

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

**Acolhimento da pessoa/família submetida a  
quimioterapia intravesical: intervenções de  
enfermagem**

**Ana Margarida de Arede Nunes**

**Lisboa**  
**2018**



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

**Acolhimento da pessoa/família submetida a  
quimioterapia intravesical: intervenções de  
enfermagem**

**Ana Margarida de Arede Nunes**

Orientador: Professor Doutor Óscar Manuel Ramos Ferreira

**Lisboa**  
**2018**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os que me apoiaram durante este percurso.

Um especial obrigado:

Ao meu marido Marcos e ao meu filho Guilherme pelo amor incondicional e paciência infinita durante esta etapa da minha vida.

À minha mãe e restante família por todo o apoio e alento durante este caminho.

Ao Docente Orientador Óscar Ferreira pela disponibilidade demonstrada, pelo apoio e por ter sido incansável nesta jornada.

A todos Enfermeiros dos serviços onde estagiei pela forma calorosa com que me receberam.

Aos Enfermeiros Orientadores e ao meu Enfermeiro-Chefe pelo acompanhamento, pela ajuda e pelo apoio dispensados.

Às colegas do meu serviço pelo apoio e empenho no desenvolvimento deste projeto.

Às minhas colegas de curso, das quais tenho de destacar a Andreia, a Patrícia e a Tânia pela amizade e apoio, sem elas este caminho teria sido muito mais difícil.

Aos doentes pela compreensão e disponibilidade demonstrada durante a realização dos estágios e pelo contributo enorme que deram no meu percurso de aprendizagem.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>AAU</b>	Associação Americana de Urologia
<b>AEU</b>	Associação Europeia de Urologia
<b>BCG</b>	Bacillus Calmette-Guérin
<b>CIPE</b>	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
<b>EONS</b>	European Oncology Nurse Society
<b>ESEL</b>	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
<b>Et al</b>	Abreviatura de “outros autores”
<b>HDO</b>	Hospital de Dia de Oncologia
<b>HDU</b>	Hospital de Dia de Urologia
<b>JCI</b>	Joint Commission International
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>PNDO</b>	Programa Nacional para as Doenças Oncológicas
<b>RTU-V</b>	Ressecção Transuretral Vesical
<b>SWOT</b>	Strengths Weaknesses Opportunities Threats
<b>TUR-BT</b>	Ressecção Transuretral do Tumor da Bexiga
<b>UEE</b>	Unidade de Exames Especiais
<b>UFU</b>	Unidade Funcional de Urologia

## RESUMO

A evolução do carcinoma urotelial da bexiga tem alta taxa de recidiva e progressão para invasão muscular e disseminação. (Correia, et al, 2010). As recomendações mais recentes para o tratamento desta patologia passam pela realização de uma resseção transuretral complementada por terapia intravesical. (Vahr et al, 2015). Ao enfermeiro cabe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os cuidados de enfermagem em todas as fases do tratamento, oferecendo cuidados específicos à pessoa/família submetida a tratamentos de quimioterapia, procurando minimizar os efeitos secundários que possam surgir (Andrade, 2012). Esta prática deve ser iniciada quando do acolhimento. Tal é decisivo para melhorar a adesão ao tratamento, contribui para a qualidade de vida, a reinserção no seio familiar e social do doente e a continuidade do desenvolvimento das atividades rotineiras, promovendo o autocuidado (Machado, et al, 2015). O momento do acolhimento deve ser formal, estruturado e favorável à comunicação entre enfermeiro, pessoa/família. Tal não era a minha realidade laboral pelo que me questionei “quais as intervenções de enfermagem que promovem o acolhimento à pessoa e ou família submetida a quimioterapia intravesical?” Neste sentido, para a operacionalização deste projeto foi realizada uma revisão *scoping*, levei a cabo dois estágios em contextos hospitalares distintos e um terceiro estágio onde procedi à implementação do projeto. A prática desenvolvida nos diferentes contextos, foi acompanhada por um processo crítico e reflexivo das atividades desenvolvidas. O referencial teórico escolhido foi a Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem, de Dorothea Orem. A implementação do acolhimento de forma estruturada com conseqüente impacto na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical, permitindo-me, desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeira especialista na área de Médico-Cirúrgica e Mestre em Enfermagem.

**Palavras-chave:** Doente oncológico, quimioterapia intravesical, intervenções de enfermagem, acolhimento.

## **ABSTRACT**

The evolution of urothelial carcinoma of the bladder has a high rate of recurrence and progression to muscle invasion and dissemination. (Correia, et al, 2010). The most recent recommendations for the treatment of this pathology require the realization of a transurethral resection complemented by intravesical therapy. (Vahr et al, 2015). The nurse is responsible for planning, executing, coordinating, supervising and evaluating nursing care at all stages of treatment, offering specific care to the person/family undergoing chemotherapy treatments, seeking to minimize any side effects that may arise (Andrade, 2012). This practice should be initiated at embracement time. This is decisive for improving adherence to treatment, contributing to quality of life, reintegration into the family and social environment of the patient and the continuity of the development of routine activities, promoting self-care (Machado, et al, 2015). Embracement time should be formal, structured and conducive to communication between nurse, and person/family. This was not my working reality, and I asked myself: "what nursing interventions can promote the reception of the person and / or family undergoing intravesical chemotherapy?" In this sense, for the operationalization of this project, a scoping review has been carried out and I have undergone two traineeships in different hospital contexts and a third one where I have proceeded with the implementation of the project. The practice developed in the different contexts was accompanied by a critical and reflexive process of the activities developed. The theoretical framework chosen was Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory. The implementation of the reception in a structured way with a consequent impact on the improvement of the quality of the care provided to the person/family undergoing intravesical chemotherapy, allowing me to develop common and specific competences of a Medical-Surgical Nurse and Master in Nursing.

**Keywords:** Oncologic patient, intravesical chemotherapy, nursing interventions, embracement.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS.....</b>	<b>19</b>
<b>1.1. Hospital de Dia de Oncologia .....</b>	<b>20</b>
<b>1.2. Hospital de Dia de Urologia .....</b>	<b>27</b>
<b>1.3. Unidade de Exames Especiais .....</b>	<b>35</b>
<b>2. AVALIAÇÃO .....</b>	<b>51</b>
<b>CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO.....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>58</b>

## APÊNDICES

Apêndice I: Análise SWOT do Projeto de Intervenção

Apêndice II: Descrição das tarefas/atividades e resultados esperados

Apêndice III: Cronograma de atividades

Apêndice IV: Protocolo de Revisão Scoping

Apêndice V: Caracterização da equipa/serviço do Hospital de Dia de Oncologia

Apêndice VI: Poster “Quimioterapia Vesical – Para Além da Técnica”

Apêndice VII: Ficha de candidatura de submissão de comunicações livres e posters

Apêndice VIII: Material Educativo – Folheto “Quimioterapia Vesical”

Apêndice IX: Material Educativo – Folheto “Tratamento Vesical de Imunoterapia com BCG”

Apêndice X: Checklist de validação/verificação dos cuidados prestados

Apêndice XI: Reflexão – “A importância do acolhimento do doente e/ou família submetido a quimioterapia intravesical”

Apêndice XII: Ecrãs de Sessão de Formação à Equipa de Enfermagem

Apêndice XIII: Caracterização da equipa/serviço do Hospital de Dia de Urologia

Apêndice XIV: Registo de informações a prestar ao doente

Apêndice XV: Material Educativo – “Guia de orientação para o doente submetido a tratamento vesical de imunoterapia com BCG”

Apêndice XVI: Questionário de avaliação do guia de orientação para o doente submetido a tratamento vesical de imunoterapia com BCG

Apêndice XVII: Análise do questionário de avaliação do guia de orientação para o doente submetido a tratamento vesical de imunoterapia com BCG.

Apêndice XVIII: Reflexão – “A importância do acolhimento no fomento da comunicação da pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical”

Apêndice XIX: Estudo de Caso

Apêndice XX: Reflexão – “Humanização dos cuidados: a mudança do modelo de enfermagem instituído”

Apêndice XXI: Guia de acolhimento ao doente submetido a tratamento intravesical

Apêndice XXII: Material Educativo – Guia de orientação para o doente submetido a quimioterapia vesical com mitomicina C

Apêndice XXIII: Material Educativo – Guia de orientação para o doente submetido a tratamento vesical de imunoterapia com BCG (Versão 2)

Apêndice XXIV: Quimioterapia e imunoterapia intravesical - Registo de tratamentos

Apêndice XXV: Checklist de verificação/ validação do acolhimento e tratamento

Apêndice XXVI: Norma de Procedimento – Acolhimento ao doente/família submetido a quimioterapia e imunoterapia intravesical

Apêndice XXVII: Questionário pré-formação

Apêndice XXVIII: Análise do questionário pré-formação

Apêndice XXIX: Plano da sessão formativa

Apêndice XXX: Avaliação do grau de satisfação dos doentes a realizar tratamento de quimioterapia intravesical ou imunoterapia intravesical

## **ANEXOS**

Anexo I: Questionário da Formação

Anexo II: Registo da avaliação do estágio com relatório



## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no plano de estudos do 8º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem na área de Especialização Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica, apresentarei o Relatório de Estágio o qual procurará evidenciar o trabalho desenvolvido durante o 3º Semestre, que correspondeu ao período de estágio e à implementação/desenvolvimento do projeto de intervenção, intitulado Acolhimento da pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical: intervenções de enfermagem.

O presente trabalho tem como finalidade demonstrar as competências comuns e específicas desenvolvidas como Enfermeira especialista na área de Médico-cirúrgica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e o *core curriculum* da *European Oncology Nursing Society* (EONS), bem como de Mestre em Enfermagem.

A apresentação deste relatório e posterior discussão visa também a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

A implementação deste projeto teve como objetivo primordial, melhorar a qualidade dos cuidados prestados no acolhimento ao doente/família submetido a quimioterapia intravesical no serviço do qual faço parte. A motivação para a escolha deste tema partiu da observação e participação de uma prática profissional que há muito me incomodava, por não considerar a mesma correta, tanto do ponto de vista profissional como pessoal, dada a inexistência de um acolhimento formal e estruturado aos doentes.

À semelhança do que acontece no resto da Europa, também no nosso país verificamos um progressivo aumento da incidência do Cancro que tem vindo a crescer com regularidade, segundo uma taxa constante de aproximadamente 3% ao ano. Este facto deve-se ao envelhecimento da população, fruto do aumento da taxa de sucesso no tratamento tanto do Cancro como de outras patologias aumentando a probabilidade do aparecimento de novas neoplasias (PNDO, 2017).

O cancro da bexiga é o tumor maligno mais comum do trato urinário, na União Europeia, com uma incidência de 27 e 6 por 100.000 em homens e mulheres, respetivamente (Vahr et al, 2015).

O carcinoma urotelial superficial da bexiga é uma doença heterogénea no que respeita à sua história natural e prognóstico, caracterizando-se por uma alta taxa de recidiva e pela possibilidade de progressão para invasão muscular e, posterior disseminação local e à distância. O risco de recidiva e de progressão está associado a diversos fatores clínicos e anátomo-patológicos (número e tamanho dos tumores, número de recidivas prévias, estadiamento local, presença de carcinoma *in situ* e grau de diferenciação) (Correia et al, 2010).

O tratamento depende do grau da lesão diagnosticada. No caso dos tumores superficiais, que são os mais comuns, realiza-se uma ressecção transuretral vesical (RTU-V). Esses tumores apresentam risco de recorrência (60% a 90%) e progressão (30%), sendo indicada a terapia intravesical com quimioterápicos e a imunoterapia com *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG). Em algumas condições específicas, pode ser necessária a cistectomia radical, principalmente para tumores refratários ao tratamento intravesical (Louvison et al, 2013).

De acordo com as diretrizes da Associação Europeia de Urologia (AEU), a RTU-V deve ser potenciada por medicação intravesical, uma vez que esta permite administrar altas concentrações locais de um agente na bexiga, destruindo as células do tumor que permanecem após a cirurgia. A indicação baseia-se na estratificação de risco e geralmente é usada como adjuvante para prevenir a recorrência. Menos comumente, pode ser usada para doença residual que permanece na bexiga após a cirurgia (Carvalho, 2015, Ferro, 2015; Vahr et al, 2015 e Matheus, 2010)

Assim, a quimioterapia intravesical visa erradicar as células cancerosas sobreviventes na mucosa da bexiga (a chamada "quimiorressecção" do tumor) e no pós-operatório imediato a instilação é feita com o intuito de destruir todas as células do tumor flutuantes deixadas pela RTU-V evitando a sua reimplantação (Vahr et al, 2015).

No grupo de quimioterápicos, os principais são Mitomicina C, Doxorubicina e Epirubicina. Destes três agentes a Mitomicina C é a que é utilizada na Unidade de Exames Especiais (UEE).

A Mitomicina é um agente quimioterapêutico que inibe o ADN de se sintetizar em células tumorais, diminuindo a taxa de recorrência de 54% para 38%. No entanto, não tem impacto no risco e é o agente que apresenta melhores resultados terapêuticos, com baixa incidência de efeitos colaterais (Vahr et al, 2015). A utilização de Mitomicina C intravesical em dose única nas primeiras 24 horas após a cirurgia pode diminuir as taxas de recidivas em lesões de baixo grau e tem sido amplamente utilizada com essa finalidade (Matheus, 2010).

Para a administração de quimioterapia intravesical temos ao nosso dispor vários esquemas possíveis. Na Mitomicina C o mais comum é uma instilação pós-operatória imediata e única ou instilação pós-operatória seguida de 6 instilações semanais passando posteriormente a instilações mensais por um período de 1 ano (Vahr et al, 2015).

A quimioterapia intravesical está contraindicada em casos de hematúria abundante que requer irrigação, e ou qualquer suspeita de perfuração de bexiga extra ou intraperitoneal (Vahr et al, 2015).

O alto peso molecular da Mitomicina C resulta em baixa absorção, portanto, geralmente não causa toxicidade sistêmica. No entanto, a toxicidade local é a mais comum, resultando em cistite química, erupção cutânea alérgica e descamação palmar ou genital resultante de dermatite de contato (Vahr et al, 2015).

A administração de quimioterapia citotóxica na bexiga pode conduzir a uma série de sintomas irritantes relacionados com a micção. A maioria dos efeitos adversos ocorrem durante os seis primeiros meses de terapia. Estes efeitos colaterais podem ser: disúria, aumento da frequência urinária, urgência urinária, desconforto suprapúbico, hematúria abundante e dor pélvica. Todos estes sintomas são coletivamente referidos como cistite química. A incidência da cistite química é de  $\approx 10\%$ , e a prevalência de sintomas é de 1-25% (Vahr et al, 2015).

Existem igualmente outros efeitos colaterais locais graves da quimioterapia intravesical como necrose de gordura transmural e extravesical, ulceração e calcificação da parede da bexiga. As úlceras crônicas benignas no local de ressecção foram descritas e são atribuídas à deterioração da cicatrização da quimioterapia. Outros sintomas podem ser a calcificação, a fibrose e a bexiga reduzida (Vahr et al, 2015).

Dado o reduzido número de doentes a realizar Mitomicina C neste momento, nos diversos contextos em que tive oportunidade de estar envolvida, e uma vez que as intervenções de enfermagem são idênticas, ou mesmo iguais no que respeita ao acolhimento, optei por incluir também neste trabalho os doentes/famílias submetidos a imunoterapia com BCG.

A imunoterapia intravesical para o cancro da bexiga é realizada com a administração de BCG, uma cepa viva atenuada de *Mycobacterium bovis* utilizada na profilaxia de tuberculose (Louvison et al, 2013 e Vahr et al, 2015).

Comparativamente com a quimioterapia intravesical a BCG intravesical está associado a um maior número de efeitos colaterais. Os mais presentes são o aumento da frequência e urgência urinária e a disúria, estando a sua administração contraindicada em doentes que apresentem hematúria grosseira ou sintomas de infeção do trato urinário, após cateterismo traumático, durante duas semanas após RTU-V (Louvison et al, 2013 e Vahr et al, 2015).

No serviço onde exerço funções, a administração de quimioterapia intravesical, bem como todos os cuidados com ela relacionados são da responsabilidade do Enfermeiro.

