



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

**Consulta de Enfermagem Pré-operatória:
Intervenções especializadas promotoras do
acolhimento do doente oncológico da cabeça e
pescoço**

Carla Sofia Ramos Cruz

**Lisboa
2022**



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

**Consulta de Enfermagem Pré-operatória:
Intervenções especializadas promotoras do
acolhimento do doente oncológico da cabeça e
pescoço**

Carla Sofia Ramos Cruz

Orientador: Prof. Doutor Óscar Manuel Ramos Ferreira

**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Para os meus filhos Nuno e Inês, a minha inspiração!

AGRADECIMENTOS

Ao Pedro, pela confiança, amor e serenidade nos muitos momentos de incerteza.

Aos meus pais António e Helena, que me ensinaram a nunca desistir.

Ao Sr. Professor Doutor Óscar Ferreira pelo incentivo, orientação e por toda a
sabedoria partilhada.

Aos enfermeiros orientadores pela partilha de saberes e por todo o
acompanhamento e motivação.

Aos doentes que na sua partilha, me fizeram crescer e acreditar!

À minha família, pela paciência em todas as minhas ausências!

Estão no meu coração!

ABREVIATURAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas;

BO – Bloco Operatório;

CCP – Cancro da cabeça e pescoço;

CEPO – Consulta de Enfermagem Pré-operatória;

CON – Centro Oncológico Nacional;

CP – Cabeça e pescoço;

EE – Enfermeiro Especialista

IE – Intervenções de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros;

ORL – Otorrinolaringologia;

SCE – Serviço de Consultas Externas.

RESUMO

Em Portugal, o cancro da cabeça e pescoço apresenta uma importância crescente nos cuidados de saúde devido às suas características hostis e invasivas. Por ser um cancro muito agressivo e localizado em locais anatomicamente expostos, o tratamento cirúrgico poderá revelar-se deveras mutilante, provocando um grande impacto na vida do doente e da sua família, decorrente das alterações funcionais e estéticas. A cirurgia é assim entendida pelo doente e sua família como um processo que se encontra envolvido de incertezas, as quais englobam os procedimentos perioperatórios, os anestésicos e a vida futura. A consulta de enfermagem pré-operatória constitui-se assim como um momento único para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro perioperatório e o doente e sua família. Esta conduz a uma transmissão de informação completa e individualizada, promovendo uma preparação pré-operatória mais eficaz e um maior envolvimento do doente no seu tratamento. Com o objetivo de promover o acolhimento dos doentes com cancro da cabeça e pescoço ao Bloco Operatório, contribuindo para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, foi desenvolvido o projeto “Consulta de Enfermagem Pré-operatória: Intervenções especializadas promotoras do acolhimento ao doente oncológico da cabeça e pescoço”. Este está inserido no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente enfermagem oncológica, objetivando a aquisição de competências de Enfermeira Especialista e a aquisição do grau de Mestre. Pretendo assim dar resposta à questão “Quais as intervenções de enfermagem a realizar na consulta de enfermagem pré-operatória ao doente oncológico de cabeça e pescoço?”. Para tal, a metodologia adotada assentou na pesquisa da evidencia científica, na realização de uma revisão *scoping* da literatura e na prestação de cuidados de enfermagem em três campos de estágio, baseados numa prática reflexiva dos acontecimentos e na produção de documentos de apoio.

Palavras-chave: doente oncológico; tumor da cabeça e pescoço; Bloco operatório; consulta de enfermagem pré-operatória; intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

In Portugal, head and neck cancer is of increasing importance in health care due to its hostile and invasive characteristics. As it is a very aggressive cancer and located in anatomically exposed places, surgical treatment may prove to be truly mutilating, causing a great impact on the life of the patient and his family, resulting from functional and aesthetic changes. Surgery is thus understood by the patient and his family as a process that is involved in uncertainties, which include perioperative procedures, anesthetics and future life. The preoperative nursing consultation is thus a unique moment for the establishment of a relationship of trust between the perioperative nurse and the patient and his family, leading to the transmission of complete and individualized information, promoting a more effective preoperative period and greater patient involvement in their treatment. With the aim of promoting the reception of patients with head and neck cancer to the Operating Room, contributing to the quality of the nursing care provided, the project "Preoperative Nursing Consultation: Specialized interventions promoting the reception of head and neck cancer patients" was developed. This is part of the curricular unit of Internship with Report of the 12th Master's Course in the area of specialization in Medical-Surgical Nursing, in the field of oncology nursing, aiming at the acquisition of Specialist Nurse skills and the acquisition of the Master's degree. Therefore, I intend to answer the question "What are the nursing interventions to be carried out at preoperative nursing consultation for head and neck cancer patients?". To this end, the methodology adopted was based on researching scientific evidence, conducting a scoping review of the literature and providing nursing care in three internship fields, based on a reflective practice of events and the production of supporting documents.

Keywords: cancer patient; head and neck tumor; operating room; preoperative nursing consultation; nursing interventions.

INDICE

INTRODUÇÃO	19
1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA	25
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	27
2.1. Consulta de Enfermagem Pré-operatória ao doente com CCP	27
2.2. Acolhimento do doente com CCP ao BO	29
2.3. Referencial teórico de enfermagem	31
3. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	37
3.1. Campo de estágio A: Consultas Externas de ORL	38
3.2. Campo de estágio B – Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/ ORL	43
3.3. Campo de estágio C – Consultas Externas e Bloco Operatório	47
4. AVALIAÇÃO	53
4.1. Pontos fortes e pontos fracos	55
4.2. Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados	56
5. CONCLUSÕES E TRABALHOS FUTUROS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

APÊNDICES

APÊNDICE I – Revisão *Scoping*

APÊNDICE II - Análise *Swot*

APÊNDICE III – Reflexão acerca da observação realizada na consulta de enfermagem pré-operatória de ostomias de eliminação.

APÊNDICE IV - Planeamento das Atividades do Ensino Clínico do 3º Trimestre – Local de Estágio A.

APÊNDICE V - Cronograma das atividades - Local de Estágio A.

APÊNDICE VI – Questionário realizado na CE do Campo de Estágio A ao doente com CCP submetido a cirurgia e sua família/cuidador

APÊNDICE VII – Análise reflexiva dos questionários realizados no campo de estágio A.

APÊNDICE VIII - Guia Informativo Pré-cirúrgico

APÊNDICE IX – Intervenções de Enfermagem na CEPO – *Chek-list*

APÊNDICE X – Índice para Guia de Boas Práticas para realização de CEPO

APÊNDICE XI - Questionário para avaliação do acolhimento realizado no serviço de internamento.

APÊNDICE XII - Estudo de caso.

APÊNDICE XIII – *Check-list* de intervenções de enfermagem para CEPO.

APÊNDICE XIV - Reflexão acerca das intervenções de enfermagem promotoras do acolhimento no local de estágio A e B.

APÊNDICE XV – Póster de apresentação no serviço com o tema “Acolhimento do doente oncológico cirúrgico”.

APÊNDICE XVI –Plano de Sessão Formativa.

APÊNDICE XVII – Slides da formação - Campo de Estágio C.

APÊNDICE XVIII – Caracterização do local de estágio C – Bloco Operatório e Consulta Externa.

APÊNDICE XIX – Pedido de apoio à Liga Portuguesa Contra o Cancro

APÊNDICE XX – Resposta de apoio da Liga Portuguesa Contra o Cancro - *MovAplar*

APÊNDICE XXI – Reflexão acerca da importância da utilização do Guia de Boas Práticas

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de frequência no Workshop “Gestão de dispositivos de ostomias respiratórias”.

ANEXO II – Certificado de frequência no Congresso nacional de Estomaterapia 2022

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Diagrama do modelo teórico de Mishel para a percepção da incerteza na
doença 33

FIGURA 2: Diagrama do modelo teórico de Mishel reconceptualizado para a
percepção da incerteza na doença..... 35

INTRODUÇÃO

O presente documento foi elaborado no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente Enfermagem Oncológica pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e intenta descrever o percurso realizado na unidade curricular Estágio com Relatório.

Com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes oncológicos de cabeça e pescoço¹ (CP) no Bloco Operatório (BO), foi elaborado o projeto de intervenção intitulado “Consulta de Enfermagem Pré-operatória: Intervenções especializadas promotoras do acolhimento ao doente oncológico da cabeça e pescoço”, o que permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em enfermagem.

A escolha deste tema recaiu numa preocupação percecionada no seio da equipa de enfermagem do BO, onde me integro, onde a informação e o ensino realizado ao doente com patologia oncológica de CP proposto para cirurgia e sua família era inexistente.

Este projeto teve assim, como finalidade, a promoção do acolhimento do doente oncológico de CP proposto para cirurgia através da implementação de uma consulta de enfermagem pré-operatória (CEPO) ao doente e sua família/cuidador.

As doenças neoplásicas de CP dizem respeito a um grupo de tumores que se desenvolvem nesta área do corpo (Losi *et al*, 2019) sendo, segundo Joaquim

uma designação utilizada pelos profissionais de saúde para englobar um conjunto de tumores invasivos que estão presentes nesta região anatómica, tais como o cancro da cavidade oral, faringe, laringe, glândulas salivares, fossas nasais e seios paranasais, tiróide, paratiroide e cancro da pele da face, pescoço e couro cabeludo. (...) De forma mais restrita, quando se fala de cancro da cabeça e pescoço fala-se do conjunto de tumores malignos que surgem nos órgãos localizados nas vias aéreas e nas vias digestivas da cabeça e pescoço (2019, para 1, 3.).

¹ Considera-se doente oncológico da cabeça e pescoço o indivíduo a quem foi diagnosticada uma patologia do foro oncológico da cabeça e pescoço e que é alvo dos cuidados de enfermagem.

As doenças oncológicas de CP são uma realidade em Portugal e os tratamentos envolvidos na gestão destas patologias levam a alterações importantes na função de órgãos e na aparência estética do doente, implicando mudanças na capacidade de falar, mastigar, deglutir e até de cheirar (Silva, Aguilera & Miguel, 2012), sendo a primeira escolha o tratamento cirúrgico (Losi *et al*, 2019).

Os tumores de CP apresentam-se com a pior taxa de sobrevivência e estão ligados diretamente, isolados ou em associação, com o consumo de álcool e tabaco. Atualmente, a infeção pelo vírus do papiloma humano também é um fator etiológico a ter em consideração (Estevão *et al*, 2016).

O BO é um local que incita ao distanciamento e ao silêncio entre a equipa e o doente derivado do ambiente muito dinâmico, físico, frio e fechado (Freiberger & Mudrey, 2011), o que vai provocar o aparecimento da dúvida e do medo.

Ao deparar-se com o desconhecido, o indivíduo vai gerar sentimentos que o vão deixar emocionalmente fragilizado (Freiberger & Mudrey, 2011) sendo que, ao tomar conhecimento da necessidade de cirurgia, vai enfrentar uma série de receios e inquietações, devendo estas ser esclarecidas antes de entrar no BO (Santos, 2006).

Uma vez que a enfermagem se baseia no “processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos” (Watson, 2002, p.52), e em que “cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (Hesbeen, 2000, p.37), então a “arte da enfermagem inscreve-se num projeto de cuidados, projeto significativo tanto para os beneficiários dos cuidados como para os prestadores dos mesmos” (Hesbeen, 2000).

São assim, os enfermeiros que possuem os conhecimentos e as competências para aplicar esta “*arte do cuidar*” através de uma relação de proximidade e confiança com o doente e sua família e distinguem-se “pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001, p. 10).

A fase pré-operatória é parte integrante do período perioperatório² e inicia-se quando o doente é informado da necessidade da realização do procedimento cirúrgico (Ferrito, 2014) como tratamento para a sua patologia oncológica.

Nesta fase, as IE centram-se no ensino dirigido para os procedimentos pré-operatórios, anestésicos e os diretamente envolvidos com a cirurgia em causa, bem como nos cuidados referentes ao pós-operatório, esclarecendo dúvidas e reduzindo a ansiedade (Ferrito, 2014; Pelarigo, 2019).

Toda a experiência cirúrgica do doente oncológico de CP vai trazer sentimentos de dúvida, ansiedade e incerteza. Ao ter contacto com o diagnóstico e com a proposta de tratamento, o doente vai experienciar uma reformulação do seu equilíbrio para atingir uma nova normalidade, sendo que a Teoria da Incerteza na Doença, de Mishel descreve este fenómeno (Bailey, Stewart & Stewart, 2002). O conceito central desta teoria é a incerteza, a qual é descrita como um processo mental no qual o individuo é incapaz de identificar uma direção lógica para os acontecimentos associados à sua doença (Bailey, Stewart & Stewart, 2002).

Assim, a base deste projeto é sustentada pela referida teoria, onde os enfermeiros têm um papel fundamental enquanto fornecedores de estrutura (informação) para a reorganização do doente e sua família tendo em vista o atingir de uma vida mais autónoma.

Tendo em conta a necessidade de desenvolvimento de competências no âmbito do acolhimento ao doente oncológico de CP proposto para cirurgia e sua família, objetivou-se o desenvolvimento de competências no âmbito dos domínios comuns de enfermeira especialista (EE) (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019), das competências específicas do EE em Pessoa em Situação Crónica (OE, 2018), das competências específicas do EE à pessoa em Situação Paliativa (OE, 2018), das competências do EE em Oncologia (EONS, 2018) e no âmbito das competências de Mestre (Diário da República [DR], 2006).

Foram definidos como objetivos gerais para este projeto:

² O período perioperatório é constituído pelas fases pré, intra e pós-operatória (Galvão et al, 2002; AESOP, 2006).

- Adquirir e desenvolver competências como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente oncológica e mestre na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço propostas a cirurgia e sua família;
- Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados no BO onde exerço funções.

Para a realização deste projeto de intervenção, a metodologia utilizada englobou a concretização de uma revisão *Scoping* (APÊNDICE I), a produção de uma reflexão crítica que atravessa todo o percurso do projeto e a execução de estágios em três (3) contextos hospitalares distintos, tendo sido realizadas quatrocentas e quarenta e oito horas (448) de estágio, entre 11 de outubro de 2021 e 25 de fevereiro de 2022. O primeiro campo de estágio³ escolhido, foi um serviço de consultas externas (SCE) de um Centro Oncológico Nacional (CON), selecionado por ser o local onde o doente e a sua família têm conhecimento acerca da necessidade de cirurgia como tratamento proposto para a patologia diagnosticada. O segundo campo de estágio⁴, diz respeito a um serviço de internamento cirúrgico de Cabeça e Pescoço/Otorrinolaringologia (ORL)/Endocrinologia de um CON e foi selecionado pois nele é realizado o acolhimento na prática de cuidados diária, por enfermeiros peritos, ao doente com CCP propostos para cirurgia e à sua família. O último campo de estágio⁵, refere-se ao SCE e ao BO, do hospital onde exerço funções, e onde foi concretizada a implementação do projeto de intervenção.

Com o propósito de evidenciar o trajeto percorrido na implementação deste projeto, o presente relatório constitui-se pela presente introdução, seguido de cinco (5) capítulos: a definição da problemática; o enquadramento teórico, com base na evidência científica relacionada com o tema em estudo; a execução das atividades previstas, realizando-se uma descrição, análise e reflexão das atividades planeadas e realizadas; a avaliação, onde se analisam os pontos fortes e fracos do projeto, bem como o contributo do mesmo para a qualidade dos cuidados; e finalmente, as

³ Identificado como “campo de estágio A”.

⁴ Identificado como “campo de estágio B”.

⁵ Identificado como “campo de estágio C”.

conclusões, realizando-se uma síntese do percurso realizado, os resultados obtidos e as perspetivas futuras.

Para a realização das citações em texto e referências bibliográficas utilizou-se a norma APA 7ª edição ([American Psychological Association](#), 2020; Universidade de Aveiro, 2020).

1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Tendo em conta que os procedimentos cirúrgicos envolvidos na gestão do cancro da cabeça e pescoço (CCP) são, em grande maioria, procedimentos altamente invasivos e agressivos (Losi *et al*, 2019; Sarmiento, 2020) provocando na pessoa e família/cuidador dúvidas, receios e incertezas relacionadas com os acontecimentos inerentes ao período perioperatório (Santos, Martins e Oliveira, 2014), torna-se imperiosa uma preparação cuidada na fase pré-operatória destes doentes oncológicos.

Assim, na fase que antecede a cirurgia (fase pré-operatória), os cuidados de enfermagem demonstram-se laboriosos pois envolvem, para além da preparação psicológica e emocional para o procedimento cirúrgico e suas complicações e consequências, um ensino relevante que aborda o ambiente e os cuidados diferenciados a que irão ser submetidos no BO (Pereira *et al*, 2016).

Apesar do disposto, é comum e prática corrente, os doentes com CCP com cirurgia programada darem entrada no hospital onde exerço funções, para a realização do procedimento cirúrgico sem haver qualquer contacto com o enfermeiro perioperatório, no próprio dia da cirurgia. O circuito do doente engloba a consulta médica, onde lhe são comunicados o diagnóstico oncológico e as opções de tratamento, sendo naquele momento informado da necessidade de cirurgia. De seguida, é encaminhado para a realização de exames pré-operatórios, culminando este circuito na consulta de anestesia que precede a cirurgia. Esta consulta é realizada entre seis (6) meses antes até à véspera do procedimento. Assim, não existe nenhuma interlocução com o enfermeiro para a identificação de potenciais problemas que deveriam ser identificados na fase pré-operatória, bem como todos os ensinamentos referentes ao período perioperatório.

O primeiro contacto com o enfermeiro dá-se no momento do acolhimento, quando o doente chega ao BO. Tendo em conta as contingências geradas pela atual situação de Saúde Pública, gerada pela pandemia, a maioria dos doentes nem sequer dão entrada pelo serviço de internamento, sendo a entrada realizada diretamente para uma unidade pertencente ao BO. Neste acolhimento não são

realizados quaisquer ensinamentos e as questões colocadas dizem respeito à identificação positiva do doente, ao respeito pelo cumprimento do jejum e se deu o seu consentimento informado para a realização do procedimento anestésico e cirúrgico.

À chegada ao BO, o doente encontra-se ansioso e preenchido de dúvidas acerca dos vários aspetos relacionados com o momento que está a atravessar e o futuro próximo que o espera.

A passagem da informação para o enfermeiro de anestesia é realizada através de um telefonema efetuado pelo enfermeiro que recebeu o doente. A informação transmitida é a considerada pertinente para a intervenção cirúrgica (a qual engloba a confirmação do procedimento proposto, o jejum, a existência de alergias e de doenças anteriores e a assinatura dos consentimentos informados). No entanto, muita da informação acerca das necessidades do doente não é recolhida, tida em conta ou passada aquando do referido telefonema.

Tendo em conta a realidade onde me encontro envolvida, e conjuntamente com a demanda em aprofundar os conhecimentos em enfermagem oncológica, surge a necessidade de desenvolver este projeto de intervenção com o objetivo de poder oferecer cuidados de enfermagem de excelência a estes doentes e suas famílias, promovendo a sua readaptação a uma vida funcional, com uma alta adesão ao tratamento, plena e com um maior grau de independência.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Através do enquadramento teórico, objetivou-se explicitar as evidências científicas reunidas após uma revisão bibliográfica minuciosa.

Tendo em conta a problemática em estudo, foi realizada uma revisão *scoping* (APÊNDICE I), partindo das bases de dados *CINAHL* e *MedLine*, no intervalo de tempo compreendido entre 2006 e 2021.

2.1. Consulta de Enfermagem Pré-operatória ao doente com CCP

O período perioperatório inicia-se com a fase pré-operatória, sendo nela que o doente é informado de que irá necessitar de uma cirurgia (Christóforo & Carvalho, 2009). Os cuidados de enfermagem do doente com CCP, nesta fase representam uma grande complexidade, pois incluem a preparação emocional e psicológica do indivíduo, para além dos ensinamentos para a cirurgia, para os procedimentos anestésicos, a recuperação e as repercussões do seu tratamento (Pereira *et al*, 2016).

Devido à proximidade do enfermeiro com o doente e sua família, este é o profissional que se encontra numa posição mais favorável para o informar através de uma linguagem apropriada (Mendes & Ferrito, 2021).

É também neste momento que se oportuniza o principiar da construção de um clima que favorece o exteriorizar de medos, inquietações e angústias, sedimentando-se assim uma vinculação que é facilitadora de uma comunicação centrada no doente (Breda & Cerejo, 2020) com CCP com cirurgia proposta e sua família.

Sendo assim, a CEPO é um momento importante indo de encontro com as necessidades específicas e as características de cada indivíduo (Mendes & Ferrito, 2021).

A consulta de enfermagem é definida como uma intervenção de enfermagem autónoma, pois é realizada sob a decisão e responsabilidade do enfermeiro (OE,

2015), que objetiva a efetivação de uma avaliação com o intuito de proporcionar ao doente com CCP proposto para cirurgia e sua família, o alcançar do pináculo da sua capacidade de autocuidado (Portaria nº 306A/2011 de 20 de dezembro).

O ensino pré-operatório realizado durante a CEPO fornece a estes doentes os ensinamentos com a informação necessária para que tenham conhecimento dos acontecimentos que se planeiam e segundo Bayraktar *et al* (2017) incita à adesão de comportamentos para a prevenção de complicações e redução da ansiedade e da incerteza. São também avaliados e tidos em conta as comorbilidades do doente com CCP, identificando e documentando-se os fatores de risco (Mendes, 2020, p. 32).

Com efeito, a CEPO constitui-se como uma atividade multifacetada, pois está condicionada às características cognitivas do doente e da sua família, bem como com a cirurgia proposta e com a história anterior do mesmo e segundo Mendes (2020, p.32) “trata-se efetivamente de um momento em que interagem características, conhecimentos e competências de mais do que um interveniente, tornando-se um momento desafiante na prática de cuidados e igualmente enriquecedor para o processo cirúrgico”.

Esta consulta é a oportunidade para instituir uma relação empática entre o enfermeiro e o doente com CCP e a sua família, avaliando o que estes entendem acerca do procedimento cirúrgico para o qual está proposto e o que espera dele (Pelarigo, 2019).

De acordo com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP), os objetivos da CEPO são:

- respeitar a individualidade do doente e proteger os seus direitos;
- Reduzir a angústia e a ansiedade do doente relacionada com a intervenção a que vai ser submetido, com o fim de obter um maior bem estar e colaboração do doente no pré, intra e pós-operatório;
- Promover a interação entre o enfermeiro do bloco e o doente;
- Familiarizar o doente com o enfermeiro perioperatório e com o ambiente da sala de operações, como preparação do acolhimento ao bloco operatório;
- Avaliar as expectativas e conhecimentos do doente face à cirurgia;
- Permitir ao enfermeiro conhecer a história do doente e as necessidades afetadas, de forma a estabelecer diagnósticos de enfermagem e planear cuidados personalizados;
-

Verificar a existência ou não do consentimento informado e atuar em conformidade;

- Relembrar e esclarecer, se necessário, as informações recebidas acerca dos procedimentos inerentes à preparação pré-operatória;
- Permitir a continuidade dos cuidados de forma a operacionalizar o processo e enfermagem;
- Promover articulação funcional entre os enfermeiros do bloco e os enfermeiros da unidade de internamento;
- Aumentar o nível de satisfação dos enfermeiros do bloco (2006, p.124).

Segundo um estudo realizado por Machado et al (2015), constata-se que, com o objetivo de controlar a ansiedade associada à cirurgia, o doente proposto para cirurgia procura informação relacionada com o procedimento cirúrgico e o ambiente envolvente do BO. Assim, os assuntos abrangidos no ensino realizado durante a CEPO concentram-se nos procedimentos pré-cirúrgicos, nas etapas do procedimento cirúrgico, os cuidados pós-operatórios, as várias possibilidades de acontecimentos provocadores de tensão ligados à cirurgia, as prováveis complicações cirúrgicas e/ou anestésicas e o controlo da dor (Pettersson *et al*, 2018).

2.2. Acolhimento do doente com CCP ao BO

Para o tratamento dos tumores de cabeça e pescoço, independentemente da sua localização ou etiologia, a maior parte dos diagnósticos têm como indicação terapêutica a cirurgia (Sarmiento, 2020).

Assim sendo, o trajeto do doente diagnosticado com um CCP poderá passar pelo BO. Este representa um dos locais do hospital mais desconhecido e misterioso, pois é de acesso muito controlado, tanto para profissionais como para os doentes (Jesus & Abreu, 2014).

Tendo em conta a diversidade das necessidades dos indivíduos que, também eles são diferentes e com experiências de vida dispares (Giron & Berardinelli, 2015), é imperioso que o doente com CCP proposto para cirurgia e sua família sejam recebidos no BO como seres únicos. Assim, e segundo Giron & Berardinelli (2015), o momento do acolhimento no BO deverá obedecer ao princípio do “estar com” e “estar perto de”. Esta premissa revela a humanização dos cuidados através de uma

escuta ativa e da disponibilidade para que o doente explique acerca dos seus sintomas, da sua história prévia e das suas incertezas e expectativas.

O acolhimento em enfermagem é um conceito que se define como a relação que se institui entre o enfermeiro e o doente, no momento em que é admitido no serviço (Silva, 2010) e segundo Baleizão (2018, p.18) “o acolhimento compreende a atenção dada ao doente, onde a escuta é importante para validar e identificar as queixas e necessidades”. Já segundo Costa (2014), o conceito de acolhimento abrange o período entre o internamento do doente e sua família até ao momento da alta, em que este se constitui como uma relação de ajuda que se perpetua nos cuidados diários.

Não sendo um serviço de internamento, o BO representa o iniciar de um processo de gestão da doença oncológica de CP e a sua passagem nele um processo traumático (Jesus & Abreu, 2014). Assim sendo, o acolhimento neste serviço é um procedimento que se pretende dinâmico, contínuo e promotor de uma relação de ajuda (AESOP, 2006) e é neste momento, em que o doente está prestes a entrar no local onde vai realizar a cirurgia, aguardando pelos procedimentos que lhe estão inerentes, que vão surgir as derradeiras dúvidas e medos acerca da doença, o procedimento cirúrgico e anestésico e até com outras preocupações referentes ao pós-operatório (AESOP, 2006). É aqui que o enfermeiro possui um papel fundamental, utilizando a comunicação como “um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas” (Phaneuf, 2005, p.23).

É naquele momento que se irá reiterar a relação, que se iniciou com a CEPO, e que irá determinar todo o acolhimento (Phaneuf, 2005) estabelecendo-se um vínculo baseado na empatia e confiança, isto é, humanizando-se os cuidados de enfermagem (Giron & Berardinelli, 2015).

De acordo com Jesus & Abreu (2014), concomitantemente com os aspetos humanizadores dos cuidados, estes devem ser acompanhados pela confirmação das condições pré-cirúrgicas, não se negligenciando assim, os aspetos mais técnicos relativos à experiência cirúrgica, devendo ser tidos em conta os seguintes princípios:

- Na aproximação da enfermeira ao doente, aquando da sua chegada ao BO, baixar a máscara (mostrando o rosto) apresentando-se (tendo em conta as contingências impostas pela atual pandemia);
- Dar oportunidade para que o doente se apresente, respeitando-se a vontade do mesmo em se chamar pelo nome que habitualmente é tratado;
- Verificar a história pessoal relevante para o procedimento cirúrgico (antecedentes pessoais, médicos e cirúrgicos);
- Perceber quais as perspetivas do doente para os acontecimentos relacionados com o período perioperatório;
- Encorajar a partilha de medos, incertezas e dúvidas, revelando disponibilidade para dar resposta aos mesmos;
- Reforçar o que foi explicado durante a CEPO, relativamente ao ambiente do BO;
- Relembrar o que foi falado na CEPO, no âmbito das intervenções associadas ao procedimento (tal como a presença de algália, sonda nasogástrica);
- Garantir a privacidade do doente e um ambiente o mais calmo possível, durante a permanência no BO.

2.3. Referencial teórico de enfermagem

A teoria de enfermagem fornece significância aos fundamentos e princípios, melhorando a prática, dando assim oportunidade para que se consigam descrever, explicar e antecipar os vários acontecimentos (Alligood & Tomey, 2002).

