientes)
- Consulta da literatura sobre a temática

Preparação para a alta

12

Nível de planeamento que ocorre antes e durante a transição influencia o sucesso da transição. Planeamento adequado pode criar uma suave e saudável transição (Meleis, 2010)

Alimentação: recomendações comuns aos clientes esofagectomizados e gastrectomizados

- Reduzir a quantidade de alimentos ingeridos (Phipps, 2003)
- Realizar 6 a 8 pequenas refeições por dia (Phipps, 2003)
- Mastigar bem os alimentos (Otto, 2000)
- É importante beber líquidos para não ficar desidratado mas deve evitar ingerir durante as refeições (Phipps, 2003)
- Deve adotar posição de sentado durante as refeições (Phipps, 2003)
- Após a refeição ficar cerca de 1 a 2 horas numa posição em que esteja sentado, reclinado ou mesmo de pé. (AEOP 2011)
- Ir introduzindo gradualmente os alimentos avaliando a tolerância

Preparação para a alta

13

Alimentação clientes esofagectomizados

- Preferir alimentos com consistência pastosa, mole ou sólidos

Preparação para a alta

14

Alimentos a evitar (clientes gastrectomizados e esofagectomizados):

- Alimentos picantes,
- Alimentos ácidos, citrinos.
- Alimentos com alto teor de gorduras
- Alimentos muito quentes ou muito frios
- Alimentos muito doces
- Leite com lactose.
- Bebidas alcoólicas, bebidas gaseificadas ou com cafeína.
- Leguminosas (feijão, lentilhas, grão, ervilhas)

(Otto, 2000; Phipps, 2003)

Preparação para a alta

15

Cuidados com a jejunostomia

- Manutenção da permeabilidade da jejunostomia (HCU, 2011)
- Recomendações no caso de obstrução (HCU, 2011)
- Recomendações no caso de exteriorização da jejunostomia (HCU, 2011)
- Vestuário usado deve evitar dobras, angulações ou tração na jejunostomia (HCU, 2011)
- Verificação da pele peri jejunostomia (HCU, 2011)
- Mostrar material (seringa de alimentação, tampa protetora da seringa, tampa para clampagem)
- Treinar o cliente / cuidador a administrar alimentos e água pela jejunostomia
- Treinar o cliente / cuidador a clampar a jejunostomia

Nível de conhecimento e perícia bem como suporte familiar é importante para o processo de transição (Meleis, 2010)

Preparação para a alta

16

Cuidados com o penso / sutura operatória

- Proteger penso durante os cuidados de higiene
- Observar diariamente a sutura
- Sinais de infeção da sutura (Phipps, 2003)

Preparação para a alta

17

Respiração (clientes esofagectomizados)

- Deve evitar fumar (Mackensie, 2004)
- Deve evitar locais onde existe muito fumo (Mackensie, 2004)
- Deverá realizar inspirações profundas (Phipps, 2003)
- Poderá utilizar o inspirómetro fornecido no internamento para melhorar a capacidade dos seus pulmões (habitual clientes esofagectomizados) (AEOP, 2011b)

Preparação para a alta

18

Mobilização (clientes esofagectomizados)

- Ensinar o cliente a adotar posição adequada para levantar-se e deitar-se
- Retomar gradualmente as atividades de vida, consoante tolerância incentivando o convívio social (Mackensie, 2004)
- Esforços devem ser restringidos num período de 8 a 12 semanas (Mackensie, 2004)
- Caminhar todos os dias, aumentando gradualmente o tempo da caminhada
- Evitar conduzir durante um período de 2 a 3 semanas após a alta (Mackensie, 2004)

Sintomas frequentes

19

Sintomas mais frequentes (comuns nos clientes esofagectomizados e gastrectomizados)

- Enfartamento
 - ✓ Menor capacidade de deposição dos alimentos (Phipps, 2003)
 - ✓ Parar quando o cliente se sentir cheio
 - ✓ Evitar líquidos durante as refeições (Phipps, 2003)
 - ✓ Ao longo do tempo vai diminuindo
- Síndrome de Dumping
 - ✓ Pode ocorrer no imediato e até 2 horas após ingestão das refeições (Phipps, 2003)
 - ✓ Vagotomia (diminuição da produção de sucos , menor capacidade de digestão dos alimentos) (Maia e Iglesias, 2005)
 - ✓ GST BII (diâmetro da anastomose gastrojejunal) (Maia e Iglesias, 2005)
- Diarreia
 - ✓ Hiperosmolar (Phipps, 2003)

Sintomas frequentes

20

Sintomas mais frequentes (comuns nos clientes esofagectomizados e gastrectomizados)

- Refluxo
 - ✓ clientes com alterações no cárdia (perda esfíncter esofágico inferior) ou submetidos a gastrectomia total (Maia e Iglesias, 2005)