Sendo o acolhimento ao doente oncológico um dos cuidados a realizar pelo enfermeiro, escolhi esta temática para desenvolver o meu projeto de estágio, pois, ao analisar a forma como a equipa de enfermagem procedia aos cuidados ao doente proposto para quimioterapia intravesical percebi que estes são realizados de forma rotineira, mecanizada, não existindo programa de acolhimento, nem um momento formal para a sua realização, descurando o cuidado individualizado. O acolhimento, a forma e o local onde se realizava variava de acordo com a disponibilidade do Enfermeiro.

Assim, pretendi implementar na Unidade de Exames Especiais, onde trabalho, um programa de acolhimento que otimize e eleve a um nível de excelência este momento tão importante no processo de cuidados pelo qual passam os doentes.

O paciente após ter alta do internamento de urologia, dirigia-se ao serviço com o intuito de agendar os tratamentos de quimioterapia prescritos pelo urologista.

O atendimento referido não era programado e muitas vezes o doente e/ou família tinham de esperar algum tempo de acordo com a disponibilidade do Enfermeiro para que se pudesse proceder ao agendamento dos tratamentos. Consequentemente, também não era possível acolher a pessoa e família adequadamente, de modo a dar a conhecer a equipa que dele iria tratar e cuidar e explicar o processo a que iria ser submetido.

Para além das dificuldades referidas há a acrescentar o facto de que era difícil assegurar a privacidade do doente, não havendo oportunidade para que este expusesse os seus medos e receios e esclarecesse as suas dúvidas.

Assim a escolha da temática apresentada teve por base a identificação e análise de uma prática de cuidados de enfermagem, não satisfatória, para a equipa de enfermeiros que integro, mais especificamente a forma como o acolhimento do doente submetido a administração de quimioterapia intravesical era feito.

A consciencialização e análise desta situação foram reforçadas com a apreciação dos documentos formais existentes tais como: manuais, protocolos, instruções de serviço, ata de reunião anual, relatórios de formação do serviço e de responsável de sala. A equipa foi questionada acerca da pertinência da temática, tendo-se chegado a uma unanimidade sobre a necessidade da resolução do problema apresentado, com vista a melhorar os cuidados prestados.

Foi igualmente feita uma análise dos registos em SClinico nos processos dos doentes em tratamento de quimioterapia intravesical, com o objetivo de avaliar os cuidados prestados, nomeadamente no que respeita ao acolhimento,

tendo-se verificado a inexistência de qualquer avaliação inicial ou referência ao acolhimento feito ao doente/família na unidade.

Esta análise vem corroborar a necessidade de intervenção e implementação de novas estratégias no sentido de melhorar os cuidados a prestar à pessoa/família neste processo.

Com o objetivo de desenvolver as estratégias mais eficientes e adequadas para a implementação deste projeto procedi à realização de uma análise SWOT (Apêndice I).

Assim, o presente projeto surgiu com o intuito de colmatar falhas identificadas, uma vez que é essencial a existência de um acolhimento formal e estruturado que favoreça a comunicação entre o enfermeiro, o doente e a família, permitindo uma relação empática, facilitadora da adesão ao tratamento, minimizando o impacto no sujeito e na família objeto de cuidados.

De acordo com Ferreira e Valério (2003), o acolhimento é muito mais que um simples ato inicial de admissão do doente num serviço. O acolhimento é um cuidado de enfermagem e prossegue no dia-a-dia, aquando da prestação de cuidados, devendo modificar o quotidiano do serviço, centrando-se no cliente, com a finalidade de ampliar o acesso e a qualidade do atendimento. O acolhimento deve ser uma ferramenta para humanização dos serviços de saúde, com qualificação da escuta, favorecimento à construção de vínculos e à garantia de acesso à população (Costa, Garcia & Toledo, 2016).

Este momento assume-se como um importante meio para estabelecer uma relação com o utente de forma a conduzi-lo ao autocuidado, visando minimizar os efeitos da toxicidade induzida pelos fármacos e possibilitar que o tratamento tenha maior sucesso (Bolander, 1998 e Collière, 2000).

Com a realização deste trabalho pretende-se minimizar a ansiedade do doente e família, esclarecendo dúvidas e minimizando receios.

Outro objetivo consiste, a partir do momento do acolhimento e nas consultas de enfermagem subsequentes, em capacitar o doente para o autocuidado, fornecendo ferramentas para que este consiga despistar complicações, promovendo a sua autonomia para lidar com as mesmas, ou saber onde se dirigir aquando da sua ocorrência.

Segundo Cabete (2012), a capacitação é um conceito complexo e multidimensional ao envolver a relação com os outros. Este está intimamente relacionado com os cuidados de enfermagem, tornando-se essencial para a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, implica a mobilização interativa de diferentes estratégias que promovam e reforcem o potencial de cada doente na identificação das suas próprias necessidades, na resolução dos seus problemas e na mobilização de recursos, ou seja promovendo o autocuidado (Onega, 2006 e Cabete, 2012).

O autocuidado consiste na prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em benefício próprio, tendo em vista a manutenção da vida, saúde e bem-estar (Orem, 2001). Segundo a mesma autora, a principal preocupação da enfermagem é a necessidade de ação de autocuidado do indivíduo e o seu fornecimento ou gestão numa base contínua de modo a manter a vida e a saúde, recuperar da doença ou dano e lidar com os seus efeitos. Deste modo, é da responsabilidade do Enfermeiro implementar métodos de ajuda que se adequem a um sistema de enfermagem educativo e de suporte que fomente o autocuidado, tendo estas ações início logo no primeiro contacto, ou seja no acolhimento. Seguindo esta linha de pensamento e, considerando que o autocuidado é essencial na gestão da doença crónica, onde se inclui a doença oncológica, considerou-se pertinente que o presente projeto fosse apoiado no referencial teórico de Dorothea Orem, a Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem.

O autocuidado tem sido reconhecido como um recurso para a promoção de saúde e gestão dos processos de saúde/doença, apresentando maior destaque no que respeita às doenças crónicas. O autocuidado é o foco e resultado de promoção da saúde e das intervenções para gerir a doença; implica o planeamento de atividades de aprendizagem que visam aumentar os conhecimentos e capacidades dos indivíduos e famílias face às necessidades sentidas (Orem, 2001).

A doença oncológica obriga à necessidade de cumprimento de protocolos de quimioterapia intravesical os quais darão origem a requisitos específicos de autocuidado, relacionados com o desvio de saúde. Segundo

Orem (2001), duas das categorias dos requisitos de autocuidado por desvio de saúde prendem-se com a execução de terapêuticas médicas prescritas e de medidas de reabilitação para a patologia em si, bem assim como conhecer e participar na regulação dos efeitos desconfortáveis ou nefastos das terapêuticas instituídas. Ao enfermeiro cabe educar e facilitar a adaptação aos tratamentos de quimioterapia vesical, competindo-lhe ainda treinar e consciencializar o doente no que respeita ao seu autocuidado, dando-lhe informações úteis de forma a que ele seja membro ativo do processo saúde-doença e simultaneamente responsável pelo sucesso do tratamento (Silva & Silva, 2003). No sistema de suporte e educação a pessoa pode e deve aprender a realizar medidas de autocuidado terapêutico, de ordem interna ou externa, embora numa fase inicial não consiga fazer isso sem a assistência de enfermagem (Orem, 1980). Através deste sistema, o doente adquire conhecimento e competências que lhe permitirão tomar decisões relativamente ao autocuidado. O enfermeiro desempenha funções de suporte, de orientação e de educação, promovendo um ambiente propício ao seu desenvolvimento.

Segundo a AEU (2015), o propósito da educação é fundamental para capacitar os doentes e/ou cuidadores de modo a terem mais controle e facilidade na resolução de problemas relacionados com a instilação intravesical (Vahr et al, 2015).

O papel fundamental da enfermagem é a educação do doente. Antes do início de qualquer terapia intravesical, os doentes e família devem ser informados sobre o que não sabem acerca do mecanismo de ação da sua terapia e dos efeitos colaterais que possam ocorrer (Vahr et al, 2015). Estes ensinamentos devem ser feitos no momento do acolhimento ao doente e família. O acolhimento de enfermagem influencia significativamente o utente acometido por uma neoplasia, pois, quando prestado de forma satisfatória, proporciona-lhe melhor adesão ao tratamento, redução do stress causado pela condição em que este se encontra, sendo, portanto, um fator decisivo na forma de encarar e enfrentar a doença (Anjos et al, 2011).

Assim sendo, o acolhimento deve ser uma ferramenta para a humanização dos serviços de saúde, com qualificação da escuta,



favorecimento à construção de vínculos e à garantia de acesso à população (Costa, Garcia & Toledo, 2016). O enfermeiro atua como educador e facilitador da adaptação do doente ao tratamento, é responsável por treiná-lo e consciencializá-lo para o seu autocuidado, de o prover com informações, tornando-o membro ativo do processo saúde-doença e responsável pelo sucesso do tratamento (Cabete, 2012).

Capacitar o doente para o autocuidado e autogestão significa devolver ao doente algum controlo sobre a sua situação de saúde e esperar que estas ações lhe permitam manter uma qualidade de vida satisfatória (Coleman & Newton, 2005). O Enfermeiro em Oncologia tem a responsabilidade de conduzir o doente neste processo.

Segundo a European Oncology Nursing Society (2013), enfermeiros especialistas são os enfermeiros prestadores de cuidados na vertente oncológica, capazes de reconhecer os limites dos seus conhecimentos, proporcionando cuidados centrados no doente, com base nas evidências disponíveis. Conscientes do seu papel no seio da equipa multidisciplinar, sentem-se com segurança e competência para desenvolver atividades em colaboração com os restantes membros da equipa, valorizando assim o valor terapêutico da Enfermagem.

Como consequência do referido, procurei, através da implementação deste projeto desenvolver competências especializadas tanto ao nível do saber, como do saber fazer, saber estar/ser e do saber aprender.

Benner (2001), privilegia a experiência na medida em que, é através dela, que o Enfermeiro aprende a isolar de imediato aquilo que é importante para a situação, retirando daí consequências. É com a experiência que se adquirem as competências para a excelência dos cuidados.

A aquisição de competências dos enfermeiros vai evoluindo por diferentes estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). Partindo dos pressupostos da autora considero que me encontro no estádio de competente. O enfermeiro competente tem o sentimento de que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática de enfermagem (Benner,2001). O

objetivo deste percurso é atingir o nível de enfermeiro proficiente, ao nível do acolhimento à pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical, o que significa ser capaz de reconhecer os atributos e características de uma situação em mudança, tendo a capacidade e o conhecimento para dar respostas satisfatórias e competentes.

A implementação deste projeto permitiu-me otimizar as competências apreendidas na componente teórica do curso, agora em contexto da prática de enfermagem, com a realização dos estágios. O primeiro estágio foi realizado num Hospital de Dia de Oncologia (HDO), o segundo num Hospital de Dia de Urologia (H DU) e o terceiro, que correspondeu à implementação do projeto ocorreu numa Unidade de Exames Especiais (UEE).

O presente relatório visa demonstrar o percurso efetuado nestas unidades, tendo como objetivos:

- Analisar criticamente as atividades previstas para cada local de estágio e os resultados obtidos;
- Evidenciar e analisar reflexivamente as competências comuns de Enfermeiro Especialista, em Enfermagem Médico-cirúrgica, mais especificamente em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa adquiridas e desenvolvidas em cada local de estágio;
- Refletir sobre a importância de um acolhimento formal e estruturado assente na comunicação e na relação de ajuda que contribua para a melhoria da qualidade dos cuidados ao doente/família submetido a quimioterapia intravesical;
- Analisar criticamente e com base na evidência científica o percurso realizado.

A estrutura deste relatório consiste na divisão em dois capítulos. Assim e após a introdução temos o primeiro capítulo, dividido em três subcapítulos, nos quais se pode constatar uma análise crítica e reflexiva, sustentada pela evidência científica, das atividades realizadas em cada um dos locais de estágio, sendo que cada subcapítulo corresponde a um contexto de estágio.

No segundo capítulo é feita uma avaliação do percurso de desenvolvimento de competências, através da apresentação dos pontos fortes

e fracos, assim como do contributo do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica submetida a quimioterapia intravesical.

O final do relatório encerra breves conclusões e perspectiva o trabalho futuro. Seguem-se as referências bibliográficas, os apêndices e anexos.

A estrutura apresentada pretende que este documento seja conciso, de leitura simplificada e sequência lógica.

## 1. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no acolhimento ao doente/família submetido a quimioterapia intravesical e desenvolver competências de enfermagem especializada na área médico-cirúrgica, vertente oncológica, o trabalho desenvolvido foi suportado por uma metodologia de projeto.

A palavra projeto deriva do latim *projectare* que significa lançar para a frente, atirar, ou então, um esforço temporário empreendido para criar um produto (Infopédia, 2003-2017).

Parafraseando Ruivo e Ferrito “um projeto desenvolve-se num determinado quadro contextual, prescritivo e normativo, a partir da identificação de problemas e/ou necessidades, propondo objetivos, planeando a organização de ações no tempo e mobilizando recursos e estratégias para alcançar o resultado desejado” (2010, p.4)

Visando o desenvolvimento deste projeto definiram-se três locais de estágio.

A formação em contexto clínico justifica-se pela necessidade de aprender e desenvolver competências e partilhar saberes, os quais transferidos para o espaço do cuidar, resultam numa mais-valia para o profissional de saúde e para o cliente (Carvalho,1996). Por sua vez, Benner refere que “uma boa descrição do conhecimento prático é essencial ao desenvolvimento e ao alargamento da teoria em enfermagem” (Benner, 2001, p.40). Deste modo, considera-se que os problemas decorrentes da prática clínica se posicionam como temas de análise e partilha de ideias para se desenvolverem em contexto de projetos de aprendizagem.

Com a realização dos dois primeiros estágios pretendeu-se a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências que permitissem um melhor acolhimento à pessoa/ família submetida a quimioterapia intravesical, que pudessem ser aplicadas no estágio que realizei no local onde desempenho funções. Foram planeadas as tarefas/atividades e os resultados esperados para cada um dos campos de estágio (Apêndice II). As atividades planeadas,

para cada campo de estágio, decorreram de acordo com o cronograma das atividades de estágio (Apêndice III).

No sentido de aprofundar o conhecimento teórico, realizei, antes de dar início ao período de estágio, uma pesquisa bibliográfica pertinente na área em questão, em busca da atual evidência científica. Recorri para isso a uma pesquisa bibliográfica alargada em livros, artigos, teses de mestrado e doutoramento e nas bases da CINAHL e MEDLINE, às quais acedi através da plataforma agregadora de bases de dados EBSCO. Tendo ainda, como objetivo mapear a literatura existente realizei um protocolo de revisão *scoping*, utilizando para tal, como ponto de partida, a seguinte questão: quais as intervenções de enfermagem que promovem o acolhimento à pessoa e ou família submetida a quimioterapia intravesical? (Apêndice IV).

De seguida apresentarei uma análise crítica das atividades realizadas em cada um dos estágios bem como os resultados obtidos, tendo como base de sustentação a evidência científica. Farei a caracterização de cada um dos locais de estágio e apresentarei os objetivos gerais e específicos definidos para cada um deles. Referirei igualmente as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção de Enfermagem Oncológica, bem como as competências de Mestre em Enfermagem, desenvolvidas nos diferentes contextos.

### **1.1. Hospital de Dia de Oncologia**

O meu primeiro estágio teve lugar no Hospital de Dia de Oncologia, no período compreendido entre 25 de setembro e 3 de novembro de 2017, num total de 18 turnos de 8 horas. Optei por este local por nele se realizar a administração de quimioterapia intravesical, bem como a consulta de enfermagem de primeira vez, onde se assegura o acolhimento ao doente e à sua família.

Este serviço, é composto por uma equipa de enfermagem de referência com muita experiência na área em que pretendia desenvolver o meu projeto. Outra razão da minha escolha, residiu no facto deste local garantir a realização de um acolhimento formal e estruturado a todos os seus doentes nas diversas

áreas que abrange, nomeadamente ao doente submetido a quimioterapia intravesical.