Devido aos tratamentos cirúrgicos agressivos e na grande maioria das vezes mutiladores, o CCP reflete-se na pessoa através de sentimentos de incerteza, insegurança e medo (Carvalho, 2009), podendo estes condicionar a boa evolução e adesão ao tratamento, bem como diminuir a sua participação no envolvimento para o autocuidado.

Também Zhang (2017) refere que a incerteza é uma reação comum na experiência dos doentes oncológicos, podendo revelar-se em qualquer momento do curso da doença, sendo mais frequente no diagnóstico, no início de novos tratamentos e na transição de cuidados, pois estas apresentam-se como experiências complexas e ameaçadoras.

A patologia oncológica e os procedimentos cirúrgicos a ela associados podem caracterizar a qualidade de vida e até mesmo o seu limite temporal, o que leva o doente e a sua família/cuidador a um processo de adaptação a esta realidade (Oliveira & Jesus, 2018).

A Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel constitui a estrutura conceptual que irá nortear todo o percurso deste projeto de intervenção, a qual é categorizada como uma teoria de médio alcance. O seu foco de interesse é mais restrito quando comparada com uma grande teoria, diminuindo o hiato entre as teorias abstratas e as concretas, sendo o fundamento para a tomada de decisão baseada na evidência (Alligood & Tomey, 2004; Oliveira, 2018).

Esta teoria emergiu em 1988 tendo evoluído e sido reconceptualizada em 1990, sendo a incerteza definida em ambas as versões como "a incapacidade para determinar o significado de acontecimentos relacionados com os processos de doença, ocorrendo em situações em que o decisor não consegue atribuir valores definidos a objetos e eventos e/ou é incapaz de prever com precisão os resultados porque lhe falta pistas suficientes" (Mishel, 1988, p.225; Mishel, 1990, p.256).

É assim, um processo, conseguindo-se explicar como se processam os estímulos relacionados com o processo de doença e o seu tratamento e se constroem significados dessas experiências conduzindo assim à adaptação.

A teoria é inicialmente descrita como sendo constituída por três (3) dimensões principais: os antecedentes da incerteza, o processo e avaliação da incerteza e as estratégias de *coping* (Mishel, 1988). A fig.1 esquematiza a teoria.

Antecedido pelo fenómeno da incerteza, o qual ocupa um lugar central, encontram-se os antecedentes da incerteza. Mishel (1988) explica os vários constituintes da teoria em que esta é constituída por:

a. Quadro de estímulos (*Stimuli frame*): Compreende os estímulos envolvidos no fenómeno, onde se englobam: o padrão de sintomas (*Symptom pattern*) - sintomas, os quais poderão ou não ser entendidos como um padrão; a familiaridade de eventos (*Event familiarity*) - evento que poderá ou não ser entendido como familiar; a congruência dos eventos (*Event congruency*) - nível de consistência entre o que se espera e o que é realmente vivenciado, nos processos relativos ao processo de doença.

b. Capacidades cognitivas (*Cognitive capacities*) - capacidade individual para processar a informação. Uma capacidade cognitiva limitada vai reduzir a habilidade para entender os estímulos envolvidos.

c. Fornecedores de estruturas (*Struture providers*) - Recursos disponíveis para que o doente compreenda e assimile o quadro de estímulos. É composto por: autoridades credíveis (*Credible authority*) - todos os profissionais (onde se incluem os profissionais de saúde) que, pela comunicação, fornecem a informação ao doente; suporte social (*Social support*) - todo o apoio prestado, tanto a nível social como familiar, no que diz respeito ao processo de doença; educação (*Education*) - educação para a saúde.

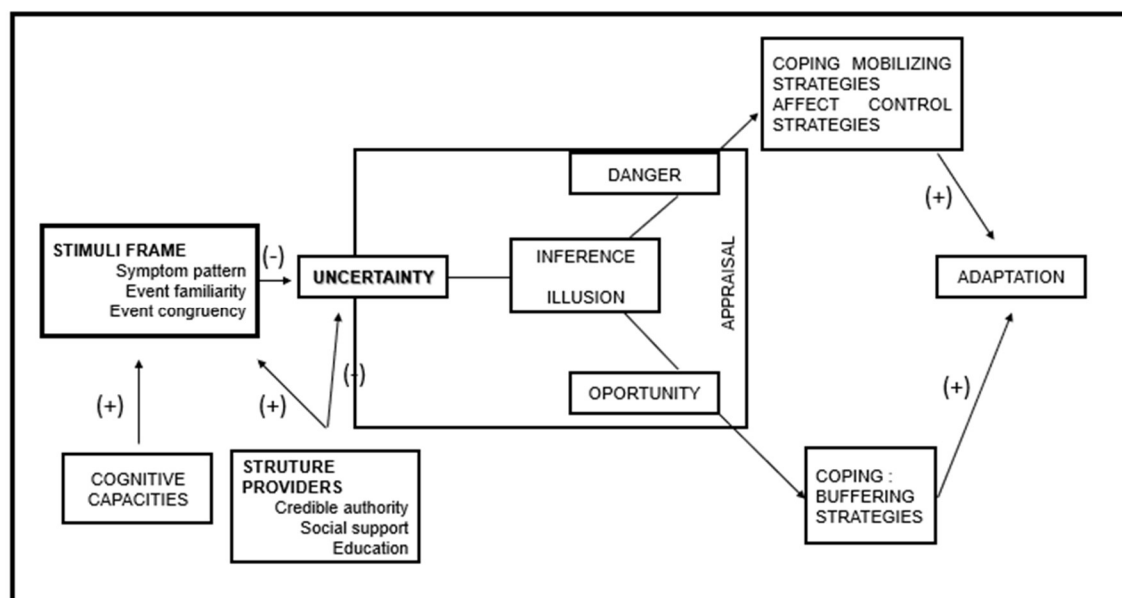


Figura 1: Diagrama do Modelo Teórico de Mishel para a percepção da incerteza na doença (Mishel, 1988, p.226)

Na secção central do modelo, encontra-se a avaliação da incerteza, em que esta será apreciada pela pessoa através de métodos de inferência ou de ilusão. É após esta

apreciação que a incerteza será compreendida como um perigo (de forma negativa) ou como uma oportunidade (de forma positiva).

Ao avaliar a incerteza como um perigo, os processos de *coping* vão levar à procura de informação, com o objetivo de diminuir essa incerteza, mediante a gestão de sentimentos, emoções e apoio cognitivo.

Se a avaliação conduzir à interpretação da incerteza como uma oportunidade, através de métodos de ilusão, esta vai ser apreciada como positiva, conduzindo à adaptação, tornando a incerteza protetora e impulsionadora.

Qualquer que seja o resultado da avaliação e interpretação da incerteza, as estratégias de *coping* vão conduzir a uma adaptação.

Mishel (1988) descreve ainda quatro (4) formas de descrever a incerteza decorrente da doença, relacionando-a com:

- a) A ambiguidade relativa ao estado da doença;
- b) À complexidade do tratamento e do sistema de cuidados;
- c) À ausência de informação, no que se relaciona com o diagnóstico e tratamento da doença;
- d) E à imprevisibilidade do curso da doença/prognóstico.

Segundo Mishel (1990), a reformulação da teoria descreve que os fatores relacionados com a incerteza na doença, ao se introduzirem na vida da pessoa, vão competir com o modo de funcionamento prévio do indivíduo.

Se a incerteza não invadir os vários aspetos da vida da pessoa, então esta não será suficiente para provocar uma rutura no padrão de vida. Se pelo contrário, os níveis de incerteza forem tão elevados que consigam invadir os vários aspetos de vida da pessoa, então irá conduzir a um desequilíbrio dos sistemas pessoais e/ou independência.

A vivência da incerteza na doença é experienciada tanto pela pessoa que vive o trajeto da doença como pela sua família. Quando na posse de informações claras e consistentes, tornam-se mais empoderados para a tomada de decisão, revelando níveis menores de ansiedade (Barbosa, 2012).

Na figura 2 está descrito o modelo reconceptualizado da incerteza na doença (Bailey, Stewart & Stewart, 2004).

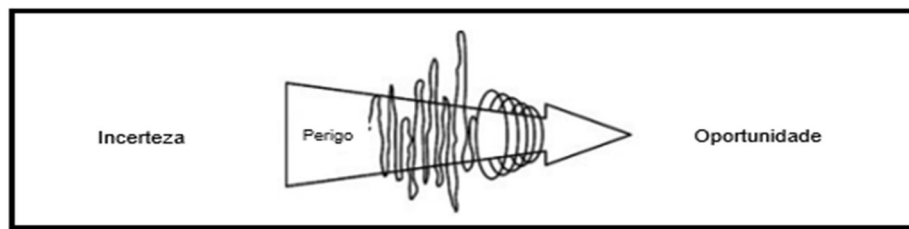


Figura 2: Diagrama do Modelo Teórico de Mishel reconceptualizado para a percepção da incerteza na doença (Bailey, Stewart & Stewart, 2004, p. 631).

3. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

No meu serviço, o acolhimento ao BO do doente com CCP proposto para cirurgia não é realizado convenientemente, representando uma falha que considero grave. Ao não existir uma CEPO, estes doentes chegam ao BO com uma mistura de sentimentos provocadores de ansiedade e medo, fruto da falta de informação. Esta necessidade já era percebida pelos enfermeiros do serviço há algum tempo, provocando na equipa alguma insatisfação.

O ingresso no curso de especialidade foi impulsionador para o envolvimento na resolução do vazio criado pela ausência das intervenções relacionadas com o acolhimento dos doentes com CCP com cirurgia proposta, ao BO.

Tendo em conta o referido atrás, este capítulo intenta descrever o trajeto percorrido para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências de Mestre, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica, competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Paliativa e das competências recomendadas pela EONS *Cancer Nursing Education Framework*.

Assim, com o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente com CCP com cirurgia proposta, na promoção do acolhimento ao BO e de desenvolver as competências já referidas, foi desenvolvido este trabalho, baseado na metodologia de projeto, o qual teve início na unidade curricular Opção II. Esta metodologia implica um solucionar de um problema identificado na prática para o qual Gonçalves *et al* (2010) indica uma proposta de objetivos, planeando-se atividades onde se mobilizam recursos e estratégias, intentando-se assim, o resultado almejado.

Na elaboração do projeto foi produzida uma revisão da literatura orientada para a problemática em estudo, recolhendo-se a evidência científica para responder à questão de investigação que serviu de base à revisão *scoping* realizada: “Quais as IE a realizar na consulta de enfermagem pré-operatória ao doente oncológico de cabeça e pescoço?” Foi também elaborada uma análise *swot*, onde se explicitam as

forças, fraquezas, oportunidades e as ameaças da realização do projeto (APÊNDICE II).

Programaram-se também três (3) estágios em diferentes contextos clínicos definidos de acordo com os objetivos que se planearam atingir, bem com as competências a desenvolver. Os estágios realizaram-se inicialmente num Serviço de Consultas Externas (SCE) de ORL, seguido de um Serviço de Internamento Cirúrgico de CP/ORL/Endocrinologia, ambos num CON. O último estágio decorreu no BO e SCE do hospital onde exerço funções.

De seguida apresentam-se detalhadamente as atividades realizadas em cada estágio, de acordo com os objetivos definidos e as competências adquiridas.

3.1. Campo de estágio A: Consultas Externas de ORL

A realização deste estágio foi compreendida entre o dia 11 de outubro e o dia 19 de novembro de 2021. As consultas externas de ORL foram escolhidas por ser o primeiro serviço onde o doente com CCP tem conhecimento da necessidade de cirurgia, realizando-se a consulta de enfermagem pré-operatória, local onde eu teria assim, a oportunidade de observar e acompanhar a mesma. Seria também de grande interesse observar e compreender quais os ensinamentos que são realizados ao doente e família/cuidador, no que concerne ao período perioperatório.

Aquando da escolha do local, estaria previsto que o mesmo seria a Consulta de ORL/CP. No entanto, esta consulta funciona em locais distintos, com a Consulta de ORL e a Consulta de CP, com profissionais igualmente distintos. Depois de analisada a situação, percebi que não faria sentido dividir o estágio em duas partes, pois os procedimentos eram muito semelhantes em ambas as consultas, tendo assim optado por realizar a totalidade do estágio na consulta de ORL.

O serviço possui um projeto para a CEPO para o doente de CP e ORL, no entanto, e por ausência prolongada da enfermeira do serviço que realiza a mesma, esta não está a ser realizada, não se prevendo ainda o seu reinício. Assim, não me foi possível acompanhar e observar a CEPO neste serviço. No entanto, na consulta

de ostomias de eliminação, a CEPO é uma realidade e encontra-se em pleno funcionamento. Assim, e na impossibilidade de acompanhar a consulta pré-operatória para os doentes com CCP e considerando a consulta em funcionamento uma mais valia, foi solicitado o acompanhamento da enfermeira perita na realização da mesma, para assim trazer contributos para a consulta pré-operatória para os doentes de CCP. Assim, a atividade foi realizada, apesar de só ter acompanhado duas (2) consultas pré-operatórias. No entanto estas revelaram-se uma mais valia, tendo realizado uma reflexão acerca da experiência (APÊNDICE III).

Assim, o objetivo geral, os específicos, as atividades planeadas (exceto a referida anteriormente) e as competências a atingir para este estágio foram realizadas no tempo previsto, segundo o plano de atividades proposto (APÊNDICE VI) e que se encontra ilustrado no cronograma (APÊNDICE V).

Este estágio teve como objetivo geral adquirir e desenvolver competências como Enfermeira Especialista em enfermagem Médico-cirúrgica, vertente oncológica e mestre na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço propostas para cirurgia e sua família/cuidador.

Na construção deste amplo objetivo para a realização deste estágio com o foco na aquisição de competências, foram criados os seguintes objetivos específicos (com as respetivas atividades, recursos e indicadores de avaliação):

- Compreender a estrutura organizacional, o funcionamento do contexto clínico, a missão e os valores do serviço, de forma a promover a integração na equipa multidisciplinar do serviço.

É com este objetivo que se dá o início do estágio neste serviço. Para o atingir, foram delineadas algumas atividades que compreenderam a exposição do projeto de intervenção à enfermeira-chefe e à enfermeira orientadora; a consulta de documentos relacionados com a estrutura organizacional e funcional do contexto clínico e das práticas relacionadas com a pessoa com CCP e sua família/cuidador; entrevistar os enfermeiros do serviço e observar a dinâmica da equipa multidisciplinar; e compreender o desempenho da equipa de enfermagem em conjunto com a equipa multidisciplinar.

No primeiro dia, a enfermeira orientadora e a enfermeira-chefe apresentaram-me o serviço, a sua estrutura física e apresentaram-me à equipa.

Realizei a apresentação do projeto, numa reunião informal, tendo assim a oportunidade de demonstrar a importância do mesmo para o acolhimento do doente com CCP ao BO, no meu local de trabalho.

Apesar de existir um projeto semelhante, ele não está em execução, sendo o projeto apresentado considerado por ambas as enfermeiras como de importância relevante na humanização dos cuidados, tanto no meu hospital como no presente hospital.

As restantes atividades permitiram-me compreender a forma como o serviço está estruturado e o seu funcionamento bem como, o seu enquadramento dentro da cultura do hospital. Para isso foi elaborado um documento onde são descritos a estrutura organizacional e funcional do serviço⁶.

- Analisar a prática dos cuidados de enfermagem na CEPO, para o acolhimento à pessoa com CCP proposta para cirurgia.

Para atingir este objetivo, foram essenciais as atividades propostas, as quais abrangeram o acompanhamento da enfermeira orientadora na consulta de enfermagem; a identificação das necessidades (formativas e outras) da pessoa com CCP proposta para cirurgia, no âmbito da CEPO; e a realização da CEPO a quatro (4) doentes.

Na impossibilidade de acompanhar a enfermeira orientadora durante a CEPO, foi aprofundada a pesquisa bibliográfica acerca do tema.

Para a determinação das necessidades formativas (e outras) da pessoa com CCP, não sendo possível a sua identificação na CEPO realizada pela enfermeira perita, como indicador de resultado foi realizado um questionário. A sua elaboração foi baseada na escala da incerteza na doença (*Mishel uncertainty in illness scale*), ao doente que, já tendo passado pela experiência da cirurgia, consegue neste momento identificar as suas necessidades para que o procedimento cirúrgico

⁶ A autora não incluiu em apêndice este documento para não tornar demasiado extenso este relatório.

tivesse sido vivido com menor ansiedade, promovendo o acolhimento no BO e uma alta com menos dúvidas (APÊNDICE VI).

A escala original é utilizada para definir os níveis de incerteza na doença, sendo avaliados os 4 domínios: ambiguidade, falta de clareza, falta de informação e imprevisibilidade (Oliveira, 2018). Com este questionário foi possível avaliar o nível de falta de informação e a clareza, aquando da fase pré-operatória e o que teria sido importante ter conhecimento antes da cirurgia, para o doente que já passou pela experiência cirúrgica. A falta de clareza decorre das explicações incompletas e/ou da incapacidade para as compreender enquanto que a falta de informação, que estando associado ao domínio anterior, engloba as informações que não são partilhadas (como por exemplo, a ausência de um diagnóstico ou da informação acerca da gravidade da doença) (Barbosa, 2012).

Foi também aplicado ao doente com cirurgia proposta, um questionário idêntico, determinando-se assim a falta de informação e a clareza na fase pré-operatória.

Ambos os questionários foram aplicados durante momentos de conversa informal, onde se foram colocando as questões e preenchido os questionários posteriormente à saída do doente.

Esta situação desenvolveu-se com o consentimento da enfermeira-chefe e da enfermeira orientadora. Decorrente da aplicação dos questionários baseados na Teoria da Incerteza na Doença, foi elaborada uma análise reflexiva, tendo como foco a relevância que a CEPO tem para o doente com CCP com cirurgia programada (APÊNDICE VII).

Apesar de não estar a ser realizada uma CEPO no Serviço de CE de ORL, foram efetuadas CEPOs a quatro (4) doentes com cirurgia programada, com a tutoria da enfermeira orientadora, tendo para tal sido elaborados Guias Informativos⁷ para as cirurgias, de acordo com os procedimentos propostos (APÊNDICE VIII). A disponibilização de informação escrita, no formato de guias Orientadores, podendo ser levada para o domicílio e ser partilhada com a família é, mesmo sem o

⁷ Para não tornar este relatório demasiado extenso, a autora incluiu em apêndice somente um dos Guias Informativos elaborado.

enfermeiro presente, uma ferramenta orientadora (Trescher *et al*, 2020). Foram escolhidos doentes com procedimentos diferentes e com repercussões estéticas e funcionais.

Como indicador de resultado utilizei o método reflexivo, realizando um estudo de caso⁸ acerca de um dos doentes a quem foi realizado a CEPO.

- Identificar as IE promotoras do acolhimento, através da CEPO.

Através da consulta de documentos orientadores para as boas práticas da CEPO e a pesquisa bibliográfica sobre as IE promotoras do acolhimento da pessoa com CCP proposta para cirurgia, consegui dar resposta ao último objetivo específico delineado para este estágio.

A CEPO, ao ter um papel educativo e de suporte emocional, não deve ser mecanizada, objetivando-se o cuidado individualizado, devendo este ser planeado, estruturado e abrangente (Trescher *et al*, 2020). Para tal, as IE e a informação a dar ao doente e sua família deverá ser planeada sequencialmente (Cardante, 2020).

Para tal foi organizada uma *check-list* com as IE e o ensino a realizar ao doente e família na CEPO (APÊNDICE IX) e um Índice para o Guia de Boas Práticas para a realização da CEPO para implementação no meu Hospital (APÊNDICE X). Estes são os Indicadores de Resultado inerentes às atividades propostas para este último objetivo específico.

Tendo em conta o objetivo geral, os três (3) objetivos específicos delineados e as várias atividades realizadas neste campo de estágio, foram desenvolvidas as seguintes competências: comuns ao enfermeiro especialista (EE): A – Responsabilidade ética e legal (A1; A2.); B – Melhoria continua da qualidade (B3.); D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D1; D2.) (OE, 2019); específicas do EE à pessoa em situação crónica: A. e B. (OE, 2018); específicas do EE à pessoa em situação paliativa: A. e B. (OE, 2018); EE em oncologia: 3.1A; 3.1B.; 4.2A.; 4.3; 5.1; 5.3.; 5.5.; 6.1. e 6.2. (EONS, 2018) e de Mestre: a. (DR, 2006).

⁸ A autora não incluiu em apêndice este documento para não tornar demasiado extenso este relatório.

3.2. Campo de estágio B – Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço/ ORL

O segundo local de estágio selecionado foi o serviço de internamento cirúrgico de CP/ ORL de um CON, que decorreu entre o dia 22 de novembro de 2021 e o dia 14 de janeiro de 2022.

Este serviço de internamento é dedicado ao doente oncológico cirúrgico de CP/ORL, onde se realiza o acolhimento destes doentes e família/cuidador, o qual engloba o ensino para a fase perioperatória.

Deste modo, tanto o objetivo geral como os específicos, as atividades planeadas para este estágio foram realizadas no tempo previsto, segundo o plano de atividades proposto⁹ e que se encontra ilustrado no cronograma⁹.

Para este estágio foi estabelecido o objetivo geral “desenvolver competências como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente oncológica e mestre na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço propostas para cirurgia e sua família/cuidador”.

De modo a dar resposta a este objetivo, foram delineados três (3) objetivos específicos, com as respetivas atividades, recursos e indicadores de resultado.

- Desenvolver e aprofundar o conhecimento acerca da estrutura organizacional, o funcionamento do contexto clínico, a missão e os valores do serviço, de forma a promover a integração na equipa multidisciplinar do serviço.

Para atingir este objetivo foram concebidas algumas atividades, as quais englobaram a exposição do projeto de intervenção, a consulta de documentos relacionados com a estrutura organizacional e funcional do contexto clínico e das práticas relacionadas com a pessoa com CCP proposto para cirurgia e sua família/cuidador, entrevistar informalmente os enfermeiros do serviço, observando

⁹ A autora não incluiu em apêndice este documento para não tornar demasiado extenso este relatório.

a dinâmica da equipa multidisciplinar e compreender o desempenho da equipa de enfermagem em conjunto com a equipa multidisciplinar.

Todas as atividades propostas foram realizadas dentro dos tempos previstos.

Aquando da apresentação do projeto de intervenção, este foi considerado tanto pela enfermeira chefe do serviço, como pela enfermeira orientadora como de importância fundamental na prestação de cuidados humanizadores e holísticos dos doentes com CCP.

Foi elaborado um documento onde foram descritos a estrutura organizacional e funcional do serviço decorrente da consulta efetuada aos documentos do serviço e às entrevistas informais realizadas a vários enfermeiros¹⁰.

- Analisar a prática dos cuidados de enfermagem para o acolhimento à pessoa com doença CCP proposta para cirurgia.

Para atingir este segundo objetivo, acompanhei a enfermeira perita no acolhimento realizado ao doente e família/cuidador com CCP. Efetivamente, a enfermeira orientadora não realiza o acolhimento no serviço, pelo que foi possível acompanhar a enfermeira perita.

O acompanhamento da enfermeira perita foi muito relevante tendo permitido a colaboração no acolhimento destes doentes e suas famílias. As IE que envolvem o acolhimento centram-se na humanização e individualização de cuidados, compreendendo a pessoa com necessidades únicas. O momento do acolhimento não tem tempo definido, o que permite à pessoa e à família o tempo necessário para a gestão da informação que está a ser dada, bem como à colocação de dúvidas. Realizei também o acolhimento a quatro (4) doentes e suas famílias, tendo acompanhado dois deles ao BO. Foram aplicados aos mesmos o questionário para identificação das necessidades, baseado no referencial teórico. Este questionário foi aplicado durante a conversa com o doente, no momento do acolhimento, sendo as questões colocadas de modo informal e inseridas durante a interlocução.

¹⁰ A autora não incluiu em apêndice este documento para não tornar demasiado extenso este relatório.

Prestei cuidados a estes doentes, tendo conseguido realizar a avaliação do acolhimento realizado, através da aplicação de um questionário para avaliação do mesmo (APÊNDICE XI).

Foi elaborado um estudo de caso baseado num doente a quem realizei o acolhimento e acompanhei no circuito BO/internamento e a quem prestei cuidados (APÊNDICE XII). Esta metodologia apresenta uma relevância importante pois a utilização desta metodologia promove a discussão sobre a prática baseada na evidência, o planeamento dos cuidados e a avaliação dos resultados (Souza *et al*, 2020).

- Identificar as IE promotoras do acolhimento na fase pré-operatória da pessoa e família/cuidador com CCP.

As atividades delineadas para cumprir este objetivo incluíam a consulta de documentos para as boas práticas, no acolhimento, a pesquisa bibliográfica acerca das IE promotoras do acolhimento e o recurso a entrevistas informais aos enfermeiros peritos no acolhimento na fase pré-operatória.

Assim, foi melhorada a *check list* iniciada já anteriormente, com as IE para ao acolhimento durante a CEPO (APÊNDICE XIII).

Foi também redigido o Guia de Boas Práticas para ser utilizado como roteiro para a realização da CEPO, no hospital onde exerço funções¹¹. Este pretende indicar o caminho para um crescimento da qualidade da prática clínica, levando também a uma diminuição da sua variação, melhorando a eficiência dos serviços, otimizando os recursos e servindo de base de referência para programas de qualidade (OE, 2007).

Foram incluídas nas atividades realizadas, mas não planeadas:

- Um texto reflexivo acerca das intervenções realizadas no acolhimento face às realizadas na CEPO e às observadas na consulta pré-operatória de ostomias de eliminação, no local de estágio anterior (APÊNDICE XIV) (tendo sido possível concluir que estão alinhados tanto os objetivos como as IE em ambas as situações);

¹¹ A autora não incluiu em apêndice este documento para não tornar demasiado extenso este relatório.

- Uma visita ao serviço de radioterapia, pois senti a necessidade de compreender a dinâmica e funcionamento deste serviço, visto que é um tratamento eleito como adjuvante à cirurgia. Muitas vezes o doente ou o seu familiar questionam como se realiza este tratamento e senti que os conhecimentos que possuía acerca do tema eram demasiado teóricos para funcionar como fornecedor de estrutura válido. Considerei esta visita ao serviço de radioterapia muito proveitosa, enriquecedora completando assim esta lacuna.

- A realização de um vídeo¹² para expor durante a CEPO, tendo como objetivo a apresentação estrutural do BO do HVFX. Segundo Cardante (2020), os meios audiovisuais podem ser usados como método de partilha de informação, pois estes vão completar o conteúdo da CEPO, fomentando a participação do doente e família, facilitando a compreensão. O grande objetivo é tornar o local “BO” um local já conhecido pelo doente, conseguindo este reconhecer os locais por onde vai passar, sendo assim possível encontrar conforto no que lhe é conhecido.

- Realização de um póster (APÊNDICE XV) para apresentação e afixação no serviço, com as IE no acolhimento. Este foi um tema que me foi sugerido pela enfermeira perita, visto que o serviço não tinha nenhum tipo de formação realizada na área. Primeiramente, o objetivo seria a realização de uma formação presencial à equipa, mas tendo em conta a conjetura atual de pandemia, esse propósito teve de ser revisto, uma vez que, face à situação pandémica, reunir a equipa seria um risco aumentado.

Através do objetivo geral delineado, dos respetivos objetivos específicos e de todas as atividades desenvolvidas neste segundo local de estágio, posso afirmar que, para além das competências adquiridas no local de estágio anterior, e que se mantiveram em desenvolvimento, adquiri as seguintes competências:

- No âmbito das competências EE em oncologia (EONS, 2018): 4.2b. e 4.5.;
- No âmbito das competências de Mestre (DR, 2006): b. e e..

¹² O vídeo pode ser consultado em: <https://drive.google.com/file/d/1AAbjoaRiBbj10PwDE5hWHc7K13iFSkwu/view?usp=sharing>

3.3. Campo de estágio C – Consultas Externas e Bloco Operatório

O terceiro e último local de estágio escolhido, compreende dois serviços: o SCE e o BO, sendo o segundo serviço o local onde exerço funções.

Este decorreu no período entre 17 de janeiro e 25 de fevereiro de 2022, num total de 20 turnos.

Considero que este último local de estágio representa o culminar de todo o trajeto percorrido, com a implementação do projeto de intervenção.

O objetivo geral, os objetivos específicos e as respetivas atividades planeadas foram realizadas segundo o plano de atividades proposto¹³ e o respetivo cronograma¹³.