Gastrectomia alterações cárdia

21

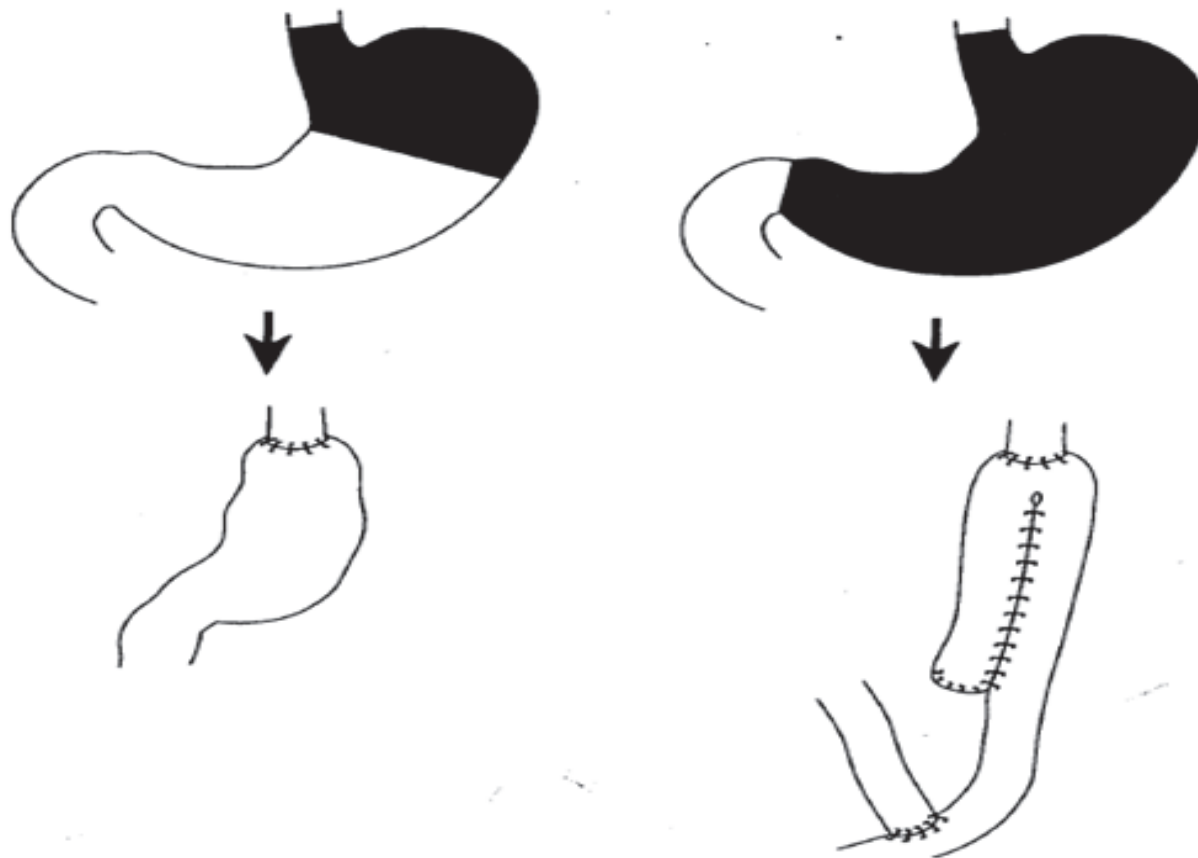


Figura 1: Cirurgia gástrica com perda do ângulo gastro esofágico

Fonte: Otto, Shirley (2000)

Esofagectomia alterações cárdia

22

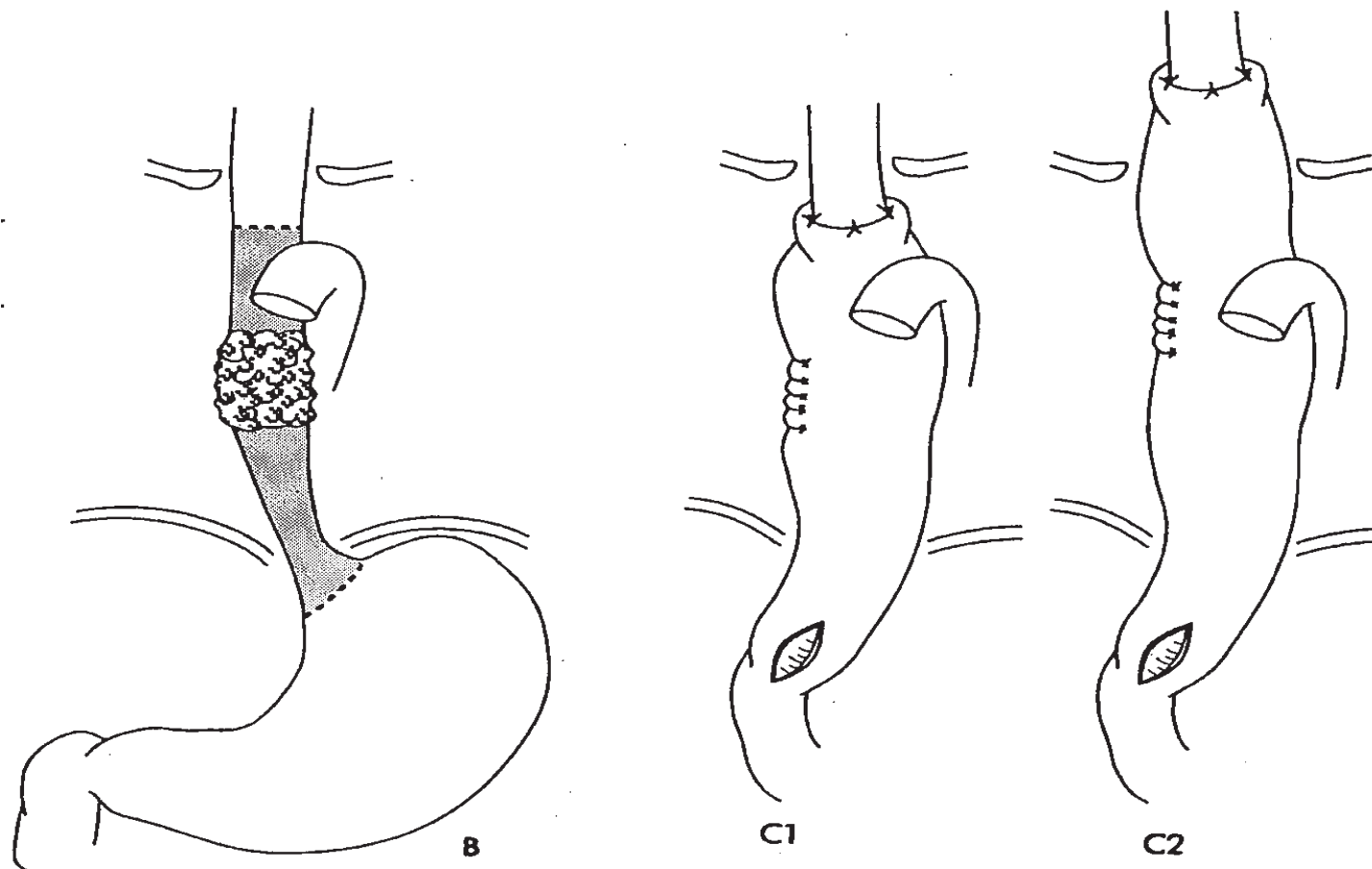


Figura 2: Cirurgia esofágica com perda do ângulo gastro esofágico

Fonte: Otto, Shirley (2000)

Sintomas frequentes

23

Sintomas mais frequentes (comuns nos clientes esofagectomizados e gastrectomizados)

- Refluxo
 - ✓ clientes com alterações no cárdia (perda esfíncter esofágico inferior) ou submetidos a gastrectomia total (Maia e Iglesias, 2005)
 - ✓ Medidas a adoptar
 - Posicionamentos durante e após as refeições
 - Seguir recomendações alimentares (alimentos a evitar)

Sintomas frequentes

24

Sintomas mais frequentes (clientes esofagectomizados)

- Rouquidão (clientes submetidos a esofagectomia com incisão cervical)
 - ✓ Lesão nervo laríngeo recorrente
 - ✓ Proximidade com o esófago