De janeiro de 2017 até novembro do mesmo ano, foram realizados quatrocentos e doze tratamentos de quimioterapia intravesical. No período de realização do meu estágio encontravam-se em tratamento vinte e sete doentes.

Este estágio teve como objetivo geral: **compreender a dinâmica organizacional do serviço e da equipa de enfermagem, bem como as intervenções e os cuidados prestados no acolhimento ao doente/ família submetido a quimioterapia intravesical.**

No sentido de cumprir este objetivo e desenvolver competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na vertente oncológica, foi estabelecido como primeiro objetivo específico: **Compreender a dinâmica organizacional e o funcionamento do HDO.**

Visando a concretização do mesmo, comecei por realizar reuniões informais com a enfermeira orientadora e com a Sra. Enfermeira Chefe. Posteriormente, consultei normas, protocolos, documentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e família do serviço. Fui ainda observando a dinâmica do mesmo e a articulação da equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar. Foi elaborado um documento que apresenta a equipa do HDO, bem como o seu funcionamento e a sua dinâmica organizacional (Apêndice V). Desta atividade realça-se a funcionalidade e a organização da equipa multidisciplinar, com especial enfoque na equipa de enfermagem.

Pude ainda observar e constatar, ao longo do meu estágio, que a prestação de cuidados é de elevada qualidade, sempre com o intuito da satisfação das necessidades do cliente/família, procurando atingir padrões de excelência. Verifiquei a existência de uma prestação de cuidados, assentes na construção de uma relação empática e de confiança, com o seu início no primeiro contacto com o doente, ou seja, no momento do acolhimento.

Outro dos objetivos que defini foi: **Identificar, compreender e analisar as intervenções de enfermagem no acolhimento ao doente e/ou família submetido a quimioterapia intravesical.**

Neste domínio, com o intuito de alargar os meus saberes sobre a temática em estudo, continuei a aprofundar o meu conhecimento teórico, tendo realizado ao longo de todo o estágio pesquisa bibliográfica pertinente na área em questão. Esta pesquisa e leitura crítica de artigos científicos sobre intervenções de enfermagem ao doente submetido a quimioterapia intravesical forneceu-me ferramentas para uma melhor identificação, compreensão e análise dos procedimentos/intervenções de enfermagem prestadas neste âmbito. Pude constatar que os cuidados prestados nesta unidade iam de encontro ao que a literatura preconiza.

Com a execução desta atividade fui adquirindo competências de mestre, uma vez que desenvolvi e aprofundei conhecimentos obtidos no primeiro ciclo de estudos. Desenvolvi ainda competências como enfermeira especialista em oncologia, tal como preconiza a EONS (2013) uma vez que realizei pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica.

Tendo por base a pesquisa bibliográfica e a revisão *scoping* efetuadas, bem como a observação dos cuidados prestados por peritos nesta área foi realizado um poster intitulado “Quimioterapia Vesical – Para Além da Técnica” (Apêndice VI) em coautoria com a minha enfermeira orientadora e a Sra. Enfermeira Chefe do HDO. O resumo deste trabalho foi submetido à comissão organizadora das Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar onde realizei o estágio, tendo sido aceite para apresentação (Apêndice VII). Como tal, apresentei esta comunicação nas referidas jornadas.

Considero que este foi um momento de aprendizagem que em muito contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal, tendo desenvolvido competências ao nível da comunicação dirigida não ao doente, mas sim a outros profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros. A Comunicação é apontada na enfermagem como uma competência fundamental, assumindo-se como um processo de compreender, partilhar mensagens enviadas e recebidas que interfere nas ações de toda a equipa de enfermagem (Ruthes et al, 2008). A minha intervenção nas referidas jornadas, teve como principal objetivo expor o trabalho desenvolvido no âmbito deste projeto, dando a

conhecer o mesmo. A crítica recebida foi muito positiva, pois fui parabenizada e obtive uma avaliação muito satisfatória por parte de toda a equipa de enfermagem do serviço, nomeadamente da enfermeira orientadora e da enfermeira chefe.

No período em que o meu estágio decorreu observei e colaborei também na prestação de cuidados à pessoa submetida a quimioterapia intravesical na consulta de primeira vez e no acolhimento de todos os doentes que iniciaram quimioterapia intravesical (três).

Nas consultas de enfermagem de acolhimento/primeira vez que tive oportunidade de observar e participar, era sempre realizada a avaliação inicial ao doente. A avaliação inicial serve para documentar a planificação de cuidados do enfermeiro, enriquecendo, fundamentando, justificando e sustentando as intervenções de enfermagem e o estabelecimento de prioridades, para a efetuar. O enfermeiro terá que realizar uma avaliação da pessoa, mas também uma pesquisa de todos os recursos ao seu dispor nomeadamente a família (Rodrigues, 1998). Assim, através desta avaliação eram colhidos dados que permitiam começar a conhecer o doente e as suas necessidades iniciais, possibilitando assim a construção e adequação do plano de cuidados. Nestas consultas eram ainda realizados ensinamentos acerca do tratamento, no que consistia o mesmo, como era realizado, o que fazer antes, durante e após, efeitos secundários que poderiam ocorrer e o que fazer em caso de aparecimento dos mesmos. Procurava-se assim e desde o primeiro contacto promover o autocuidado através da educação para a saúde.

Todo o enfermeiro deve ser, por inerência das suas funções, um educador para a saúde já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar (Carvalho & Carvalho, 2006).

Para além de ter colaborado na prestação de cuidados, elaborei também dois folhetos informativos, um acerca da quimioterapia intravesical (Apêndice VIII) e o outro relativo a imunoterapia vesical com BCG (Apêndice IX). Estes folhetos foram identificados como sendo uma necessidade do serviço e serão fornecidos aquando do acolhimento realizado ao doente e/ou família. Trata-se



de um documento facilitador do reforço dos ensinamentos efetuados funcionando como suporte educacional.

Segundo a teoria de autocuidado de Orem (2001), no(s) primeiro(s) contacto(s) com pessoas que estão sob ou procuram cuidados de enfermagem, as enfermeiras devem determinar: as razões para a procura ou receção dos cuidados de saúde, incluindo enfermagem; as experiências da pessoa em situações semelhantes; a idade; o sexo; a posição na família (família de origem, família por casamento); evidência do estado de desenvolvimento por etapa do ciclo de vida; evidência do estado de saúde, por ex. habilidade para controlar a posição ou movimentos no espaço, debilidade, doença; deficiência sensorial; a nacionalidade, a língua, a residência, a religião e natureza da ocupação e educação. Como referido, a aquisição desta informação era concretizada essencialmente através da avaliação inicial/colheita de dados efetivada na primeira consulta, mas também através da consulta do processo clínico do doente.

A mesma autora afirma que à medida que o diagnóstico de enfermagem avança, vai-se obtendo informação detalhada ao nível requerido, acerca do estado de desenvolvimento, estado de saúde, condições de vida e estilo de vida, recursos económicos desde que relevantes para conhecer os sistemas de autocuidado atuais; determinar requisitos de autocuidado existentes ou possíveis e particularizá-los para fatores existentes ou mutáveis no paciente ou no seu ambiente; determinar fatores em doentes e no seu ambiente que condicionem as formas como os requisitos de autocuidado podem ser efetivamente determinados; determinar fatores em doentes e no seu ambiente que limitem ou qualifiquem o desenvolvimento, a operacionalização, ou adequação da agência de autocuidado. Tal como pude observar no HDO, em que ia existindo um acompanhamento e uma adequação dos cuidados às necessidades do doente, conseguia-se que este se tornasse cada vez mais autónomo nomeadamente na gestão de sintomas decorrentes do tratamento.

Ao longo do tempo fui observando e participando no acolhimento de doentes que iriam ser submetidos a outro tipo de quimioterapia, para além da quimioterapia intravesical. Considero que ter tido oportunidade de me inserir

nestas consultas/acolhimentos, foi uma mais valia para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos e competências na área da oncologia, uma vez que contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem oncológica.

Neste contexto desenvolvi competências comuns ao enfermeiro especialista preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, tendo desenvolvido uma prática profissional e ética no campo de intervenção, demonstrando uma prática de cuidados segura, profissional e ética, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica e respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Promovi ainda a melhoria dos cuidados, mantendo um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2010). Cuidei de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida o que me conferiu a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE, 2015).

Através da observação feita e com base em evidência científica realizei um documento para registo sistemático das intervenções de enfermagem e resultados a alcançar (Apêndice X). Este documento foi um elemento facilitador da observação dos cuidados prestados, que facilitou a compreensão das diferentes etapas e passos que constituem a consulta de enfermagem de primeira vez/acolhimento.

Dentro das ações de gestão está a tomada de decisão do enfermeiro, onde é possível destacar as ações relacionadas com a segurança do doente para a predição e diminuição de complicações, a deteção precoce de intercorrências e eventos adversos decorrentes de tratamentos (Merry et al, 2010). Neste contexto, o desenvolvimento de ferramentas que forneçam informação, como o que foi elaborado, promovem a identificação precoce de problemas mais frequentes para o planeamento, execução e avaliação das intervenções de enfermagem (Bastos et al, 2013).

A observação, compreensão, análise e discussão da prática com peritos concretizada durante este estágio em muito contribuiu para que pensasse e refletisse sobre os cuidados prestados.

Segundo Schon (1992), na prática reflexiva encontram-se duas componentes: a reflexão durante a ação e a reflexão sobre a ação, após esta ter ocorrido. De acordo com Zeicjerner (1993), citado por Santos e Fernandes (2004), a prática reflexiva consiste numa potencial situação de aprendizagem, uma vez que permite que através desta a pessoa se torne conhecedora daquilo que faz e como o faz. A reflexão envolve a ação voluntária e intencional de quem se propõe a refletir, levando a pessoa que reflete à possibilidade de mudar tanto ao nível dos seus conhecimentos como das suas crenças (Santos & Fernandes, 2004). É fundamental que a formação profissional reflexiva se sustente na aprendizagem sistemática, permitindo assim tomar a decisão informada e centrada na pessoa, melhorando deste modo os cuidados prestados.

De forma a operacionalizar esta atividade e também desenvolver competências como enfermeira especialista, no que concerne ao desenvolvimento de aprendizagens profissionais que impliquem autoconhecimento e assertividade (OE, 2010), realizei uma reflexão escrita, sobre a importância do acolhimento ao doente/família submetido a quimioterapia intravesical, decorrente de uma situação que vivenciei durante o estágio (Apêndice XI). Recorri à utilização do ciclo de Gibbs o qual constitui para mim uma mais valia no processo reflexivo.

Outro dos momentos de partilha e reflexão aconteceu em equipa, aquando da apresentação do meu projeto, com especial enfoque na descrição das tarefas e dos resultados obtidos durante o estágio (Apêndice XII).

Esta apresentação teve uma adesão de cem por cento por parte da equipa de enfermagem e foi o ponto de partida para a reflexão sobre algumas práticas instituídas no serviço, nomeadamente a indicação para a toma de isoniazida na véspera, no dia e no dia seguinte ao tratamento com BCG e para posterior discussão com a equipa médica desta intervenção interdependente e eventual alteração da mesma. Outra das questões levantadas está relacionada

com a segurança da administração da Mitomicina C e da BCG, que era realizada através de algalias/cateteres vesicais sem sistema de luer-lock, que estão identificados como os dispositivos mais seguros para a administração deste tipo de terapêutica. Serão realizadas as diligências necessárias para a substituição deste material.

Este momento, foi considerado por mim e por toda a equipa uma oportunidade de partilha e reflexão muito importante, uma vez que, com base na evidência apresentada, foi possível questionar e validar as intervenções e os cuidados prestados, levando assim à melhoria da qualidade dos mesmos. Demonstrei competências de enfermeira especialista pois, reconheci a necessidade de intervir após identificar uma prática de risco, tive uma conduta preventiva e antecipatória, recolhi e analisei informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas. Deste modo, geri na equipa de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança do cliente (OE, 2010).

Através da apresentação e análise da execução das atividades previstas pode afirmar-se que foram atingidos na sua totalidade os objetivos, delineados para este campo de estágio.

## **1.2. Hospital de Dia de Urologia**

O segundo local de estágio teve lugar no Serviço Hospital de Dia de Urologia, no período compreendido entre 6 de novembro a 15 de dezembro de 2017, num total de 18 turnos de 8 horas.

Este serviço, abrange uma vasta população, a qual engloba um elevado número de doentes sujeitos a quimioterapia intravesical, realizando consulta de primeira vez e acolhimento de forma sistemática e organizada, por parte de equipa perita na área. Dada a sua experiência e diferenciação, foi-me possível desenvolver e aprofundar competências para a concretização do projeto referido.

Trata-se de um serviço com características muito semelhantes ao meu contexto de trabalho, onde poderei continuar a desenvolver e aprofundar competências no sentido da aquisição de uma prática especializada.

No ano de 2017 foram realizados 300 tratamentos de quimioterapia intravesical e imunoterapia intravesical. Durante a realização do meu estágio encontravam-se em tratamento vinte doentes.

Este estágio teve como objetivo geral: **Adquirir e desenvolver competências, técnicas científicas e relacionais para a realização do acolhimento ao doente/ família submetido a quimioterapia intravesical.**

No sentido de cumprir este objetivo e desenvolver competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na vertente oncológica, foi estabelecido como primeiro objetivo específico: **Compreender a dinâmica organizacional e o funcionamento do HDU.**

Visando a concretização do mesmo, comecei por realizar reuniões informais com a enfermeira orientadora e com a Sr. Enfermeiro Chefe. Posteriormente, consultei normas, protocolos, documentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e família do serviço. Observei ainda a dinâmica do serviço e articulação da equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar. Foi elaborado um documento que apresenta a equipa do HDU, bem como o seu funcionamento e dinâmica organizacional (Apêndice XIII). Desta atividade realça-se a funcionalidade e a organização da equipa multidisciplinar, com especial enfoque na equipa de enfermagem.

Ao longo do estágio, realizei reuniões informais com a minha enfermeira orientadora de modo a aferir o que poderia ser melhorado e de que modo, na minha prestação enquanto aluna de especialidade.

Tive ainda oportunidade de constatar que a equipa de enfermagem que assegura a prestação de cuidados no HDU, o faz segundo o modelo holístico, centrado no cliente. Este tipo de prestação de cuidados vai permitir que o enfermeiro consiga ter um conhecimento mais aprofundado da pessoa e da sua situação clínica, o que possibilita uma maior adequação dos cuidados e o estabelecimento de uma relação de confiança, empatia e de relação de ajuda entre enfermeiro/doente/família.

Neste serviço é utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e os registos são realizados em suporte informático, em SClínico. Esta é, sem dúvida, alguma, uma ferramenta de grande utilidade na

prática do dia a dia, uma vez que facilita a realização do plano de cuidados, monitorização e continuidade dos mesmos, sendo partilhado por toda a equipa, tal como pude verificar no HDU, em que se realizava esta prática.

Apesar deste sistema ser uma mais valia, como referi, ainda não consegue dar resposta a todas as necessidades da equipa, nomeadamente o agendamento dos doentes ainda realizado em suporte de papel. Mantém-se também ainda em suporte de papel o processo do doente que é composto pela prescrição do fármaco, avaliação inicial do doente, e folha de registos de tratamento. Por este processo consegue-se um acesso fácil e rápido aos dados do doente, e ainda monitorizar mais facilmente o esquema terapêutico prescrito. Foi assim criado um documento intitulado “Registo de Informações ao Doente” (Apêndice XIV), que se acrescenta ao processo em papel do doente dele constando as informações que recebemos e damos ao doente/família submetido a tratamento vesical (quimioterapia ou imunoterapia) e deve ser preenchido após a realização do acolhimento.

Outro dos objetivos que defini foi: **Identificar, compreender e analisar o papel do enfermeiro no acolhimento ao doente e/ou família submetido a quimioterapia intravesical.**

No período em que o meu estágio decorreu observei e colaborei na prestação de cuidados à pessoa submetida a quimioterapia intravesical na consulta de primeira vez e no acolhimento de todos os doentes que iniciaram quimioterapia intravesical (dois) e imunoterapia intravesical (quatro).