O objetivo geral deste estágio foi “Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados no BO onde exerço funções”. Para tal foram elaborados os seguintes objetivos específicos que incluem as atividades, os recursos e os respetivos indicadores de resultado.

- Sensibilizar as chefias e a equipa de enfermagem do BO e SCE, para a importância da CEPO para a pessoa com CCP com cirurgia programada.

Este objetivo foi o ponto de partida para a implementação do projeto, e abarcou uma atividade planeada, a qual diz respeito à realização da exposição do projeto à chefia de ambos os serviços e à equipa de enfermagem. Assim, foram realizadas duas (2) apresentações informais a ambas as chefias e às enfermeiras orientadoras. Foi também incluído um elemento da direção de enfermagem, o qual esteve presente na reunião com a chefia do BO.

No que diz respeito à sessão formativa à equipa para apresentação do projeto de intervenção, foi realizado um pedido formal à Direção de Enfermagem para a sua realização às duas equipas de enfermagem envolvidas, num modelo misto (formação presencial e simultaneamente síncrona, através de plataforma de

¹³ A autora não incluiu em apêndice este documento para não tornar demasiado extenso este relatório.

videoconferência). No entanto, só foi dada autorização para a realização da mesma à equipa do BO devido à situação pandémica ainda presente na altura.

Para a realização da sessão formativa à equipa do BO, a divulgação foi efetivada através de e-mail pessoal e mensagem *Whatsapp* a todos os enfermeiros.

No que se relaciona com a equipa do SCE, foi realizado um vídeo¹⁴ com a formação, a qual ficou disponível na pasta partilhada do serviço, através da *Intranet*.

Esta formação foi fundamental para a partilha da evidência científica com a equipa de enfermagem, no que diz respeito à CEPO e o respetivo acolhimento ao doente com CCP proposto para cirurgia com vista à diminuição da incerteza, do stress e das complicações no pós-operatório.

Para a realização desta sessão formativa, foi realizado um plano de formação (APÊNDICE XVI).

Nesta formação foi enfatizada a importância da implementação da CEPO ao doente com CCP tendo em vista uma maior humanização e individualização dos cuidados de enfermagem, promovendo a melhoria da sua qualidade (APÊNDICE XVII).

Na sessão estiveram presentes (entre a plataforma de videoconferência e a presença física) 27 enfermeiros, dos 60 que compõem a equipa, o que corresponde a 45% do total.

No Hospital, a avaliação da formação só é realizada se esta tiver mais que duas (2) horas de duração, não tendo por isso, sido realizada uma avaliação formal da mesma. No entanto, no final da sessão, o *feedback* dado pela equipa foi muito positivo, tendo recebido mensagens de muitos dos enfermeiros de onde se destacam: “Projeto de extrema importância para os doentes” (SIC); “este projeto faz toda a diferença para os doentes e é um reconhecimento do nosso trabalho” (SIC); “*Estes doentes deveriam ter tido sempre este apoio porque a vida deles muda totalmente*” (SIC).

¹⁴ O vídeo pode ser consultado em:
<https://drive.google.com/file/d/1fg0tyKYWBKZ5W2IMS8w3R0IVC4FLj6iz/view?usp=sharing>

Foi também realizado um documento onde são descritos a estrutura organizacional e funcional dos serviços, para um melhor enquadramento dos mesmos no seio do presente relatório (APÊNDICE XVIII).

- Implementar a CEPO no Serviço de Consultas Externas à pessoa com CCP e sua família/cuidador.

Para o atingir deste objetivo específico foram delineadas quatro (4) atividades que incluem a aplicação dos conhecimentos apreendidos nos estágios anteriores e implicam na mobilização das competências adquiridas até ao momento.

Assim, realizei a CEPO a oito (8) doentes com CCP. A consulta decorreu em sala própria, garantindo a intimidade e privacidade do doente e incluindo sempre que possível a família.

Nela incluíram-se os ensinamentos para o período perioperatório, bem como a manipulação de equipamentos (cânula de traqueotomia/traqueostomia) quando pertinente. Foi dado espaço para a colocação de dúvidas e seu esclarecimento.

Foram oferecidos Guias Informativos, os quais incluíam informação acerca dos cuidados pré-operatórios, a passagem no BO, com um esclarecimento acerca dos procedimentos anestésicos e os cuidados no pós-operatório. Foi visualizado o vídeo descritivo do BO, que proporcionou o conhecimento antecipado da estrutura do serviço, deixando este de ser um local desconhecido para o doente.

Segundo um estudo realizado por Mendes *et al* (2020), as IE relativas ao ensino pré-operatório diminuem a ansiedade e promovem uma maior gestão da incerteza e do medo relativamente à cirurgia, tal como referido pelo doente *"isto agora é outra categoria. Se na primeira vez que fui operado me tivessem explicado as coisas assim, não tinha vindo tão nervoso, nem a minha mulher tinha passado mal. Assim já sei o que me espera"* (SIC); *"a minha mulher já cá foi operada e não lhe explicaram nada. Agora assim, é mais fácil para quem vai ser operado... fica a saber como vai ser tudo... é muito bom"* (SIC).

No momento da CEPO foi também preenchida a *Check List* com as IE realizadas e preenchido um questionário para aferir as necessidades de formação, de acordo com o referencial teórico. Foram efetuados os respetivos registos no processo clínico de todos os doentes alvo da CEPO.

Apesar de não estar previsto como atividade, e por na comunidade não haver nenhum tipo de apoio aos doentes submetidos a laringectomia ou com traqueotomia/traqueostomia, entrei em contacto com a Liga Portuguesa Contra o Cancro (APÊNDICE XIX), para perceber da viabilidade de encaminhamento destes doentes, tendo obtido uma resposta positiva da mesma para o apoio (APÊNDICE XX). Neste sentido, elaborei um pequeno folheto¹⁵ com as informações necessárias para os direcionar para a *MovApLar*, com o fim de receberem apoio no que respeita a alguns dispositivos, que assim poderão ser mais fáceis de obter financeiramente, bem como o acesso ao grupo de apoio.

- Implementação e realização do acolhimento no BO, após a CEPO, à pessoa com CCP e cirurgia programada.

A implementação do acolhimento no BO, realizado preferencialmente pela enfermeira que realiza a CEPO, enquanto elo de ligação entre o serviço e o doente, foi o ponto culminante deste projeto de intervenção.

Para tal foram delineadas duas (2) atividades: a utilização e promoção da aplicação do Guia de Boas Práticas para a realização do acolhimento e a reflexão acerca da utilidade e importância desse instrumento de trabalho.

Nesse sentido, realizei o acolhimento aos doentes a quem efetuei a CEPO e procedi aos registos de enfermagem no respetivo processo clínico, passando a informação pertinente acerca do doente à enfermeira de anestesia, seguindo as orientações do Guia. Esta passagem de informação ficou também ela registada no processo do doente.

No momento do acolhimento foi referido por um doente: *“não estou preocupado. Está claro que preferia não estar aqui, mas a enfermeira já me explicou tudo. Confio nas vossas mãos”* (SIC), o que demonstra que após a CEPO e o respetivo acolhimento o doente se sente mais seguro e com menos stress, indo de encontro ao estudo realizado por Gomes (2011), onde é referido que o doente, na posse de uma informação estruturada acerca do seu estado de saúde e dos aspetos

¹⁵ A autora não incluiu em apêndice este documento para não tornar demasiado extenso este relatório.

relacionados com o tratamento cirúrgico, apresenta-se menos ansioso e mais satisfeito com os cuidados prestados.

Foi efetuada uma reflexão acerca da importância da utilização do Guia de Boas Práticas (APÊNDICE XXI), o que me permitiu considerar a utilidade e importância deste documento para a uniformização da CEPO e acolhimento ao doente com CCP.

Foi redigido um estudo de caso, baseado num doente a quem realizei CEPO e o respetivo acolhimento, tendo-o acompanhado no circuito de entrada no serviço, desde o internamento (em sala própria do BO) até à entrada na sala operatória¹⁶.

Não estando planeado, frequentei o *workshop* “Gestão de dispositivos de ostomias respiratórias” (ANEXO I) o qual foi realizado no âmbito do Congresso Nacional de Estomaterapia 2022 (ANEXO II). O convite foi feito a partir da enfermeira que dá apoio à consulta de ORL. Tal participação foi uma oportunidade para perceber quais as práticas mais recentes, baseadas na evidência e quanto à realização de um ensino pré-operatório mais completo. Durante o Congresso foi também possível acompanhar algumas apresentações acerca da experiência noutras instituições, sobre a implementação de consultas pré-operatórias noutras áreas, as quais vieram reforçar e oferecer contributos para o projeto de intervenção por mim delineado.

Com as atividades direcionadas para a implementação do projeto e tendo em conta os objetivos geral e específicos traçados, todas as competências adquiridas ao longo do percurso foram consolidadas e colocadas em prática, sendo de referir as seguintes que foram desenvolvidas durante este último campo de estágio:

- Competências comuns de EE: B2. (OE, 2019);
- Competências do EE em oncologia: 4.1. (EONS, 2018);
- Competências de Mestre: c. e d. (DR, 2006).

¹⁶ A autora não incluiu em apêndice este documento para não tornar demasiado extenso este relatório.

4. AVALIAÇÃO

No presente capítulo será realizada uma breve avaliação do trajeto percorrido durante os vários ensinamentos clínicos, culminando na implementação do projeto de intervenção, evidenciando-se os pontos fortes e os pontos fracos do mesmo. Serão apresentados os contributos do projeto de intervenção para a melhoria da qualidade dos cuidados no BO do hospital onde exerço funções.

No planeamento do percurso dos três locais de estágio, foram tidos em conta os objetivos que intentava atingir, tendo em conta todos os contributos que poderia vir a obter através da experiência dos enfermeiros peritos na área do acolhimento ao doente com CCP proposto para cirurgia e sua família.

O primeiro ensino clínico, no SCE de ORL de um CON, permitiu-me estar em contacto direto com o doente e sua família no momento em que recebem a informação de que o tratamento para o seu diagnóstico oncológico é cirúrgico. Foi também neste serviço que houve a oportunidade de perceber o quanto o doente e família dão importância à informação pré-operatória, tendo sido possível realizar esta avaliação nas várias interlocuções efetuadas, nas fases pré e pós-operatórias.

Apesar de não ter havido oportunidade de observar a enfermeira perita durante a realização da CEPO¹⁷ a estes doentes, houve oportunidade de colocar em prática os saberes teóricos adquiridos através das pesquisas bibliográficas realizadas, sob orientação, durante várias CEPOs realizadas por mim. Foi neste campo de estágio que foram elaborados os guias informativos pré-operatórios para entrega ao doente e família, contendo a informação necessária ao período perioperatório, bem como o documento para avaliação da necessidade de formação, aferindo o nível de incerteza, com base no referencial teórico.

O segundo local de estágio, que ocorreu no Serviço de Internamento de CP/ORL/Endocrinologia de um CON, constituiu-se como uma oportunidade para me

¹⁷ Esta consulta não estava a ser realizada pela ausência da enfermeira especialista responsável pela mesma, tendo havido a oportunidade de observar a CEPO noutra área de intervenção (ostomias de eliminação intestinal).

integrar num serviço que era em tudo diferente da minha realidade de cuidados diários. Aqui pude acompanhar o doente oncológico de CP durante a fase perioperatória, observando e realizando o acolhimento, acompanhando-o na fase intraoperatória e no pós-operatório (imediato e tardio), conseguindo assim avaliar a pertinência da informação fornecida por mim. Neste local de estágio não houve a oportunidade de realizar uma formação à equipa acerca do acolhimento, devido à situação pandémica, pois não estavam reunidas as condições de segurança para reunir a equipa. Assim realizei um póster com o mesmo tema, o qual ficou exposto no serviço.

Assim, e motivada a usufruir de todas as oportunidades de aprendizagens que surgiram e associada a uma prática de reflexão crítica, que acompanhou todo o estágio (e o projeto) adquiri competências que permitiram planear e colocar em prática intervenções promotoras do acolhimento, tendo em conta as características individuais de cada doente.

Foi também durante este estágio que os guias informativos pré-operatórios foram refinados e complementados com informação pertinente bem como o documento de avaliação da necessidade de formação. De referir a composição em vídeo da apresentação do BO, permitindo ao doente conhecer o espaço antes da chegada ao mesmo.

Para a implementação do projeto, realizei o último estágio no BO e SCE do hospital onde exerço funções. Aqui mobilizei todos os conhecimentos e competências adquiridas durante todo o percurso para a melhoria dos cuidados de enfermagem, no âmbito do acolhimento do doente oncológico de CP proposto para cirurgia, iniciando-se com a CEPO no SCE e culminando com o acolhimento no BO.

A intervenção em ambos os serviços permitiu realizar uma articulação entre as duas equipas, tendo como foco os cuidados individualizados a esta população.

A realização da formação para a implementação do projeto, foi uma experiência enriquecedora pois, devido às normas instituídas devido à pandemia, houve necessidade de reinventar novas formas de formar.

O *feedback* recebido, tanto pelos doentes e famílias alvo da CEPO, bem como pelos enfermeiros, veio confirmar a sua importância para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A frequência no Congresso de Estomaterapia foi uma oportunidade de perceber os cuidados de enfermagem na área do CCP, contribuindo com um acrescentar de conhecimentos a pôr em prática.

4.1. Pontos fortes e pontos fracos

Ao realizar a reflexão acerca dos pontos fracos e pontos fortes no desenvolvimento do projeto de intervenção houve necessidade de analisar a jornada percorrida nos vários campos de estágio.

Segundo Afonso *et al* (2013) os pontos fortes dizem respeito aos fatores dos quais se pode tirar partido, representando-se como mais-valias para o desenvolvimento do projeto, maximizando-o. Já os pontos fracos referem-se aos fatores negativos que representam as fragilidades do mesmo.

Considero como pontos fortes no desenvolvimento do projeto a disponibilidade e abertura das equipas de enfermagem, permitindo a minha completa integração, tendo-me sentido como um elemento das mesmas. Estes campos de estágio possibilitaram-me oportunidades imensas de aprendizagem, pois ao serem específicos nos cuidados aos doentes oncológicos de CP, os seus profissionais possuíam uma grande perícia no âmbito das IE no acolhimento destes doentes.

De realçar o benefício para a minha aprendizagem, da oportunidade em realizar a CEPO no primeiro campo de estágio e o acolhimento no segundo, consolidando assim os meus conhecimentos e competências adquiridas durante este percurso.

No último campo de estágio, onde tive a oportunidade de implementar o projeto de intervenção, é de salientar o apoio das enfermeiras chefe de ambos os serviços, bem como da equipa médica e da direção de enfermagem, os quais demonstraram bastante interesse na continuidade da sua aplicação. Esta foi uma experiência muito enriquecedora, onde realizei a CEPO e o acolhimento ao doente oncológico de CP e sua família, tendo usufruído de uma vivência singular com os mesmos.

No que diz respeito aos pontos fracos no desenvolvimento do projeto saliento o curto período dedicado aos estágios associado aos constrangimentos referentes ao período pandémico, os quais não permitiram a realização de algumas atividades como planeadas originalmente. Também o facto de a CEPO não estar a ser realizada no campo de estágio A, não me permitiu acompanhar a sua realização. No entanto, este ponto fraco é igualmente uma oportunidade, pois levou-me a “tomar as rédeas” para a realização da mesma, sempre com o apoio e orientação da enfermeira perita, o que promoveu o meu crescimento enquanto enfermeira especialista.

4.2. Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados

A implementação da CEPO tem como objetivo a promoção do acolhimento do doente com CCP no BO, capacitando-o assim com a informação pertinente para diminuir as suas dúvidas e incertezas relativas aos procedimentos anestésico e cirúrgico, contribuindo para uma maior adesão aos tratamentos e a um pós-operatório com menos complicações.

No que diz respeito à prática dos cuidados de enfermagem, a utilização de um guia de Boas Práticas para utilização em ambos os serviços (SCE e BO) permitiu uma uniformização dos cuidados com uma *práxis* baseada na evidência científica.

Foi também possível que a equipa do SCE e do BO ficasse mais desperta para a importância de um acolhimento que se deseja o mais completo possível, tendo conduzido assim ao seu envolvimento na continuidade do projeto com a realização da CEPO.

Tendo em conta os enunciados descritivos dos padrões de qualidade definidas pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica (OE, 2017), o projeto apresentado converge no sentido da satisfação do doente oncológico de CP com cirurgia proposta e sua família, auxiliando-o a vivenciar o processo anestésico-cirúrgico para o atingir do máximo potencial de saúde através de ações de promoção da saúde, prevenindo as complicações associadas à sua cirurgia, durante

o período pré-operatório e tendo em vista o bem-estar, o autocuidado e a readaptação funcional destes doentes e suas famílias.

Assim, acredito que este projeto se configura como um contributo importante para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes oncológicos de CP e suas famílias no BO e SCE pois “é encarada como uma atividade autónoma e fulcral para a preparação pré-operatória e a recuperação cirúrgica” (Breda & Cerejo, 2021, p.6). A característica inovadora deste projeto é a articulação dos dois serviços, em que o procedimento do acolhimento se inicia pela CEPO, no SCE e culmina no acolhimento no BO, havendo assim uma continuidade de cuidados e a construção continuada de uma relação de confiança/terapêutica enfermeiro-doente (Breda & Cerejo, 2021).

5. CONCLUSÕES E TRABALHOS FUTUROS

O presente relatório expõe pormenorizadamente o caminho percorrido durante as fases de desenvolvimento e implementação do presente projeto de intervenção, o qual intenta intervir na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem aos doentes com CCP e sua família no BO, onde exerço funções. Nele estão incluídos o escrutínio dos objetivos propostos, das atividades realizadas, dos resultados atingidos, das competências adquiridas e da contribuição do projeto para a melhoria dos cuidados, durante os três (3) estágios realizados.

O ensino pré-operatório para o doente com CCP é fundamental para desvendar os “mistérios” relacionados com o procedimento cirúrgico e promover o bem-estar psicológico desta população (Bayraktar *et al*, 2017). No entanto, é essencial que, tendo em conta a individualidade de cada doente e família, seja avaliada a necessidade e o tipo de informação fornecida (Mendes *et al*, 2020).

O doente precisa que a informação dada seja completa e com a linguagem compatível com a sua compreensão, dando relevância à informação fornecida com clareza e à segurança que a garantia da continuidade de cuidados fornece.

Ao criar um ambiente seguro, onde se possa dar a informação relativa aos aspetos logísticos do internamento, ao procedimento cirúrgico e anestésico, aos cuidados que irão ser prestados no pós-operatório bem como aos aspetos relativos ao regresso a casa, dá-se oportunidade para que o doente tenha tempo para lidar com a sua nova realidade.

Segundo Merle Mishel, o enfermeiro é um elemento importante da equipa multidisciplinar no que diz respeito ao ensino feito ao doente com CCP na fase pré-operatória, contribuindo assim para a redução da ansiedade e stress associado à incerteza relacionada com o tratamento cirúrgico e à sua recuperação.

A criação de um Guia de Boas Práticas veio proporcionar uma uniformização nos procedimentos, promovendo o envolvimento da equipa na CEPO e no acolhimento do doente no BO. Assim, foi possível participar na melhoria dos cuidados de enfermagem, iniciando-se o processo de acolhimento o mais precocemente possível e garantindo a sua individualização.

Através da implementação do presente projeto de intervenção, foi percorrido um trajeto por contextos diversos que não me eram familiares, mas que criaram oportunidades únicas de crescimento profissional e pessoal.

Perspetivando o futuro e tendo em conta o interesse demonstrado pela Direção de Enfermagem no projeto, planeio consolidar a implementação da CEPO e o acolhimento no BO do meu hospital, garantindo a sua continuidade, conseguindo assim participar na melhoria dos cuidados, promovendo o envolvimento da equipa nos cuidados a esta população. Tendo em conta a escassez de estudos nesta área, identificada através das pesquisas bibliográficas realizadas, acredito que a implementação deste projeto irá abrir novos caminhos para novos estudos de investigação, nomeadamente para a validação para a população portuguesa da escala de avaliação da incerteza na doença e a sua aplicação.

Pretendo ainda realizar a publicação da revisão *Scoping*, no formato de artigo, estando de momento a aguardar a aprovação da coordenação editorial de uma revista (*Journal of Personalized Medicine* – JPM), promovendo assim o desenvolvimento contínuo do conhecimento.

Intenciono também divulgar este projeto em eventos científicos através da publicação do relato de experiências, em revistas da especialidade ou editoriais.

Acredito que, através da compilação da mais recente evidencia científica relativa à temática em estudo e da criação de documentos que orientam a prática dos cuidados para um acolhimento mais eficaz, cooperei no desenvolvimento da enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, A., Pires, C., Vaz, T., Anes, E. (2013, Junho 7-8). *Análise swot do curso de enfermagem*. [Conference session] Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de saúde do IPB, Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/10266>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/000016S-000>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2006) *Enfermagem perioperatória – Da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta.
- Bailey, Stewart & Stewart (2002). Incerteza na Doença In A.M.Tomey & M.R.Alligood. (2002). *Teóricas de enfermagem e sua obra - modelos e teorias de enfermagem*. Lusociência.
- Baleizão, A.B.C. (2018) *Promoção do Acolhimento do Doente Oncológico ao Bloco Operatório: Cuidados de Enfermagem*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa] Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/24664>
- Barbosa, I.V. (2012). *Tradução, adaptação e validação da Mishel uncertainty in illness scale for family members: aplicação em familiares de pessoas com paraplegia* [Doctoral dissertation, Universidade Federal do Ceará] repositório institucional da UFC. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/15629>
- Bayraktar, N., Berhuni, O., Berhuni, M. S., Zeki, O., Sener, Z. T., & Sertbas, G. (2017). Effectiveness of lifestyle modification education on knowledge, anxiety, and postoperative problems of patients with benign perianal diseases. *Journal*

of PeriAnesthesia Nursing. 33(5), 640-650. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.03.006>

Breda, L. F., Cerejo, M. N. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5). <https://doi.org/10.12707/RV20088>

Cardante, S.D.F. (2020). *Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up em cirurgia de ambulatório: A perspetiva dos enfermeiros*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/34037>

Carvalho, D.H.F. (2009). *Cancro e actividade profissional: contributo para o estudo nos cancros de cabeça e pescoço e pulmão, brônquios e traqueia na região Centro, de 2002 a 2006*. [Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra] Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/13511>

Christóforo, B.E.B., Carvalho, D.S. (2009) Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 43(1), 14-22. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6tSjrS7tCLkK6s97chKc3fn/?format=pdf&lang=pt>

Costa, S.A.S. (2014). *Acolhimento ao cliente oncológico proposto para intervenção cirúrgica na modalidade "one day surgery"* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa] Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16264>

Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março de 2006. Diário da República, 1ª Série – Nº74. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>

EONS European Oncology Nursing Society (2018). *The EONS cancer nursing education framework*. EONS. <https://cancernurse.eu/education/cancer-nursing-education-framework>

Estêvão, R., Santos, T., Ferreira, A., Machado, A., Fernandes, J. & Monteiro, E. (2016). Características epidemiológicas e demográficas dos doentes portadores de tumores da cabeça e pescoço no norte de Portugal: impacto na sobrevivência. *Acta Médica Portuguesa*. 29(10), 597-604. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.7003>

Ferrito, C. (2014) Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In A. Duarte, O. Martins. *Enfermagem em bloco operatório*. (3-9). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Freiberger, M.F. & Mudrey, E.S. (2011) A importância da visita pré-operatória para sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Revista Científica Da Faculdade De Educação E Meio Ambiente*, 2(2), 1-26. <https://doi.org/10.31072/rcf.v2i2.96>

Galvão, C.M., Sawada, N.O., Rossi, L.A. (2002) A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 10(5), p.690-695. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000500010>

Giron, M.N., Berardinelli, L.M.M. (2015). O conhecimento em enfermagem sobre humanização na recepção do usuário no centro cirúrgico: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE On Line*. 9(2), p. 974-984. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i2a10423p974-984-2015>

Gomes, N.C.R.P. (2011) *O doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas*. [Master's thesis, Faculdade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar] Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/16187>

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lusociência
- Jesus, J., Abreus, V. (2014) Humanização em Bloco Operatório. In A. Duarte & O. Martins (Eds.), *Enfermagem em Bloco Operatório* (1st ed., pp. 39-46). Lidel – Edições técnicas, Lda.
- Joaquim, A. (2019, setembro 30) *O que é o cancro de cabeça e pescoço? Grupo de estudos de cancro de cabeça e pescoço*. <https://www.geccp.pt/o-que-e-o-cancro-de-cabeca-e-pescoco/>
- Losi, E., Guberti, M., Ghirotto, L., Di Leo, S., Bassi, M.C. & Costi, S. (2019). Undergoing head and neck cancer surgery: a grounded theory. *Eur J Cancer Care*. 28(e13062). <https://doi.org/10.1111/ecc.13062>
- Machado, J.A., Silva, L.F., Guedes, M.V.C., Freitas, M.C., Ponte, K.M.A., Silva, L.A. (2015). Autocontrole de ansiedade no pré-operatório cardíaco: resultado de uma intervenção de enfermagem. *Revista de políticas públicas SANARE*, 14(2), p.36-42. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/822/493>
- Mendes, D.I.A. (2020). *Consulta de enfermagem pré-operatória do programa enhanced recovery after surgery ®: implementação e avaliação*. [Masther's thesis, Universidade Católica Portuguesa] Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/32257>
- Mendes, D.I.A., Ferrito, C.R.C. (2021). Consulta de enfermagem pré-operatória: implementação e avaliação. *Revista de enfermagem Referência* 5(8), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20216>

- Mendes, D.I.A., Ferrito, C.R.A.C., Gonçalves, M.I.R. (2020) A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos de Saúde*, 12(1), p.47-53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>
- Oliveira, T.M.G. (2018) *Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia para retirada de órgão à luz da teoria da incerteza na doença*. [Master's thesis, Universidade de Brasília] Repositório institucional da UNB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34144>
- Oliveira, T.M.G., Jesus, C.A.C. (2018) Incertezas vivenciadas por pacientes pós-cirúrgicos diagnosticados com neoplasias. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(10), 2873-2882. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a234948p2873-2882-2018>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Ordem dos Enfermeiros

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018) Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, II Série (Nº135 de 16-07-2018), Regulamento nº 429/2018. <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competência Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. Diário da República, II Série (Nº26 de 06-02-2019), Regulamento n.º 140/2019. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Pelarigo, A.S.C.P. (2019) *Implementação da consulta de enfermagem pré-operatória – cuidar no pré preparando o pós-operatório* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde]. Repositório comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/29203>

Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L. C., Wallengren, C., Sarenmalm, E. K., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery - Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of clinical nursing*, 27(13-14), 2904–2916. <https://doi.org/10.1111/jocn.14312>

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

Portaria nº 306-A/2011, de 20 de dezembro. Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respetivas regras de apuramento e cobrança. Diário Da República Nº 242/2011 - 1 Suplemento - I, Ministério da Saúde e das Finanças. <https://data.dre.pt/eli/port/306-a/2011/12/20/p/dre/pt/html>

Santos, N.C.M. (2006) *Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem*. látria

Sarmiento, A.F.T. (2020) *Cuidados Paliativos no Cancro de Cabeça e Pescoço*. [Master's thesis, Clínica Universitária de Otorrinolaringologia: Faculdade de medicina de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/46316>

Silva, A.C.M., Aguilera, M.M.G., Miguel, S.S.A. (2012) Retalhos: O papel do enfermeiro em cirurgia de ORL e CCP. *Onco.News* 5(19). 32-36. <https://www.onco.news/retalhos-o-papel-do-enfermeiro-em-cirurgia-de-oral-e-ccp/>

Silva, M.A.D.R. (2011) *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico - Acolhimento de Enfermagem*. [Master's thesis, Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar] Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/26919>

Sousa, J.O., Bessa, M.M., Silva, S.W.S., Carvalho, M.F., Lima, L.L., Freitas, R.J.M. (2020, agosto 31 – setembro 4). *Estudo de caso como estratégia de ensino-aprendizagem em enfermagem: relato de experiência* [Conference session]. Congresso Brasileiro Interdisciplinar em Ciência e Tecnologia, Brasil. www.even3.com.br/Anais/icobicet2020/266520-ESTUDO-DE-CASO-COMO-ESTRATEGIA-DE-ENSINO-APRENDIZAGEM-EM-ENFERMAGEM--RELATO-DE-EXPERIENCIA

Trescher, G.P., Amante, L.N., Da Rosa, L.M., Girondi, J.B.R., Miranda, G.M., Dos Santos, M.J., Zuanazzi, E.C., & Mohr, H.S.S. (2021). Sistematização da consulta de enfermagem em pré-operatório às mulheres com câncer de mama. *Enfermagem em Foco*, 11(5). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n5.3400>

Universidade de Aveiro. (2020). APA sétima edição – Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas. Universidade de Aveiro – Serviços de biblioteca, informação documental e museologia. <https://www.ua.pt/file/62230>

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Lusociência

Zhang, Y. (2017). Uncertainty in Illness: Theory Review, Application, and Extension. *Oncology Nursing Forum*, 44(6), 645–649. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.645-649>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Revisão *Scoping*

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO DOENTE ONCOLÓGICO DE CABEÇA E PESCOÇO PROMOTORAS DO ACOLHIMENTO NO BLOCO OPERATÓRIO: REVISÃO *SCOPING*

Nursing interventions to the head and neck oncological patient promoting the accommodation in the operating room: a scoping review

Carla Sofia Ramos Cruz

RESUMO

Objetivo: Mapear as intervenções de enfermagem a realizar ao doente oncológico de cabeça e pescoço na consulta de enfermagem pré-operatória.