(Maia e Iglesias, 2005)

Relação esófago/recorrente

25

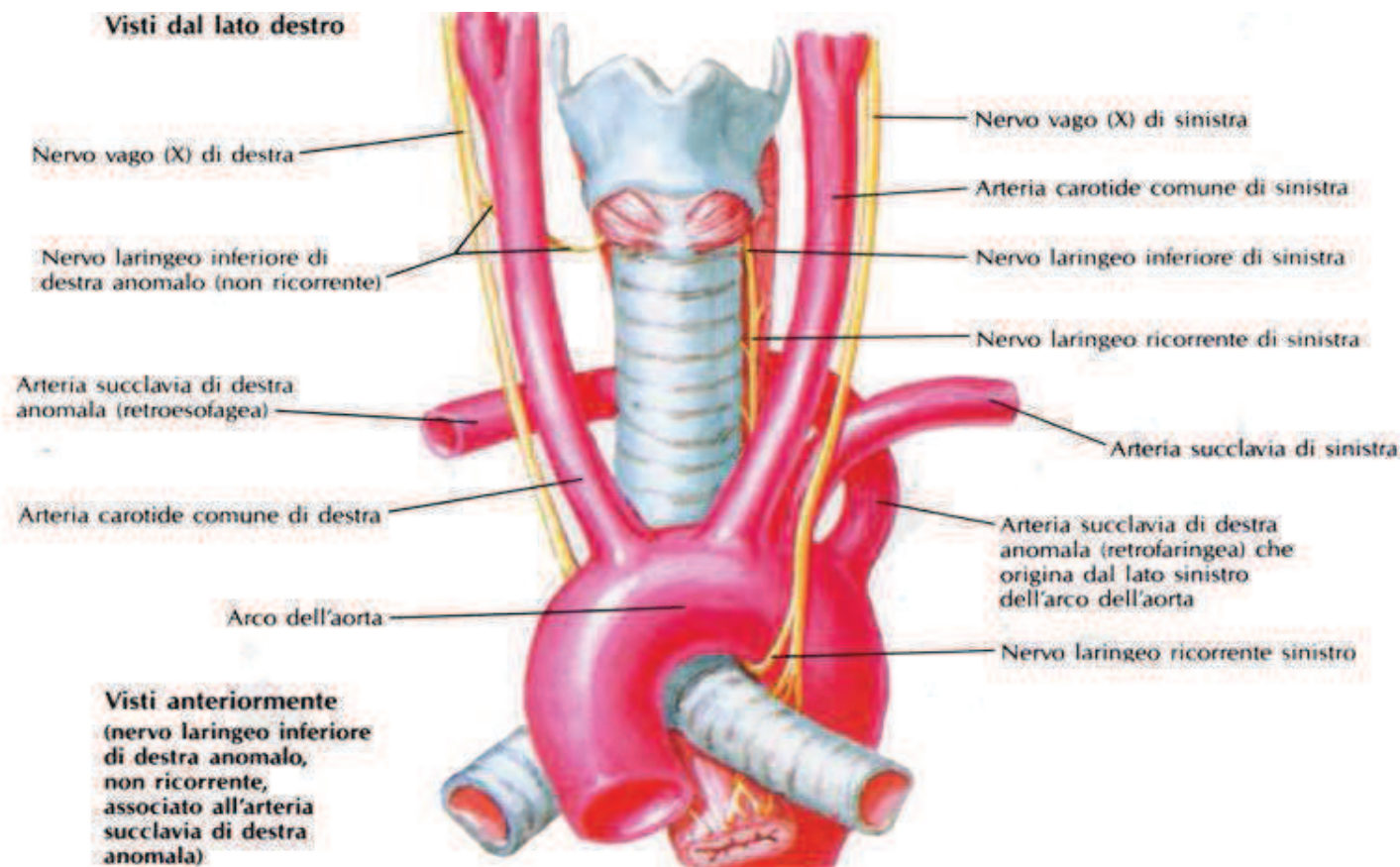


Figura 3: Posição anatómica nervo laríngeo recorrente

Fonte: http://medicinapertutti.altervista.org/anatomia_normale/apparato_respiratorio/img_app_respiratorio/nervi_della_laringe.jpg

Sintomas frequentes

26

Sintomas mais frequentes (clientes esofagectomizados)

- Rouquidão (clientes submetidos a esofagectomia com incisão cervical)
 - ✓ Lesão nervo laríngeo recorrente
 - ✓ Proximidade com o esófago
 - ✓ Período médio de rouquidão 5 a 7 meses

(Maia e Iglesias, 2005)

Sintomas frequentes

27

Sintomas mais frequentes (clientes esofagectomizados)

- Rouquidão (clientes submetidos a esofagectomia com incisão cervical)
- Ocorrência de dores que vão diminuindo de intensidade ao longo do tempo (clientes submetidos a esofagectomia com incisão torácica)
- Presença de disfagia
 - ✓ Mais frequente quando existem fístulas. Processo de cicatrização leva a fibrose local e consequente estenose. (Maia e Iglesias, 2005)
 - ✓ Dilatação por meio de endoscopia digestiva alta com alívio disfagia 61 a 88% dos casos (Wong 1997, citado por Maia e Iglesias, 2005)

Preparação para a alta

28

Regime medicamentoso (clientes esofagectomizados e gastrectomizados)

- Informar o cliente acerca de horários/melhor altura para toma da medicação e que deverá cumpri-la
- Elucidar sobre reinício da terapêutica do domicílio

Regime medicamentoso (clientes submetidos a gastrectomia)

- Administração de vitamina B12 nos clientes de Gastrectomia total. (AEOP, 2011a)

Regime medicamentoso (clientes submetidos a esofagectomia)

- Administração de medicamentos pela jejunostomia

Preparação para a alta

29

Deteção precoce de complicações

➤ **clientes submetidos a cirurgia gástrica e esofágica**

- A avaliação de peso é essencial. (AEOP, 2011) Deve ser efetuada 2 vezes por semana
 - ✓ À mesma hora do dia
 - ✓ Com a mesma roupa
 - ✓ Com a mesma balança
- Sinais mais frequentes de complicações (vómitos, dores persistentes, febre, infeção da ferida operatória)
- Contactar o serviço para esclarecimento de dúvidas
- Recorrer ao SANP (serviço de atendimento não programado)

➤ **Clientes submetidos a cirurgia ao esófago**

- Disfagia (Maia e Iglesias, 2005)

Preparação para a alta

30

Imagem corporal

- **clientes submetidos a esofagectomia e gastrectomia**
 - Uso de roupas menos largas (não se nota tanto a perda de peso)

- **clientes submetidos a esofagectomia**
 - Cicatriz do esófago, usar camisolas de gola alta ou lenço sob o pescoço.