O acolhimento revela-se como um momento de descoberta mútua, assumindo-se que o mais importante é a capacidade de se definir a si próprio dando-se pontos de referência suficientemente claros para balizar a relação que se estabelece com o intuito de se desenvolver uma relação de longa duração (Salomé, 1995). Assim, a finalidade do acolhimento, é por um lado, ajudar o doente a ultrapassar sentimentos de ansiedade, de angústia e, por outro, ajudar a família à qual estão também associados sentimentos de medo e apreensão. O acolhimento implica observar o doente como uma pessoa que se compõe, também, pela sua família (Ferreira & Valério, 2003).

Uma das partes constituintes do acolhimento é a entrevista de informação e ensino. Esta assume-se como uma estratégia de comunicação profissional através da qual a enfermeira estabelece um processo que fornece à pessoa cuidada e aos membros da sua família, informações respeitantes à prevenção da doença, à promoção da saúde e à explicação dos problemas e do tratamento, a fim de ajudá-los a compreender e, em certos, casos, a aceitar a situação, depois a tomar-se a cargo e a tornar-se autónomo na continuação do tratamento (Phaneuf, 2005). O ensino em enfermagem assenta numa finalidade bem clara, que é ajudar as pessoas ou os grupos a adquirir as ferramentas que lhe permitam tomar a responsabilidade do seu próprio bem-estar (Rorden, 1987 citado por Phaneuf, 2005).

O papel educador da enfermeira cada vez se torna mais essencial devido ao seu valor profissional, humano e legal. Toma toda a sua importância devido à autonomia que restitui à pessoa. É um processo que tem como objetivo aumentar ou aprofundar os conhecimentos do doente relativamente à sua saúde e ao seu tratamento. Assim, o ensino ao doente não é uma escolha que dependa da boa vontade da enfermeira, mas uma obrigação profissional ligada à qualidade dos cuidados e à responsabilidade de os prestar (Phaneuf, 2005).

A entrevista de informação e ensino permite abordar numerosos assuntos relativos às aprendizagens no domínio da saúde. As questões tratadas devem ser simples e o conteúdo da aprendizagem deve ser relativamente curto (Phaneuf, 2005). Nas atividades desenvolvidas, deu-se especial enfoque à promoção do autocuidado através do ensino sobre os cuidados a ter antes e após o tratamento, destacando-se o despiste de complicações.

Com o intuito de melhorar os ensinamentos realizados, e para que o mesmo fosse suportado por um documento escrito para consulta do doente/família, servindo de reforço do que foi transmitido oralmente, elaborei um Guia de orientação para o doente submetido a tratamento vesical de imunoterapia com BCG (Apêndice XV). Este constituía uma necessidade do serviço, na medida em que só existia um Guia de orientação para os doentes submetidos a

quimioterapia intravesical, estando em falta material de apoio educativo aos doentes que eram sujeitos a imunoterapia intravesical. Este documento foi entregue a quatro doentes, que iniciaram tratamento no período em que o meu estágio decorreu de modo que tive oportunidade de participar/realizar o acolhimento no serviço.

Foi realizado um questionário de avaliação do guia de orientação para o doente submetido a tratamento vesical de imunoterapia com BCG (Apêndice XVI), com o intuito de avaliar se o mesmo ia de encontro às necessidades do doente e da sua família, e ainda perceber se este instrumento se adequava à população que o HDU serve, para que deste modo se pudesse utilizar como suporte educacional, no momento de acolhimento ao doente/família.

Através da análise dos questionários (Apêndice XVII), concluiu-se que o guia é adequado à população a que se destina, tratando-se de um instrumento educativo fundamental e uma mais valia no momento da realização do acolhimento do doente e/ou família submetida a este tratamento.

O Guia realizado, o questionário feito para o avaliar, bem como a análise do mesmo será enviado à Comissão da Gestão da Qualidade do Hospital onde foi realizado o estágio, para que possa ser avaliado e validado de modo a posteriormente ser utilizado pela equipa do HDU como instrumento educativo. Através das atividades levadas a cabo foi possível continuar a desenvolver competências comuns ao enfermeiro especialista, uma vez que todas as minhas intervenções foram assentes numa prática profissional e ética no campo de intervenção, demonstrativa de uma prática de cuidados segura, profissional e ética, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica e respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Promovi ainda a melhoria dos cuidados, mantendo um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2010).

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa também estas foram mais desenvolvidas, uma vez que cuidei de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os



contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida (OE, 2015).

Durante este estágio tive igualmente oportunidade de identificar e desenvolver estratégias de comunicação na abordagem à pessoa e família aquando do acolhimento.

A comunicação é inata a qualquer ser humano, sendo a base para que ocorra uma relação entre duas pessoas logo, é parte integrante do cuidar em enfermagem. Uma vez que o cuidado de enfermagem se encontra apoiado na relação que se estabelece entre o enfermeiro e o doente/família, a comunicação constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira, uma vez que lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção do mundo (Phaneuf, 2005, p. 17). Permite dar informação, responder ao doente/família numa linguagem acessível, reconhecer a resposta emocional à informação bem como responder às dúvidas e preocupações.

Para conseguir comunicar com o outro, nomeadamente com o doente oncológico e sua família, o enfermeiro deve ter conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente no cuidado ao doente. Deste modo, para que esta possa fluir de maneira eficaz, o enfermeiro deve escutar, falar quando necessário, oferecer abertura para realização de perguntas, ser honesto, mostrar respeito, dispensar tempo suficiente para a conversa e mostrar interesse, entre outras habilidades (Kemmer & Silva, 2007).

Como resultado das observações feitas e das experiências vividas na prática, elaborei uma reflexão escrita acerca da importância do acolhimento no fomento da comunicação da pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical (Apêndice XVIII). Para a sistematização e organização do processo reflexivo recorri, uma vez mais, à utilização do Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988), dado que a aplicação deste método permite refletir sobre as situações e perceber de que forma as ações podem ser melhoradas.

Considero, que através do trabalho desenvolvido na implementação deste projeto, com especial enfoque na área da comunicação e através de uma

prática reflexiva foi possível desenvolver competências relacionadas com informação e comunicação à pessoa com doença oncológica, tal como é preconizado pela EONS (2013).

Ao longo deste percurso através das atividades desenvolvidas e da reflexão resultante da prática expandi as minhas competências de Mestre pois foram nela integrados novos conhecimentos, lidei com questões complexas, desenvolvi soluções em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam dessas soluções e desses juízos ou os condicionaram.

Outro objetivo específico foi: **Realizar avaliação abrangente à pessoa e/ou família tendo em conta o impacto da doença oncológica e os fatores adaptadores à mesma.**

Para a sua concretização, como já referido anteriormente, tive oportunidade de realizar e participar em consultas de primeira vez, que correspondem ao momento do acolhimento. Acompanhei estes doentes nas semanas subsequentes, que corresponderam ao período de indução, no qual o tratamento é realizado, uma vez por semana, durante seis semanas seguidas.

Durante a prestação de cuidados a estes doentes/famílias consegui identificar as necessidades alteradas, tendo em conta o impacto da doença oncológica e os fatores de adaptação à mesma e assim, definir planos de cuidados adequados a cada situação. Nos contactos que realizei estabeleci relações terapêuticas de confiança, empáticas e assentes na relação de ajuda, conseguindo, deste modo, promover a adesão ao tratamento e a capacitação para o autocuidado.

Elaborei um estudo de caso (Apêndice IXX), o qual teve como principal objetivo aprofundar conhecimentos e desenvolver competências em enfermagem médico cirúrgica, na vertente oncológica a uma pessoa a realizar tratamento de cancro vesical com imunoterapia com BCG.

O estudo de caso ou de situação é um dos mais antigos métodos utilizados no ensino da enfermagem podendo ser definido como a exploração de um sistema delimitado obtido através de uma colheita de dados detalhada, recorrendo a diversas fontes de informação, relevantes para a tomada de

decisão (Galdeano, Rossi & Zago, 2003). Considero que a realização deste estudo de situação foi um importante contributo para o meu processo de aprendizagem, uma vez que com a sua realização me foi possível perceber melhor o impacto da doença oncológica e os fatores de adaptação à mesma, e deste modo, identificar as necessidades alteradas, definindo um plano de cuidados, que me permitiu dar resposta às necessidades do doente e promover a capacitação para o autocuidado.

Pretendi através da realização do estudo de caso dar a conhecer o trabalho que foi desenvolvido desde o primeiro contacto, ou seja o momento do acolhimento e apresentar os cuidados prestados que possibilitaram a adesão ao regime terapêutico e simultaneamente a capacitação para o autocuidado. Através da relação estabelecida foi possível ajudar o doente e família a vivenciar esta etapa no seu percurso de saúde-doença, tal como preconizado por Orem (2001) que afirma que para que o processo de cuidados de enfermagem se desenvolva, é primordial o estabelecimento de uma relação complementar com a pessoa alvo dos cuidados. Deste modo, o enfermeiro atua no sentido de ajudar o doente a agir com responsabilidade promovendo o seu autocuidado relacionado com a saúde, compensando assim as deficiências existentes nas suas capacidades para o autocuidado (Orem, 2001). Esta foi a relação que se tentou estabelecer desde o acolhimento até ao término da prestação de cuidados.

Com a conclusão desta atividade e atingido o objetivo delineado foi possível adquirir competências de enfermeiro especialista em oncologia (EONS, 2013), nomeadamente no que respeita à avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro, na pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica; no trabalho em parceria desenvolvida com o doente para controlar os sintomas de cancro e as consequências subseqüentes do tratamento e foram realizados e fornecidos planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do doente.

Esta atividade permitiu-me acrescentar e desenvolver mais competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em

situação crónica e paliativa, uma vez que estabeleci relações terapêuticas com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

A Ordem dos Enfermeiros (2010), preconiza que todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios que envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança incluindo ainda a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem. Considero que a realização deste trabalho me permitiu desenvolver competências de enfermeira especialista, com particular enfoque na educação e capacitação para o autocuidado e ainda ao nível da procura de evidência científica que me permitisse melhorar a minha prestação de cuidados, indo de encontro às necessidades do doente/família.

Através da apresentação e análise da execução das atividades previstas pode afirmar-se que o principal objetivo, bem como os objetivos específicos, delineados para este campo de estágio foram atingidos na sua totalidade.

### **1.3. Unidade de Exames Especiais**

O terceiro e último estágio decorreu entre 4 de janeiro e 9 de fevereiro de 2018, num total de 18 turnos de 8 horas, na Unidade de Exames Especiais. Considerei este local como o meu contexto principal, uma vez que integro a equipa de enfermagem do mesmo, assegurando a prestação direta de cuidados a doentes submetidos a quimioterapia intravesical.

Este serviço é uma unidade orgânica e funcional integrada no Departamento Médico, constituída por um conjunto de meios físicos, técnicos e humanos, vocacionada para a prestação de serviços e atos clínicos muito diferenciados. Nesta Unidade são realizados exames e atos clínicos de natureza diversificada nas áreas clínicas de: Cardiologia, Cirurgia Vasculuar, Gastroenterologia, Neurologia, Pneumologia e **Urologia**. O presente projeto foi implementado na área da urologia, mais concretamente no Hospital de Dia de Urologia/Oncologia onde são realizados os tratamentos de quimioterapia e

imunoterapia intravesicais todas as sextas-feiras. Na área da urologia, de segunda a quinta-feira, realizam-se os seguintes procedimentos: Uretrocistoscopia, Estudos Urodinâmicos, Fluxometria e Biopsias prostáticas.

O serviço é composto por dezassete salas distribuídas pelas diferentes especialidades, sendo que cada uma delas se encontra devidamente equipada com os materiais e acessórios adequados à realização de cada técnica. Duas destas salas são da área de urologia.

Relativamente à equipa multidisciplinar que assegura a prestação de cuidados nesta unidade, há a referir que é muito ampla e variada, para dar resposta às atividades realizadas no âmbito de múltiplas especialidades.

Tendo em conta que este trabalho se desenvolveu na área de urologia, apenas farei referência aos elementos da equipa multidisciplinar que dão resposta à mesma. Fazem parte desta equipa cinco médicos especialistas e quatro internos, catorze enfermeiras (três delas especialistas: uma em Enfermagem Médico-Cirúrgica, outra em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e uma terceira em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) e ainda catorze assistentes operacionais.

No ano de 2017 foram realizados 242 tratamentos de quimioterapia e imunoterapia intravesical. No período em que decorreu o meu estágio encontravam-se em tratamento quinze doentes.

Como referido anteriormente, a população à qual se destina este projeto inclui, não só os doentes submetidos a quimioterapia intravesical, mas também os doentes submetidos a BCG. Optou-se por envolver os doentes em tratamento de imunoterapia intravesical devido ao reduzido número de doentes a realizar tratamento de quimioterapia atualmente na UEE. Tendo ainda em conta, a similaridade de cuidados entre as duas terapêuticas, uma vez que são ambos dirigidos a neoplasia da bexiga não fazia sentido a não inclusão destes doentes, visto que carecem dos mesmos cuidados e atenção por parte da enfermagem.

Este estágio teve como objetivo geral: **Promover a melhoria da qualidade dos cuidados no acolhimento ao doente e/ou família submetidos a quimioterapia intravesical.**

Visando o cumprimento deste objetivo e o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na vertente oncológica, foi estabelecido como primeiro objetivo específico: **Envolver a Equipa de Enfermagem na implementação do Projeto.**

A equipa de enfermagem da UEE foi envolvida neste projeto desde o início da sua projeção, uma vez que foram tidas em conta as várias opiniões dos elementos da equipa durante a sua construção e planeamento. Todos concordaram que esta era uma área em que podíamos e deveríamos intervir, de modo a melhorar a nossa prestação de cuidados e, deste modo, obtermos uma maior satisfação tanto por parte dos doentes/famílias como da própria equipa de enfermagem.

Dei início ao meu estágio com uma reunião informal com a enfermeira orientadora e com o enfermeiro chefe de forma a otimizar estratégias para implementação do projeto.

Ao longo de todo o estágio fui também realizando reuniões informais com o enfermeiro chefe e a enfermeira orientadora de modo a aferir o modo como tudo estava a correr. Em consequência de uma dessas reuniões, onde se discutiam ideias e pontos de vista, surgiu a questão sobre o método de trabalho instituído no serviço.

Na UEE o método de trabalho instituído é de cuidados de enfermagem individuais que se baseiam no conceito de cuidado global, implicando a atribuição de um enfermeiro a um único cliente ou mais. Os cuidados prestados não são fragmentados no período de serviço do enfermeiro. A totalidade dos cuidados é prestada pela enfermeira afeta ao doente, embora não possa ser coordenado de um turno para o outro, ou de um dia para o outro, uma vez que ocorrem alterações da distribuição dos doentes, não havendo continuidade por parte dos enfermeiros nos turnos que se seguem, cabendo ao enfermeiro chefe a principal responsabilidade pela supervisão e avaliação dos cuidados, em todo o processo (Costa, 2004).

No caso da quimioterapia intravesical, a prestação de cuidados era assegurada, a maior parte das vezes, por enfermeiras diferentes todas as semanas. Isto deve-se ao facto de existir um plano de distribuição que

preconiza uma rotação dos enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho. Assim, numa equipa composta por 14 elementos, em que todos os dias é atribuído um posto de trabalho diferente a cada enfermeiro, existindo uma grande rotatividade, é difícil estabelecer uma relação de confiança entre profissional e doente/família, como é exigido em qualquer cuidado que prestamos. Esta situação é ainda mais premente na prestação de cuidados a doentes em situação crónica, que exigem continuidade, como é o caso dos doentes submetidos a quimioterapia intravesical.

Ao analisarmos o método de trabalho implementado apercebemo-nos de que este não seria o mais adequado quando se pretende implementar um acolhimento formal e estruturado que permita dar início ao estabelecimento de uma relação de empatia e confiança. Não basta acolhermos o doente, temos de dar continuidade a este trabalho, pretendendo-se assim uma maior humanização dos cuidados que conduzam à melhoria dos mesmos e consequentemente se conseguir promover a capacitação, o autocuidado e adesão ao tratamento, partindo do momento do acolhimento.

Neste âmbito realizei uma reflexão que espelha a importância da humanização dos cuidados e a mudança do modelo instituído (Apêndice XX).