Método de revisão: Desenvolvimento de uma revisão *Scoping* com base nos princípios preconizados pelo *Joanna Briggs Institute*, com recurso às bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*, através da plataforma *EBSCOhost* (2006-2021).

Apresentação e interpretação dos resultados: Dos 56 artigos obtidos, unicamente um correspondia aos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo, revelando assim a necessidade de se realizarem estudos na área dos doentes oncológicos de cabeça e pescoço.

Conclusão: A consulta de enfermagem que antecede o procedimento cirurgico é uma ferramenta que permite a clarificação de dúvidas do doente e da sua família. As intervenções de enfermagem identificadas englobam a entrevista, onde são explicados conceitos acerca do diagnóstico e procedimentos envolvidos na cirurgia proposta, bem como as consequências inerentes. Poderão ser usados panfletos, com imagens e fotos, para serem mais facilmente interpretadas.

Palavras-chave: Doente Oncológico; Tumor de cabeça e pescoço; Bloco Operatório; Consulta de enfermagem pré-operatória; Intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: Map the nursing interventions to be carried out for the head and neck cancer patient in the preoperative nursing consultation.

Review method: Development of a Scoping review based on the principles recommended by the Joanna Briggs Institute, using the CINAHL and MEDLINE databases, through the EBSCOhost platform (2006-2021).

Presentation and interpretation of results: Of the 56 articles obtained, only one met the inclusion criteria established for the study, thus revealing the need to carry out studies in the area of head and neck cancer patients.

Conclusion: The nursing consultation that precedes the surgical procedure is a tool that allows the clarification of doubts from the patient and his family. The identified nursing interventions include the interview, where concepts about the diagnosis and procedures involved in the proposed surgery are explained, as well as the inherent consequences. Flyers with images and photos can be used to be more easily interpreted.

Key words: Cancer patient; Head and neck neoplasms; Operating Rooms; Preoperative Nursing Consultation; Nursing Care.

BACKGROUND

Segundo a OMS (2021) o cancro inclui todas as doenças que têm a sua génese em qualquer local do corpo humano, independentemente do órgão ou do tecido, ocorrendo um crescimento descontrolado de células atípicas, as quais têm a capacidade para se propagar pelos tecidos limítrofes e/ou disseminar-se noutros órgãos. É responsável pela segunda causa de morte a nível nacional, representando-se como um encargo ascendente na comunidade (Ministério da Saúde, 2018) com um aumento da sua incidência numa taxa constante de 3% ao ano (Direção Geral da Saúde, 2017).

Apesar de englobar um conjunto de doenças com um acompanhamento apertado, com medidas de prevenção e rastreio instituídas e formas de tratamento diferenciadas e evoluídas, estas continuam a ser objeto de grande preocupação devido à sua tendência crescente.

Os tumores da cabeça e pescoço englobam um grupo de doenças neoplásicas invasivas com início nas vias aéreas e digestivas daquela região anatómica (são exemplo o cancro da cavidade oral, da faringe, laringe, glândulas salivares, fossas

nasais e seios perinasais, tiróide, paratiróide e cancro da pele da face, pescoço e couro cabeludo) (Estevão *et al*, 2016; Joaquim, 2019). É uma neoplasia hostil e destrutiva, representando a quinta causa de morte por cancro a nível mundial (Raimundo *et al*, 2014).

O diagnóstico destes tumores é normalmente tardio pois, os seus sintomas não são, muitas vezes exatos, sendo identificados como estando relacionados com outras patologias. Assim, só são identificados após o tumor ter crescido o suficiente para causar sintomas que provocam dor ou alterações da anatomia (obstrução) (Raimundo *et al*, 2014).

O tratamento inclui a abordagem cirúrgica pois, grande parte destes tumores apresentam resultados eficazes com este recurso terapêutico (Sarmiento, 2020), sendo esta a primeira escolha no tratamento da maioria dos tumores de cabeça e pescoço (Losi *et al*, 2019). Apesar disso, também são cirurgias que obrigam muitas vezes a alterações permanentes da função do órgão afetado e da estética, pois esta é uma cirurgia drástica e extrema, provocando assim repercussões nas áreas estéticas, psicossociais e funcionais (Losi *et al*, 2019).

Tais procedimentos obrigam à utilização do Bloco Operatório. As características técnicas e ambientalmente frias deste serviço, vão provocar um afastamento entre a equipa de saúde e o doente, o que conduz, neste, a um aumento da dúvida e do medo, ao ver-se confrontado com o desconhecido, levando-o muitas vezes a uma certa fragilidade emocional (Freiberger e Mudrey, 2011).

O enfermeiro é o profissional a quem é reconhecida “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2015, p.95). Estes cuidados são definidos como “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro”, sendo consideradas autónomas quando são realizadas “sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais” e interdependentes quando são “ações realizadas pelos enfermeiros (...) em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum” (OE, 2015, p.98).

As intervenções de enfermagem têm como principal fundamento a interação entre o enfermeiro, o utente, a sua família e comunidade, culminando estas no estabelecimento de uma relação de ajuda que se baseia na “preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015, p.80).

Nos cuidados perioperatórios, a que a pessoa com neoplasia da cabeça e pescoço é submetida, está englobada a fase pré-operatória que tem como principais objetivos “1. planejar a presença do utente no bloco operatório dando resposta às suas necessidades; decidir e tomar medidas antes da admissão do doente, individualizando os cuidados e 2. Considerar as necessidades individuais do doente, do ponto de vista físico e psicológico” (AESOP, 2006, p.9).

Segundo o Diário da República, na Portaria nº306-A/2011 do Ministério da Saúde e das Finanças, artigo 2.º, alínea g), a consulta de enfermagem está definida como uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”.

Assim, deverá considerar-se a consulta de enfermagem como uma prática concebida e organizada cientificamente, com uma linguagem universal, dando-se oportunidade para a comunicação e para a evidência da sua prática. Esta deverá dar oportunidade para o estabelecimento de uma relação interpessoal, identificando-se vulnerabilidades e perspetivando-se possibilidades para o tratamento com o foco no desenvolvimento do autocuidado (Trescher *et al*, 2020).

Portanto, a consulta de enfermagem pré-operatória ao doente oncológico de cabeça e pescoço apresenta inúmeras contrariedades, pois há a premência em se iniciar todo um processo de ensino sobre os cuidados que lhe irão ser prestados e os ambientes que irá frequentar, para além da preparação psicoemocional (Pereira *et al*, 2016), onde vão estar inseridos o Bloco Operatório e os cuidados na recuperação pós-anestésica. Ao abordar estes aspetos, o foco será minimizar o stress do processo anestésico-cirúrgico, promover a recuperação no pós-operatório, prevenir complicações e desenvolver precocemente o planeamento da alta hospitalar (Pereira *et al*, 2016).

O doente com cancro da cabeça e pescoço necessita, assim, de informação para poder gerir todas as alterações que se preveem que possam vir a ocorrer. Segundo Neiva, Pereira e Nogueira (2020) é necessário educar e orientar estas pessoas de forma a prepará-las para enfrentarem as novas condições a que o procedimento cirúrgico irá obrigar, disponibilizando-lhes informação e conhecimento para que possam adquirir novas competências com vista ao desenvolvimento do seu autocuidado.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão das fontes na revisão encontram-se discriminados na tabela 1 – Tabela de critérios de Inclusão e exclusão.

População

Pessoa adulta com idade superior ou igual a 19 anos, com patologia oncológica de cabeça e pescoço.

Conceito

Estudos que incluam intervenções de enfermagem visando a preparação do doente oncológico de cabeça e pescoço para cirurgia.

Contexto

Estudos que incluam a consulta de enfermagem/visita pré-operatória e serviços de internamento cirúrgico.

Tipos de fontes de evidência

Inclui toda a literatura: revisões de literatura, estudos qualitativos e quantitativos de qualquer metodologia, publicados entre 2016 e 2021, em inglês, português e espanhol e com disponibilidade de *full text* gratuito.

CrITÉrios de Inclusão e Exclusão		
	Inclusão	Exclusão
Participantes	Pessoa com idade ≥ 19 anos com patologia oncológica de cabeça e pescoço e família.	Pessoa com idade < 19 anos Pessoa com idade ≥ 19 anos sem patologia oncológica de cabeça e pescoço
Conceito	Intervenções de enfermagem para a preparação para a	Documentos onde não se identifiquem intervenções

	intervenção cirúrgica e período pós-operatório	de enfermagem para a preparação para a intervenção cirúrgica e período pós-operatório; Documentos onde se identifiquem intervenções pré-operatórias realizadas por outros profissionais.
Contexto	Consulta de enfermagem pré-operatória; Visita de enfermagem pré-operatória; Bloco Operatório; Serviços de internamento cirúrgico	Outros serviços hospitalares; Domicílio
Tipo de texto	Todo o tipo de literatura existente (revisões de literatura, estudos qualitativos, quantitativos ou mistos, publicados ou não, <i>guidelines</i> ou outros.)	
Data de publicação	Entre janeiro de 2016 e janeiro de 2021	Anteriores a janeiro de 2016
Idioma de publicação	Português, inglês ou espanhol	Documentos que não sejam em português, inglês ou espanhol
Disponibilidade de texto	<i>Full text</i>	Ausência de <i>full text</i>

Tabela 1- Critérios de inclusão e exclusão.

Estratégia de pesquisa

Para responder à questão de investigação colocada, foi realizada uma procura, através da plataforma *EBSCOhost* (plataforma agregadora de bases de dados), nas bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*. A utilização destes bancos de dados prende-se com o facto de serem adequados para uma revisão *scoping* sobre instrumentos de avaliação de qualidade de vida” (Peters *et al*, 2020).

A pesquisa foi realizada em três etapas. Primeiramente, uma pesquisa nos descritores em Ciências da Saúde *DeCS/MeSH*, utilizando as palavras chave construídas a partir da linguagem natural, relacionada com a temática.

As palavras chave, segundo a problemática em estudo são: doente oncológico, neoplasias de cabeça e pescoço, cuidados pré-operatórios, consulta de enfermagem, cuidados de enfermagem e Bloco Operatório. Os termos naturais usados na pesquisa foram: *cancer patient, head and neck neoplasms, preoperative care, office nursing, nursing care* e *operating rooms*.

As utilizações dos termos naturais permitiram o acesso a estudos relacionados com o tema e a análise dos títulos e resumos dos artigos encontrados.

De seguida foi realizada a pesquisa na base de dados *CINAHL* via *EBSCOHost*, utilizando-se os seguintes descritores: *cancer patients, head and neck neoplasms, nursing interventions, nursing practice, advanced nursing practice, office nursing, preoperative education, patient education, operating rooms* e *perioperative nursing*.

Foram usados como termos naturais, por impossibilidade na sua indexação os seguintes termos: *user embracement* (a qual descreve o acolhimento), *nursing consultation* e *preoperative nursing visit*.

Foi também realizada a pesquisa na base de dados *MEDLINE* via *EBSCOHost*, onde se usaram os seguintes descritores: *patients, head and neck neoplasms, squamous cell carcinoma of head and neck, nursing, oncology nursing, nurse's role, nursing assessment, nursing practical, nursing care, nurse practitioners, preoperative care, preoperative period, patient education as topic, operating rooms* e *operating room nursing*.

Não sendo possível a sua indexação, foram usados os seguintes termos naturais: *cancer patients, nursing visit, preoperative nursing visit* e *preoperative nursing consultation*.

Os descritores utilizados em ambas as bases de dados, bem como os termos naturais usados na pesquisa estão reunidos na Tabela 2 - Linguagem natural utilizada na pesquisa inicial e respetivos termos indexados nas bases de dados *MEDLINE* e *CINAHL* via *EBSCOHost*.

	Linguagem Natural	Termos indexados CINAHL	Termos indexados MEDLINE
População	Patient Head and neck neoplasms	MM "Cancer Patients" MM "Head and Neoplasms"	MM "Patients" MM "Head and Neoplasms" MM "Squamous Cell Carcinoma of Head and Neck"
Conceito	Nursing care Office nursing	MM "Nursing Interventions" MM "Nursing Practice" MM "Advanced Nursing Practice" MM "Office Nursing"	MM "Nursing+" MM "Oncology Nursing" MM "Nurse's Role" MM "Nursing Assessment" MM "Nursing, Practical" MM "Nursing Care" MM "Nurse Practitioners"
Contexto	Operating Rooms Preoperative care	MM "Preoperative Education" MM "Patient Education" MM "Preoperative Care" MH "Preopeartive Period" MM "Operating Rooms" MM "Perioperative Nursing"	MM "Preoperative Care" MM "Preoperative Period" MM "Patient Education as Topic" MM "Operating Room Nursing" MM "Operating Rooms"

Tabela 2 – Linguagem natural utilizada na pesquisa inicial e respectivos termos indexados nas bases de dados MEDLINE e CINAHL via EBSCO.

Em ambas as bases de dados (*CINAHL* e *MEDLINE*), os descritores foram operacionalizados através das expressões *OR* e *AND*, tendo os códigos de pesquisa sido construídos através destas expressões.

Alguns dos descritores usados são termos indexados das respectivas bases de dados, outros são linguagem natural.

Surgem ainda, antecedendo alguns termos indexados as expressões "MM" (*Major concept*) e "MH" (*Exploded concept*) ou ambos.

Seguem-se a apresentação dos resultados da pesquisa nas respectivas bases de dados.

- **Base de dados CINAHL.**

Na referida base de dados, foram usados os termos em linguagem natural e os termos indexados através da opção *CINAHL Headings*. A pesquisa encontra-se descrita na Tabela 3 – Pesquisa efetuada na *CINAHL* via *EBSCOHost*.

PESQUISA	TERMOS DE PESQUISA
S1	(MM "Cancer Patients") OR "Cancer Patients"
S2	(MM "Head and Neck '^eoplasms+") OR "Head and Neck Neoplasms"
S3	S1 AND S2
S4	(MM " Nursing Interventions") OR "Nursing Interventions"
S5	(MM "Nursing Practice+") OR "Nursing Practice" OR (MM "Advanced Nursing Practice+") OR (MM "Office Nursing")
S6	S4 OR S5
S7	(MM "Preoperative Education" OR "preoperative Education" OR (MM "Patient Education+"))
S8	(MM "preoperative Care+") OR "Preoperative Care" OR (MH "Preoperative Period")
S9	"User Embracement"
S10	"Nursing Consultation"
S11	"Preoperative Nursing Visit"
S12	(MM "Operating Rooms") OR "Operating Rooms" OR (MH "Perioperative Nursing")
S13	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12
S14	S7 AND S8 AND S10 AND S12
S15	S7 OR S8 OR S10 OR S12
S16	S9 AND S11
S17	S9 OR S11
S18	S11 AND S12
S19	S3 AND S13
S20	S3 AND S7
S21	S3 AND S11

S22	S3 AND S6 AND S13
S23	S15 AND S20

Tabela 3 – Pesquisa efetuada na *CINAHL* via *EBSCOHost*

- **Base de dados *MEDLINEcomplete*.**

Na referida base de dados, foram também pesquisados os termos em linguagem natural e termos indexados através da opção *MeSH (Medical Subject Headings)*. A pesquisa encontra-se especificada na Tabela 4 - Pesquisa efetuada na *MEDLINE* via *EBSCOHost*.

PESQUISA	TERMOS DE PESQUISA
S1	(MM "Patients+") OR "Patients"
S2	(MM "Head and Neck Neoplasms+") OR "Head and Neck Neoplasms" OR (MM "Squamous Cell Carcinoma of Head and Neck")
S3	"Cancer Patients"
S4	S1 AND S2 AND S3
S5	(MM "Nursing+") OR "Nursing" OR (MM "Oncology Nursing")
S6	(MM "Nurse's Role") OR "Nurse's Role"
S7	(MM "Nursing Assessment+") OR "Nursing Assessment"
S8	(MM "Nursing, Practical") OR "Nursing Practical"
S9	(MM "Nursing Care+") OR "Nursing Care"
S10	(MM "Nurse Practitioners+") OR "Nurse Practitioners"
S11	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10
S12	(MM "Preoperative Care+") OR "Preoperative Care" OR (MM "Preoperative Period")
S13	(MM "Patient Education as Topic+") OR "Patient Education as Topic"
S14	"Nursing Visit"
S15	(MM "Operating Room Nursing") OR (MM "Operating Rooms") OR "Operating Rooms"
S16	"Preoperative Nursing Visit"
S17	"Preoperative Nursing Consultation"
S18	S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17
S19	S12 AND S14 AND S16
S20	S12 AND S13
S21	S4 AND S11
S22	S12 AND S21

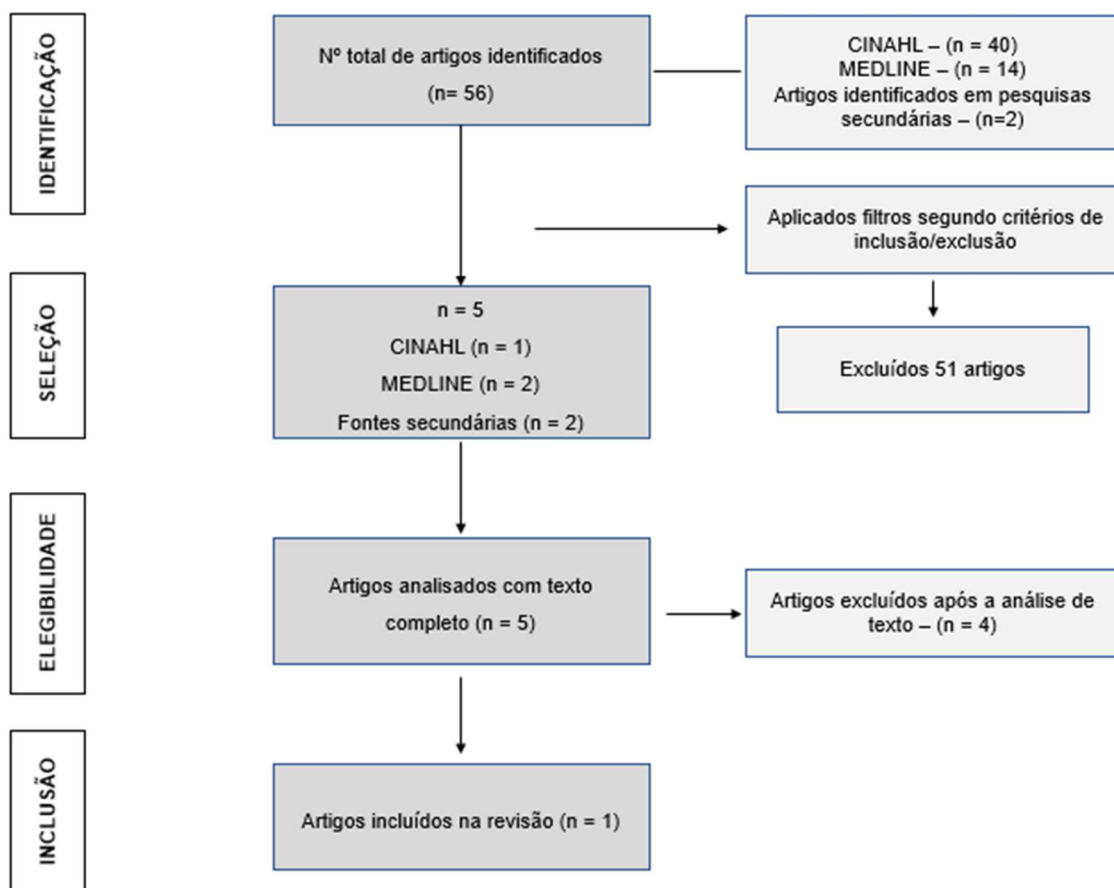
S23	S4 AND S18
S24	S11 AND S23
S25	S11 AND S18
S26	S4 AND S25

Tabela 4 - Pesquisa efetuada na *MEDLINE* via *EBSCOHost*.

Extração de dados

Os artigos obtidos na *CINAHL* e *MEDLINE* foram sujeitos a filtros, nomeadamente quanto à data de publicação, a qual inicialmente foi compreendida entre janeiro de 2016 a janeiro de 2021. Em ambas as bases de dados, e por terem sido obtidos um número muito baixo de artigos (1 artigo), houve necessidade de alargar esse limite, tendo a data de publicação aplicada sido de janeiro de 2006 a janeiro de 2021. Quando sujeitos a este filtro, os artigos obtidos somaram um total de 40 na *CINAHL* e 14 na *MEDLINE*, como ilustrado no Esquema 1.

Os artigos totais, decorrentes da pesquisa efetuada nas bases de dados, perfazem um total de 54 artigos. Na amostra foram ainda incluídos 2 artigos extraídos de uma pesquisa realizada em *websites*, teses de mestrado e doutoramento. De seguida foram eliminados os artigos repetidos, realizando-se uma leitura mais atenta dos títulos, com base nos critérios de inclusão. Depois desta leitura foram excluídos 51 por não cumprirem com os critérios de inclusão estabelecidos anteriormente e/ou não se referiam à problemática em estudo. Posteriormente procedeu-se à leitura dos resumos dos artigos sobrantes. Com base nos critérios de inclusão, excluíram-se mais 4 artigos.



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

Finalmente, realizou-se a leitura completa dos artigos, elegendo-se 1 artigo. Apresenta-se o artigo na Tabela 6 - Referências Bibliográficas dos artigos obtidos através da leitura e análise dos artigos relevantes na CINAHL, MEDLINE e outras fontes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Neiva, R.O. & Nogueira,M.C. & Pereira, A.J. (2020). Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther, 18, 2920. https://doi.org/10.30886/estima.v18.914_IN

Tabela 6 - Referências Bibliográficas dos artigos obtidos através da leitura e análise dos artigos relevantes na CINAHL, MEDLINE e outras fontes

Em seguida, apresenta-se a Tabela 7 - Resumo da análise dos artigos obtidos na Revisão *Scoping*.

ANÁLISE DO ARTIGO			
Título (Autores e Ano)	Objetivo - Metodologia	Resultados	Conclusões Implicações para a enfermagem
Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy (Neiva, Nogueira e Pereira, 2020)	• Descrever a implementação e a exequibilidade de uma nova ferramenta para melhorar o cuidado pré-operatório em doentes geriátricos oncológicos de cabeça e pescoço, na consulta pré-operatória de enfermagem. • Estudo qualitativo e exploratório.	• Na consulta pré-operatória de enfermagem para doentes oncológicos de cabeça e pescoço, são apresentados vários assuntos que incluem a definição de conceitos e a explicação de procedimentos para o tratamento cirúrgico. • É feito o ensino para o autocuidado, para o pós-operatório, através de folhetos informativos e exemplos práticos. • Os enfermeiros que realizam a consulta oferecem a informação e o conhecimento para a aquisição de competências para o autocuidado e a adesão ao tratamento. • O ensino é realizado à família em simultâneo.	• A consulta pré-operatória de enfermagem é um instrumento de orientação, vínculo e um espaço importante para que os doentes e suas famílias esclareçam as dúvidas e suas preocupações. • O enfermeiro tem de incluir o doente no processo de ensino para que haja adesão ao tratamento e ao autocuidado. • São necessários mais estudos para que haja produção de evidencia científica pertinente, sobre a área.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Tendo como foco para a realização desta revisão *Scoping* o mapeamento das intervenções de enfermagem a realizar ao doente oncológico de cabeça e pescoço na consulta de enfermagem pré-operatória, considera-se que esse objetivo foi atingido.

Assim, dos 56 artigos selecionados, um único artigo foi considerado elegível, sendo a metodologia utilizada a de um estudo qualitativo e exploratório.

Nele é enfatizada a utilização do papel do enfermeiro como educador na consulta pré-operatória (Neiva, Pereira e Nogueira, 2020).

São também de referir, os estudos de Feber, (1998) e de Clarke, (2002) que apesar de não terem sido incluídos na revisão, tendo sido excluídos pela data de publicação, vêm de encontro ao artigo incluído.

Deste modo, também Feber (1998) menciona que estes doentes necessitam de aconselhamento (informação e suporte) e orientação na fase pré-operatória, tornando a educação/ensino do doente oncológico de cabeça e pescoço a intervenção de enfermagem central da consulta pré-operatória.

Igualmente, Clarke (2002) evidencia a diminuição da ansiedade e o aumento da tolerância aos procedimentos resultante da informação dada ao doente oncológico de cabeça e pescoço na consulta de enfermagem pré-operatória, sendo assim o ensino realçado.

A capacitação do doente e da sua família/cuidador através do ensino para o período perioperatório abarca os cuidados desde a preparação para o procedimento cirúrgico, para os atos que vão ocorrer no intraoperatório bem como para os aspetos e consequências do pós-operatório.

Neiva, Pereira e Nogueira (2020) referem que este ensino é centrado no doente e família/cuidador e tem em conta a vontade e preferências dos mesmos indo de encontro ao que Feber (1998) refere ao defender que a família deve estar incluída neste processo de ensino pré-operatório.

Utilizam-se ferramentas como panfletos e brochuras com imagens que ilustram mais facilmente os aspetos descritos anteriormente, conseguindo-se assim, atingir os vários extratos sociais e etários.

LIMITAÇÕES DA REVISÃO SCOPING

Face à metodologia utilizada, a revisão apresenta limitações, as quais incluem primeiramente, o estudo presente no artigo analisado, o qual serviu de base para a revisão *Scoping*, que tendo uma amostra limitada a 7 doentes, torna-se assim, uma amostra reduzida.

Também se consideram limitações desta revisão os critérios de inclusão referentes à língua (português, inglês e espanhol), o *full text* e o número restrito de bases de dados utilizadas (*CINAHL* e *MEDLINE* via *EbscoHost*), identificando-se assim um número reduzido de artigos.

CONCLUSÕES

Através da análise realizada, verificou-se que o enfermeiro tem um papel central no ensino feito ao doente oncológico de cabeça e pescoço na consulta de enfermagem pré-operatória. Tal consulta revela-se um recurso terapêutico valioso possibilitando a partilha de dúvidas e o preenchimento de lacunas no conhecimento acerca do tratamento cirúrgico na fase perioperatória, as quais são esclarecidas, englobando não só o doente, mas também a sua família/cuidador, centrando-se os cuidados de enfermagem na pessoa e não na doença, o que promove a individualização dos cuidados. O ensino realizado, embora seguindo um modelo, deverá ser particularizado a cada doente e a cada família, em função da sua cultura e especificidades.

No estudo analisado, ficou comprovado que a consulta de enfermagem pré-operatória é um meio de confluência, funcionando como um espaço importante para o doente e família elucidarem dúvidas e preocupações, no que diz respeito ao processo do cuidado (Neiva, Nogueira e Pereira, 2020).

As intervenções de enfermagem identificadas englobam a entrevista, onde são explicados conceitos acerca do diagnóstico e procedimentos envolvidos na cirurgia proposta, bem como as consequências inerentes.