Continuidade de cuidados

31

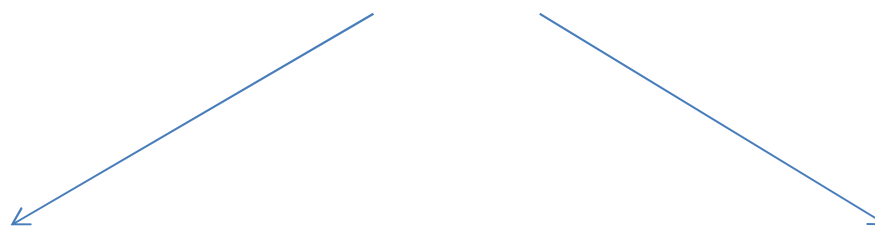
Assegurar continuidade de cuidados

- Incentivar a presença dos cuidadores nos ensinos (principal parceiro dos cuidados)
 - ✓ Suporte social dos membros familiares, amigos, parceiros são importantes para o sucesso da transição (Meleis, 2010)
- Fornecer folheto informativo
- Incentivar o cliente a marcar consulta no médico de família / médico assistente
- Articulação com centro de saúde elaborando carta de encaminhamento

Perante dúvidas do cliente quanto ao futuro o enfermeiro deve atuar para iniciar o processo de transição. Quanto mais cedo estas dúvidas e incertezas são trabalhadas mais cedo a transição para a recuperação será alcançada. (Meleis, 2010)

Resultados esperados na preparação do cliente para a alta 32

Sucesso da transição



Cliente completou uma transição quando alcançou um período de maior estabilidade face ao anterior (Meleis, 2010)

Indicadores de uma transição saudável englobam o bem estar nas relações, o domínio (da nova situação com que se depara) e o bem estar subjetivo (qualidade de vida). (Meleis, 2010)

Através:

Enfermeiro principal facilitador do processo de transição do cliente

Plano de alta

33

Muitas vezes, o plano de alta é conduzido utilizando protocolos desenvolvidos para todos os grupos de pacientes, sem qualquer alteração ou especificação para determinado grupo. (Meleis, 2010)



Criação de planos de alta específicos

Protocolos específicos devem ser baseados no conhecimento das necessidades específicas do paciente e dos seus cuidadores (Meleis, 2010)



Check-lists

Check-list cliente submetido a
cirurgia do esófago

Check-list cliente submetido a
cirurgia gástrica



Folhetos

Folheto esófago
Folheto cirurgia gástrica

Bibliografia

- AEOP (2011a). *Linhas de consenso cancro gástrico*. Retirado de <http://www.aeop.net/fileManager/editor/file/Consensogastrico.pdf>
- AEOP (2011b). *Linhas de consenso Doente com cancro do esófago*. Retirado de <http://www.aeop.net/fileManager/editor/Linhas esofago.pdf>
- Bowles, K., Naylor, M., Foust, J. (2002). Patient characteristics at hospital discharge and a comparison of home care referral decisions. *American Geriatrics Society*. 50 (2), 336-342. Retirado de <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f4d6cce4-da2a-491f-ac9a-384a8eb8280d%40sessionmgr113&vid=2&hid=124>
- Hospital de Clinicas da Unicamp. Universidade Estadual de Campinas. (2011). *Nutrição enteral domiciliar. Manual do Usuário*. Retirado de http://www.hc.unicamp.br/servicos/emtn/Manual_paciente.pdf
- Huber, D., McClelland, E. (2003). Patient preferences and discharge planning transitions. *Journal of Professional Nursing: Official Journal Of The American Association Of Colleges Of Nursing*. 19 (4), 204-210. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8755722303000711>
- http://medicinapertutti.altervista.org/anatomia_normale/apparato_respiratorio/img_app_respiratorio/ne_rvi_della_laringe.jpg
- Mackensie, D., Popplewell, P., Billingsley, K. (2004). Care of Patients after Esofhagectomy. *Critical Care Nurse*. 24 (1), 16-28.
- Maia, A., Iglesias, A. (2005). *Complicações em Cirurgia Prevenção e Tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Otto, Shirley (2000). *Enfermagem em Oncologia*. (3ª ed.). Loures: Editora Lusociência.
- Phipps, W., Sands, J., Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica*. (6ª ed.). Loures: Editora Lusociência.

Avaliação da Sessão de Formação

Preparação para a alta de clientes submetidos a esofagectomia e gastrectomia

Peço a sua colaboração na apreciação dos itens em seguida, colocando uma cruz na opção pretendida utilizando a escala consoante a relevância atribuída, e dando a sua opinião pessoal.

1. Programa da sessão

	Irrelevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante
Conteúdo				
Utilidade do tema				
Sistematização da preparação para a alta (check lists)				
Aplicabilidade do projeto na prática profissional				

2. Comentários

Temas abordados com maior relevância	
Temas a incluir em sessões futuras	
Cuidados de enfermagem a incluir na preparação para a alta	
Sugestões para a implementação do projeto no serviço	

3. Cuidados de enfermagem

Os cuidados de enfermagem de preparação para a alta apresentados na sessão diferem dos cuidados que presta na prática no seu dia a dia? Sim ☐ Não ☐

Se sim enuncie 3 cuidados/aspectos em que diferem

Obrigado pela sua colaboração.

Apêndice 14

Análise das respostas do instrumento de avaliação da sessão de formação

Como considera a sessão quanto à sua relevância?