Assim, através da discussão de ideias com peritos e reflexão acerca das nossas práticas e posteriormente com a implementação deste projeto no serviço, conseguiu perceber-se a importância do momento do acolhimento e do posterior acompanhamento do doente/ família pelo enfermeiro que realizou esse mesmo acolhimento, passando este assim a assumir o papel de enfermeiro de referência, e o elo de ligação entre o serviço, a instituição e o doente/ família.

A prestação de cuidados de enfermagem por enfermeiro responsável (de referência ou enfermagem primária) respeita o conceito de cuidados individualizados. Cada individuo está ligado a um enfermeiro primário que possui a responsabilidade de todos os cuidados (Costa, 2004).

Outro dos objetivos específicos definidos foi: **Prestar cuidados ao doente oncológico submetido a quimioterapia intravesical, promovendo a**

## **capacitação para o autocuidado logo a partir do momento do acolhimento.**

No período correspondente ao meu estágio tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa submetida a quimioterapia intravesical na consulta de primeira vez, tendo conseguido realizar um acolhimento formal e estruturado a todos os doentes que iniciaram quimioterapia intravesical (dois) e imunoterapia intravesical (cinco). Pude também assegurar a continuidade dos cuidados tendo participado ativamente nos mesmos ou, colaborado, com as minhas colegas durante as suas intervenções/prestação de cuidados.

Com vista à implementação do projeto e tendo em conta que o circuito do doente teve que ser alterado, foi realizado um Guia de acolhimento ao doente submetido a tratamento de quimioterapia vesical (Apêndice XXI). Este documento tem o propósito de dar algumas indicações úteis ao doente antes da realização do acolhimento, como por exemplo, o circuito que deve fazer, informando-o que no primeiro dia do tratamento será acolhido no serviço por uma enfermeira, a qual passará a ser a sua enfermeira de referência na UEE.

Este guia é entregue ao doente pela secretária de unidade, afeta à urologia, com a data e a hora do acolhimento e primeiro tratamento. Esta estratégia foi fundamental para se conseguir alterar o anterior procedimento, já referido neste relatório, em que o doente tinha de esperar que uma enfermeira tivesse disponibilidade para o receber, sendo que muitas vezes esse contacto era feito à pressa, não se conseguindo assegurar que era feito de acordo com as boas práticas.

Elaborei dois Guias de orientação, um dirigido ao doente submetido a quimioterapia intravesical com Mitomicina C (Apêndice XXII) e outro ao doente em tratamento vesical de imunoterapia com BCG (Apêndice XXIII).

Embora existindo já um guia que era entregue aos doentes no início destes tratamentos, esse instrumento era relativo às duas terapêuticas intravesicais em conjunto (Mitomicina C e BCG). Deste modo considerei que a renovação deste documento educacional seria uma oportunidade de melhoria. Para além de ter separado os dois tipos de medicação, explicando no que consistia cada uma das terapêuticas, adicionei os protocolos a que o doente



poderia vir a ser sujeito, um mapa de cistoscopia onde constarão as datas dos exames que o doente terá de realizar e o nome da enfermeira de referência, tornando deste modo, os guias mais claros e úteis, uma vez que uma das funções essenciais da enfermagem é a educação do doente/família.

No sentido de promover o autocuidado e adesão ao tratamento é necessário recorrer ao sistema de enfermagem de suporte educativo, o qual se aplica nas situações em que os doentes podem e devem aprender a realizar medidas de terapêutica de autocuidado externa e internamente orientadas, mas não o podem fazer sem assistência, como se verifica nos tratamentos de quimioterapia intravesical (Orem, 2001)

As técnicas de ajuda válidas incluem combinações de suporte, orientação e favorecem um ambiente propício ao desenvolvimento e ensino. Este é um sistema de suporte e desenvolvimento, sendo o único sistema em que as exigências de assistência do cliente se relacionam com tomada de decisão, controlo comportamental, e aquisição de conhecimentos e competências. Existem algumas variações que influenciam este sistema, tais como: o utente consegue realizar as medidas de autocuidado, mas precisa de orientação e suporte; é necessário ensino; providenciar um ambiente de desenvolvimento é o método de ajuda preferencial; o doente é competente no autocuidado, mas requer orientação periódica que é capaz de procurar e o papel de enfermagem é, principalmente, consultivo (Orem, 2001).

Neste sistema, o enfermeiro assume um papel educacional para o autocuidado e como é referido por Orem, ensinar o outro é um método válido de ajudar uma pessoa que precisa de instruções para desenvolver conhecimentos e competências particulares (Orem, 2001). Segundo a mesma autora, o processo de aprendizagem inclui o desenvolvimento gradual de um repertório de práticas de autocuidado e habilidades relacionadas com este (Orem, 2001).

O uso do ensino, como método de ajudar o outro, implica que o enfermeiro possua um conhecimento alargado acerca do que o doente necessita saber e as estratégias educacionais apropriadas que devem ser providenciadas (Orem, 2001).

Neste sentido, antes e durante todo o tempo que corresponde ao estágio, período de execução das práticas dos conhecimentos adquiridos, foi mantida uma permanente pesquisa bibliográfica em busca da mais pertinente e atualizada evidência científica, de forma a aprofundar conhecimentos no âmbito da temática do projeto de intervenção. Desenvolvendo as competências já referidas como enfermeira especialista em oncologia preconizadas pela EONS, bem como, as de mestre em enfermagem através do aprofundamento de conhecimentos adquiridos no primeiro ciclo e agora aprofundados, nomeadamente possuindo capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

Foi realizado um novo documento de registo de tratamentos de quimioterapia e imunoterapia intravesical (Apêndice XXIV), mais completo e abrangente que o anterior, uma vez que foram acrescentados alguns itens tais como: se o tratamento se destina a um doente com tumor primário ou recorrente, se o doente já foi submetido a quimioterapia anteriormente e o nome da enfermeira de referência. Foi ainda introduzindo um mapa de vigilância de uretroscopias, onde se procederá ao registo do resultado das mesmas e por fim um quadro para registo de cumprimento do tratamento na totalidade ou se foi interrompido, e se sim, qual o motivo para tal. Esta nova folha de registos assume-se como um importante instrumento permitindo um melhor acompanhamento de todo o percurso do doente na unidade e possibilitando uma melhor adequação dos cuidados e conseqüentemente a melhoria da qualidade dos mesmos.

Foi elaborada uma *checklist* de verificação/validação do acolhimento e tratamento (Apêndice XXV).

Uma *checklist* corresponde a uma lista de verificação de segurança e é utilizada na verificação metódica de todas as etapas de um procedimento com o intuito de desenvolver o máximo de segurança (Santos, 2011). Permite através da aplicação da mesma, perceber e confirmar se toda a informação

importante foi partilhada (Matharro et al, 2013). A adoção de medidas de intervenção como as *checklists* promovem comprovadamente a melhoria da comunicação, diminuindo a ocorrência de falhas por omissão, constituindo uma poderosa ferramenta para desenvolver a qualidade e aumentar a segurança dos cuidados prestados (Amaya et al, 2016). Pretende-se com a aplicação deste instrumento assegurar que foi fornecida toda a informação essencial ao doente, no sentido de o capacitar para o procedimento a que vai ser submetido. Desta forma é garantido que não ocorram lapsos de informação que possam impedir o doente de realizar o tratamento de quimioterapia em condições de segurança.

Foi elaborada uma norma de procedimento sobre o acolhimento à pessoa e/ou família submetida a quimioterapia intravesical (Apêndice XXVI), tendo esta a finalidade de uniformizar os critérios de atuação da equipa de enfermagem de modo a melhorar a qualidade do acolhimento ao doente/família submetido a tratamento de quimioterapia ou imunoterapia intravesical. Deve referir-se que nesta norma é feita alusão ao conceito de enfermeira de referência, um novo método de trabalho implementado no serviço, com o objetivo de melhorar a resposta do mesmo às necessidades do doente oncológico/família. São dadas indicações acerca do modo como deve ser feito o agendamento administrativo do acolhimento, apresentando as diretrizes para a concretização do acolhimento de forma estruturada e formal. São igualmente dadas indicações para a realização de registos completos e uniformizados. Anexos a esta norma encontram-se todos os documentos de apoio relacionados com a mesma.

Relativamente aos registos, pretende-se que no futuro todos possam ser realizados em suporte informático, através do programa SClinico. Atualmente, não é possível fazê-lo, devido a lacunas encontradas como, por exemplo, a falta de parametrização das intervenções de enfermagem. Espera-se em breve conseguir resolver este problema. No entanto, enquanto o mesmo não for solucionado proceder-se-á a todos os registos em notas gerais. Outra das lacunas encontradas é referente à avaliação inicial em que só é possível aceder à mesma no dia da sua realização, não sendo guardada pelo sistema

para posterior consulta. Com vista à resolução deste problema será levada a cabo a sua impressão e arquivamento no processo do doente no dossier de quimioprofilaxia. Também a *checklist* de verificação/validação do acolhimento é preenchida no momento do acolhimento e colocada no mesmo *dossier* até ser possível a realização da mesma em suporte informático.

Foram criados três indicadores, com o intuito de avaliar os cuidados prestados: percentagem do número de utentes a quem foi aplicada a *checklist* de validação do acolhimento no período de um ano, percentagem do número de utentes a quem foi realizada avaliação inicial no período de um ano e percentagem do número de utentes que aderiam ao regime medicamentoso.

Os indicadores são “medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde” (Pereira, 2009, 59). Os indicadores de avaliação alusivos aos cuidados de enfermagem são marcadores específicos do estado da saúde das populações, demonstrando o contributo particular do exercício profissional dos enfermeiros que contribuem para os ganhos em saúde da população. (OE, 2007). A informação contida nos referidos indicadores tem de ser obrigatoriamente válida e consistente para que seja possível a partir dos mesmos tomar decisões que implicam: o doente, o serviço, a instituição ou a região (Paiva, 2014). Estes possibilitam que se avalie a forma como os enfermeiros concebem, agem e avaliam a sua ação profissional, resultante da tomada de decisão autónoma. Deste modo, mediante a avaliação desses indicadores será possível: identificar a necessidade de implementar melhorias na prática dos cuidados de enfermagem; validar a qualidade das práticas exercidas e melhorar a representação social dos enfermeiros para a população (OE, 2002).

O enfermeiro especialista ao possuir um conhecimento específico de enfermagem com elevado nível de julgamento clínico e de tomada de decisão, tal como é referido no Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010), é um profissional de destaque para o desenvolvimento de projetos de avaliação de indicadores de enfermagem e de melhoria contínua da qualidade, tal como se pretende ao desenvolver este projeto de intervenção.

Atualmente, devido às lacunas do sistema informático e ao modo como são efetuados os registos na UEE só é possível obter por via informática o indicador relativo à avaliação inicial. Para a obtenção dos outros dois indicadores, as *checklist* deverão ser guardadas no dossier de quimioterapia, durante o período de um ano. Relativamente ao indicador que avalia a adesão ao regime terapêutico este será avaliado tendo em conta os doentes que não completaram o tratamento por decisão própria, não se incluindo nesta análise os doentes que interromperam o tratamento por decisão clínica. Para que tal seja possível, este dado deve ser registado em notas gerais e na folha de Registo de Tratamentos presente no *dossier* de quimioprofilaxia.

Foi ainda definido como objetivo específico: **Contribuir para a formação da equipa no âmbito da intervenção à pessoa e/ou família submetida a quimioterapia intravesical, nomeadamente no acolhimento.**

De forma a otimizar este objetivo foi realizado um questionário pré-formação (Apêndice XXVII). Esta atividade teve como finalidade perceber quais os conhecimentos que a equipa tinha acerca desta temática, bem como as necessidades formativas identificadas pela mesma.

Ao analisar as respostas obtidas (Apêndice XVIII) relativamente, ao conceito de acolhimento, pude verificar que a totalidade da equipa de enfermagem apresenta definições que vão de encontro à literatura existente. Os elementos da equipa são unânimes em considerar que o acolhimento é a ação de aproximação do profissional ao utente, momento em que se pretende estabelecer uma relação humanizada, através da escuta e diálogo, afirmando ainda que no acolhimento é importante estabelecer um vínculo de confiança com a pessoa e/ou família.

Relativamente às necessidades formativas, toda a equipa considerou pertinente a revisão e aquisição de conhecimentos sobre o acolhimento. Os três temas mais sugeridos foram os seguintes: estratégias de comunicação com especial enfoque no doente oncológico que foi mencionado por 81% dos 9 enfermeiros (9); 36% (4) consideraram importante abordar a temática do estabelecimento de uma relação de ajuda com o doente oncológico/família e

foi igualmente referido por 36% dos enfermeiros que seria pertinente conhecer novas estratégias para melhorar o acolhimento.

Através do questionário feito, foi possível adaptar a sessão formativa de acordo com as necessidades identificadas e as questões levantadas, tendo-se elaborado um plano de formação (Apêndice XXIX). É de referir que o planeamento desta formação foi realizado durante o período de estágio. No entanto, a sua concretização só foi possível após o término do mesmo, devido à sua reduzida duração.

Como objetivo geral definiu-se: melhorar a qualidade dos cuidados prestados no âmbito do acolhimento à pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical, estipulando-se como objetivos específicos: capacitar os enfermeiros no âmbito das competências básicas e estratégias de comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica e capacitar a equipa para a realização do acolhimento à pessoa e/ou família submetida a quimioterapia intravesical com base no estabelecimento de uma relação de ajuda.

Para a concretização deste momento formativo recorreu-se primeiramente ao método expositivo, tendo-se apresentado o tema e desenho do estudo, a Norma de Procedimento e documentos de apoio; abordou-se o tema comunicação com o doente oncológico; as estratégias para uma comunicação eficaz. Foram ainda identificadas as competências básicas de comunicação (empatia, escuta ativa e *feedback*), abordando-se a temática Relação de Ajuda (condições prévias ao estabelecimento de uma relação de ajuda e as principais competências/ habilidades). Num segundo momento foi utilizado o método participativo através de *role play* para treino de situações práticas de acolhimento ao doente/família submetido a quimioterapia intravesical. Concluindo-se esta atividade com a análise e discussão da prática.

O *role play* é uma estratégia metodológica, traduzida como simulação de uma situação de trabalho que permite praticar a comunicação em diferentes contextos e papéis sociais e consolidar a aprendizagem teórico-prático (Pelegrini, et al, 2012). Neste sentido, este método foi utilizado com a finalidade

de melhorar o processo de ensino-aprendizagem sobre o acolhimento à pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical.

De forma a operacionalizar esta atividade, a partir das experiências vivenciadas no decorrer dos vários estágios que efetuei, delineei três situações distintas.

As colegas que simularam cada uma das situações não tinham conhecimento prévio, das características da mesma e no momento da execução da atividade apenas a enfermeira que desempenhava o papel de doente conhecia a situação. Foi um momento muito enriquecedor, que permitiu identificar o que de melhor e pior era feito em cada uma das situações, conseguindo-se deste modo perceber onde e como a equipa poderia melhorar na concretização do acolhimento ao doente/família submetido a quimioterapia intravesical. Assim, destaca-se a potencialidade da utilização de *role play* baseados em casos da experiência prática para a melhoria dos cuidados que prestamos.

Para a realização desta formação contei com a colaboração e participação do professor Óscar Ferreira e da professora Cristina Baixinho, que deram, sem dúvida alguma, uma ajuda preciosa principalmente através do seu contributo para a discussão da prática, contribuindo igualmente de forma decisiva para a identificação de aspetos comunicacionais e de estabelecimento de uma relação de ajuda a melhorar no momento do acolhimento.

Esta sessão formativa teve uma adesão de 72% tendo-se deste modo cumprido o indicador de avaliação proposto que era de 70%.

No final da sessão foi realizada a sua avaliação através do documento de avaliação de formações vigente no hospital (Anexo I). Este documento pretende avaliar a formação em si e o formador. Assim, no que respeita à formação esta obteve uma média de 4,75 (pontuação máxima a atingir 5) e o formador foi classificado com 4,89 (pontuação máxima 5).

Considerou-se essencial que todos os elementos da equipa adquirissem competências no âmbito do acolhimento ao doente e família. A parte teórica da formação foi repetida, nessa mesma semana para os restantes elementos da equipa de enfermagem (28%) que não tiveram oportunidade de participar na

sessão anterior. Ao aplicar o instrumento de avaliação de formação vigente no hospital obteve-se classificação média de 5 (pontuação máxima).