Para tal poderão ser usados panfletos, com imagens e fotos, para serem mais facilmente interpretadas.

Dado os estudos sobre o assunto aqui tratado serem escassos, torna-se reveladora e relevante a necessidade de se realizar mais investigação na área das intervenções de enfermagem ao doente oncológico de cabeça e pescoço na fase pré-operatória, pois tais intervenções demonstram ser determinantes para a gestão da doença oncológica e do autocuidado nesta população específica no período pós-operatório e no pós-alta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2006).

Enfermagem perioperatória – da filosofia à prática dos cuidados Lusodidacta.

Clarke, LK. (2002). Pathways for head and neck surgery: a patient-education toll.

Clinical Journal of Oncology Nursing, 6(2), 78-106. DOI: 10.1188/02.cjon.78-82

Direção geral da Saúde. (2017) *Programa nacional para as doenças oncológicas 2017*.

Direção Geral da Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.26/22531>

Estêvão, R., Santos, T., Ferreira, A., Machado, A., Fernandes, J. e Monteiro, E. (2016).

Epidemiological and Demographic Characteristics of Patients with Head and Neck Tumours in the Northern Portugal: Impact on Survival. *Acta Médica Portuguesa*, 29(10), 597-604. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.7003>

Feber, T. (1998). Design and evaluation of a strategy to provide support and information for people with cancer of the larynx. *European Journal of Oncology Nursing* 2(2) 106-114.

[https://doi.org/10.1016/S1462-3889\(98\)80241-X](https://doi.org/10.1016/S1462-3889(98)80241-X)

Freiberger, M.F. & Mudrey, E.S. (2011) A importância da visita pré-operatória para sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. *Revista Científica*

Da Faculdade De Educação E Meio Ambiente, 2(2), 1-26.
<https://doi.org/10.31072/rcf.v2i2.96>

Joaquim, A. (2019, setembro 30) *O que é o cancro de cabeça e pescoço?* Grupo de estudos de cancro de cabeça e pescoço. <https://www.geccp.pt/o-que-e-o-cancro-de-cabeca-e-pescoco/>

Losi, E., Guberti, M., Ghirotto, L., Di Leo, S., Bassi, M.C. & Costi, S. (2019). Undergoing head and neck cancer surgery: a grounded theory. *Eur J Cancer Care*. 28(e13062). <https://doi.org/10.1111/ecc.13062>

Ministério da saúde (2018). *Relatório anual acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas 2018* Ministério da Saúde https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio_Acesso_2018-v.final_.pdf

Neiva, R.O. & Nogueira, M.C. & Pereira, A.J. (2020). Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther*, 18, 2920. https://doi.org/10.30886/estima.v18.914_IN

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2021) *Cancer*. WHO | World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

Pereira, A.C., Soares, V.L., Russo, T.M.S., Teles, A.A.S., Bortucan, N.F. e Sonobe, H.M. (2016). O ensino pré-operatório na perspectiva de pacientes oncológicos.

Revista de Enfermagem UFPE on line, 10, (2), 449-456, ISSN 1981-8963.
<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i2a10976p449-456-2016>.

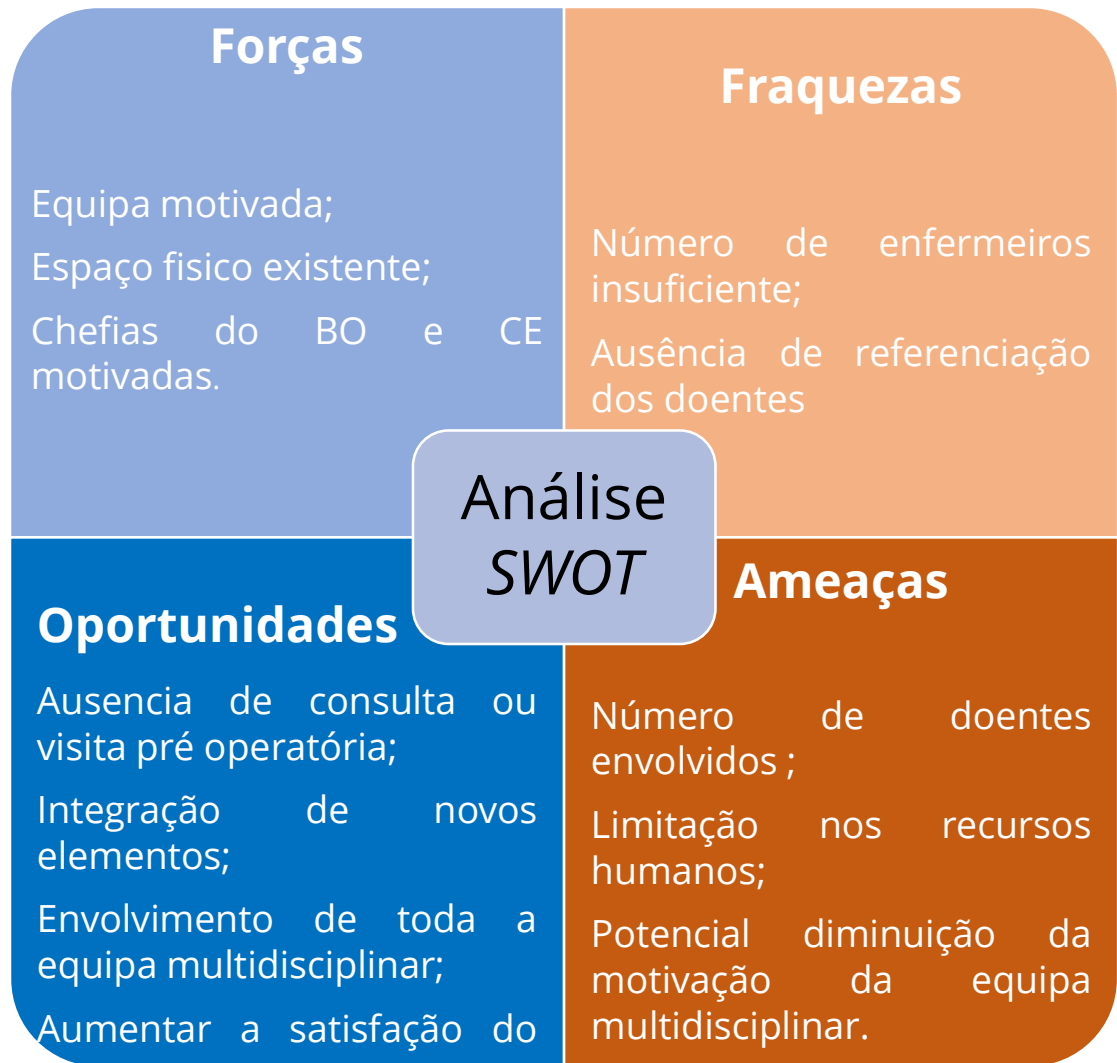
Peters M.D.J., Godfrey C., McInerney P., Munn Z., Tricco A.C. & Khalil, H. Capítulo 11: Scoping Reviews (versão 2020). In: Aromataris E, Munn Z (Editores). *Manual JBI para Síntese de Evidências* JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Portaria nº 306-A/2011, de 20 de dezembro. Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respetivas regras de apuramento e cobrança. Diário Da República Nº 242/2011 - 1 Suplemento - I, Ministério da Saúde e das Finanças.

ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/306-a/2011/12/20/p/dre/pt/html>

Raimundo, D.D., Guedes, M.T.S., Luzial, N.S., Peixoto, M.G.S., Santos, M.C.M. & Silva, C.C. (2014). Assistência de enfermagem a clientes com câncer na cabeça e no pescoço com ênfase nos tumores de cavidade oral no estado do Rio de Janeiro. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(4),1496-1504.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750770016>

Sarmiento, A.F.T. (2020) *Cuidados Paliativos no Cancro de Cabeça e Pescoço*. [Masther's thesis, Clínica Universitária de Otorrinolaringologia: Faculdade de medicina de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
<http://hdl.handle.net/10451/46316>



APÊNDICE III – Reflexão acerca da observação realizada na consulta de enfermagem pré-operatória de ostomias de eliminação.

Um dos focos da enfermagem é a procura constante pela melhoria dos cuidados prestados aos seus doentes, procura essa baseada na evidência científica.

A consulta de enfermagem pré-operatória torna-se numa ferramenta eficiente e válida para detetar problemas reais e acompanhar medidas que se intentam implementar (Oliveira *et al*, 2012), tendo em vista o bem-estar do doente e da sua família, a identificação de problemas e o planeamento de decisões.

Um dos objetivos planeados para este primeiro local de estágio seria o acompanhamento da realização da CEPO para o doente e família/cuidador com CCP. Na impossibilidade de a realizar, na área pretendida, foi dada a possibilidade de realizar o acompanhamento da CEPO na área das ostomias de eliminação, realizando a observação de 2 CEPO.

Nestas CEPO, os diagnósticos estavam ambos ligados à neoplasia maligna do colon, sendo que em ambos estava prevista a construção cirúrgica de uma ostomia.

Da observação realizada, foi produzido este documento, onde pretendo refletir sobre a prática constatada.

Ambas as consultas se nortearam pelo mesmo método, tendo primeiramente a enfermeira apresentando-se e indicado os objetivos daquela consulta. De seguida, o doente e o familiar foram questionados acerca da informação que já possuíam e se havia dúvidas em relação à mesma.

Os doentes propostos para cirurgia foram informados do diagnóstico oncológico e da necessidade da realização da mesma e do procedimento, durante a consulta médica. A consulta de enfermagem acontece posteriormente, chegando os doentes a esta já com alguma informação, mas que na maioria das vezes não vem decodificada. Isto é, os doentes e familiares não têm um entendimento claro do que na realidade lhes vai acontecer, no que diz respeito à intervenção cirúrgica e às consequências da mesma.

Após a exposição do que são os conhecimentos que possuem e das dúvidas, estas são explicadas seguindo uma lógica. A enfermeira inicia a sua exposição

desmistificando o diagnóstico médico, através de imagens com a anatomia humana, seguindo-se do esclarecimento acerca do procedimento cirúrgico e das consequências esperadas.

Neste momento é dado espaço e tempo para que tanto o doente como o familiar/cuidador coloquem as dúvidas e incertezas que ainda possam ter ou que, entretanto, surjam.

Após a clarificação destas dúvidas, a enfermeira mostra o que é a ostomia, através de fotos e de um modelo em silicone de uma ostomia, seguindo-se a demonstração de como se irá fazer a gestão da ostomia, através da utilização dos sacos coletores, neste caso para colostomia.

Foi realizado o ensino acerca da importância da alimentação e dos bons hábitos de saúde (diminuição da vida sedentária, alimentação equilibrada e saudável, bons hábitos de sono, ausência de tabaco e bebidas alcoólicas).

Foi explanada a modalidade de aquisição destes dispositivos médicos e dada a garantia da continuidade de cuidados através da consulta de ostomias de eliminação, ficando assim salvaguardado o acompanhamento do doente após a cirurgia.

É feito um roteiro onde se descreve o percurso que o doente irá realizar desde o dia da sua admissão para internamento até ao dia da alta, dando ênfase a alguns momentos-chave (como por exemplo, ao momento da saída do BO para a unidade de recuperação anestésica, o levante pós cirurgia, o reinício da alimentação).

Tanto os doentes como os familiares/cuidadores participaram ativamente na consulta, que decorreu através de uma conversa informal, com espaço, tempo e disponibilidade da enfermeira que a conduziu para a colocação de dúvidas e até para comentar a incerteza acerca do futuro inerente às consequências expostas.

Foram utilizadas imagens, modelos de silicone, dispositivos médicos vários (das várias marcas existentes no mercado) para demonstração de modo a serem manuseados, brochuras e folhetos informativos, os quais foram entregues ao doente para uma leitura mais atenta. Todos os documentos informativos (folhetos e brochuras) foram explicados durante a consulta. Foi também disponibilizado ao

doente os contactos em caso do surgimento de alguma dúvida, ficando o doente com a informação de que após a cirurgia ficaria logo agendada uma consulta de seguimento para avaliação da adaptação à nova realidade.

Durante a CEPO, o enfermeiro deverá recolher a informação considerada pertinente, relativamente ao modo como o doente e família/cuidador está a gerir a informação acerca dos acontecimentos relacionados com o seu estado de saúde, constituindo uma relação baseada na empatia, na confiança e segurança. Assim, será possível definir uma parceria com o doente e família/cuidador, as estratégias para se conseguir obter os melhores resultados em saúde (Carvalho e Cristão, 2012), garantindo a adesão aos tratamentos propostos.

Os estudos realizados por Christóforo e Carvalho indicam que se deverá realizar uma consulta de enfermagem na fase pré-operatória

no qual se pudesse realizar uma avaliação, orientar o paciente sobre todos os passos do internamento em relação aos cuidados, esclarecendo as suas dúvidas, para que no dia da cirurgia, o paciente possua conhecimentos em relação aos cuidados pré, trans e pós-operatórios, o que teria como consequência uma cirurgia mais tranquila (2019).

Assim, esta consulta é um desafio para o enfermeiro pois implica também uma preparação emocional do doente e sua família/cuidador para o tratamento cirúrgico e para as suas consequências, havendo a indispensabilidade de informar acerca do ambiente especializado e dos cuidados inerentes ao BO (Pereira *et al*, 2016).

Conclusões

Considero que a observação realizada na consulta pré-operatória, no âmbito das ostomias de eliminação foi realmente uma mais valia para aplicação na CEPO para os doentes com CCP, pois as necessidades de ambos são muito semelhantes. A metodologia utilizada nesta consulta é evidenciada na literatura consultada, revelando-se a necessidade de se fornecer a informação de acordo com a capacidade do doente a interpretar, havendo o cuidado de não serem utilizados termos médicos ou muito complexos.

A utilização de folhetos e brochuras, também ela focada na literatura consultada é uma realidade, revelando-se uma prática assente na evidência.

De realçar a inclusão da família e/ou cuidador, focando os cuidados no doente, garantindo o acompanhamento deste nos cuidados para a promoção da autonomia nos pós-operatório e na alta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho, J.M.S., Cristão, A.S.M. (2012) O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de enfermagem referencia*. III série (7), 103-112. https://web.esenfc.pt/pa3/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2306&id_revista=9&id_edicao=46

Oliveira, S.K.P., Queiróz, A.P.O., Matos, D.P.M., Moura, A.F., Lima, F.E.T. (2012) Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista brasileira de enfermagem*. 65(01), 155-161. <https://www.scielo.br/j/reben/a/C5MynWnQQN5xx44YFGfk7Kn/?format=pdf&lang=pt>

Pereira, A.C., Soares, V.L., Russo, T.M.S., Teles, A.A.S., Bortucan, N.F. & Sonobe, H.M. (2016). O ensino pré-operatório na perspectiva de pacientes oncológicos. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 10, (2), 449-456. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i2a10976p449-456-2016>.

APÊNDICE IV - Planeamento das Atividades do Ensino Clínico do 3º Trimestre

Objetivo Geral 1: Adquirir e desenvolver competências como Enf.^a Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente oncológica e mestre na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço propostas para cirurgia e sua família/cuidador.

Campo de Estágio A:

Serviço de Consultas Externas de Cirurgia de Cabeça e Pescoço de ORL

Duração: 11 de outubro a 19 de novembro de 2021

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Resultado
A1.1. Compreender a estrutura organizacional, o funcionamento do contexto clínico, a missão e os valores do serviço, de forma a promover a integração na equipa multidisciplinar do serviço.	A1.1.1. Exposição do projeto de intervenção. A1.1.2. Consultar os documentos relacionados com a estrutura organizacional e funcional do contexto clínico e das práticas relacionadas com a pessoa com CCP proposto para cirurgia e sua família/cuidador; A1.1.3. Entrevistar os Enfermeiros do serviço e observa a dinâmica da equipa multidisciplinar. A1.1.4. Compreender o desempenho da equipa de enfermagem em conjunto com a equipa multidisciplinar, que prestam cuidados ao doente com CCP.	Humanos: - Enfermeiro chefe do serviço; - Enfermeiro Orientador; - Equipa multidisciplinar; - Enfermeiros peritos na área oncológica; - Pessoas com CCP propostas para cirurgia e família/cuidador; - Docente orientador. Materiais: - Mesas; - Cadeiras; - Computadores; - Documentos internos; - Processos clínicos.	Expõe o projeto de intervenção no campo de estágio; Elabora documento onde são descritos a estrutura organizacional e funcional do serviço, bem como a missão e valores.
	A1.2.1. Acompanhar o Enf. ^o orientador ou perito (observação da consulta de enfermagem); A1.2.2. Identificar as necessidades (formativas e outras) da pessoa com CCP proposta para cirurgia e sua família/cuidador, no âmbito da CEPO; A1.2.3. Realizar CEPO a 4 doentes.		Elabora questionário para identificação e avaliação das necessidades (de formação ou outras) do doente com CCP e sua família/cuidador, de acordo com o referencial teórico Elabora estudo de caso baseado numa pessoa a quem realizou CEPO

APÊNDICE IV - Planeamento das Atividades do Ensino Clínico do 3º Trimestre

Objetivo Geral: 1. Adquirir e desenvolver competências como Enf.^a Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente oncológica e mestre na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço propostas para cirurgia e sua família/cuidador.

Campo de Estágio A:

Serviço de Consultas Externas de Cirurgia de Cabeça e Pescoço de ORL

Duração: 11 de outubro a 19 de novembro de 2021

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Resultado
A1.3. Identificar as intervenções de enfermagem promotoras do acolhimento, através da CEPO	A1.3.1. Consultar documentos que orientem para as boas práticas existentes, para a CEPO	Humanos: - Enfermeiro chefe do serviço; - Enfermeiro Orientador; - Enfermeiros peritos na área oncológica; - Docente orientador.	Organiza um índice do Guia de Boas Práticas para a realização da CEPO, para implementação no HVFX.
	A1.3.2. Pesquisa bibliográfica sobre as Intervenções de Enfermagem promotoras do acolhimento na pessoa com CCP proposta para cirurgia e sua família/cuidador	Materiais: - Mesas; - Cadeiras; - Computadores; - Documentos internos; - Processos clínicos; - Pesquisa Bibliográfica.	Elabora uma <i>check list</i> com as intervenções de enfermagem e o ensino preparatório a realizar ao doente e família na CEPO com vista à preparação para o período perioperatório, a incluir no futuro guia de orientação.

APÊNDICE V – Cronograma das Atividades de Estágio

Local de Estágio A		Ano	2021					
Atividades		Mês	Out			Nov		
		Sem.	41	42	43	44	45	46
A1.1.1. Exposição do projeto de intervenção.								
A1.1.2. e B1.1.2. Consulta os documentos relacionados com a estrutura organizacional e funcional do contexto clínico e das práticas relacionadas com a pessoa com CCP proposta para cirurgia e sua família/cuidador.								
A1.1.3. e B1.1.3. Entrevista os enfermeiros do serviço e observa a dinâmica da equipa multidisciplinar.								
A1.1.4. Compreender o desempenho da equipa de enfermagem em conjunto com a equipa multidisciplinar, que prestam cuidados ao doente com CCP								
A1.2.1. Acompanha o Enf.º orientador ou perito (observação da consulta de enf.)								
A1.2.1. Acompanha o Enf.º perito na CEPO de ostomias de eliminação (observação da consulta de enf.)								
A1.2.2. Identifica as necessidades da pessoa com CCP proposta para cirurgia e sua família/cuidador, no âmbito da CEPO								
A1.2.3. Realiza a CEPO a 4 doentes								
A1.2.3. Realização de Guias Informativos de acordo com o Procedimento Cirúrgico para aplicação na CEPO								
A1.3.1. Consulta guia de boas práticas ou outros documentos existentes para a CEPO								
A1.3.2. Pesquisa bibliográfica sobre as intervenções de enfermagem promotoras do acolhimento na pessoa com CCP proposta para cirurgia e sua família/cuidador.								

Legenda

	Planeado e realizado
	Realizado, embora não planeado inicialmente
	Planeado, mas não realizado

APÊNDICE VI – Questionário realizado na CE do Campo de Estágio A ao doente com CCP submetido a cirurgia e sua família/cuidador (adaptado da Escala da Incerteza na Doença de Merle Mishel – MUIS).

Questionário para determinação da falta de informação e clareza, acerca da informação dada sobre os procedimentos referentes à fase perioperatória ao doente com CCP e família/cuidador (adaptado da Escala da Incerteza na Doença de Merle Mishel (Oliveira, 2018) – MUIS).

Data - _____

Sexo – M ☐ F ☐ Idade – _____

Procedimento Cirúrgico _____

Diagnóstico _____ Data - _____

Instruções: Questionário aplicado ao doente com CCP submetido a cirurgia e cuidador/família durante uma entrevista informal, durante a 1ª e/ou 2ª consulta de enfermagem no pós-operatório. As respostas devem ser dadas de acordo com o que o doente/cuidador/família refere sentir.

Tópico	Itens	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)	Indeciso (3)	Discordo (2)	Discordo totalmente (1)
Falta de Informação	1) Eu não sei o que há de errado comigo.					
	2) O meu tratamento é muito complexo para eu o entender.					
	3) Eles não me têm explicado como vão tratar a minha doença.					
	4) Deram-me tanta informação, que eu não consigo entender qual é a mais importante.					

	5) Não me deram um diagnóstico específico para mim.					
Falta de Clareza	8) Tenho várias perguntas que ainda estão sem resposta.					
	9) As explicações que me dão não são claras para mim.					
	10) A proposta de tratamento foi clara para mim.					
	11) Não sei quando a cirurgia vai acontecer					
	12) Eu entendo tudo o que me explicam.					
	13) Os médicos dizem-me coisas que podem ter muitos significados.					
	14) São tantos profissionais que eu não sei quem é responsável pelo quê.					
	15) Tenho recebido várias opiniões sobre o que se passa de errado comigo.					

Total -

Limites da pontuação – Entre 13 e 65.

Pontuação

13-39 – Baixo nível de incerteza nos domínios da falta de informação e clareza.

39-65 – Elevado nível de incerteza nos domínios da falta de informação e clareza.

O que gostaria de ter sabido antes do procedimento cirúrgico?

Teria sido importante uma conversa com a enfermeira sobre o que se iria passar (procedimentos pré, intra e pós-operatórios e situação na alta)?

Teria sido importante saber acerca das alterações físicas que foram provocadas com o tratamento cirúrgico (alteração estética e função – estomas)?

APÊNDICE VII – Análise reflexiva dos questionários realizados no campo de estágio A.

A presente reflexão é respeitante a uma situação decorrente da prática, e que me levou a constatar a relevância do papel que a CEPO tem para o doente com CCP com cirurgia programada.

A elaboração do documento será baseada na experiência vivenciada e pela literatura, como evidência.

As atividades propostas para este local de estágio, englobavam a elaboração de um questionário para avaliação das necessidades formativas e outras dos doentes com cirurgia programada. Fazia também parte dos meus objetivos acompanhar a enfermeira perita na CEPO no local de estágio A e a realização da mesma a pelo menos quatro (4) doentes.

Como não foi possível atingir esse objetivo (acompanhamento da enfermeira perita na CEPO), e depois de uma reflexão acerca dessa realidade, decidi elaborar um segundo questionário para ser aplicado ao doente já sujeito a cirurgia durante a 1ª ou 2ª consulta de enfermagem de seguimento.

O foco seria perceber se a informação dada antes do procedimento cirúrgico teria sido suficiente para que aquela experiência tivesse ocorrido sem dúvidas, ansiedade e angústia.

Assim, foram elaborados 2 questionários, adaptados à situação do doente (no período pré ou pós-operatório), e tendo como base a escala MUIS - Escala da Incerteza na Doença de Merle Mishel, tendo-a ajustado de acordo com os objetivos a atingir.

A escala da incerteza na doença original foi elaborada por Mishel na sua tese de doutoramento e baseava-se na validação da ambiguidade. A partir dessa escala foram desenvolvidas outras três versões: para doentes crónicos na comunidade, para a família/cuidadores de doentes com doença grave e uma última versão a ser usada em pais de crianças doentes (Barbosa, 2012).

A escala de Mishel tem vindo a ser utilizada em vários contextos, através de adaptações, sendo que existem duas traduções adaptadas para a língua

portuguesa: a de Barbosa (2012), adaptada para familiares de doentes com paraplegia e a de Oliveira (2018), adaptada para doentes submetidos à ressecção de órgão.

Nos questionários elaborados para aplicação nos doentes com CCP submetidos a cirurgia ou com cirurgia programada, foi utilizado como base a tradução realizada por Oliveira (2018), pela semelhança nas características dos doentes.

A escala da incerteza na doença abarca quatro domínios: a ambiguidade, a falta de clareza, a falta de informação e a imprevisibilidade, com 30 itens. As respostas são dadas, utilizando-se a escala de *Likert*, com cinco (5) pontos onde o “discordo totalmente” corresponde uma pontuação de um (1) ponto; “discordo”, dois (2) pontos; “indeciso”, três (3) pontos; “concordo”, quatro (4) pontos e “concordo totalmente”, cinco (5) pontos, perfazendo um limite de pontuação entre trinta (30) a cento e cinquenta (150) pontos (Barbosa, 2012; Oliveira, 2018).

Para a elaboração dos questionários para os doentes com CCP, utilizaram-se os domínios da falta de informação e da falta de clareza, as quais estão relacionadas com o meu objetivo a atingir: avaliar as necessidades informativas do doente e família.

A falta de clareza está relacionada com a falta de compreensão da parte do doente/família ou das explicações incompletas ou com a linguagem utilizada demasiado elaborada/técnica. A falta de informação está relacionada com a falta de clareza e diz respeito às informações que não foram disponibilizadas ou ocultadas, estando diretamente ligadas aos fornecedores de estruturas (todos os profissionais com o conhecimento e responsabilidade para prover com informação a pessoa que necessita da mesma), os quais deveriam fornecer toda a informação acerca da patologia e seu tratamento (Barbosa, 2012)

Juntamente ao questionário foram adicionadas questões abertas diferentes nos dois questionários, tendo em conta o público alvo.

Para avaliação da falta de informação foram colocadas cinco (5) questões e para a avaliação da clareza correspondem oito (8) questões (Oliveira, 2018). O questionário origina uma pontuação que vai de treze (13) a sessenta e cinco (65) pontos, sendo

que de treze (13) a trinta e nove (39) será considerado “Baixo nível de incerteza nos domínios da falta de informação e clareza” e de quarenta (40) a sessenta e cinco (65) “Elevado nível de incerteza nos domínios da falta de informação e clareza”.

As questões abertas elaboradas para o questionário para a fase pré-operatória do doente com CCP foram:

1. “O que gostaria de saber acerca do procedimento cirúrgico, que foi proposto?”
2. “É importante perceber o que se vai passar e como, no dia em que ficar internado, no dia da cirurgia e enquanto estiver internado?”
3. “Quer saber como serão as alterações físicas que irão ser provocadas com o tratamento cirúrgico (alteração estética e função – estomas)?”
4. “Quer saber como vai ser quando for para casa (que ajudas; ensinamentos; material; especificar quais as dúvidas)?”

As questões abertas elaboradas para o questionário a aplicar na fase pós-operatória, em consulta de *follow-up* ao doente com CCP foram:

1. “O que gostaria de ter sabido antes do procedimento cirúrgico?”
2. “Teria sido importante uma conversa com a enfermeira sobre o que se iria passar (procedimentos pré, intra e pós-operatórios e situação na alta)?”
3. “Teria sido importante saber acerca das alterações físicas que foram provocadas com o tratamento cirúrgico (alteração estética e função – estomas)?”

Foram conseguidos resultados, de uma amostra de oito (8) doentes, para os quais os questionários foram aplicados, numa conversa informal, em que se foram inserindo as várias questões. Não se realizou um questionário formal, preenchido pelo próprio doente, pois esta atividade, não estando proposta inicialmente, necessitaria que fossem questionados o conselho de ética e a direção do hospital. Para poder conversar com os doentes, obtive a autorização da enfermeira-chefe. Assim, foram realizados quatro (4) questionários na fase pré-cirúrgica, durante a CEPO e quatro (4) na fase pós-operatória, em doentes sem CEPO.

Dos oito (8) doentes, sete (7) tinham como cuidador a esposa e apenas um (1) tinha como cuidador outro familiar.