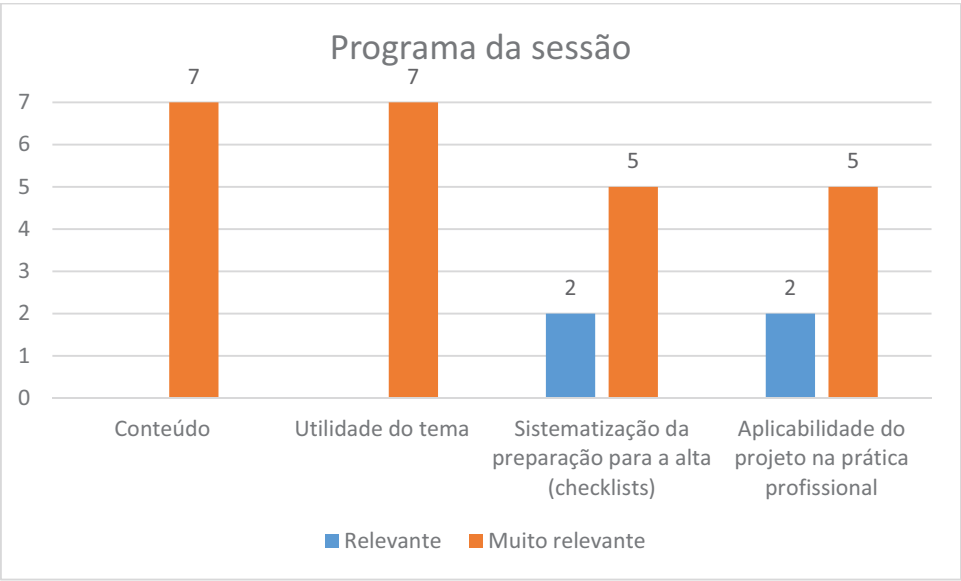


Gráfico 24: Relevância da sessão de formação para os participantes

Temas abordados com maior relevância

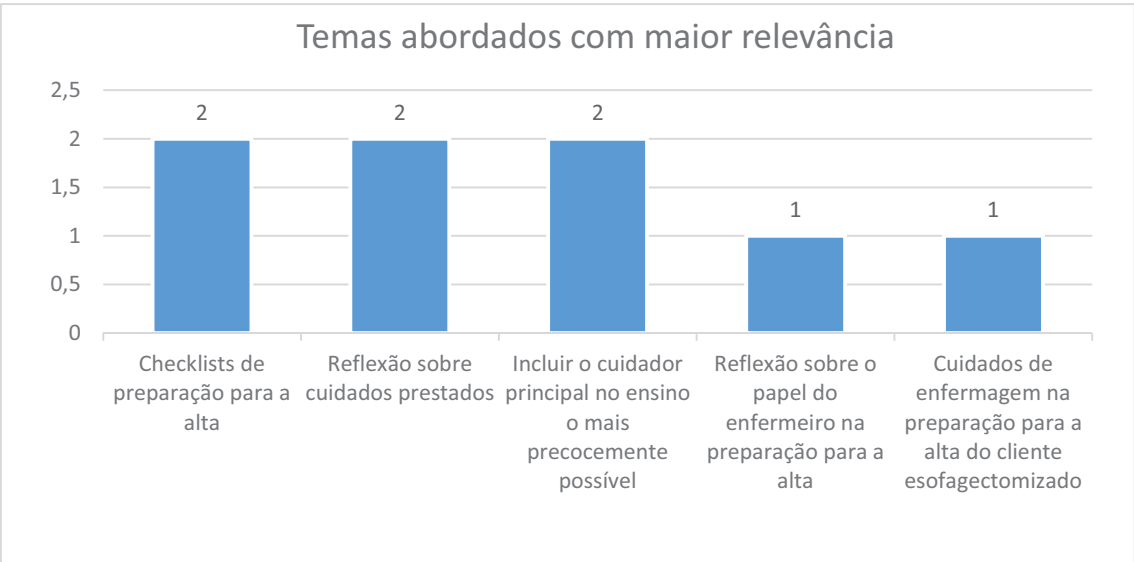


Gráfico 25: Temas abordados com maior relevância para os participantes

Temas a incluir em sessões futuras

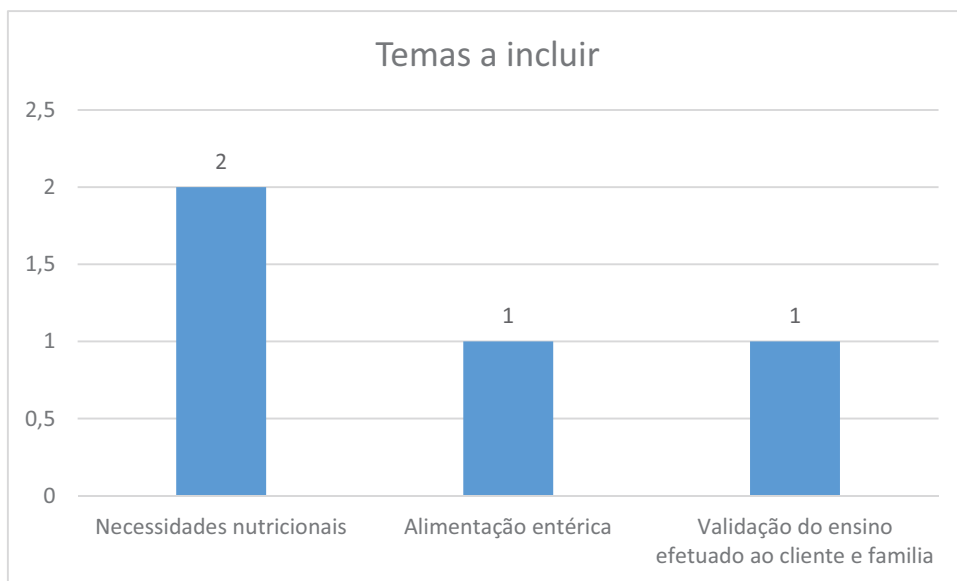


Gráfico 26: Temas a incluir em sessões de formação futuras