Analisando as classificações conseguidas, pode concluir-se que a formação foi bem-sucedida tendo atingido os objetivos definidos. Considero que o questionário pré-formação foi essencial para conseguir perceber quais as necessidades formativas da equipa. Há ainda a referir, que a participação do professor Óscar e da professora Cristina foi sem dúvida algum relevante para o sucesso deste momento formativo.

Com as atividades desenvolvidas na execução deste objetivo específico, atingiram-se competências comuns do enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, uma vez que fui responsável e facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade, atuando como formadora em contexto de trabalho, em dispositivos formativos formais, partindo do diagnóstico das necessidades formativas realizado. Concebi e geri programas e dispositivos formativos. Facilitei a aprendizagem dos pares, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento das suas habilidades e competências, nomeadamente no momento do acolhimento e avaliei a formação (OE, 2010).

O trabalho desenvolvido para a realização deste objetivo teve por base as competências de Mestre já anteriormente referenciadas.

O último objetivo específico para a concretização deste projeto foi: **Implementar no Serviço o acolhimento ao doente e/ou família submetido a quimioterapia intravesical.**

Durante o período correspondente ao meu estágio elaborei todos os documentos de apoio tendo por base a evidência científica mais atualizada referente ao tema do acolhimento e aos cuidados a prestar ao doente/família submetido a quimioterapia intravesical.

Tive ainda oportunidade de colocar em prática o acolhimento idealizado e preconizado no planeamento deste projeto, tendo conseguido realizar ou acompanhar outras colegas na realização de nove acolhimentos a doentes/famílias que iniciaram tratamento de quimioterapia intravesical (dois deles) e imunoterapia intravesical (restantes sete).



Devido à limitação temporal do período de estágio e ao número de doentes a realizar atualmente tratamento, não me foi possível atingir o indicador de resultado esperado que correspondia à realização de quinze avaliações iniciais, pelo que só foi possível a realização de nove.

Após formação dada à equipa de enfermagem, e com o apoio da equipa de administrativas no agendamento do acolhimento com dia e hora definidos, foi então possível implementar na sua totalidade a realização de um acolhimento formal e estruturado, assente na comunicação e no estabelecimento de uma relação de ajuda.

A avaliação da satisfação dos doentes com os cuidados recebidos assume-se cada vez mais como uma necessidade para as organizações de saúde e tem vindo a afirmar-se como um aspeto central nas organizações que se preocupam em melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços (Martins, 2009).

Comprova-se cada vez mais que a satisfação dos doentes condiciona a sua opção por diferentes prestadores de cuidados, pelo que as suas perspetivas, experiências e opiniões, têm vindo a ser cada vez mais pesquisadas e utilizadas em processos de melhoria da qualidade dos serviços de saúde (Ferreira, 2001). A satisfação dos doentes é um importante resultado em saúde e está estreitamente relacionado com a qualidade dos serviços de saúde na sua globalidade (Stevens, 2006).

A investigação desenvolvida tem também demonstrado que a satisfação dos doentes com os cuidados recebidos é igualmente um importante preditor de alguns aspetos centrais ao sucesso das estratégias de tratamento instituídas, como a adesão do doente ao tratamento (Sherbourne, 1992 e Hardy, Hest & Hill, 1996).

Reconhecendo a importância da avaliação da satisfação dos doentes estava previsto a realização de um inquérito de satisfação ao doente sobre os cuidados prestados, tendo mesmo este instrumento de colheita de dados sido contruído (Apêndice XXX). No entanto, optou-se por adiar a sua aplicação, por dois motivos. Em primeiro lugar devido ao curto período de estágio, insuficiente para desenvolver todas as atividades planeadas e em segundo devido ao

reduzido número da amostra (sete doentes) à qual este questionário poderia ser aplicado.

Apesar de não ter sido possível aplicar o inquérito de satisfação, conseguiu-se aferir através do contacto com doentes/família a importância do acolhimento neste processo de transição saúde-doença. Ao longo do tempo foi possível estabelecer laços de confiança e empatia com o doente/família, sendo o contacto entre enfermeiro e doente muito mais fácil e natural. Este sentimento de confiança foi, não só sentido por mim, mas também pelas pessoas com quem tive oportunidade de estabelecer esta relação.

Através da apresentação e análise da execução das atividades previstas pode afirmar-se que o principal objetivo, bem como os objetivos específicos, delineados para este campo de estágio foram atingidos na sua totalidade.

A implementação deste projeto conduziu a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente/família submetido a quimioterapia intravesical, nomeadamente no que concerne ao momento do acolhimento, uma vez que ocorreram mudanças significativas na execução do mesmo, conseguindo-se que este fosse feito em espaço e hora própria, respeitando a privacidade e dignidade do doente. O acolhimento é entendido agora, como um ato de grande importância, fundamental para o estabelecimento de uma relação de ajuda, confiança e proximidade, assentes no processo de comunicação e compreensão.

A execução deste objetivo espelha todo o trabalho desenvolvido com o intuito de colocar em prática o projeto delineado. Foi necessário mobilizar as competências comuns ao enfermeiro especialista (OE, 2010) no que respeita ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais), no domínio da melhoria da qualidade (concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, criando e mantendo um ambiente terapêutico e seguro e no domínio da gestão dos cuidados.

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE, 2015) mobilizadas neste

projeto estas centram-se essencialmente em cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida e estabelecer uma relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Foram ainda desenvolvidas as seguintes competências de Enfermeiro especialista em oncologia (EONS, 2013): avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro, informação e comunicação á pessoa com doença oncológica, a pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica, trabalhar em parceria com o doente para controlar os sintomas de cancro e as consequências subseqüentes do tratamento do cancro e fornecer planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do doente.

Por fim, foram adquiridas as competências de Mestre em Enfermagem estipuladas no Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de março.

## 2. AVALIAÇÃO

Perante a conjuntura atual e a complexidade do cuidar em Enfermagem, a produção, renovação e desenvolvimento de conhecimentos oriundos da evidência científica tem-se assumido como uma prioridade, no sentido de encontrar respostas visíveis, seguras, e eficazes na resolução dos problemas e alcançar a constante melhoria dos cuidados (Apolinário, 2012). Guerra (2008) enfatiza a importância da formação evidenciando-a como uma prática de recursos humanos cujos objetivos passam pela promoção e alteração de comportamentos e competências individuais no sentido de melhorar o desempenho coletivo e simultaneamente atingir os objetivos organizacionais. Deste modo, a formação contínua dos Enfermeiros constitui um meio de excelência para a concretização da missão dos serviços.

Foi meu objetivo, através da frequência do curso de especialização, adquirir e desenvolver competências específicas e especializadas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais concretamente na vertente oncológica, que me permitissem melhorar a qualidade dos cuidados prestados, indo ao encontro das necessidades da pessoa a quem presto cuidados na vivência do seu processo de saúde-doença.

Assim, com a execução e implementação deste projeto de intervenção, foi-me possível adquirir e desenvolver as competências comuns ao enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010, 2015). Adquiri ainda competências de Enfermeiro especialista em oncologia da EONS (2013) e também competências de Mestre em Enfermagem estipuladas no Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de março.

No sentido de desenvolver o presente projeto, iniciei o aprofundamento do conhecimento teórico, através de pesquisa bibliográfica pertinente na área em questão, realizando para tal uma revisão *scoping*.

O trabalho projetado foi operacionalizado no contexto da prática, mediante a realização de três estágios.

Os estágios e a partilha de experiências com peritos na área foram na concretização deste trabalho grandes momentos de aprendizagem, considerando que parte dos saberes em enfermagem se constituem para a ação. O ensino clínico ocupa a parte central da sua elaboração, mais do que aprendizagem, implica necessariamente um trabalho de conceptualização da prática.

Os dois primeiros estágios visavam compreender e analisar práticas distintas da minha, para que estas fossem um contributo na aquisição de conhecimentos e sabedoria com peritos da área, visando a posterior aplicação no terceiro estágio que corresponde ao meu local de trabalho.

No primeiro estágio cumpri o objetivo a que me propus, que consistia em compreender a dinâmica organizacional do serviço e da equipa de enfermagem, bem como as intervenções e os cuidados prestados no acolhimento ao doente/ família submetido a quimioterapia intravesical. Durante o segundo estágio foi atingido o objetivo delineado, ou seja, adquirir e desenvolver competências, técnicas científicas e relacionais para a realização do acolhimento ao doente/ família submetido a quimioterapia intravesical.

Estes dois locais, contribuíram sem dúvida alguma para a aquisição de conhecimentos e saberes na área do acolhimento, uma vez que ambos o realizam de acordo com o que está preconizado na bibliografia sobre a temática.

Os conhecimentos adquiridos, assentes na teoria e na prática em contexto de estágio possibilitaram a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados no acolhimento ao doente e/ou família submetidos a quimioterapia intravesical, na UEE, que era o meu principal objetivo na realização do terceiro estágio que consistiu na implementação deste projeto.

Com a implementação deste projeto no serviço, conseguiu-se efetivar uma melhoria dos cuidados prestados, passando a realizar-se o acolhimento de modo estruturado e formal, respeitando a privacidade do doente, promovendo a aquisição de conhecimentos, capacitando-o para o autocuidado, tendo sempre em conta as dúvidas, medos e anseios do doente, dando

resposta aos mesmos, através do estabelecimento de uma relação de ajuda, empatia e confiança assente na comunicação.

Através das atividades desenvolvidas foi possível, perceber a importância do momento do acolhimento e do posterior acompanhamento do doente/família pelo enfermeiro que o realizou. Este passa a assumir o papel de enfermeiro de referência, sendo o elo de ligação entre o serviço, a instituição e o doente/família. Outro dos contributos de destaque da implementação do projeto relaciona-se com a alteração do método de trabalho, pretendendo-se que a intervenção de enfermagem se baseie cada vez menos no modelo biomédico e tecnicista e se oriente antes pelo modelo holístico, centrado na pessoa e na sua capacitação para o autocuidado, contribuindo deste modo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A análise crítica de todo o processo de aprendizagem foi sendo avaliado ao longo dos vários momentos do estágio, tendo sido realizado em colaboração com os enfermeiros orientadores e docente orientador da ESEL. As avaliações dos diferentes estágios, foi formalizada em documento próprio fornecido pela ESEL, encontrando-se estas inseridas neste relatório em anexo (Anexo II).

Na execução deste projeto salientam-se como pontos fortes a concretização prévia de pesquisa bibliográfica alargada e fundamentada na evidência científica mais recente e atualizada, bem como a elaboração de uma revisão *scoping*. A elaboração, à priori, destas atividades, permitiu-me fundamentar as práticas tendo em conta a teoria, assumindo-se como uma mais valia na construção de todo o percurso percorrido. Outro aspeto importante a referir foi a oportunidade de conhecer, integrar e participar nas dinâmicas de cuidados dos diferentes contextos de estágio, uma vez que possibilitou o conhecimento de práticas de cuidados e na utilização de recursos materiais, alguns dos quais passíveis de serem adotadas pelo serviço no acolhimento ao doente/família submetido a quimioterapia intravesical. Saliento ainda o envolvimento de toda a equipa de enfermagem da UEE, na implementação deste projeto, uma vez que demonstraram sempre disponibilidade para a execução do mesmo. O contributo da chefia de

enfermagem da UEE, foi essencial na realização deste projeto que se assume como projeto de melhoria dos cuidados ao doente oncológico.

Como pontos fracos há a referir o tempo reduzido do período de estágio para a implementação do projeto, sendo que o mesmo teve de ser ultrapassado para que se conseguissem efetivar as intervenções delineadas. Há a mencionar o número reduzido de doentes a realizar atualmente quimioterapia intravesical, o que dificultou a prática das atividades previstas nos três contextos de estágio. Por último, surge a dificuldade em realizar registos em sistema informático, uma vez que a parametrização dos mesmos não se encontra concluída, nomeadamente no que respeita à UEE. Tiveram que ser encontradas alternativas com o intuito de colmatar esta falha. Pretende-se, que no futuro seja possível realizar todos os registos em suporte informático, uma vez que se entende que esta ferramenta é uma mais valia na prática do dia a dia, já que, facilita a realização do plano de cuidados, monitorização e continuação do mesmo, sendo partilhado por toda a equipa de forma rápida e concisa.

Com o desenrolar do projeto, através da pesquisa efetuada, da discussão com os meus pares, professores e outros profissionais de saúde, fui encontrando respostas para as minhas dúvidas.

Refletindo criticamente, consegui solucionar os problemas com que me fui deparando. Foi um trabalho complexo que exigiu muito esforço e dedicação. Com a superação dos desafios encontrados e ultrapassados fui adquirindo novos conhecimentos e competências e crescendo, tanto a nível pessoal como profissional.

Penso, no final ter atingido os objetivos delineados para a concretização deste projeto, tendo também sido atingidos os objetivos propostos com a realização do presente relatório de estágio.

## CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

De acordo com a OE (2009), no Modelo de Desenvolvimento Profissional, os cuidados de enfermagem prestados devem ser diferenciados e de qualidade, tendo por base as necessidades da pessoa/família e levados a cabo por enfermeiros especialistas certificados. Deste modo, os enfermeiros devem ter especializações nas suas áreas de intervenção. Neste sentido, na procura incessante da melhoria do exercício da minha profissão, tornou-se imperioso adquirir competências especializadas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tendo em vista a conclusão deste processo, foi desenhado e implementado um projeto de intervenção que visa a melhoria dos cuidados prestados à pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical no momento do acolhimento.

No processo de desenvolvimento do presente relatório foi feita a descrição das atividades concretizadas em cada campo de estágio, com a identificação das competências adquiridas no âmbito da Enfermagem na área de Especialização Médico-Cirúrgica, na sua vertente oncológica. Foram igualmente aprofundados conhecimentos relativos à temática do acolhimento da pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical. Esta temática foi transversal a todo o relatório, através da elaboração de uma revisão *scoping*, e do desenvolvimento de trabalhos distintos em cada uma das situações específicas de estágio, promovendo a melhoria contínua da qualidade. Todas as aprendizagens concretizadas assentam num processo reflexivo.

A prática reflexiva inicia-se quando os praticantes problematizam a sua prática e aprendem novos conhecimentos, habilidades e atitudes que a própria prática obriga (Jarvis, 1999) e corresponde às atividades, intelectuais e afetivas, em que os indivíduos se envolvem para explorar as suas experiências com o objetivo de concretizar uma nova compreensão (Boud, Keogh, & Walker, 1985). Deste modo, a reflexão tem adquirido um profundo reconhecimento na prática de enfermagem, assistindo o processo de aprendizagem e impulsionando o corpo de conhecimentos da própria disciplina (Peixoto & Peixoto, 2016).



A prática reflexiva pode igualmente servir como um moderador da aprendizagem. Através da reflexão, a pessoa pode entender e criticar os conhecimentos tácitos que se formaram em torno das experiências repetitivas de uma prática especializada, podendo atribuir um novo significado às situações de incerteza ou singularidade que a prática permitiu experienciar (Schön, 1983). Assim, a reflexão sobre a prática concretizada ao longo de todo este percurso, culmina com a realização do presente relatório.

No futuro pretende-se manter a execução deste projeto, garantindo assim, a qualidade dos cuidados prestados à pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical, assegurando-se a mesma desde o momento do acolhimento. É objetivo do serviço, estender e envolver outras áreas de cuidados, para que se consiga, cada vez mais um afastamento do modelo biomédico e uma aproximação a um modelo holístico e humanizado.

Tratando-se de um serviço muito tecnicista, que envolve múltiplos profissionais de saúde, não se prevê um caminho fácil. No entanto, acredito que a humanização dos cuidados já começou e se assumirá num futuro próximo.

De forma a demonstrar o impacto e a importância das intervenções desenvolvidas neste contexto, encontrava-se planeada a realização de um inquérito de satisfação ao doente sobre os cuidados prestados, que não foi possível desenvolver em tempo útil para a realização do presente relatório. Como tal, pretendo no futuro concluir esta atividade.