Relativamente aos questionários relacionados com os domínios da incerteza em estudo, obtiveram-se os seguintes resultados:

Fase pré-operatória

- Na fase pré-operatória, 70% (3) dos doentes apresentaram baixo nível de incerteza relacionada com a falta de informação e clareza, sendo que não era a primeira cirurgia oncológica que iriam realizar.
- Os outros 30% (1) com alto nível de incerteza nos domínios da falta de informação e clareza, estavam relacionados com um primeiro procedimento cirúrgico oncológico e único na experiência de vida do doente e altamente mutilante.

Esta constatação vem ao encontro do defendido por Mendes *et al* (2020) ao referir que, o doente possuidor de informação acerca da cirurgia e dos procedimentos a ela associados induz a uma sensação de controlo dos acontecimentos, o que implica numa gestão mais eficaz da incerteza.

- De referir que 50% referiu que concordavam com a afirmação, incluído na falta de informação, “2 – O meu tratamento é muito complexo para eu o entender”, embora que, deste total, 50% refira que não recebeu informação.

Fase pós-operatória

- 100% dos doentes apresentam um baixo nível de incerteza nos domínios da falta de informação e clareza.
- De referir que, 25 % dos doentes (1) concordou totalmente com a afirmação “eu não sei o que há de errado comigo”, 25% concordou com “o meu tratamento é muito complexo para eu o entender” e 25% responderam, indeciso. Estas respostas revelam que, apesar do somatório revelar um baixo nível de incerteza nos domínios, a falta de informação revela ser um problema na experiência cirúrgica

Relativamente às questões abertas, na fase pré-operatória, são de salientar as respostas dadas às seguintes questões:

1. “O médico explicou-me por alto que ia ficar com um tubo no pescoço, por aí dá para ver o que me vai acontecer” (SIC);

"O médico explicou-me no geral, não sei o que me vão fazer depois de estar a dormir" (SIC)

"Gostava de saber porque tenho de fazer uma anestesia geral para ser operado" (SIC).

2. *"Não sei porque tenho de ficar internado tanto tempo antes" (SIC);*

"Quero saber, porque ninguém gosta de andar com os olhos entapados" (SIC);

"Quero saber o que me vai acontecer" (SIC).

3. *"Quero saber o que me vai acontecer... está tudo a acontecer muito rápido e tudo vai mudar" (SIC);*

"Quero saber o que me vai acontecer, mas prefiro nem falar do buraco na garganta que me faz muita confusão" (SIC);

"Quero saber, mas quero ser operado" (SIC);

"Estou pronto para traqueotomia se houver necessidade, quero viver" (SIC).

4. *"Não quero pensar nisso... se correr mal logo vemos" (SIC);*

"Vou comer normalmente?" (SIC);

"Explique...explique... é mais fácil para a mulher se orientar comigo" (SIC);

"Se calhar não vou ficar assim tão independente... vou precisar de ajuda" (SIC);

Na fase pós-operatória:

1. *"O médico não falou comigo. Foi a enfª. X do piso quem falou e explicou" (SIC);*

"Recebi toda a informação" (SIC);

"Gostava que me tivessem dito que ia ficar diferente" (SIC);

"Preferi não saber. O que fosse preciso fazer para me tratar eu fazia" (SIC);

"Gostaria que me tivessem explicado que ia ficar a falar esquisito e de boca à banda" (SIC).

2. *"Sim... se explicarem o que vai acontecer, uma pessoa sabe ao que vai... assim vamos a descobrir o caminho" (SIC);*

"Sim... houve essa conversa no dia do internamento... estava preparado para tudo... para me tratar" (SIC);

"Na 1ª cirurgia era tudo novo... agora foi a 3ª, já sabia... mesmo assim é bom lembrar... sentimos companhia" (SIC);

“A conversa aconteceu no dia do internamento. É muito importante. Estava muito perdido e quando ela (Enfª do piso de internamento) me explicou fiquei mais calmo. Tudo se passou como ela me explicou” (SIC).

3. *“É muito importante que nos digam como vamos ficar. Foi-me explicado pela Enfª X que teria uma traqueostomia e que poderia ter de fazer tratamentos. Nenhum médico falou comigo... nem sei quem me operou...” (SIC);*

“Sim... assim não tinha sido apanhado desprevenido” (SIC);

“Não quis saber... o que fosse preciso fazer, pedi para fazer. Quis tratar-me” (SIC);

“Mesmo que soubesse que ia ficar assim, eu queria ser operado... mas não ia ser um choque... já ia preparado” (SIC).

Cada vez mais, a evolução nas técnicas cirúrgicas e não cirúrgicas levam a um aumento na sobrevivência dos doentes com CCP, com alterações importantes ao nível da respiração, comunicação, alimentação e estéticas (Miguel, Gudiño e Silva, 2014).

Assim, a pessoa a quem é dado o diagnóstico de CCP vivência a necessidade de cuidados de saúde relacionados com todas as alterações físicas, fisiológicas e psicossociais que a doença oncológica, as suas complicações, o tratamento e as suas consequências vão acarretar (Reis *et al*, 2018).

Assim que o doente tem conhecimento de que necessita de uma cirurgia e que esta será realizada, ele entra na fase pré-operatória, incluída no período perioperatório. Nesta fase, o bem-estar do doente deverá estar nos principais objetivos dos enfermeiros, devido ao stress provocado pelo desconhecimento dos procedimentos relacionados com a cirurgia, anestesia, os cuidados a serem prestados (Christóforo e Carvalho, 2008) bem como as consequências que irão ser provocadas pela cirurgia.

Posto isto, os cuidados de enfermagem ao doente com CCP apresentam “muitos desafios, pois além do preparo psicoemocional deste para a cirurgia e suas consequências, há necessidade de abordagem sobre os cuidados e os ambientes

especializados de atendimento, como centro cirúrgico e recuperação pós-anestésica” (Pereira *et al*, 2016, p. 450).

Estudos indicam que se deverá realizar uma consulta pré-operatória ao doente com cirurgia proposta, para que se realize uma primeira avaliação do mesmo bem como para orientá-lo no percurso no hospital, tendo em vista o seu internamento, esclarecendo as suas dúvidas para que este seja detentor de toda a informação possível relativamente aos cuidados perioperatórios (Christóforo e Carvalho, 2008), preparando assim a sua alta.

Na preparação para a realização da CEPO, foram elaborados vários guias informativos com a informação condensada e os contactos em caso de dúvida, consoante a cirurgia proposta, sendo oferecidos aos doentes no final, para que os possam levar consigo para o domicílio tendo assim, oportunidade de os voltar a ler, juntamente com a família. No final do guia, existe um espaço para que, a existirem dúvidas, as possam escrever, para não ocorrerem lapsos de memória, para questionar a enfermeira do serviço de internamento.

Na conceção destes guias, tiveram-se em conta os domínios da incerteza na doença, para que fossem de encontro às necessidades do doente e família.

CONCLUSÃO

Tendo em conta os resultados destes questionários informais realizados na CEPO e na consulta de *follow-up*, constata-se a importância que o doente e família dão à informação dada com clareza e à segurança que a garantia da continuidade de cuidados fornece.

O doente precisa que a informação dada seja completa e com a linguagem compatível com a sua compreensão.

Ao criar um ambiente seguro, onde se possa dar a informação relativa aos aspetos logísticos do internamento, ao procedimento cirúrgico e anestésico, aos cuidados que irão ser prestados no pós-operatório bem como aos aspetos relativos ao regresso a casa, dá-se oportunidade para que o doente tenha tempo para lidar com a sua nova realidade.

A gestão desta informação, de modo a criar na incerteza provocada pelo diagnóstico e tratamento da patologia oncológica uma oportunidade, necessita de tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbosa, I.V. (2012). Tradução, adaptação e validação da Mishel uncertainty in illness scale for family members: aplicação em familiares de pessoas com paraplegia [Doctoral dissertation, Universidade Federal do Ceará] repositório institucional da UFC. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/15629>

Christóforo, B.E.B., Carvalho, D.S. (2009) Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista da escola de enfermagem da universidade de S.Paulo.* 43(1) 14-22. DOI:[10.1590/S0080-62342009000100002](https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100002)

Mendes, D.I.A., Ferrito, C.R.A.C., Gonçalves, M.I.R. (2020) A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos de saúde.* 12(1), pp. 47-53
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>

Miguel, S., Gudiño, M., Silva, A. (2014) Impacto do cancro de cabeça e pescoço na qualidade de vida: análise reflexiva. *Onco.news.* 7(25) 23-30. Disponível em <https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/on25.pdf>

Oliveira, T.M.G. (2018) *Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia para retirada de órgão à luz da teoria da incerteza na doença.* [Master's thesis, Universidade de Brasília] Repositório institucional da UNB. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34144>

Pereira, A.C., Soares, L.V., Russo, T.M.S., Teles, A.A.S., Lenza, N.F.B., Sonobe, H.M. (2016) O ensino pré-operatório na perspectiva de pacientes oncológicos. *Revista de enfermagem UFPE online*. 10(2), 449-56. <https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201610>

Reis, J.B., Oliveira, J.M., Nascimento, V.F., Cabral, J.F., Lucietto, G.C., Silva, R.A. (2018). Câncer de cabeça e pescoço: a comunicação e os seus significados. *Revista de enfermagem UFPE online*. 12(12) 3263-3270. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-vi2i12a237730p3263-3270-2018>

APÊNDICE VIII - Guia Informativo Pré-cirúrgico



CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Guia informativo pré-cirúrgico

Laringectomia total

Serviço de Consultas Externas



ORL

Informações orientadoras para o seu procedimento cirúrgico

Cirurgia proposta – Laringectomia total

Data da cirurgia – ____/____/____

Consulta de enfermagem pré-operatória

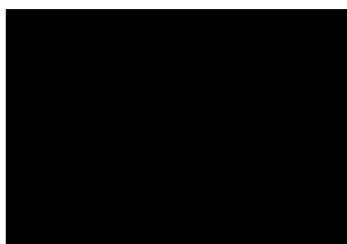
Data - ____/____/____

Enfermeira _____

Este guia informativo foi elaborado por um conjunto de enfermeiros, com o objetivo de o ajudar a gerir esta fase importante da sua vida, a qual implica a cirurgia.

O período antes da cirurgia é geralmente vivido com ansiedade e nervosismo devido à interrupção das atividades do dia-a-dia, pelo

receio da cirurgia, da dor e da incapacidade em realizar autonomamente as suas atividades, incluindo o autocuidado.



O internamento do serviço de Otorrinolaringologia (ORL) situa-se no 5º piso do Pavilhão

Central.

Nos próximos dias, após a consulta de anestesia e a consulta de enfermagem pré-



operatória, irá ser contactado/a telefonicamente pelo assistente técnico do serviço, que irá combinar consigo o dia e a hora do seu internamento.



Deverá trazer uma pequena bolsa com:

- Os medicamentos que toma habitualmente, dentro das caixas originais e o esquema de tomas diário;
- Pijama, camisa de dormir e roupão;
- Chinelos de quarto e de duche (borracha);
- Os seus produtos de higiene pessoal (escova de cabelo, champô, etc);
- Roupa interior
- Poderá trazer objetos eletronicos (telemóvel, computador) e respetivos carregadores.
- Um bloco, caneta ou quadro para escrever.

O que não deve trazer:

- ⊗ Sacos grandes ou malas de viagem, toalhas e toalhões, objetos de valor (carteiras com documentos ou dinheiro);

- ⊘ Quaisquer adornos (anéis, colares, pulseiras, relógio, etc.).

COMO PODERÁ PREPARAR-SE PARA A CIRURGIA?



O procedimento cirúrgico e as possíveis alterações que este lhe poderá provocar, poderão aumentar o receio da cirurgia.

Será importante procurar ajuda e planear o que irá acontecer, rodeando-se das pessoas que lhe poderão dar apoio e segurança, durante este processo.

- Escolha uma pessoa significativa (familiar/amigo) com quem possa conversar e partilhar as suas dúvidas e ansiedades;
- Venha sempre acompanhado às consultas;

- Se tem animais de estimação, planeie com tempo, com quem os vai deixar;
- Se é responsável por crianças ou pessoas dependentes, escolha quem o poderá substituir enquanto estiver internado e no período em que estiver a recuperar da cirurgia. Não se esqueça que, para conseguir tomar conta dos outros, vai precisar de tempo para cuidar de si!



- É importante planear o regresso a casa, escolhendo quem poderá ficar responsável pela preparação das refeições, limpeza da casa e roupas, ajuda para a higiene, gestão da medicação e companhia;
- É necessário que seja o mais autónomo possível no seu autocuidado. No entanto, será importante que a pessoa que escolheu



para o auxiliar aprenda consigo os cuidados necessários, decorrentes da cirurgia.

RECUPERAR ANTES DA CIRURGIA

A recuperação da cirurgia deve começar antes mesmo da sua realização.



Assim que tem conhecimento que vai necessitar de uma cirurgia, deverá adotar hábitos saudáveis.

Estes deverão incluir uma alimentação equilibrada, a ingestão regular de água, horas de sono e descanso e uma atividade física adequada ao seu gosto e capacidade.



Deverá diminuir e até, se possível, suspender o consumo

de tabaco e álcool. Poderá pedir ajuda se sentir alguma dificuldade.

Preparação para a cirurgia

No dia em que ficar internado/a, a enfermeira do serviço de internamento virá prestar informação acerca de:

- Cirurgia que vai realizar, esclarecendo quaisquer dúvidas que ainda tenha;
- Cuidados de higiene específicos (com a utilização de um desinfetante de pele que lhe será fornecido);
- Retirar anéis, fios, relógio ou brincos (por serem de metal aumentam o risco de acidentes elétricos);
- Período de jejum que deverá respeitar, de acordo com a hora da cirurgia.

Umas horas antes da intervenção

(dependendo se entrou no dia anterior ou no próprio dia da cirurgia):

- Irá vestir uma bata diferente, que lhe irá ser oferecida;
- Deverá calçar umas meias elásticas, para reduzir o risco de produção de coágulos sanguíneos (a enfermeira virá ajudá-lo/a a vestir as meias);
- A enfermeira dar-lhe-á uma medicação, que faz parte da preparação para a anestesia. Após tomá-la, deverá permanecer deitado/a, pois a mesma poderá provocar sonolência.
- Deverá retirar quaisquer próteses que tenha (dentárias, oculares ou auditivas);
- Será canalizada uma veia e colocado soro em curso;
- Deverá urinar antes de ir para o Bloco Operatório;

- Não deverá retirar os pelos da zona a operar em casa. Se houver essa necessidade, a enfermeira irá fazê-lo antes da cirurgia.

O BLOCO OPERATÓRIO

Esta é uma zona restrita, no hospital, onde os profissionais têm de usar vestuário próprio, com touca e máscara facial.



Será recebido pela enfermeira que irá acompanhá-lo/a durante todo o procedimento.



A sala operatória, onde será operado/a é composta por vários monitores e material complexo e por uma equipa de profissionais constituída por enfermeiros,

anestesista, cirurgiões e assistente operacional.

À chegada, serão feitas várias questões para confirmação da sua identificação (nome e data de nascimento), do jejum, da existência de alergias, da utilização de próteses dentárias ou outras.

Todo o procedimento cirúrgico segue vários protocolos com o objetivo de garantir a sua segurança.

A ANESTESIA



A anestesia que se aplica à sua cirurgia, será a anestesia geral.

Ser-lhe-ão administrados medicamentos através do cateter endovenoso (que estará nas costas

da sua mão ou no braço) que lhe irão induzir o sono e relaxar os músculos.

Não terá qualquer consciência do que se irá passar (não irá sentir dor nem terá memória do procedimento).

Quando acordar poderá sentir frio, tremores ou dor.

É importante que informe os enfermeiros se não se sentir confortável.

De seguida será levado para a unidade de Cuidados Pós Anestésicos onde estará nas primeiras horas após a cirurgia. Se o seu estado de saúde assim o necessitar, poderá ser transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos, onde permanecerá enquanto se justificar. De seguida, e assim que tiver condições, será transferido para a Sala de Recuperação, no piso 5.

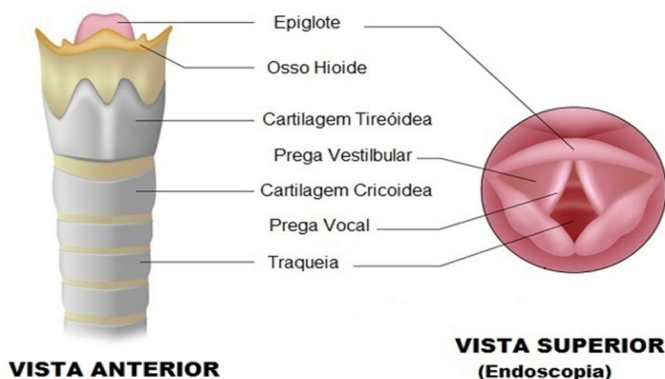
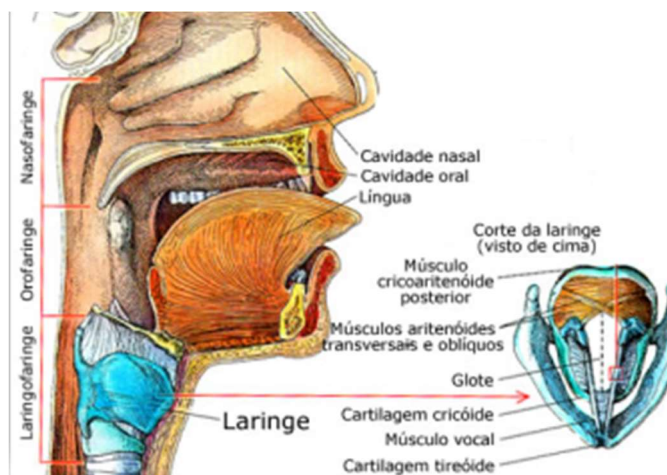
A sua cama terá a cabeceira elevada a 45°, devido ao procedimento que foi realizado.

Assim que tiver recuperado totalmente do procedimento anestésico será colocado no seu quarto.

LARINGECTOMIA

Esta cirurgia é realizada quando a doença oncológica se encontra numa fase mais avançada.

Baseia-se na remoção da laringe (que engloba a remoção da epiglote, da cartilagem tiroide, do osso hioide, da cartilagem cricoide e de 3 ou 4 anéis da traqueia).



Assim, ao se remover a laringe, a caixa de voz também será removida, implicando a impossibilidade de falar normalmente.

Também a respiração ficará alterada, não se realizando com a passagem de ar pela boca e nariz, mas através de uma abertura no pescoço.

A esta abertura dá-se o nome de traqueostomia.

Associado a este procedimento, devido à capacidade que estes tumores têm em invadir outros tecidos, especialmente através dos vasos linfáticos para os gânglios regionais, está o ESVAZIAMENTO GANGLIONAR CERVICAL.

Este procedimento cirúrgico baseia-se na remoção dos gânglios linfáticos cervicais, os

quais poderão estar invadidos por células tumorais.

COMPLICAÇÕES...

- Relacionadas com o procedimento anestésico;
- Hemorragia;
- Infecções;
- Edema cervico-facial;
- Dor;
- Dificuldade em levantar o braço acima da cabeça;
- Dor no ombro

CUIDADOS A TER APÓS A CIRURGIA

➤ Quando acordar da anestesia, vai estar entubado nasogastricamente, isto é, terá uma sonda inserida no nariz, por onde irá ser alimentado. Esta sonda irá prevenir que os alimentos invadam a área de cicatrização, diminuindo os riscos de infeção. Quando estiver mais recuperado, a enfermeira do serviço de internamento irá ensiná-lo/a a se alimentar com a sonda nasogástrica. O objetivo é que seja o mais autónomo possível. Esta sonda não será permanente.

➤ Haverá necessidade de colocação de drenos na região cervical, para a drenagem de líquidos.

➤ Irá ter uma cânula no pescoço, por onde irá respirar. É normal que tenha mais tosse e muco. A enfermeira vigiará com frequência a

cânula e o estoma (abertura no pescoço por onde respira).

- A sua cama estará com a cabeceira mais elevada (a 45°), para prevenir o edema e a hemorragia.

- Assim que possível, será importante andar frequentemente.

- É importante que a tosse seja eficaz, pelo que deve de tossir com frequência para conseguir expelir o muco. A enfermeira do internamento irá ensiná-lo a limpar a cânula sempre que for necessário.

Perguntas para a minha enfermeira

[illegible]

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Contatos

CONSULTAS EXTERNAS - Consulta de ORL

2ª a 6ª feira – das 9h00 às 16h00



Pavilhão Central, Piso 0, Gab.11

APÊNDICE IX – Intervenções de Enfermagem na CEPO – *Chek-list*

	S	N
1. Explicar o objetivo da CEPO		
2. Realizar a avaliação inicial do doente (com avaliação do estado emocional)		
3. Efetuar o ensino relativo a (com a explicação do Guia Informativo para CEPO):		
0.1. O que trazer/ não trazer para o Hospital		
0.2. Percurso no hospital desde o dia do internamento até à alta		
0.3. Preparação pré-operatória		
0.4. Cuidados a ter após a cirurgia (durante o internamento e em casa)		
0.5. Serviços de apoio no hospital/na comunidade		
1. Confirmação do entendimento da informação dada/ensino realizado		
2. Entrega de folhetos/Guia informativo para CEPO		

Índice

3. INTRODUÇÃO

4. CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DO DOENTE COM CCP

4.1. Ensino Pré-operatório

4.2. ENSINO DIRIGIDO PARA O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

4.2.1. Microcirurgia da laringe;

4.2.2. Glossectomia parcial com Esvaziamento Ganglionar Cervical;

4.2.3. Glossectomia total;

4.2.4. Laringectomia;

4.2.5. Traqueotomia/Traqueostomia

4.3. Guião da consulta

5. CONCLUSÃO

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apêndices

Apêndice I - Guia Informativo para a Consulta Pré-operatória – Microcirurgia da Laringe;

Apêndice II - Guia Informativo para a Consulta Pré-operatória – Glossectomia Parcial (com EGC)

Apêndice III - Guia Informativo para a Consulta Pré-operatória –Glossectomia Total

Apêndice IV - Guia Informativo para a Consulta Pré-operatória – Laringectomia;

Apêndice V - Esvaziamento Ganglionar Cervical – Traqueotomia/Traqueostomia

Apêndice VI – Guião da Consulta;

Apêndice VII – Instrumento de registo da CEPO

APÊNDICE XI - Questionário para avaliação do acolhimento realizado no serviço de internamento

Questionário para avaliação do acolhimento realizado no serviço de internamento

Data - _____

Sexo – M ☐ F ☐

Idade – _____

Procedimento Cirúrgico _____

Diagnóstico _____ Data - _____

Instruções: Questionário aplicado ao doente com cancro da CP submetido a cirurgia e cuidador/família durante uma entrevista informal, durante o pós-operatório.

As respostas devem ser registadas de acordo com o que o doente/cuidador/família refere sentir.

O que considera ter sido importante saber antes do procedimento cirúrgico?

Quando avalia o período pré-operatório, pensa ter sido importante para a gestão da ansiedade e do sentimento de incerteza o facto de ter sido informado do percurso que iria realizar e do que iria encontrar no BO?

Considera importante ter sido informado acerca das alterações físicas que o tratamento cirúrgico lhe provocou (alteração estética e função)?

Considera que a linguagem utilizada durante o acolhimento foi esclarecedora, ou terão sido utilizados termos que não entendeu?

APÊNDICE XII - Estudo de caso

Desde a era de Nightingale que a utilização do estudo de caso em enfermagem vem a ser utilizado, sendo este realizado por meio de uma colheita de dados minuciosa envolvendo várias fontes de informação (Galdeano, Rossi e Zago, 2008).

É através deste método de estudo que é criada a possibilidade de se ter uma visão do doente como um todo, percebendo o seu percurso de vida e as problemáticas relacionadas com o seu estado de saúde, que o acompanharam no referido percurso.

Para a realização deste estudo de caso, irei recorrer a vários autores e organizações, que contribuíram para a evidencia científica, encontrando-se devidamente referenciados.

Foram delineados os seguintes objetivos:

- Avaliar a compreensão da pessoa e seus familiares sobre a doença oncológica e os efeitos secundários relevantes dos tratamentos adequados à sua situação;
- Demonstrar conhecimento dos fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais que afetam as pessoas com situações oncológicas e seus familiares;
- Explicar os princípios e aplicação das modalidades terapêuticas mais utilizadas em oncologia;
- Aplicar o processo de enfermagem de uma forma eficaz, eficiente e fundamentada na melhor evidencia científica.

O recurso a uma teoria de enfermagem permite entender e explicar os acontecimentos, dando sentido ao conhecimento permitindo assim melhorar a prática dos cuidados (Alligood e Tomey, 2002). Assim, optei por recorrer à teoria da Incerteza na Doença, de Merle Mishel.

O contacto com a pessoa selecionada foi realizado na fase pré-operatória, aquando do acolhimento no serviço de internamento para realização da cirurgia proposta.

O consentimento para a colheita de dados foi obtido após lhe ter exposto os meus objetivos e de ter sido dada a garantia de confidencialidade de todos os dados obtidos.

No que diz respeito à organização deste documento, o mesmo encontra-se dividido em quatro partes, iniciando-se com a Introdução, seguindo-se o corpo do trabalho onde são descritos os dados organizados da história da pessoa em estudo e onde se focam as etapas do processo de enfermagem. Seguem-se a Conclusão e as Referências Bibliográficas, utilizadas como fonte de evidência.

DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DA PESSOA, FAMÍLIA E CONTEXTO DE VIDA

Este estudo de caso será baseado no Sr. C.M.S.G., do género masculino, nascido a 01 de janeiro de 1965, tendo neste momento 56 anos de idade, natural e residente em Samora Correia, Portugal. É pedreiro, desde os 14 anos de idade, mantendo-se ativo até ao internamento, tendo como subsistema de saúde o SNS. Não sabe ler nem escrever, o que se está a demonstrar uma preocupação para o Sr. C.

A colheita de dados e a sua interpretação foi efetuada tendo como base a teoria da incerteza na doença de Merle Mishel.

Segundo esta teoria, a incerteza é entendida como uma incapacidade que o individuo tem em se conseguir reestruturar, perante um evento do qual não possui toda a informação, estando relacionado com a doença. Os profissionais de saúde, onde se incluem os enfermeiros, possuem um papel fundamental na gestão da incerteza, pois possuem os conhecimentos necessários para que a interpretação dos eventos ocorra, diminuindo a mesma, promovendo a adaptação do individuo durante o percurso da doença. À medida que os estímulos decorrentes da doença (o padrão de sintomas, a familiaridade com a doença e a sua congruência) e das crenças que lhe estão associadas vão surgindo, vão emergindo também os decorrentes dos fornecedores de estrutura (que incluem a informação dada acerca da patologia, dos tratamentos, da evolução esperada e dos ensinamentos para a gestão tanto da doença como das consequências dos tratamentos (alterações permanentes, como por exemplo as ostomias). É a apreciação, realizada pelo

próprio indivíduo, do conjunto dos vários estímulos utilizando todas as experiências de vida anteriores e às próprias crenças que se foram criando a partir da incerteza, que vai ocorrer o processo de adaptação. Este poderá representar um perigo (estratégias de adaptação que poderão colocar em perigo a vida do indivíduo, como por exemplo a desistência de um tratamento por confiança na fé, ou uma perturbação emocional severa) ou uma oportunidade (com uma reformulação de objetivos de vida, dando novo sentido à mesma) (Bailey, Stewart & Stewart, 2002).

O Sr. C. é casado, vivendo com a mulher, de 54 anos, empregada fabril numa empresa que se dedica à produção de tubos de rega para jardim. Tem uma filha, de 22 anos, independente, a qual vive perto da família, visitando-os diariamente, estando neste momento a trabalhar como agente imobiliária.

O Sr. C. explicou que gosta bastante de conversar com os colegas de trabalho e alguns amigos com quem mantém uma relação mais chegada, gerando receio e incerteza o facto de ver a sua voz comprometida, não conseguindo ele escrever.

Refere ter sido sempre saudável, não tendo nenhuma doença que o limitasse ou que lhe provocasse mau estar ou limitações.

Na família, refere ter conhecimento de um caso de patologia oncológica (o avô), não se recordando o diagnóstico concreto, referindo que “nem sequer morreu do cancro... morreu da velhice”.