Cuidados de enfermagem a incluir na preparação para a alta

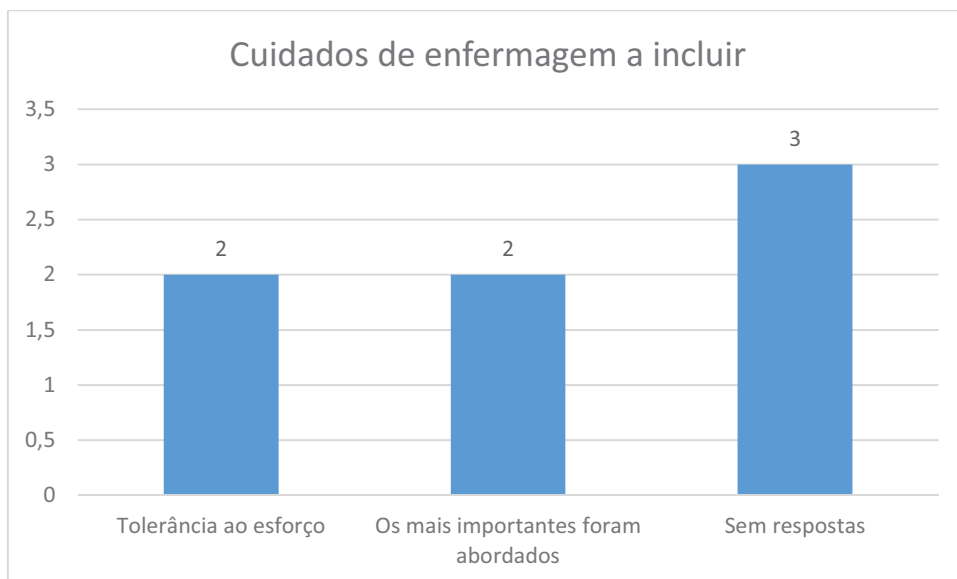


Gráfico 27: Cuidados de enfermagem a incluir em futuras sessões

Sugestões para a implementação do projeto no serviço

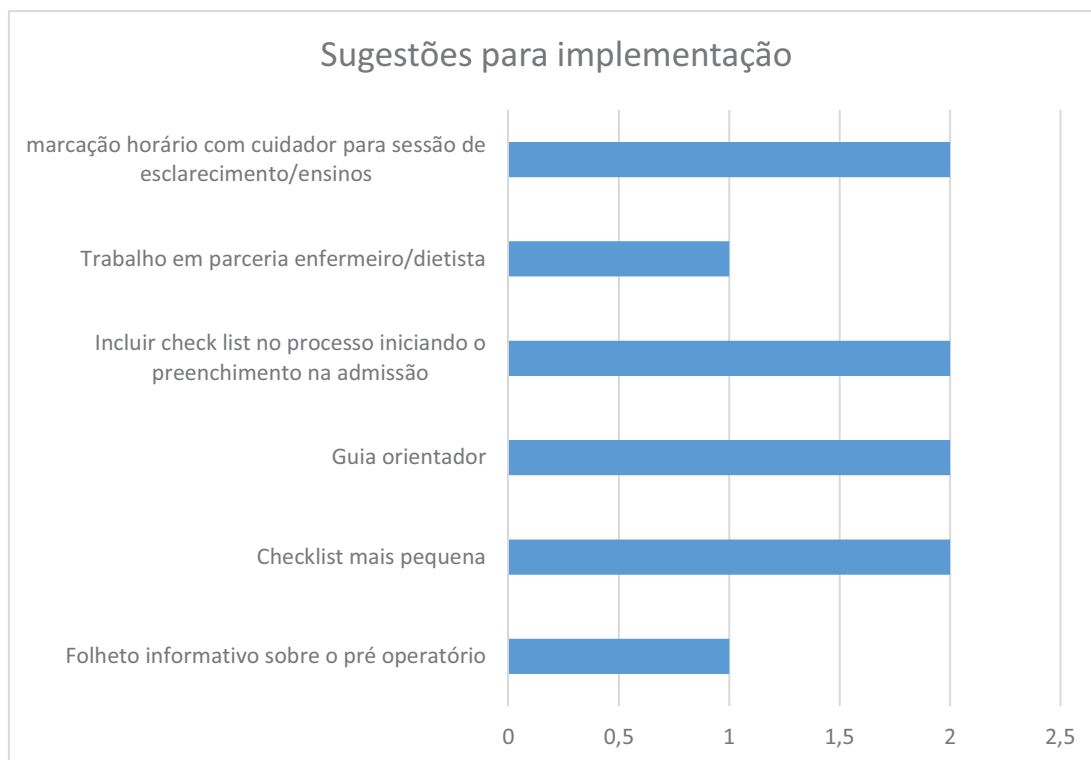


Gráfico 28: Sugestões para implementação do projeto

Os cuidados de enfermagem de preparação para a alta apresentados na sessão diferem dos cuidados que presta na prática no seu dia-a-dia?