Como forma de demonstrar e apresentar todo o trabalho desenvolvido, como perspetiva futura há ainda a referir a intenção da realização e publicação de um artigo científico no âmbito da importância do acolhimento à pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical: intervenções de enfermagem.

A elaboração do presente relatório permitiu o conhecimento do processo de aprendizagem desenvolvido na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa oncológica. Ao longo do seu desenvolvimento foi possível identificar e justificar a aquisição de competências especializadas. Durante a prática clínica, refletiu-se sobre a prestação de cuidados. Assim, enfatizaram-se várias

dimensões que congregam a prática de cuidados especializados bem como o modo como podem influenciar a melhoria da qualidade. O enfermeiro especialista tem uma responsabilidade acrescida, na medida em que ao tornar-se perito, integra na sua ação os “diferentes saberes provenientes tanto da sua vida pessoal quanto da sua formação e da sua experiência profissional” (Hesbeen, 2001).

Como já referido anteriormente, ao longo do percurso desenvolvido foram surgindo oportunidades privilegiadas, momentos de reflexão e de aprendizagem que contribuíram decisivamente para o meu crescimento profissional e pessoal e para a melhoria do desempenho da prática de cuidados de Enfermagem. O percurso efetuado, as atividades desenvolvidas e as justificações apresentadas ao longo deste relatório explanam e validam a aquisição de conhecimentos e competências que me propus adquirir.

Em suma, a concretização deste relatório constitui uma oportunidade de reflexão no percurso académico realizado e no enriquecimento da experiência profissional através da aquisição de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente oncológica refletindo também as competências desenvolvidas para a aquisição de grau de mestre.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaya, M. R., Paixão, D. P. S. S., Sarquis, L. M. M. & Cruz, E. D. A. (2016). Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* 37, 1-8.
- Andrade, M. I. C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.News.* VI (21), 27-31.
- Anjos A. C. Y., Magnabosco P., Borges D. O & Campos C.S. (2011). Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente em tratamento quimioterápico antineoplásico: um relato de experiência. *Extensão.* 10, 107-112.
- Apolinário, M. I. C. G. (2012), Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência.* 7(3), 83-92.
- Bastos, A. Q., Souza, R. A., Souza, F. M. & Marques, P. F. (2013). Reflections on nursing care in the pre- and postoperative period: an integrative literature review. *Ciênc Cuidado Saúde.* 12(2). 382-390.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem.* Coimbra: Quarteto.
- Bolander, V. B. (1998). *Luckmann e Sorensen: Enfermagem Fundamental.* Lisboa: Lusodidacta.
- Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (1985). *Reflection: Turning experience into learning.* London, England: Kogan Page.
- Cabete, D. (2012). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people.* Saarbrücken: LAP Lambert Academic Publishing.
- Cancer Nursing Curriculum. (2013) *European Oncology Nursing Society (EONS).* Brussels: European Oncology Nursing Society.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação.* Loures: Lusociência.

- Carvalho, D. (2015). Improving access to adjuvant intravesical therapy for nonmuscle invasive bladder cancer in a community hospital. *Urologic Nursing*, 35(6), 287-291.
- Carvalho, M. M. S. S. A. M. (1996). *A Enfermagem e o Humanismo – Contributos para uma reflexão sobre a humanização dos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Coleman, M.T. & Newton, K.S. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*. 72(8), 1503-1510.
- Collière, M. F. (2000). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Correia, T., Cardoso A., Soares, R., Reis. F., Cerqueira M., Almeida M. & Prisco, R. (2010). Análise Retrospectiva do Tratamento do Carcinoma Urotelial Superficial de Alto Risco da Bexiga com Terapêutica Intravesical. *Acta urológica*. 27, 11-18.
- Costa, J. S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium Journal of Education, Technologies and Health*. 30(9), 234-251.
- Costa, P. C. P., Garcia, A. P. R. F. & Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem*. 25, 1-7.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março. (2006). *Regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo relativas ao novo modelo de organização do ensino superior no que respeita aos ciclos de estudos*. Diário da República I Série A, nº60/2006 (2006-03-24). 1-36.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Diário da República I Série A, nº 205 (1996-04-09). 2959-2962.
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças oncológicas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- Ferreira, C. & Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de internamento. *Informar – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. 30, 10 -13.
- Ferreira, P. L. (2001). Avaliação dos doentes de cuidados primários: aspectos da clínica geral mais importantes para os doentes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*.17, 15-45.
- Ferro, R. (2015). Câncer de bexiga e a vacina BCG. *Oncologia*. 29, 24-28.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., Zago, M. M. F., (2003). Roteiro Instrucional para a Elaboração de um Estudo de Caso Clínico. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 11(3), 371-375.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching & learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.
- Guerra, M. L. G. (2008). *Formação profissional dos enfermeiros – determinantes da participação dos enfermeiros em acções de formação em serviço*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Hardy, G. E., West, M A. & Hill, F. (1996). Components and predictors of patient satisfaction. *British Journal of Health and Psychology*. 1, 65-85.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Infopédia Dicionários Porto Editora (2003-2017). *Projeto*. Porto: Porto Editora. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/projeto>.
- Jarvis, P. (1999). *The practitioner-researcher: Developing theory from practice*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Kemmer, L. F., Silva, M. J. P. (2007). Nurses' visibility according to the perceptions of the communication professionals. *Rev Latino-am Enfermagem*. 15, 191-198.

- Louvison, M. C. P., Bersusa, A. A. S., Bonfim, J. R. A., Martins, P. N. & Toma, T. S (2013). *Imunoterapia com onco BCG para tratamento adjuvante de câncer superficial de bexiga*. São Paulo: Instituto de Saúde.
- Machado, G. C., Ouro, T. R. & Santana, F. P. G. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*. 2, 33 - 45.
- Martins, J. C. A. (2009). Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento: contributo para a validação e utilização da EORTC IN-PATSAT 32 na população portuguesa. *Referência*. 2(9), 41-49.
- Matharoo, M., Thomas-Gibson, S. Haycock, A. & Sevdalis, N. (2013). Implementation of an endoscopy safety checklist. *Frontline Gastroenterology*. 0, 1-6.
- Matheus, W. E. (2010) Cancer da Bexiga Pta, Ptis e Pt1. In Júnior, A. N., Filho, M. Z. & Reis, R. B., *Urologia Fundamental*. (pp. 157-162). São Paulo: Planmark Editora.
- Merry, A. F., Cooper, J. B., Soyannwo, O., Wilson, I.H. & Eichhorn, J. H. (2010). An iterative process of global quality improvement: the International Standards for a Safe Practice of Anesthesia. *Can J Anaesth*. 57(11), 1021-1026.
- Onega, L. (2006). Powerlessness. In Lubkin, I. & Larsen, P. (2006). *Chronic Illness: Impact and Interventions*. (6ª ed.) (pp. 305 – 319). London: Jones and Bartlett Publishers.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. [S.1]. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 188/2015 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby
- Orem, D. E. (1980). *Nursing: Concepts of Practice*. (2ª ed.). Chevy Chase Maryland: McGraw-Hill Book Company.
- Paiva, A. (2014). *Medição de resultados associados à prática especializada*. Conferência realizada a 25/01/2015, inserida no 2º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. Coimbra, Portugal.
- Peixoto, N. M. S. M. & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. 11(4), 121-132.
- Pelegri, A. H. W., Lima, M. A. D. S., Hubner, G. & Porto, D. (2012). Implementação da técnica role play como estratégia metodológica para abordar o trabalho em equipe de enfermagem: relato de experiência. *REBEn*. 45(6). 1145-1150.
- Pereira, F. (2009) – *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.

- Rodrigues, M. A. (1998). Das fontes de informação ao discurso científico. *Referência*. 0, 41-48.
- Ruivo, A. & Ferrito, C. (2010). Metodologia de projecto: Colectânia descritiva das etapas. *Revista Percursos*. 15, 3-33.
- Ruthes, R.M., Cunha, I.C.K.O., Balsanelli, A.P. & Feldman, L.B. (2008). *Competências Gerenciais: Desafio para o Enfermeiro*. São Paulo: Martinari.
- Salomé, J. (1995). *Relação de Ajuda guia para o acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional*. (2ª ed.) Petrópolis: Vozes.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*. 11, 59-62.
- Santos, J. E. M. (2011). Checklist. *Jornal PoRTU-Vguês de Gastroenterologia*. 18, 93-94.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York, USA: Basic Books.
- Schon, D. (2000). *Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Sherbourne, C. D. (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of Behavioural Medicine*. 15(5), 447-468.
- Silva, H. & Silva, M. (2003). Motivações do paciente renal para a escolha da diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5 (1), 10-14.
- Stevens, M. (2006). Patient satisfaction at and after discharge. Effect of a time lag. *Patient Education and Counseling*. 60(2), 241-245.
- Vahr, S., De Blok, W., Love-Retinger, N., Thoft, B., Jensen, B., Turner, B., Villa G. & Hrbáček, J. (2015). *Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care - Intravesical instillation*. Arnhem: European Association of Urology Nurses.

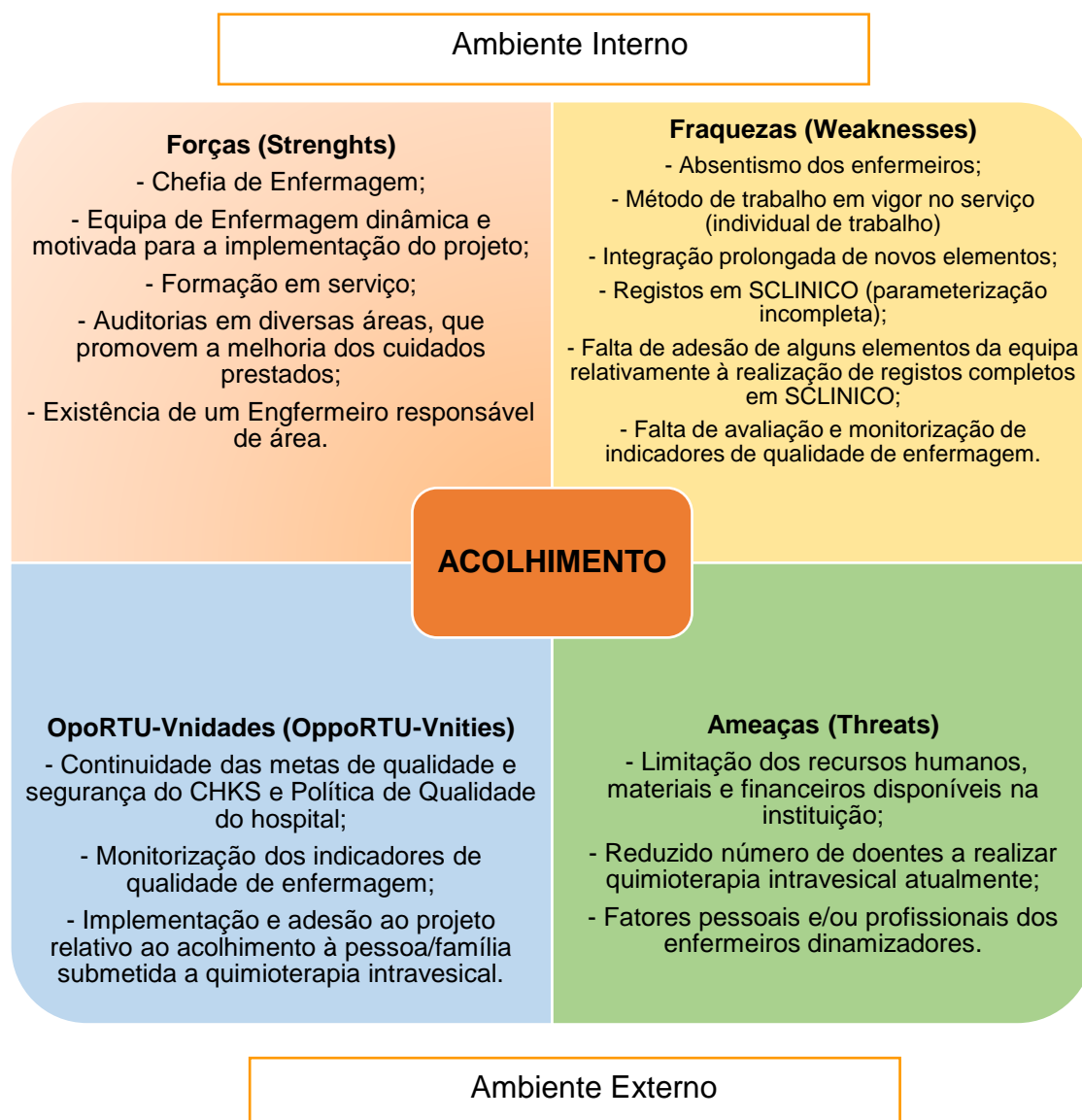


## **APÊNDICES**

**Apêndice I: Análise SWOT do Projeto de Intervenção**

Com objetivo de desenvolver estratégias eficientes e mais adequadas para a implementação deste projeto foi realizada uma análise SWOT. O nome SWOT é uma sigla que significa Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças).

A análise SWOT consiste num exercício completo que é usado para o planeamento estratégico e consiste em recolher dados importantes que caracterizam o ambiente interno (pontos fortes e pontos fracos) e o ambiente externo (oportunidades e ameaças) (Sotomayor, Rodrigues & Duarte, 2013)



**Apêndice II:** Descrição das tarefas/atividades e resultados esperados

**Local de Estágio:** Hospital de Dia de Oncologia  
**Duração:** 25 de setembro a 3 de novembro de 2017

**Objetivo Geral:** Compreender a dinâmica organizacional do serviço e da equipa de enfermagem, bem como as intervenções e os cuidados prestados no acolhimento ao doente/ família submetido a quimioterapia intravesical.

Objetivos Específicos	Estratégias/Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Indicadores de Avaliação
<p>1. Compreender a dinâmica organizacional e o funcionamento do Hospital de Dia de Oncologia;</p> <p>2. Identificar, compreender e analisar as intervenções de enfermagem no acolhimento ao doente e/ou família submetido a quimioterapia intravesical;</p>	<p>1.1. Consulta das Normas, Protocolos do serviço, documentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e família;</p> <p>1.2. Observação da dinâmica do serviço e da articulação com da equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar;</p> <p>2.1. Pesquisa bibliográfica e leitura crítica de artigos científicos sobre intervenções de enfermagem ao doente submetido a quimioterapia intravesical;</p> <p>2.2. Identificação dos procedimentos/ intervenções no acolhimento ao doente e/ou família proposto para a administração de quimioterapia intravesical;</p> <p>2.3. Observação e colaboração na prestação de cuidados à pessoa submetida a quimioterapia intravesical;</p> <p>2.4. Elaboração e apresentação de Poster;</p> <p>2.5. Elaboração de documento para registo sistemático das intervenções de enfermagem e resultados.</p> <p>2.6. Análise dos documentos de registo preenchidos;</p> <p>2.7. Reflexão sobre a prática.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>-Docente orientador;</p> <p>- Orientador de estágio, restante equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar;</p> <p><u>Materiais:</u></p> <p>-Normas, procedimentos e protocolos do serviço;</p> <p>-Pesquisa bibliográfica pertinente;</p> <p><u>Físicos:</u></p> <p>- HDO;</p> <p><u>Temporal:</u></p> <p>-Ver cronograma das atividades.</p>	<p><b>Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE):</b></p> <p>A – <u>Responsabilidade profissional, ética e legal</u></p> <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B - <u>Melhoria da qualidade</u></p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>D- <u>Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</u></p> <p>D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p><b>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE):</b></p> <p>L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.</p> <p><b>Competências de enfermeiro especialista em oncologia (EONS):</b></p> <p>1. Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro;</p> <p>2. Informação e comunicação à pessoa com doença oncológica;</p> <p>3. A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica</p> <p><b>Competências de Mestre:</b></p> <p>Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde.</p>	<p>- Expõe o projeto de estágio no campo de estágio;</p> <p>- Conhece as equipas habituais;</p> <p>- Ter realizado reuniões informais com enf. chefe, enf. orientador e outros elementos da equipa;</p> <p>- Apresenta texto sobre a caracterização do serviço;</p> <p>- Participa nas intervenções de enfermagem no acolhimento ao doente e/ou família;</p> <p>- Sistematiza a informação recolhida, de modo a perceber a evolução das situações e das intervenções de enfermagem planeadas;</p> <p>- Elabora reflexão escrita sobre a importância do acolhimento do doente e/ou família submetido a quimioterapia intravesical;</p> <p>- Elabora e apresenta poster sobre as intervenções de enfermagem no acolhimento ao doente e/ou família submetido a quimioterapia intravesical;</p> <p>- Elabora relatório de estágio.</p>