Há cerca de 2 anos, na consulta de medicina do trabalho foi-lhe diagnosticada hipertensão arterial, tendo sido encaminhado para o médico de família, o qual medicou com nifedipina. Refere que lhe custa tomar a medicação pois esquece-se referindo que nem sempre a toma “porque não sinto nada... não tenho dores e nem me lembro que tenho de tomar os comprimidos”.

É fumador desde os 15 anos, referindo o consumo de 40 cigarros por dia (2 maços). A última vez que fumou foi há 3 dias atrás, explicando que neste momento começa a sentir a falta de fumar e de “(...) sentir o cigarro nos dedos”. Refere ser consumidor de álcool diariamente “às refeições..., mas vou comendo muitas vezes”. Quando questionado acerca dos dispositivos de proteção durante o período de trabalho, refere que “as regras dizem que tenho de usar uma máscara, mas muitas

vezes é um dia inteiro a cortar pedra e a máscara aquece muito e ando mais tempo sem ela do que com ela (...)"

Há 18 meses inicia quadro de hemoptises aquando da realização de esforços, os quais o levaram a procurar ajuda médica hospitalar, afirmando não saber ao certo a razão pelo qual a hemorragia ocorria, mas refere que "sempre achei que aquele sangue estava ligado com isto que tenho agora". Na realidade, o quadro de hemoptises foi pontual não tendo ocorrido mais nenhum episódio desde essa altura, não tendo sido clinicamente valorizado.

Há cerca de 12 meses inicia quadro de rouquidão, antecedida por um quadro de infeção respiratória, para o qual terá sido medicado com antibioterapia oral em ambulatório, o qual não foi eficaz. Por manter a rouquidão, recorreu a uma consulta médica, num consultório privado, recomendado por amigos chegados. Após a realização de TAC, foi de novo enviado para o médico de família, o qual encaminhou para o CON, estando a ser seguido desde agosto de 2021.

Foi no instituto que foi informado do diagnóstico de lesão infiltrativa da hemilaringe esquerda (fixa) com envolvimento da subglote. Refere que desde a altura do diagnóstico que a rouquidão tem vindo a piorar, tendo neste momento de realizar um esforço acrescido e notório para falar.

A esposa tem acompanhado sempre as consultas e hoje também o acompanhou na admissão ao internamento, encontrando-se bastante renitente a aceitar o diagnóstico e as consequências do tratamento cirúrgico proposto, afirmando que acredita que "Deus não vai deixar que seja uma coisa maligna e não vai ser preciso operar tudo". Ao invés, o Sr. C. apresenta-se mais realista, aceitando o procedimento, mas assustado quanto à possibilidade de ficar incapaz de falar e de comunicar, pois não sabe ler nem escrever.

Após o diagnóstico do tumor da laringe, foi proposto para microcirurgia da laringe (com exame extemporâneo), laringectomia total com esvaziamento ganglionar bilateral e colocação de prótese fonatória *Provox*.

Apesar de proposto para cirurgia, encontrava-se como 1º suplente para o dia da cirurgia, tendo sido contactado para se dirigir no próprio dia da cirurgia, às 7 da manhã, para ser intervencionado, pois o doente que estava em 1º tempo havia sido

cancelado. Por essa razão o acolhimento desenrolou-se de uma forma atribulada e demasiado rápida, não havendo tempo para uma explicação mais detalhada nem para a colocação de dúvidas. Apesar do Sr. C. se apresentar no BO à hora estabelecida, a cirurgia não foi realizada, tendo o sr. ficado internado para a realização da mesma nos próximos dias.

Tendo em conta o cancelamento da cirurgia e o facto de que se decidiu por manter o internamento do sr. C., realizei todo o ensino previsto para o momento do acolhimento, tendo havido assim espaço e tempo para a colocação de dúvidas e todas as explicações necessárias.

Foram reforçados os ensinamentos relativos à fase pré-operatória imediata, explicando-lhe a necessidade de vestir as meias elásticas de contenção; a importância do banho com a clorhexidina na prevenção da infeção do local cirúrgico; a importância do jejum pré-operatório; a toma da pré medicação; os procedimentos anestésicos; o circuito desde o momento da chegada ao hospital até ao retorno à sua cama, no serviço de internamento; e a gestão da vinda de visitas ao serviço durante este momento de pandemia.

De seguida foram focados os aspetos relativos às consequências da cirurgia que iria realizar, tal como a necessidade de uma sonda nasogástrica provisória e a existência de uma traqueostomia, a qual seria permanente. Deixei que fosse o Sr. C. a colocar as suas dúvidas, partindo destas para realizar os ensinamentos necessários. Recorri a um vídeo¹⁸, disponível no *YouTube*, que contém o testemunho de vários sobreviventes de cancro laringectomizados, mostrando a possibilidade para manter uma comunicação verbal efetiva. Como o previsto seria a colocação de prótese fonatória, foquei-me nos relatos de indivíduos com próteses semelhantes.

O Sr. C., após a visualização deste vídeo referiu sentir-se mais confiante para o fato de haver outras pessoas que conseguiram ultrapassar este problema. Afirmou que apesar de estar com medo estava confiante que tudo iria correr pelo melhor.

¹⁸ O vídeo poderá ser consultado em: <https://www.youtube.com/watch?v=e2gl9sY-OXk>

O tumor da laringe é uma doença neoplásica influenciada por vários fatores, os quais englobam os fatores ambientais e os baseados nos estilos de vida, representando-se como um dos tumores de cabeça e pescoço mais frequentes em Portugal (Caixeiro, 2019). O tabaco é um dos fatores de risco principais, relacionando-se diretamente a dose consumida com a existência destes tumores, tendo o álcool um efeito sinérgico com o tabaco (Paço, 2011; Phipps, 2003). É também, segundo Paço (2011), “o segundo tumor maligno mais frequente das vias aéreas superiores, só precedido pelos tumores da cavidade oral”.

Os sintomas mais frequentes dos tumores malignos da laringe incluem a disfonia, dispneia e disfagia, sendo que nos tumores glóticos o sintoma mais persistente e de evolução progressiva é a disfonia (Phipps, 1999; Maciel, Leite e Soares, 2010).

Existem algumas opções de tratamento, os quais incluem a excisão cirúrgica, a radioterapia e a quimioterapia. Sendo que já se encontram resultados positivos com os tratamentos não cirúrgicos, a cirurgia continua a ser o tratamento de eleição para estes tumores (Phipps, 1999; Rodrigues, 2019).

O principal objetivo de qualquer opção de tratamento é a cura com a preservação das funções principais da laringe (fonação, respiração e a deglutição) (Rodrigues, 2019).

A cirurgia realizada foi microlaringoscopia com biopsia da lesão da laringe e realização de exame extemporâneo (o qual veio positivo para carcinoma pavimento celular), Laringectomia total com hemitiroidectomia esquerda, esvaziamento ganglionar cervical bilateral e colocação de prótese fonatória.

A laringectomia total, está indicada nos tumores supra, infra e glóticos, sendo necessária uma construção prévia de traqueostomia (Rodrigues, 2019). No entanto, devido á histologia dos tecidos e à proximidade anatómica com as várias estruturas do aparelho digestivo, o tumor da laringe vai provocar perdas importantes na função do órgão bem como na área social e psicológica do individuo, levando a alterações relevantes na qualidade de vida (Maciel, Leite e Soares, 2010).

No dia da cirurgia, aquando da transferência do Sr. C. para o BO, o mesmo referiu que “este sítio é mesmo como me explicou... até parece que eu já aqui tinha estado” (SIC).

No momento em que a anestesista se debruçou para o Sr. C. para lhe dizer que ia adormecer, o mesmo disse “já sei que agora vou dormir... a enfermeira explicou-me que para mim ia ser tudo muito rápido... para pensar em coisas boas... já sei... vou pensar na minha família” (SIC).

A fase intraoperatória decorreu como previsto, não havendo complicações, tendo o Sr. C. transitado da sala de operações para o recobro cirúrgico do Bloco Operatório. Nesta fase monitorizaram-se a permeabilidade da via aérea, o risco de hemorragia e a dor, tendo o Sr. C. atravessado esta fase de uma forma muito calma e sem queixas relevantes. Conseguiu, desde o momento em que readquiriu a consciência, manter a comunicação através da mimica labial, a qual apresentava muito boa qualidade, sendo perceptível tudo o que pretendia comunicar.

De seguida foi transferido para a sala de recuperação do serviço de internamento, o qual permaneceu até ao dia seguinte, também sem intercorrências. O Sr. C. apresenta uma idade superior à cronológica, com um fâcies calmo e sereno, mostrando-se bastante recetivo à abordagem dos profissionais de saúde, aceitando os ensinamentos que lhe vão sendo gradualmente realizados.

Apresenta-se com uma higiene cuidada, sem sudorese ou odores significativos. Mantém os sinais vitais estáveis, estando normotenso e apirético.

Decorrente do esvaziamento ganglionar, foi necessária a colocação de drenos aspirativos bilateralmente, os quais mantêm conteúdo hemático.

A recuperação pós-operatória decorreu efetivamente sem problemas, tendo sido primeiramente realizado o ensino para a alimentação por sonda nasogástrica. Este foi um dos pontos abordados no ensino realizado no acolhimento, tendo sido agora bem aceite, o que promove a autonomia do Sr. C.

No decorrer do internamento, e cerca de 6 dias após a cirurgia, foram iniciados os ensinamentos relacionados com os cuidados traqueais (ostomia de ventilação) e com a manutenção da cânula de traqueostomia. Este ensino foi realizado em frente ao espelho, ficando o Sr. C. rapidamente autónomo no que diz

respeito aos cuidados à cânula interna. Como ainda tinha os pontos relacionados com a traqueostomia, os ensinamentos relativamente aos cuidados ao estoma não foram realizados em simultâneo, ficando o Sr. C. bastante incomodado com o que visualizava ao espelho.

A questão que mais insegurança e incerteza provocada no Sr. C. era a questão da comunicação, tendo sido várias vezes enunciada nas várias conversas que tivemos.

Segundo Teixeira (2017) “o doente com laringectomia vive um processo de rutura comunicativa, sendo esta drasticamente alterada comprometendo todo o tipo de interação com as outras pessoas, podendo resultar em disfunções psicológicas e sociais” ainda mais marcadas quando as opções à linguagem escrita se encontram igualmente comprometidas.

Frade, Miguel e Ferreira (2019) referem que fazem parte das principais estratégias para otimizar a comunicação no laringectomizado a mimica labial, os gestos, os sinais e as expressões faciais. Todas estas técnicas foram incentivadas a serem utilizadas pelo Sr. C. durante os vários ensinamentos no acolhimento e após a cirurgia.

Foi possível, alguns dias após a cirurgia, conversar com o Sr. C. acerca das informações que recebeu na fase pré-operatória e mesmo não tendo uma comunicação verbal efetiva, a sua mimica labial permitiram-lhe manter uma conversa em que a mensagem foi claramente recebida por mim, onde o Sr. C. referiu que foi importante a explicação que lhe foi dada acerca da perda da voz e da solução que havia sido planeada com a colocação da prótese fonatória.

CONCLUSÃO

O processo de enfermagem tem como base a abordagem sistemática e holística do doente, identificando a resposta deste a um problema de saúde identificado, para o qual se projetam resultados, planeiam-se e implementam-se intervenções, as quais serão alvo de avaliação (Ferrito, 2014).

Este teve início com o acolhimento realizado, com o grande objetivo de reduzir a ansiedade e de promover a adesão ao tratamento proposto, assim como perceber os potenciais problemas associados.

Todas as informações dadas e ensinamentos realizados levaram a que, no dia da cirurgia, o Sr. C. se encontrasse mais calmo, sabendo o que se iria passar, como o mesmo verbalizou. Assim, todos os procedimentos já haviam sido explicados, sendo que naquele momento funcionou como um recordar do que lhe havia sido dito anteriormente e não como um acontecimento inesperado.

No pós-operatório e já no serviço de internamento, também foi possível perceber que a informação dada no acolhimento promoveu a adesão aos procedimentos propostos e à aceitação das consequências do tratamento cirúrgico, diminuindo o stress e a incerteza perante os acontecimentos.

Através da realização do estudo de caso, foi possível aplicar na prática os conceitos teóricos demonstrados na evidência científica, resultando assim numa prática de cuidados com mais qualidade e num crescimento profissional e pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alligood, M.R., Tomey, A.M. (2002). Introdução à teoria da enfermagem: história, terminologia e análise. In A.M. Tomey & M.R. Alligood), *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed, pp. 3-14). Lusociência.

Bailey, D.E., Stewart, J., Stewart, J.L. (2002) Incerteza na doença. In A.M. Tomey & M.R. Alligood), *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed, pp. 629- 654). Lusociência.

Caixeiro, L.I.A. (2019) *Os fatores de risco na incidência do cancro da laringe*. [Master's thesis, Universidade de Lisboa] Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/43231>

- Frade, A. I. A., Miguel, S. S. A., Ferreira, O. M. R. (2019). Otimizar a comunicação da pessoa com cancro da laringe, submetida a laringectomia total – intervenções de enfermagem no período peri-operatório: scoping review. *Pensar Enfermagem* 23(2), 43-56. https://www.researchgate.net/publication/339339188_Otimizar_a_comunicacao_da_pessoa_com_cancro_da_laringe_submetida_a_laringectomia_total_-_intervencoes_de_enfermagem_no_periodo_peri-operatorio_scoping_review
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., Zago, M. M. F. (2003). Roteiro Instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 11 (3), 371-375. DOI: [10.1590/s0104-11692003000300016](https://doi.org/10.1590/s0104-11692003000300016)
- Maciel, C.T.V., Leite, I.C.G., Soares, T.V. (2010) Câncer de laringe: um olhar sobre a qualidade de vida. *Revista interdisciplinar de estudos experimentais – animais e humanos*, 2(4), 126-134. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/riee/issue/view/1118>
- Paço, J. (2011) *Patologia da cavidade bucal, faringe e laringe na prática clínica - guia de diagnóstico e tratamento*. (1ª ed.) Círculo Médico - Comunicação e Design, Lda.
- Phipps, W. J. (1999) Intervenção em pessoas com problemas das vias aéreas superiores. In W.J. Phipps, J. K. Sands, J. F. Marek. *Enfermagem médico-cirúrgica – conceitos e prática clínica* (6ª ed, pp.985 – 1043). Lusociência.
- Rodrigues, J.C.Q. (2019) *Tumores da laringe: o desafio terapêutico* [Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Repositório da universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/43098>
- Teixeira, A.F.M. (2017). *Limitações comunicativas dos doentes laringectomizados*. [Graduation Project, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade

Fernando Pessoa] Repositório Institucional da Universidade Fernando
Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/5993>

APÊNDICE XIII – *Check-list* de intervenções de enfermagem para CEPO e acolhimento no BO.

Identificação com etiqueta



GUIÃO DE CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA

Data da Consulta Pré-operatória – _____

Data Prevista para a Cirurgia - _____

Enfermeiro que realizou Consulta - _____

Cirurgia Proposta - _____

CHECK LIST - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Apresentação da enfermeira de referência

☐

Desenvolver uma relação empática com o doente, a família e/ou pessoa significativa

☐

Informar acerca dos objetivos da consulta pré-operatória

☐

Realização da avaliação inicial

☐

Realização dos registos de enfermagem na aplicação “Aplicações de Saúde”, em Plano de Trabalho

☐

Disponibilizar os contactos da equipa de enfermagem e de outros profissionais considerados de relevância

☐

Breve descrição da cirurgia proposta

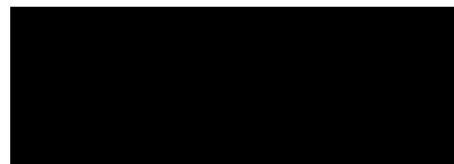
☐

Ensino acerca do percurso do doente no hospital, descrição do BO, breve descrição do internamento

☐

Visualização de vídeo de apresentação ao Bloco operatório	☐
Ensino acerca dos cuidados gerais a considerar no pré-operatório	☐
Ensino acerca de medidas de suporte e tratamento (incluindo a presença de eventuais dispositivos e/ou determinados equipamentos)	☐
Ensino acerca de cuidados gerais a ter após a alta	☐
Ensino acerca da gestão da dor	☐
Ensino acerca da prevenção de complicações respiratórias, motoras e cirúrgicas	☐
Ensino acerca das alterações fonatórias, funcionais (mastigação, alimentação através de SNG/PEG, respiratórias - traqueotomia/traqueostomia) e estéticas	☐
Visualização de vídeo acerca das novas possibilidades de voz (Se aplicável)	☐
Ensino acerca da importância de uma boa higiene oral	☐
Validação da informação apreendida pelo doente, família e/ou pessoa significativa	☐
Entrega de Guias Informativos (se aplicável)	☐

GUIÃO PARA O ACOLHIMENTO AO BO



Data - _____

Cirurgia Proposta – _____

Enfermeiro - _____

CHECK LIST - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Apresentação da enfermeira de referência no BO (de preferência a mesma enfermeira que realizou a CEPO)

☐

Manter uma relação empática com o doente

☐

Realizar a passagem da informação pertinente da história do doente à enfermeira de anestesia (BO)

☐

Realizar registos do momento do acolhimento na aplicação informática “Aplicações de Saúde”, em Plano de Trabalho

☐

Garantir o preenchimento do impresso “Linha Azul” para informação da família e/ou pessoa significativa da evolução do trajeto no BO

☐

Relembrar do doente acerca dos conteúdos da CEPO e da estrutura do BO

☐

Permitir a partilha de dúvidas e seu esclarecimento

☐

APÊNDICE XIV - Reflexão acerca das intervenções de enfermagem promotoras do acolhimento no local de estágio A e B.

REFLEXÃO ACERCA DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DO ACOLHIMENTO NA LOCAL DE ESTÁGIO A E B

Este documento tem como principal objetivo a reflexão acerca das intervenções de enfermagem realizadas tanto na CEPO que realizei, como o momento de observação durante a CEPO de ostomias de eliminação no local de estágio A e as intervenções do acolhimento pré-operatório no local de estágio B.

Segundo Mendes (2018), a consulta de enfermagem pré-operatória

é um momento de interação entre o enfermeiro e o cliente/família, com objetivos definidos, mas que está sujeito a uma variabilidade contínua que advém da subjetividade de cada cliente enquanto pessoa, de cada intervenção cirúrgica, do historial clínico do cliente e também das competências e experiência do enfermeiro que dinamiza a consulta (p.32).

Durante a observação realizada na consulta de ostomias de eliminação, foi constatado de que, apesar de haver objetivos bem definidos para a consulta, ela não decorre de um modo igual e linear de doente para doente. Cada pessoa tem necessidades de informação diferentes, e a resposta do enfermeiro tem de se adequar a estas necessidades.

Esta consulta está organizada de modo a conter a seguintes intervenções:

- Identificação da enfermeira de referência da consulta;
- Informação acerca dos objetivos da consulta;
- Estabelecimento de uma relação empática com o doente e família/cuidador;
- Ensino acerca do procedimento cirúrgico a realizar;
- Ensino acerca dos procedimentos gerais anestésicos;
- Ensino acerca das consequências da cirurgia e sua gestão;
- Informação acerca das ajudas técnicas e de apoio social para a gestão das consequências da cirurgia;
- Informações acerca das medidas gerais a ter no pré-operatório;
- Informações acerca do internamento;

- Entrega de folhetos com informações acerca dos temas tratados;
- Validação da informação dada apreendida pelo doente e família/cuidador.

Durante as consultas que realizei no local de estágio A, estas também foram as intervenções que englobei.

Das pesquisas bibliográficas realizadas estas intervenções estão focadas, havendo depois nuances relativamente aos materiais de ensino (folhetos, guias, fotos, vídeos). Segundo Neiva, Nogueira e Pereira (2020) os instrumentos que são mais facilitadores da educação para a saúde englobam folhetos com a informação pretendida. Também Mendes (2020) refere a importância de se incluírem conteúdos de ensino que devem de englobar a informação escrita e audiovisual.

Efetivamente, durante tanto a CEPO realizada por mim, como na consulta pré-operatória de ostomias de eliminação estas ferramentas foram utilizadas, com a entrega de guias informativos de acordo com a cirurgia proposta e folhetos com a informação geral das ostomias de eliminação e dos aspetos logísticos do internamento (consulta de ostomias de eliminação).

Durante o acolhimento realizado no serviço de internamento, tive a oportunidade de observar e de colocar em prática a maioria destas intervenções. Na realidade, como a consulta pré-operatória, é realizada com algum tempo entre a mesma e a cirurgia, esta permite ao doente e à sua família a reflexão acerca dos temas tratados, o que permite também a colocação de novas dúvidas e incertezas no momento do acolhimento.

Os doentes que dão entrada no serviço de internamento para cirurgia não têm consulta pré-operatória, sendo o momento do acolhimento, o único para a realização destes ensinamentos e a colocação de dúvidas.

A grande diferença entre a experiência da consulta e o acolhimento, é que a segunda inicia-se com a intervenção do médico, em que é este que dá uma explicação mais técnica do procedimento cirúrgico proposto e das consequências do mesmo, como por exemplo a necessidade de traqueotomia/traqueostomia ou até as alterações fonatórias. De seguida, é a enfermeira perita que faz a tradução de toda a informação dada pelo médico. Isto é, a linguagem médica, na maioria das vezes, não é entendida pelo doente da forma mais eficaz, necessitando muitas vezes

de esclarecimento, como que se de uma tradução para uma linguagem mais simples.

A perceção que tive é a de que o doente acaba por não ter tempo para conseguir gerir toda a informação juntamente com a família, surgindo as dúvidas durante o internamento e muitas vezes após a própria cirurgia.

Durante o acolhimento não são fornecidos materiais informativos, sendo todos os ensinamentos veiculados através da conversa informal. Também não existe lugar para a visualização da informação através de meios audiovisuais que promovam o acolhimento.

Segundo Baleizão (2018) “o acolhimento consiste no ato de receber no serviço através da construção de uma relação humanizada ou um vínculo entre o cuidador e o ser cuidado”, sendo esta relação efetuada também com a família, a qual é sempre incluída neste procedimento.

A linguagem utilizada na interação com o doente com CCP deverá adaptar-se ao doente, não sendo demasiado simplista ou complexa, devendo sempre, à medida que as informações vão sendo dadas, realizar-se uma avaliação do que foi entendido e percecionado pela pessoa.

Em ambas as circunstâncias (CEPO e acolhimento) foi sempre demonstrado tempo e disponibilidade para a escuta ativa com o incentivo para a colocação de dúvidas e incertezas, tanto do doente como do acompanhante (família e/ou cuidador). Este aspeto é de extrema importância pois é entendido pelo doente como este estando no centro do procedimento. É essencial que o doente e sua família se sintam assim mesmo... o centro da atenção da equipa de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baleizão, A.B.C. (2018) *Promoção do acolhimento do doente oncológico ao Bloco Operatório: cuidados de enfermagem*. [Master's thesis, escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/24664>

Mendes, D.I.A. (2020) *Consulta de enfermagem pré-operatória do programa enhanced recovery after surgery: implementação e avaliação*. [Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/32257>

APÊNDICE XV – Póster de apresentação no serviço com o tema “Acolhimento do doente oncológico cirúrgico”.

ACOLHIMENTO DO DOENTE ONCOLÓGICO CIRÚRGICO



RELAÇÃO DE AJUDA ESTABELECEDA ENTRE O ENFERMEIRO E O DOENTE DESDE O MOMENTO DA ADMISSÃO NO SERVIÇO.^{1,2}

OBJETIVOS

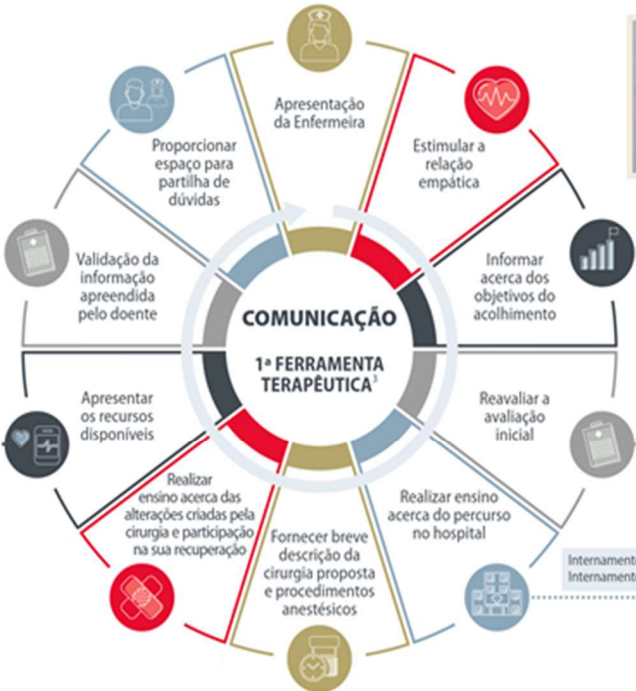
- Fomentar a humanização dos cuidados;
- Promover a adesão do doente aos tratamentos;
- Conhecer e avaliar as necessidades do doente;

- Fortalecer a sua confiança;
- Diminuir a ansiedade e incerteza.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



MovApAr
Profissionais de saúde envolvidos no processo doença/recuperação;
Vídeos demonstrativos;
Apresentação de material.





Contexto socioeconómico, familiar e cultural;
Estado de saúde prévio à cirurgia;
Estado geral;
Estado emocional e recursos pessoais;
Medicação atual.

Internamento - Bloco Operatório
Internamento - Alta

Autoria: Carla Sofia Ramos Cruz¹, Cristina Costa², Marta Duarte³.

¹Shis, M.A.D.R. (2015). Necessidade Prof. operatória do Doente Cirúrgico - Acolhimento de Enfermagem (Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/28113>

²Shis, M.A.D.R. (2015). Necessidade Prof. operatória do Doente Cirúrgico - Acolhimento de Enfermagem (Master's thesis, Faculdade Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum. <https://hdl.handle.net/10482/263464>

³Pharmaz, M. (2015). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusoacadémica. "Wano do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente oncológica" - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. "Enfermagem do Serviço de Internamento Cirúrgico de CPQIG/Endocrinologia do IPOPL/EPJ".



Plano de sessão Formativa

Tema: Consulta de Enfermagem Pré-operatória: Intervenções especializadas promotoras do acolhimento do doente oncológico da cabeça e pescoço.

Formadora: Carla Sofia Cruz.

Data: 11 de fevereiro de 2022.

Horário: 8:15 às 9:00.

Local: Auditório do Centro de Formação do Hospital C e via síncrona através da plataforma Zoom

Destinatários: Enfermeiros do BO e SCE.

Divulgação: Efetuada através de mail individual a todos os elementos da Equipa de Enfermagem, mensagem de *Whatsapp* e de conversas informais, após autorização da Direção de Enfermagem.

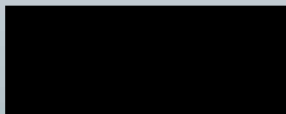
Objetivo: Divulgar o projeto de intervenção. Sensibilizar a equipa para a problemática envolvida. Apresentar o Guia de Boas Práticas e a *Check List* para a CEPO, para a uniformização da consulta e acolhimento no BO. Promover o envolvimento da equipa nas etapas do projeto para o acolhimento do doente no BO.

Método: Expositivo (através da utilização de *Power Point*), deixando espaço para o esclarecimento de dúvidas e orientações várias.

Duração: 45 min (20 min para apresentação; 25 minutos para discussão).

Avaliação da formação: *Feedback* dos elementos presentes durante a discussão.