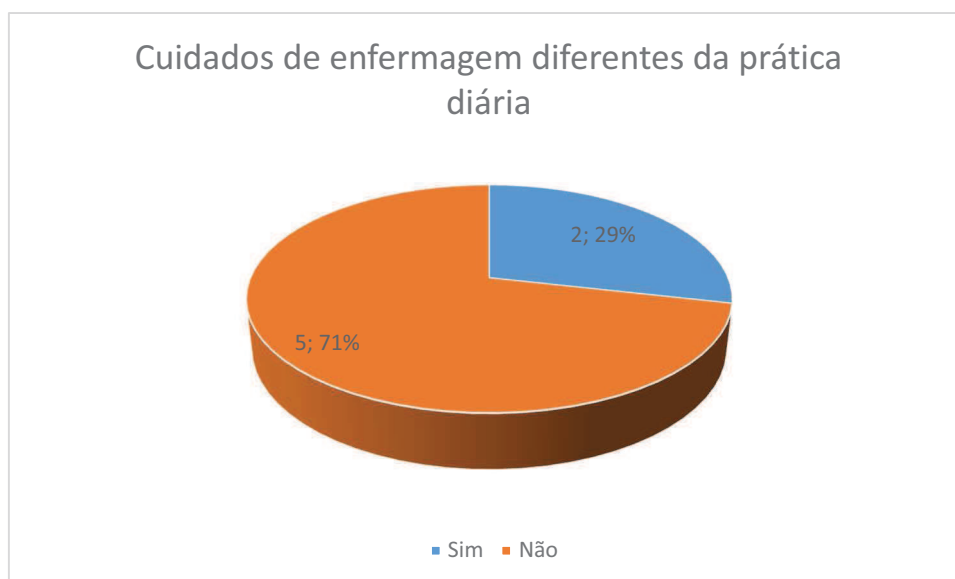


Gráfico 29: Cuidados de enfermagem incluídos na prática dos cuidados

Se sim enuncie 3 cuidados/aspectos em que diferem

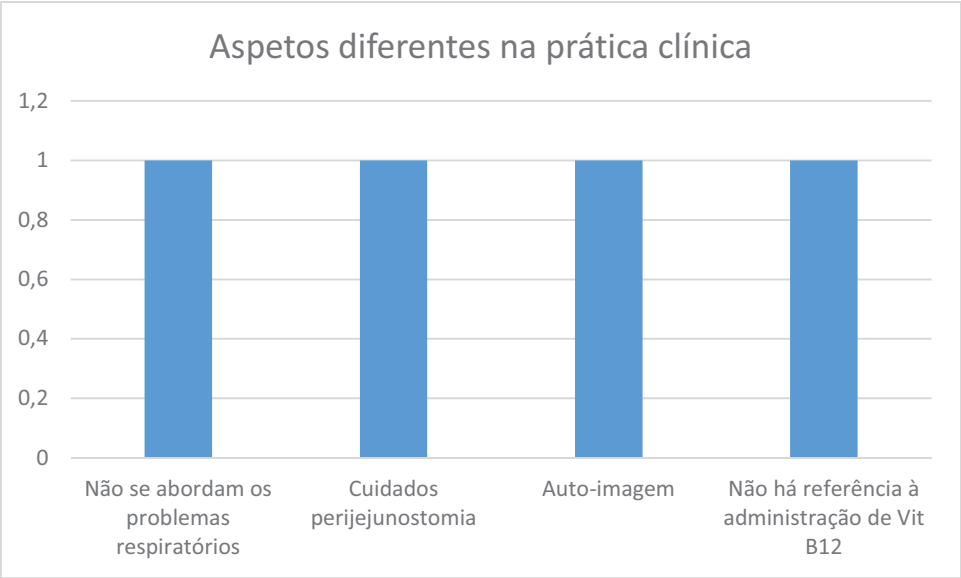


Gráfico 30: Aspetos que não são abordados pelos profissionais no dia-a-dia que foram pronunciados na formação

Apêndice 15

Checklist de problemas identificados nos termômetros emocionais

Identificação do cliente

Problemas físicos:

- Alimentação ☐
- Alterações Urinárias ☐
- Cansaço ☐
- Diarreia ☐
- Congestão nasal ☐
- Dificuldade no sono ☐
- Formigueiro nas mãos e pés ☐
- Dor ☐
- Enfartamento ☐
- Febre ☐
- Lesões na boca ☐
- Mobilização ☐
- Náuseas ☐
- Obstipação ☐
- Pele seca/prurido ☐
- Respiração ☐
- Sexualidade ☐
- Sensação de inchaço ☐
- Tomar banho/vestir ☐

Problemas diários:

- Cuidar dos filhos ☐
- Despesas de saúde ☐
- Emprego/Escola ☐
- Tarefas domésticas ☐
- Transportes/Deslocações ☐

Anotações:

Problemas familiares:

- Cuidar dos filhos ☐
- Relação com o cônjuge ☐

Problemas emocionais

- Depressão ☐
- Medo ☐
- Nervosismo ☐
- Preocupação ☐
- Tristeza ☐

Aspetos religiosos

- Perda de fé ☐
- Relação com Deus ☐

Outros problemas:

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

Apêndice 16
Checklists preenchidas de problemas identificados nos termômetros
emocionais

Sr. A.E.
67 anos

Problemas físicos:

- | | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| Alimentação | ☒ |
| Alterações Urinárias | ☐ |
| Cansaço | ☐ |
| Diarreia | ☐ |
| Congestão nasal | ☐ |
| Dificuldade no sono | ☐ |
| Formiguelo nas mãos e pés | ☐ |
| Dor | ☐ |
| Enfartamento | ☐ |
| Febre | ☐ |
| Lesões na boca | ☐ |
| Mobilização | ☐ |
| Náuseas | ☐ |
| Obstipação | ☐ |
| Pele seca/prurido | ☐ |
| Respiração | ☐ |
| Sexualidade | ☐ |
| Sensação de inchaço | ☐ |
| Tomar banho/vestir | ☐ |

Problemas diários:

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Cuidar dos filhos | ☐ |
| Despesas de saúde | ☐ |
| Emprego/Escola | ☐ |
| Tarefas domésticas | ☐ |
| Transportes/Deslocações | ☐ |

Anotações:

Problemas familiares:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Cuidar dos filhos | ☐ |
| Relação com o cônjuge | ☐ |

Problemas emocionais

- | | |
|-------------|--------------------------|
| Depressão | ☐ |
| Medo | ☐ |
| Nervosismo | ☐ |
| Preocupação | ☐ |
| Tristeza | ☐ |

Aspetos religiosos

- | | |
|------------------|--------------------------|
| Perda de fé | ☐ |
| Relação com Deus | ☐ |

Outros problemas:

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| <u>Disfagia</u> | ☒ |
| <u>Deficiência de outros</u> | ☒ |
| _____ | ☐ |
| _____ | ☐ |
| _____ | ☐ |

Sra. M. e.

52 anos

Problemas físicos:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Alimentação | ☐ |
| Alterações Urinárias | ☐ |
| Cansaço | ☐ |
| Diarreia | ☐ |
| Congestão nasal | ☐ |
| Dificuldade no sono | ☐ |
| Formigueliro nas mãos e pés | ☐ |
| Dor | ☐ |
| Enfartamento | ☐ |
| Febre | ☐ |
| Lesões na boca | ☐ |
| Mobilização | ☐ |
| Náuseas | ☐ |
| Obstipação | ☐ |
| Pele seca/prurido | ☐ |
| Respiração | ☐ |
| Sexualidade | ☐ |
| Sensação de inchaço | ☐ |
| Tomar banho/vestir | ☐ |

Problemas diários:

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| Cuidar dos filhos | ☐ |
| Despesas de saúde | ☐ |
| Emprego/Escola | ☒ |
| Tarefas domésticas | ☐ |
| Transportes/Deslocações | ☐ |

Anotações:

Problemas familiares:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Cuidar dos filhos | ☐ |
| Relação com o cônjuge | ☐ |

Problemas emocionais

- | | |
|-------------|--------------------------|
| Depressão | ☐ |
| Medo | ☐ |
| Nervosismo | ☐ |
| Preocupação | ☐ |
| Tristeza | ☐ |

Aspetos religiosos

- | | |
|------------------|--------------------------|
| Perda de fé | ☐ |
| Relação com Deus | ☐ |

Outros problemas:

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <u>Tempo de ajustado</u> | ☒ |
| _____ | ☐ |
| _____ | ☐ |
| _____ | ☐ |
| _____ | ☐ |

Sr. J.P.

82 anos

Problemas físicos:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| Alimentação | ☒ |
| Alterações Urinárias | ☐ |
| Cansaço | ☐ |
| Diarreia | ☐ |
| Congestão nasal | ☐ |
| Dificuldade no sono | ☐ |
| Formigueliro nas mãos e pés | ☐ |
| Dor | ☐ |
| Enfartamento | ☒ |
| Febre | ☐ |
| Lesões na boca | ☐ |
| Mobilização | ☐ |
| Náuseas | ☐ |
| Obstipação | ☐ |
| Pele seca/prurido | ☐ |
| Respiração | ☐ |
| Sexualidade | ☐ |
| Sensação de inchaço | ☐ |
| Tomar banho/vestir | ☐ |

Problemas diários:

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| Cuidar dos filhos | ☐ |
| Despesas de saúde | ☐ |
| Emprego/Escola | ☐ |
| Tarefas domésticas | ☐ |
| Transportes/Deslocações | ☒ |

Anotações:

Problemas familiares:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Cuidar dos filhos | ☐ |
| Relação com o cônjuge | ☐ |

Problemas emocionais

- | | |
|-------------|-------------------------------------|
| Depressão | ☐ |
| Medo | ☐ |
| Nervosismo | ☐ |
| Preocupação | ☒ |
| Tristeza | ☐ |

Aspetos religiosos

- | | |
|------------------|--------------------------|
| Perda de fé | ☐ |
| Relação com Deus | ☐ |

Outros problemas:

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| <u>Deficiência de outros</u> | ☒ |
| _____ | ☐ |
| _____ | ☐ |
| _____ | ☐ |
| _____ | ☐ |

Sra. M.F.

78 anos

Problemas físicos:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| Alimentação | ☒ |
| Alterações Urinárias | ☐ |
| Cansaço | ☒ |
| Diarreia | ☐ |
| Congestão nasal | ☐ |
| Dificuldade no sono | ☐ |
| Formigueliro nas mãos e pés | ☐ |
| Dor | ☐ |
| Enfartamento | ☐ |
| Febre | ☐ |
| Lesões na boca | ☐ |
| Mobilização | ☐ |
| Náuseas | ☐ |
| Obstipação | ☐ |
| Pele seca/prurido | ☐ |
| Respiração | ☐ |
| Sexualidade | ☐ |
| Sensação de inchaço | ☐ |
| Tomar banho/vestir | ☐ |

Problemas diários:

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Cuidar dos filhos | ☐ |
| Despesas de saúde | ☐ |
| Emprego/Escola | ☐ |
| Tarefas domésticas | ☐ |
| Transportes/Deslocações | ☐ |

Anotações:

Problemas familiares:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Cuidar dos filhos | ☐ |
| Relação com o cônjuge | ☐ |

Problemas emocionais

- | | |
|-------------|--------------------------|
| Depressão | ☐ |
| Medo | ☐ |
| Nervosismo | ☐ |
| Preocupação | ☐ |
| Tristeza | ☐ |

Aspetos religiosos

- | | |
|------------------|--------------------------|
| Perda de fé | ☐ |
| Relação com Deus | ☐ |

Outros problemas:

- | | |
|-------------------|-------------------------------------|
| <u>Dinofagica</u> | ☒ |
| _____ | ☐ |
| _____ | ☐ |
| _____ | ☐ |
| _____ | ☐ |

Sr. A.F.

81 anos

Problemas físicos:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| Alimentação | ☒ |
| Alterações Urinárias | ☐ |
| Cansaço | ☐ |
| Diarreia | ☐ |
| Congestão nasal | ☐ |
| Dificuldade no sono | ☐ |
| Formigueliro nas mãos e pés | ☐ |
| Dor | ☐ |
| Enfartamento | ☐ |
| Febre | ☐ |
| Lesões na boca | ☐ |
| Mobilização | ☐ |
| Náuseas | ☐ |
| Obstipação | ☐ |
| Pele seca/prurido | ☐ |
| Respiração | ☐ |
| Sexualidade | ☐ |
| Sensação de inchaço | ☐ |
| Tomar banho/vestir | ☐ |

Problemas diários:

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| Cuidar dos filhos | ☐ |
| Despesas de saúde | ☐ |
| Emprego/Escola | ☐ |
| Tarefas domésticas | ☐ |
| Transportes/Deslocações | ☒ |

Problemas familiares:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Cuidar dos filhos | ☐ |
| Relação com o cônjuge | ☐ |

Problemas emocionais

- | | |
|-------------|-------------------------------------|
| Depressão | ☐ |
| Medo | ☐ |
| Nervosismo | ☐ |
| Preocupação | ☒ |
| Tristeza | ☐ |

Aspetos religiosos

- | | |
|------------------|--------------------------|
| Perda de fé | ☐ |
| Relação com Deus | ☐ |

Outros problemas:

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| <u>Disfagia</u> | ☒ |
| <u>gynostomic</u> | ☒ |
| <u>Dependência de outros</u> | ☒ |
| _____ | ☐ |
| _____ | ☐ |

Anotações:

Refere que tem muita disfagia e que não consegue alimentarse " Não consigo resolver o meu problema depois de tanto tempo à espera " (sic)

Sr. J.C.

74 anos

Problemas físicos:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| Alimentação | ☒ |
| Alterações Urinárias | ☐ |
| Cansaço | ☐ |
| Diarreia | ☐ |
| Congestão nasal | ☐ |
| Dificuldade no sono | ☐ |
| Formigueliro nas mãos e pés | ☐ |
| Dor | ☐ |
| Enfartamento | ☐ |
| Febre | ☐ |
| Lesões na boca | ☐ |
| Mobilização | ☐ |
| Náuseas | ☐ |
| Obstipação | ☐ |
| Pele seca/prurido | ☐ |
| Respiração | ☐ |
| Sexualidade | ☐ |
| Sensação de inchaço | ☐ |
| Tomar banho/vestir | ☐ |

Problemas diários:

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| Cuidar dos filhos | ☐ |
| Despesas de saúde | ☐ |
| Emprego/Escola | ☐ |
| Tarefas domésticas | ☐ |
| Transportes/Deslocações | ☒ |

Problemas familiares:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Cuidar dos filhos | ☐ |
| Relação com o cônjuge | ☐ |

Problemas emocionais

- | | |
|-------------|-------------------------------------|
| Depressão | ☐ |
| Medo | ☐ |
| Nervosismo | ☐ |
| Preocupação | ☒ |
| Tristeza | ☐ |

Aspetos religiosos

- | | |
|------------------|--------------------------|
| Perda de fé | ☐ |
| Relação com Deus | ☐ |

Outros problemas:

- | | |
|-----------------|-------------------------------------|
| <u>Disfagia</u> | ☒ |
| _____ | ☐ |
| _____ | ☐ |
| _____ | ☐ |
| _____ | ☐ |

Anotações:

Tem disfagia. Procura com o facto de ter dificuldades na alimentação oral e com as dificuldades que tem de realizar. Refere que piora a sua qualidade de vida, pois antes de ser operado não tinha disfagia.