APÊNDICE XVII – Slides da formação - Campo de Estágio C



**CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA:
INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS PROMOTORAS
DO ACOLHIMENTO DO DOENTE ONCOLÓGICO DE
CABEÇA E PESCOÇO**

12.º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Oncologia
Carla Sofia Ramos Cruz

Fevereiro, 2022

Sumário



- 0 • Introdução
- 1 • Definição da Problemática e Apresentação do Projeto
- 2 • Enquadramento Teórico
- 3 • C.E.P.O.
• Apresentação de Ferramentas
- 4 • Referências Bibliográficas

Introdução

Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na Vertente Oncológica

Intervir no serviço onde exerce funções - BO do HVFX

Problemática identificada na pessoa com patologia oncológica e sua família/cuidador - O acolhimento da pessoa com cancro de cabeça e pescoço ao BO

Definição da Problemática e Apresentação do Projeto

Tema: Consulta de Enfermagem Pré-operatória: Intervenções especializadas promotoras do acolhimento do doente oncológico de cabeça e pescoço

Definição da problemática: O BO do HVFX tem cada vez mais cirurgias oncológicas de cabeça e pescoço programadas. Estes doentes ao entrarem no próprio dia da cirurgia não têm visita pré-operatória nem está instituída nenhuma consulta de enfermagem pré-operatória, pelo que chegam ao BO assustados, sem conhecimento do que vai acontecer e muitas vezes sem conhecimento das consequências do tratamento cirúrgico.

Finalidade do projeto: Promoção do acolhimento do doente oncológico de cabeça e pescoço e sua família através da implementação de uma consulta de enfermagem pré-operatória.

Enquadramento Teórico



Em Portugal, segundo o *The Global Cancer Observatory* (2020) a incidência de novos casos de cancro de cabeça e pescoço, foi de 23.682 indivíduos, de ambos os sexos, prevendo-se que em 2040 haja um aumento da incidência em cerca de 14.37%, correspondendo a um total de 27.087 novos casos.



Representa o quinto tipo de cancro mais comum (Loai et al, 2019)



É um dos tipos de tumores que apresenta a pior taxa de sobrevivência (Esteiro et al, 2016)

Enquadramento Teórico



O diagnóstico destes tumores é normalmente tardio pois, os seus sintomas não são, muitas vezes exatos, sendo identificados como estando relacionados com outras patologias (Raimundo et al, 2014).



O tratamento inclui a abordagem cirúrgica pois, grande parte destes tumores apresentam resultados eficazes com este recurso terapêutico (Sarmiento, 2020)



São cirurgias que obrigam muitas vezes a alterações permanentes da função do órgão afetado e da estética, pois pode ser uma cirurgia drástica e extrema (Loai et al, 2019).

Enquadramento Teórico



Dos principais fatores negativos desenvolvidos pelo doente cirúrgico está o stress, que pode levar a alteração do estado psicológico e emocional do utente, podendo provocar ansiedade e medo, associação à dor e outras complicações (Santos, 2006).



Necessidade de promover cuidados de enfermagem centrados nas necessidades do doente e família e não unicamente no procedimento cirúrgico ou diagnóstico médico.



Referencial teórico adotado – Teoria da Incerteza na Doença (Mishel, M.)

Enquadramento Teórico

Revisão
Crítica da
Literatura

Intervenções de enfermagem ao doente oncológico de cabeça e pescoço promotoras do acolhimento no Bloco Operatório: **revisão Scoping**



Objetivo

Mapear as intervenções de enfermagem a realizar ao doente oncológico de cabeça e pescoço na consulta de enfermagem pré-operatória.



Conclusões

As intervenções de enfermagem identificadas englobam a entrevista, onde são explicados conceitos acerca do diagnóstico e procedimentos envolvidos na cirurgia proposta, bem como as consequências inerentes. Poderão ser usados panfletos, com imagens e fotos, para serem mais facilmente interpretadas.

Articulação entre o Serviço de Consulta Externa e o Bloco Operatório do Hospital de Vila Franca de Xira, para o acolhimento ao Bloco Operatório e a preparação para o período perioperatório tendo em vista uma maior autonomia e qualidade de vida do doente e sua família.

Guia de Boas Práticas - CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA E ACOLHIMENTO À PESSOA COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA DE ORL PROPOSTO PARA CIRURGIA

UNIFORMIZAÇÃO DA CEPO

Ferramentas de Apoio à CEPO

1. Guias informativos;
2. Vídeo do percurso no BO;
3. Vídeo demonstrativo dos tipos de voz disponíveis (Laringectomizados);
4. Documentos de apoio

Guia de Boas Práticas

Objetivos Gerais da consulta pré-operatória de enfermagem e Acolhimento

- | | |
|---|--|
| A. Prestar cuidados diferenciados ao doente com cancro de cabeça e pescoço, seu familiar e/ou pessoa significativa. | B. Promover a melhoria contínua da prática baseada na evidência. |
|---|--|

C.E.P.O.

Guia de Boas Práticas

Prestar cuidados diferenciados ao doente com cancro de cabeça e pescoço, seu familiar e/ou pessoa significativa.

A. Assegurar o acolhimento ao doente, à família e/ou pessoa significativa;

B. Assegurar a continuidade dos cuidados;

C. Assegurar o acompanhamento do doente, da família e/ou pessoa significativa;

- A1.** Apresentação da enfermeira de referência;
- A2.** Desenvolver uma relação empática com o doente, a família e/ou pessoa significativa;
- A3.** Informar acerca dos objetivos da consulta pré-operatória;
- A4.** Realização da avaliação inicial.
- B1.** Realização dos registos de enfermagem na aplicação "Aplicações de Saúde", em Plano de Trabalho.
- C1.** Disponibilizar os contactos da equipa de enfermagem e de outros profissionais considerados de relevância.

C.E.P.O.

Guia de Boas Práticas

Prestar cuidados diferenciados ao doente com cancro de cabeça e pescoço, seu familiar e/ou pessoa significativa.

D. Promover a capacitação cognitiva do doente, da família e/ou pessoa significativa;

- D1.** Breve descrição da cirurgia proposta;
- D2.** Ensino acerca do percurso do doente no hospital, descrição do BO, breve descrição do internamento;
- D3.** Visualização de vídeo de apresentação ao Bloco Operatório;
- D4.** Ensino acerca dos cuidados gerais a considerar no pré-operatório;
- D5.** Ensino acerca de medidas de suporte e tratamento (incluindo a presença de eventuais dispositivos e/ou determinados equipamentos);
- D6.** Ensino acerca de cuidados gerais a ter após a alta;
- D7.** Ensino acerca da gestão da dor;
- D8.** Ensino acerca da prevenção de complicações respiratórias, motoras e cirúrgicas;

C.E.P.O.

Guia de Boas Práticas

Prestar cuidados diferenciados ao doente com cancro de cabeça e pescoço, seu familiar e/ou pessoa significativa.

D. Promover a capacitação cognitiva do doente, da família e/ou pessoa significativa;

- D9.** Ensino acerca das alterações fonatórias, funcionais (mastigação, alimentação através de SNG/PEG, respiratórias - traqueotomia/traqueostomia) e estéticas;
- D10.** Visualização de vídeo acerca das novas possibilidades de voz;
- D11.** Ensino acerca da importância de uma boa higiene oral;
- D12.** Validação da informação apreendida pelo doente, família e/ou pessoa significativa
- D13.** Entrega de Guias Informativos (se aplicável).

Acolhimento

Guia de Boas Práticas

Prestar cuidados diferenciados ao doente com cancro de cabeça e pescoço, seu familiar e/ou pessoa significativa.

- A.** Assegurar o acolhimento ao doente, à família e/ou pessoa significativa;
- B.** Assegurar a continuidade dos cuidados;
- C.** Assegurar o acompanhamento do doente, da família e/ou pessoa significativa;

- A1.** Apresentação da enfermeira de referência no BO (de preferência a mesma enfermeira que realizou a CEPO);
- A2.** Manter uma relação empática com o doente.
- B1.** Realizar a passagem da informação pertinente da história do doente à enfermeira de anestesia (BO);
- B2.** Realizar registos que se considerem pertinentes do momento do acolhimento ao BO na aplicação informática "Aplicações de Saúde", em Plano de Trabalho.
- C1.** Garantir o preenchimento do impresso "Linha Azul" para informação da família e/ou pessoa significativa da evolução do trajeto no BO (cirurgia iniciada, cirurgia a decorrer, cirurgia finalizada com destino para a UCPA; cirurgia finalizada com destino para a UCI).

Acolhimento

Guia de Boas Práticas

Prestar cuidados diferenciados ao doente com cancro de cabeça e pescoço, seu familiar e/ou pessoa significativa.

D. Promover a capacitação cognitiva do doente, da família e/ou pessoa significativa;

D1. Relembrar do doente acerca dos conteúdos da CEPO e da estrutura do BO.

D2. Permitir a partilha de dúvidas e seu esclarecimento.

Ferramentas

CONSULTA DE ENFERMAGEM
PRÉ-OPERATÓRIA

Guia informativo pré-cirúrgico

Serviço de Consultas Externas | BO
(6)

Ferramentas

[illegible]

Ferramentas

[illegible]

Referências Bibliográficas

- Estêvão, R., Santos, T., Ferreira, A., Machado, A., Fernandes, J. & Monteiro, E. (2016). Epidemiological and Demographic Characteristics of Patients with Head and Neck Tumours in the Northern Portugal: Impact on Survival. *Acta Médica Portuguesa*, 29(10), 597-604. <https://doi.org/10.20344/amp.2001>
- Losi, E., Guberti, M., Ghirrotto, L., Di Leo, S., Bissi, M.C. & Costi, S. (2019). Undergoing head and neck cancer surgery: a grounded theory. *Eur J Cancer Care*. 28(e13062). <https://doi.org/10.1111/anc.13062>
- Raimundo, D.D., Guedes, M.T.S., Luzia, N.S., Peixoto, M.G.S., Santos, M.C.M. & Silva, C.C. (2014). Assistência de enfermagem a clientes com câncer na cabeça e no pescoço com ênfase nos tumores de cavidade oral no estado do Rio de Janeiro [Nursing care for clients with head and neck cancer with an emphasis on oral cavity tumors in the state of Rio de Janeiro]. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(4), 1496-1504. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750770216>
- Santos, N.C.M. (2006) Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem. [Surgical center and nursing care]. *lúria*
- Sarmiento, A.F.T. (2020) Cuidados Paliativos no Câncer de Cabeça e Pescoço. (Dissertação de mestrado). Clínica Universitária de Otorrinolaringologia: Faculdade de medicina de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/46316>
- The Global Cancer Observatory (2020). Estimated number of new cases from 2020 to 2040, Both sexes, age [0-85+] Portugal. Cancer tomorrow. Consultado a 01 de julho de 2021. https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/datasets/bars?cancers=32&single_unit=10000&populations=620&group_populations=1&multiple_populations=1&mode=cancer&multiple_cancers=1&bar_mode=grouped&types=0&years=2025&cer

APÊNDICE XVIII – Caracterização do local de estágio C – Bloco Operatório e Consulta Externa

Caracterização do local de estágio C – Bloco Operatório e Consulta Externa

Cada vez mais, os cuidados de saúde devem estar mais próximos do utente, traduzindo-se estes na resposta eficiente a qualquer tipo de patologia. Sendo a área hospitalar uma área estratégica na rede de cuidados de saúde, o Hospital C apresenta como missão geral a promoção e a prestação de cuidados de saúde à população dos concelhos de [REDACTED] bem como a qualquer cidadão em situação de emergência médica. Orienta-se também pelo princípio da universalidade e do livre acesso ao SNS.

Serviço de Consultas Externas

O serviço de Consultas Externas tem como principal objetivo garantir uma eficiente prestação de cuidados de saúde que se pretendem diferenciados e programados em regime de ambulatório.

Este serviço divide-se, maioritariamente, entre o 2º e o 3º piso, de acordo com as valências, da seguinte forma:

- 2º Piso
 - Especialidades Médicas;
 - Oncologia Médica e Cuidados Paliativos, na ala do Hospital de Dia;
 - Exames Especiais (Pneumologia e Gastroenterologia), junto ao Recobro de Ambulatório.
- 3º Piso
 - Especialidades Cirúrgicas.

Funciona das 7:30 às 20:00, de segunda a sexta feira. Por vezes realizam-se também consultas ao sábado, com o objetivo de dar resposta às Listas de Espera.

Possui 57 gabinetes e 13 salas de espera, que se dividem pelos referidos pisos. Estes gabinetes dão resposta às consultas médicas, mas, abrangem também as consultas de enfermagem, com o mobiliário e logísticas necessárias à realização dos mais variados

cuidados de enfermagem, bem como os gabinetes destinados à realização de exames de oftalmologia, ORL e Urologia.

No serviço existe também, uma sala que dá o apoio aos exames de ORL, para a higienização e acondicionamento dos fibroscópios utilizados nesta especialidade. A manutenção destes equipamentos (higienização e acondicionamento) é da responsabilidade da Assistente Operacional, com a supervisão da enfermeira responsável.

Em cada piso, situado na entrada do serviço, e com o objetivo de dar o apoio administrativo necessário, estão os balcões do secretariado. Aqui é possível para o utente agendar ou realizar o check-in para a sua consulta.

O Serviço de Consultas Externas possui atualmente 27 enfermeiros, dos quais 5 são especialistas nas várias áreas. Possui também uma enfermeira perita na área das ostomias.

Estes enfermeiros estão divididos pelas várias especialidades, com o objetivo de dar apoio às mesmas. No entanto, com as atuais contingências provocadas pela pandemia, as quais provocaram uma diminuição do número de enfermeiros, estes dividem-se acumulando o apoio a várias especialidades em simultâneo.

Para além das consultas em regime de ambulatório, também são observados e realizadas consultas e cuidados de enfermagem a utentes que se encontram internados, na especialidade de ORL e Urologia. Na área de ORL, esta situação prende-se pelo facto de que, na observação destes utentes é necessário realizar uma fibroscopia, a qual necessita de equipamentos próprios e que não podem ser transportados.

Bloco Operatório

O serviço encontra-se no piso 2, na ala norte do Hospital C, numa área contigua ao Serviço de Anestesiologia, Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), Recobro de Cirurgia de Ambulatório e Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos.

A equipa de enfermagem é constituída por 65 enfermeiros, dos quais 8 são enfermeiros especialistas.

O serviço possui 9 salas cirúrgicas, as quais estão designadas para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, urgentes e para procedimentos terapêuticos invasivos, UCPA e Recobro de Cirurgia de Ambulatório.

O acesso ao BO pelo doente é feito na zona de *transfer in*, que se situa na área livre, local onde este é passado da sua cama para o tampo cirúrgico. Aqui não é necessário fardamento especial, podendo a área ser utilizada por pessoal externo ao serviço. É também por aqui que o material dá entrada, numa zona específica destinada à passagem de material.

O acesso ao BO é restrito, sendo a entrada controlada por monitorização do cartão de identificação (caso seja colaborador) ou por campainha e autorização prévia para entrada.

Na área semi-restrita incluem-se o corredor que dá acesso aos gabinetes (enfermeiro gestor, reuniões, copa, sala de pessoal, vestiários). A circulação está restrita aos profissionais e a elementos devidamente autorizados.

Na área restrita, incluem-se as áreas internas do serviço (salas operatórias, armazéns de apoio de materiais estéreis e de instrumental cirúrgico, armazém de equipamentos, sala de indução anestésica).

Assim, a área restrita é composta por um corredor central, funcionando como corredor de limpos e passagem de pessoal. No acesso à sala operatória, todas as salas têm uma ante camara, que funciona como sala de desinfeção apetrechada com uma cuba para desinfeção. No lado oposto, a saída da sala desemboca num corredor dedicado ao circuito de sujos (lixos e material cirúrgico contaminado), bem como numa sala de sujos.

Depois de operado, o doente segue para a UCPA/Recobro de Ambulatório (conforme o caso), no tampo operatório, acompanhado pelo anestesista e pelo enfermeiro de anestesia.

Quando chega ao recobro, é transferido para a sua cama. Esta para entrar no serviço é sujeita a uma lavagem completa, na área de lavagem de tampos situada numa área adjacente ao *transfer in*.

O Recobro de Ambulatório é constituído por uma área em *open space*, dando resposta às cirurgias em regime de ambulatório bem como aos exames especiais realizados com apoio de anestesia. Funciona das 7:30 às 23h.

O doente operado em regime de ambulatório, dá entrada no piso 2, na área destinada à Cirurgia de Ambulatório. Tem destinado uma zona de vestiários, com cacifos os quais se situam no corredor dos Exames Especiais.

Tem atribuídas 16 unidades de recobro (8 em cadeirão e 8 em cama). Tendo em conta as contingências provocadas pela pandemia por Sars-Cov, estes doentes não têm acompanhante. São exceção as crianças e utentes com incapacidades intelectuais, cujos acompanhantes são sujeitos a teste Covid.

A UCPA tem 12 unidades monitorizadas, as quais dão resposta às cirurgias eletivas, também em *open space*.

A sala operatória é assim composta por 4 portas, estando indicadas para a entrada do doente, pessoal e material e para a saída de material contaminado. A sala encontra-se com uma pressão positiva relativamente aos espaços externos, com o objetivo de, sempre que se abra uma porta, a circulação de ar se faça de dentro para fora.

O mobiliário fixo da sala inclui o carro de apoio à anestesia, o ventilador, a coluna do tampo cirúrgico e os computadores para registos (do anestesista e do enfermeiro). O restante material e equipamento não fica na sala operatória, existindo salas de apoio para o seu correto armazenamento.

A temperatura da sala varia num intervalo que se compreende entre os 19 e os 24 °C, com uma humidade relativa que varia entre os 50-55%.

O chão é de vinil, para que seja lavável e dissipe a eletricidade estática (do equipamento e pessoal).

A iluminação é realizada por luz artificial branca e fluorescente, colocada no teto da sala. A iluminação do campo cirúrgico é realizada pelo meio de candeeiros cirúrgicos ou *pantoffs*, que se devem facilmente posicionar de modo a não fazerem sombra no campo cirúrgico, a não produzirem calor e serem de fácil limpeza.

Desde que teve início a pandemia, houve a necessidade de se criarem circuitos para doentes infetados ou potencialmente infetados por *SarS-Cov*. Assim, foi destinada

uma sala operatória para dar resposta a esta necessidade, com circuito próprio. Esta sala possui uma pressão negativa, que garante que quando há abertura de portas, o ar circula de fora para dentro, para assim não haver o risco de saída de ar contaminado.

Esta sala possui ao lado, uma outra sala destinada à retirada de EPIs utilizados na sala operatória.

No Bloco Operatório todo o pessoal utiliza fardamento próprio, o qual se compões de 2 peças (túnica e calça), touca/barrete (que deve cobrir todo o cabelo), calçado apropriado (resistente à lavagem e desinfecção a alta temperatura). Este, após o uso é colocado em saco próprio, disponível no vestiário para que se proceda á lavagem e desinfecção. Este fardamento é destinado a uso diário, e deve ser trocado sempre que se encontre molhado ou visivelmente sujo.

APÊNDICE XIX – Pedido de apoio à Liga Portuguesa Contra o Cancro



Carla Sofia Cruz <[redacted]>

Pedido de esclarecimento para apoio - [redacted]

1 mensagem

Carla Sofia Cruz <[redacted]>
Para: [redacted]

13 de fevereiro de 2022 às 17:03

Boa tarde

O meu nome é Carla Cruz e sou enfermeira no hospital de Vila Franca de Xira.

Iniciei um projeto neste hospital, que nasceu durante a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente oncológica, direcionado para os doentes oncológicos de cabeça e pescoço submetidos a cirurgia.

Dentro do conjunto destes doentes, incluem-se aqueles a quem será necessário realizar uma traqueotomia/traqueostomia.

Estes doentes e suas famílias/cuidadores têm necessidades específicas e nem sempre se encontram numa situação financeira que permita dar resposta a estas necessidades.

Durante um dos estágios que realizei no IPO, tive a oportunidade de vivenciar o apoio que a Liga oferece, através da MovApar, com algum material (compressas, "traqueos" e outros) que fazem toda a diferença nesta população.

Assim, e neste contexto, venho questionar-vos se seria possível e como seria possível, poder dar a estes doentes do HVFX este tipo de ajuda vossa.

Isto é, será que eu, como enfermeira e com a vossa autorização, posso encaminhar os doentes e famílias, a quem faça sentido o vosso apoio? A ser possível, como poderei fazer este encaminhamento?

Desde já reitero que não pretendo qualquer apoio direto com material para o hospital, mas sim a possibilidade de vos encaminhar os doentes que necessitem da vossa ajuda.

Deixo o meu contacto telefónico pessoal e o meu e-mail institucional, deixando desde já, a minha total disponibilidade para convosco encontrarmos um meio para providenciar o apoio a estes doentes.

Contactos:

[redacted]

Agradeço desde já toda a atenção dispensada, ficando a aguardar resposta.

Carla Cruz

APÊNDICE XX – Resposta de apoio da Liga Portuguesa Contra o Cancro - MovAplar

Carla Cruz <>

FW: Pedido de esclarecimento para apoio - HVFX
1 mensagem

14 de fevereiro de 2022 às 18:32

Para: "carla.cruz@ligacontracancro.pt"

Cc: ""

Boa tarde Sra. Enfermeira

Estou a responder à sua mensagem na qualidade de coordenador do Movaplar da LPCC-NRS.

Permita-me que comece por cumprimenta-la pelo seu interesse e disponibilidade, nomeadamente em relação aos doentes traqueo/laringectomizados.

Como bem sabe é uma intervenção bastante traumatizante pelo que tudo o que possamos fazer para ajudar o doente é importante.

Respondendo concretamente as suas perguntas desde já lhe digo que tentaremos ajudar os doentes que nos enviar do com toda a atenção possível.

Todos os laringectomizados são bem vindos ao Movaplar.

Aliás creio recordar que já ajudamos alguns doentes operados no vosso hospital.

A pandemia impôs-nos algumas limitações à maneira de trabalhar e assim :

- Estamos abertos para **atendimento presencial unicamente às terças feiras entre as 10.00 e as 12.45 no local do Movaplar** (perto do serviço de Radioterapia do IPO Lx)
- Às quintas feiras, no mesmo horário, temos uma equipa dando seguimento aos pedidos recebidos pelos **telefones 217 248 802 ou 910 376 846** ou pelo email movaplar@ligacontracancro.pt. **NB : Os pedidos por telefone devem ser efectuados exclusivamente às terças e quintas feiras nos horários indicados.**

-Para abrir a ficha de um utente, quando do primeiro contacto, precisamos de saber : Nome, Morada, CC, data do nascimento, NIF, data e local da intervenção.

-O material pedido é enviado via CTT. e com o primeiro envio juntamos alguma informação de interesse, nomeadamente o "Manual Prático do Laringectomizado" e uma folha com a indicação e as referencias do material específico que é inteiramente participado pelo SNS.

(Acerca da documentação, teremos muito gosto em enviar-lhe alguns exemplares incluindo um livro intitulado "Quero, logo falo" que contem diferentes artigos acerca do cancro da laringe da autoria de alguns dos médicos especialista e do IPO e testemunhos de laringectomizados. Diga-nos por favor para que morada devemos enviar este material).

-A oferta bimensal gratuita do NRS da LPCC consiste nas compressas e traqueos necessários para esse período. A preço de custo disponibilizamos outro material como, por exemplo, lenços de protecção do estoma.

-Também consideramos que é parte essencial do nosso trabalho partilhar a experiencia dos nossos voluntários laringectomizados com os colegas que nos procurem no sentido de os ajudar a ultrapassar as alterações na maneira de comunicar. Por isso, eu mesmo, operado há perto de 17 anos, estou disponível em [REDACTED] (Uma dose excessiva de radioterapia deixou-me com uma rigidez que me impede de emitir o som necessário para falar ao telefone...)

Espero ter resumido a resposta às perguntas que nos fez mas, por favor, não hesite em contactar-nos sempre que lhe possamos ser uteis.

Melhores cumprimentos

[REDACTED]

Movaplar

From: Carla Sofia Cruz <[REDACTED]>
Sent: Sunday, February 10, 2024 09:07 AM

Reflexão sobre a utilidade e importância da utilização do Guia de Boas Práticas na CEPO e acolhimento no BO

A reflexão sobre a prática focaliza-se em elevar a certeza e convicção do profissional no seu próprio desempenho, melhorando assim a sua capacidade em fazer bem, interpelando a enfermagem de um modo mais crítico, intencional, metódico e organizado, alcançando assim o conhecimento através da prática (Santos e Fernandes, 2004). É assim através da reflexão da prática que se promove o crescimento do conhecimento do enfermeiro, procurando basear a sua praxis na evidencia científica.

A utilização do Guia de Boas Práticas na CEPO e acolhimento no BO tem como principal objetivo servir de orientação ao enfermeiro nas intervenções de enfermagem, tendo em conta os objetivos que se planearam para a consulta e acolhimento.

É um documento que compila um conjunto de princípios básicos e de orientações que se consideram essenciais para uma mais adequada intervenção junto dos doentes com CCP e suas famílias/cuidador.

O seu intento é que funcione como um guia abreviado, para uma consulta rápida, circunscrevendo-se aos aspetos mais relevantes, não se detalhando os aspetos teóricos inerentes, para que seja utilizado na intervenção direta do enfermeiro.

Segundo a OE (2007), a utilização de um Guia de Boas Práticas poderá ser um “exemplo para uma prática de qualidade”. Esta utilização, para além de indicar o caminho para um incremento da qualidade da prática clínica, leva também a uma diminuição da sua variação, melhorando a eficiência dos serviços, otimizando os recursos e servindo de base de referência para programas de qualidade (OE, 007).

Posto isto, aquando a realização da CEPO, o enfermeiro ao utilizar o Guia de Boas Práticas, irá ser capaz de dar resposta às necessidades do doente e sua família/cuidador, sistematizando as suas intervenções.

Efetivamente, o intervalo de situações, diagnósticos e de procedimentos propostos é elevado, não se resumindo o conteúdo da consulta a um único tema. Ainda para mais,

sendo a consulta centrada no doente e na sua família, a quem foi diagnosticada uma doença oncológica, os temas a serem tratados não são estáticos e variam de acordo com as dúvidas e incertezas do doente e do que o mesmo considera pertinente focar. Esta particularidade leva a que, com alguma facilidade, e sem qualquer guia orientador, se possam perder temas importantes a serem falados. Assim, é necessário que os enfermeiros tenham em seu poder uma ferramenta que os oriente e lhes mostre o caminho a percorrer no ensino realizado a esta população, em que emergem necessidades educacionais vastas.

Tendo em conta que, tanto a consulta como o acolhimento poderá ser feito por enfermeiros diferentes, torna-se essencial que todos os profissionais envolvidos sigam a mesma linha orientadora, havendo assim uma uniformização de cuidados.

Imaginando a não existência de um guia que oriente o momento da reunião entre o doente, a família e o enfermeiro, a informação dada pelo profissional seria aleatória, pouco consistente e parcamente incisiva no tema a tratar. O doente não iria, com certeza, retirar contributos deste momento que se quer essencial na diminuição da incerteza e do stress inerente aos procedimentos que envolvem o tratamento cirúrgico. O próprio acolhimento no BO seria mais completo em alguns doentes e menos abrangente em outros, dependendo do rumo dado pelo enfermeiro, tanto na consulta como no momento da receção no BO.

É de facto importante perceber que, os dois momentos cruciais no ensino ao doente e família/cuidador para a promoção do acolhimento ao BO, poderão ser realizados por enfermeiros diferentes, mas que terão de estar alinhados nos seus objetivos e no conteúdo dos ensinamentos. Assim, as intervenções irão ser consistentes e robustas, conseguindo-se estabelecer uma relação terapêutica com o doente e sua família.

Referencias bibliográficas

Santos, E., Fernandes, A. (2004) Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista de enfermagem Referencia*, 11, 59-62.

https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de frequência no Workshop “Gestão de dispositivos de ostomias respiratórias”



CERTIFICADO

Congresso Nacional de Estomaterapia 2022

Certifica-se que:

Carla Sofia Ramos Cruz

Participou no Workshop “*Gestão de dispositivos de Ostomias respiratórias*” realizado no Congresso Nacional de Estomaterapia 2022, realizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, no dia 17 de fevereiro, no Hotel Axis Vermar Póvoa de Varzim, com a duração de 1H.

Susana Costa
(Comissão Organizadora)

Cláudia Rocha Silva
(Presidente APECE)





CERTIFICADO

Congresso Nacional de Estomaterapia 2022

Certifica-se que:

Carla Sofia Ramos Cruz

Participou no Congresso Nacional de Estomaterapia 2022,
realizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de
Cuidados em Estomaterapia, nos dias 18 e 19 de Fevereiro,
no Hotel Axis Vermar Póvoa de Varzim.

Susana Costa
(Comissão Organizadora)

Cláudia Rocha Silva
(Presidente APECE)