<b>Local de Estágio:</b> Hospital de Dia de Urologia				
<b>Duração:</b> 6 de novembro a 15 de dezembro de 2017				
<b>Objetivo Geral:</b> Adquirir e desenvolver competências, técnicas científicas e relacionais para a realização do acolhimento ao doente/ família submetido a quimioterapia intravesical.				
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Estratégias/Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Domínio de Competências</b>	<b>Indicadores de Avaliação</b>
<p>3. Compreender a dinâmica organizacional e o funcionamento do Hospital de Dia de Urologia;</p> <p>4. Identificar, compreender e analisar o papel do enfermeiro no acolhimento ao doente e/ou família submetido a quimioterapia intravesical.</p> <p>5. Realizar avaliação abrangente à pessoa e/ou família tendo em conta o impacto da doença oncológica e os fatores adaptadores à mesma.</p>	<p>3.1. Consulta das Normas, Protocolos do serviço, documentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e família;</p> <p>3.2. Observação da dinâmica do serviço e da articulação da equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar;</p> <p>4.1. Identificação dos procedimentos/ intervenções no acolhimento ao doente e/ou família proposto para a administração de quimioterapia intravesical;</p> <p>4.2. Identificação e desenvolvimento de estratégias de comunicação na abordagem à pessoa e família aquando do acolhimento;</p> <p>4.3. Observação e colaboração na prestação de cuidados;</p> <p>5.1. Participação nas consultas de enfermagem (primeira no acolhimento e subsequentes);</p> <p>5.2. Realização do acolhimento à pessoa e/ou família proposta para tratamento de quimioterapia intravesical;</p> <p>5.3. Identificação das necessidades alteradas;</p> <p>5.4. Definição de plano de</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <p>-Docente orientador</p> <p>- Orientador de estágio, restante equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar;</p> <p><u>Materiais:</u></p> <p>-Normas, procedimentos e protocolos do serviço;</p> <p>-Pesquisa bibliográfica pertinente;</p> <p><u>Físicos:</u></p> <p>- HDU;</p> <p><u>Temporal:</u></p> <p>-Ver cronograma das atividades.</p>	<p><b>Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE):</b></p> <p>A – <u>Responsabilidade profissional, ética e legal</u> A1. e A2.</p> <p>B - <u>Melhoria da qualidade</u> B3.</p> <p>C – <u>Gestão de cuidados</u></p> <p>D - <u>Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</u> D1.</p> <p><b>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE):</b></p> <p>L5 e L6</p> <p><b>Competências de enfermeiro especialista em oncologia (EONS):</b></p> <p>1. Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro;</p> <p>2. Informação e comunicação à pessoa com doença oncológica;</p> <p>3. A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica;</p> <p>4. Trabalhar em parceria com o doente para controlar os sintomas de cancro e as consequências subsequentes do tratamento do cancro</p> <p>5. Fornecer planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do doente.</p> <p><b>Competências de Mestre:</b></p> <p>Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:</p> <p>i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;</p> <p>ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de</p>	<p>- Expõe o projeto de estágio no campo de estágio;</p> <p>- Ter realizado reuniões informais com enf. chefe, enf. orientador e outros elementos da equipa;</p> <p>- Conhecer as rotinas habituais;</p> <p>- Apresenta texto sobre a caracterização do serviço;</p> <p>- Participa nas intervenções de enfermagem no acolhimento ao doente e/ou família;</p> <p>- Realiza entrevistas informais para identificar a satisfação dos clientes com os cuidados, as quais regista nas notas de campo;</p> <p>- Sistematiza a informação recolhida, de modo a perceber a evolução das situações e das intervenções de enfermagem planeadas;</p>

	<p>cuidados;</p> <p>5.5. Promoção da capacitação para o autocuidado (educação para a saúde; identificação de sinais de alerta e despiste de complicações inerentes ao tratamento).</p>		<p>investigação;</p> <p>b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.</p> <p>c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.</p>	<p>- Elabora reflexão escrita sobre a importância da comunicação nos cuidados à pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical, utilizando o ciclo de Gibbs;</p> <p>- Elaborar um estudo de caso;</p> <p>- Elabora relatório de estágio.</p>
--	--	--	--	---

<b>Local de Estágio:</b> Unidade de Exames Especiais				
<b>Duração:</b> 4 de janeiro a 9 de fevereiro de 2018				
<b>Objetivo Geral:</b> Promover a melhoria da qualidade dos cuidados no acolhimento ao doente e/ou família submetidos a quimioterapia intravesical.				
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Estratégias/Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Domínio de Competências</b>	<b>Indicadores de Avaliação</b>
6. Envolver a Equipa de Enfermagem na implementação do Projeto.	6.1. Reunião com o Enfermeiro-Chefe, de forma a otimizar estratégias para implementação do Projeto; 6.2. Apresentação do Projeto, sob a forma de formação formal.	<u>Humanos:</u> - Orientador de estágio, restante equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar;	<b>Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE):</b> A - <u>Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</u> A1 e A2 B - <u>Domínio da melhoria da qualidade</u> B3 C - <u>Domínio da gestão dos cuidados</u> D - <u>Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</u> D1	- Expõe o projeto de estágio no campo de estágio; - Ter realizado reuniões informais com enf. chefe, enf. orientador e outros elementos da equipa; - Apresentação da sessão formativa na data definida; - Participação de 70% da equipa de enfermagem na formação; - Aplicação do questionário de avaliação de formação; - Ganhos de conhecimento pós formação. - Elabora norma de procedimento sobre o acolhimento à pessoa e/ou família submetida a quimioterapia intravesical
7. Prestar cuidados ao doente oncológico submetido a quimioterapia intravesical, promovendo a capacitação para o autocuidado, logo a partir do momento do acolhimento.	7.1. Prestação de cuidados ao doente proposto a quimioterapia intravesical, utilizando a melhor evidência e as competências desenvolvidas; 7.2. Elaboração de <i>Checklist</i> de verificação/validação do acolhimento e tratamento; 7.3. Elaboração de norma de procedimento sobre o acolhimento à pessoa e/ou família submetida a quimioterapia intravesical e respetivos documentos de apoio; 7.4. Colaboração com os colegas na prestação de cuidados ao doente e/ou família submetido a quimioterapia intravesical, nomeadamente no acolhimento; 7.5. Utilização de documentos para registo das intervenções de enfermagem e resultados; 7.6. Análise dos documentos de registo realizados;	<u>Materiais:</u> - Normas, procedimentos e protocolos do serviço; - Pesquisa bibliográfica pertinente;  <u>Físicos:</u> - UEE;  <u>Temporal:</u> - Ver cronograma das atividades.	<b>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE):</b> L5 e L6  <b>Competências de Enfermeiro especialista em oncologia (EONS):</b> 1. Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro; 2. Informação e comunicação à pessoa com doença oncológica 3. A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica; 4. Trabalhar em parceria com o doente para controlar os sintomas de cancro e as consequências subsequentes do tratamento do cancro 5. Fornecer planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do doente.  <b>Competências de Mestre:</b> Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:  iii) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;	- Auxilia os Enfermeiros na tomada de decisão face ao doente submetido a quimioterapia intravesical; - Realiza 15 avaliações iniciais;



<p>8. Contribuir para a formação da equipa no âmbito da intervenção à pessoa e/ou família submetida a quimioterapia intravesical, nomeadamente no acolhimento.</p> <p>9. Implementar no Serviço o acolhimento ao doente e/ou família submetido a quimioterapia intravesical</p>	<p>8.1. Elaboração de documentos para a formação;</p> <p>8.2. Realização de sessão(ões) formativa(s);</p> <p>8.3. Apresentação e Validação da norma de procedimento e dos restantes documentos de apoio à prática junto da equipa de enfermagem;</p> <p>9.1. Implementação do protocolo de acolhimento elaborado;</p> <p>9.2. Acompanhamento da equipa na realização do acolhimento;</p> <p>9.3. Realização de inquérito de satisfação ao doente sobre os cuidados prestados;</p> <p>9.4. Reflexão sobre a prática.</p>	<p>a) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.</p> <p>b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;</p> <p>c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.</p>	<p>- Avalia a satisfação dos clientes face aos cuidados prestados, nomeadamente, no momento do acolhimento;</p> <p>- Elabora reflexão escrita sobre a Humanização dos cuidados: a mudança do modelo de enfermagem instituído utilizando o Ciclo de Gibbs;</p> <p>- Elabora relatório de estágio.</p>
---	---	--	--

### **Apêndice III: Cronograma de atividades**

## Estágio I – Hospital de Dia de Oncologia

Meses  Semanas	Set.					
	Outubro					
	25 a 29	02 a 06	09 a 13	16 a 20	23 a 27	30 a 03
Atividades						
1.1. Consulta das Normas, Protocolos do serviço, documentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e família;						
1.2. Observação da dinâmica do serviço e da articulação com a equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar;						
2.1. Pesquisa bibliográfica e leitura crítica de artigos científicos sobre intervenções de enfermagem ao doente submetido a quimioterapia intravesical;						
2.2. Identificação dos procedimentos/ intervenções no acolhimento ao doente e/ou família proposto para a administração de quimioterapia intravesical;						
2.3. Observação e colaboração na prestação de cuidados à pessoa submetida a quimioterapia intravesical;						
2.4. Elaboração e apresentação de Póster;						
2.5. Elaboração de documento para registo sistemático das intervenções de enfermagem e resultados.						
2.6. Analisar os documentos de registo preenchidos;						
2.7. Reflexão sobre a prática						

## Estágio II – Hospital de Dia de Urologia

Meses  Semanas	Novembro				Dezembro	
	06 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 01	04 a 08	11 a 15
	Atividades					
3.1. Consulta das Normas, Protocolos do serviço, documentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa e família;						
3.2. Observação da dinâmica do serviço e da articulação da equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar;						
4.1. Identificação dos procedimentos/ intervenções no acolhimento ao doente e/ou família proposto para a administração de quimioterapia intravesical;						
4.2. Identificação e desenvolvimento de estratégias de comunicação na abordagem à pessoa e família aquando do acolhimento;						
4.3. Observação e colaboração na prestação de cuidados;						
5.1. Participação nas consultas de enfermagem (primeira no acolhimento e subsequentes);						
5.2. Realização do acolhimento à pessoa e/ou família proposta para tratamento de quimioterapia intravesical;						
5.3. Identificação das necessidades alteradas;						
5.4. Definição de plano de cuidados;						
5.5. Promoção da capacitação para o autocuidado (educação para a saúde; identificação de sinais de alerta e despiste de complicações inerentes ao tratamento).						

### Estágio III – Unidade de Exames Especiais

Meses  Semanas	Janeiro					Fev.
	02 a 05	08 a 12	15 a 19	22 a 26	29 a 02	05 a 09
	Atividades					
6.1. Reunião com o Enfermeiro-Chefe, de forma a otimizar estratégias para implementação do Projeto;						
6.2. Apresentação do Projeto, sob a forma de formação formal.						
7.1. Prestação de cuidados ao doente submetido a quimioterapia intravesical, utilizando a melhor evidência e as competências desenvolvidas;						
7.2. Elaboração de Checklist de verificação/ validação do acolhimento e tratamento;						
7.3. Elaboração de norma de procedimento sobre o acolhimento à pessoa e/ou família submetida a quimioterapia intravesical;						
7.4. Prestação e colaboração junto dos colegas na prestação de cuidados ao doente e/ou família submetido a quimioterapia intravesical, nomeadamente no acolhimento;						
7.5. Utilização de documento para registo das intervenções de enfermagem e resultados;						
7.6. Análise dos documentos de registo realizados;						
8.1. Elaboração de documentos para a formação;						
8.2. Realização de sessão (ões) formativa(s);						
8.3. Apresentação e Validação da norma de procedimento junto da equipa de enfermagem;						
9.1. Implementação do protocolo de acolhimento elaborado;						
9.2. Acompanhamento da equipa na realização do acolhimento;						
9.3 Realização de inquérito de satisfação ao doente sobre os cuidados prestados;						
9.4. Reflexão sobre a prática						

Legenda:  Planeado  Realizado  Não Realizado

**Apêndice IV: Protocolo de Revisão *Scoping***

## BACKGROUND

O cancro da bexiga é o tumor maligno mais comum do trato urinário, com uma incidência, na Europa, de 27 e 6 por 100.000 em homens e mulheres, respetivamente (Vahr et al, 2015).

O carcinoma urotelial superficial da bexiga é uma doença heterogénea no que respeita à sua história natural e prognóstico, caracterizando-se por uma alta taxa de recidiva e pela possibilidade de progressão para invasão muscular e, posterior disseminação local e à distância. O risco de recidiva e de progressão está associado a diversos fatores clínicos e anátomo-patológicos (número e tamanho dos tumores, número de recidivas prévias, estadiamento local, presença de carcinoma in situ e grau de diferenciação) (Correia et al, 2010).

De acordo com as diretrizes da Associação Europeia de Urologia (AEU), a RTU-V-V deve ser potenciada por medicação intravesical, uma vez que esta permite administrar altas concentrações locais de um agente na bexiga, destruindo as células de tumor que permanecem após a cirurgia. A indicação baseia-se na estratificação de risco e geralmente é usada como adjuvante para prevenir a recorrência. Menos comumente, pode ser usada para doença residual que permanece na bexiga após a cirurgia (Matheus, 2010; Ferro, 2015 e Vahr et al, 2015)

Assim, a quimioterapia intravesical visa erradicar as células cancerosas sobreviventes na mucosa da bexiga (a chamada "quimiorresecção" do tumor), quando é administrada no pós-operatório imediato tem o intuito de destruir todas as células do tumor flutuantes deixadas pela RTU-V-V evitando a sua reimplantação (Vahr et al, 2015).

No grupo de quimioterápicos, os principais são Mitomicina C, Doxorubicina e Epirubicina. A Mitomicina é um agente quimioterapêutico que inibe o ADN de se sintetizar em células tumorais, diminuindo a taxa de recorrência de 54% para 38%. No entanto, não tem impacto no risco e é o agente que apresenta melhores resultados terapêuticos, com baixa incidência de efeitos colaterais (Matheus, 2010 e Vahr et al, 2015). A utilização de Mitomicina C intravesical em dose única nas primeiras 24 horas após a cirurgia pode diminuir as taxas de recidivas em lesões de baixo grau e tem sido

amplamente utilizada com essa finalidade (Matheus, 2010). Temos ao nosso dispor vários esquemas para administração de quimioterapia intravesical. Na Mitomicina C o mais comum é uma instilação pós-operatória imediata e única ou instilação pós-operatória seguida de 6 instilações semanais passando posteriormente a instilações mensais por um período de 1 ano (Vahr et al, 2015).

O enfermeiro tem a responsabilidade de planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os cuidados de enfermagem em todas as fases do tratamento, e a obrigação de oferecer cuidados específicos à pessoa/família que é submetida a tratamentos de quimioterapia, devendo assisti-los nos aspetos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, procurando minimizar os efeitos secundários decorrentes do tratamento (Andrade, 2012). Assim, é fundamental que esta prática seja iniciada no primeiro momento em que o enfermeiro e doente e/ou família iniciam o seu contacto, ou seja no acolhimento.

Acolher, consiste numa ação técnico-assistencial, ou seja, é um processo de escuta qualificada direcionado à assistência, que implica mudanças na relação entre profissional e doente, facilitando a reorganização dos serviços e melhorando a qualidade da assistência, tendo a pessoa como eixo principal e participante ativo (Falk, Falk, Oliveira & Mota, 2010; Bellucci & Matsuda, 2012; Costa, Garcia & Toledo, 2016).

Este momento assume-se como um importante meio para estabelecer uma relação com o utente de forma a conduzi-lo ao autocuidado, visando minimizar os efeitos da toxicidade induzida pelos fármacos e possibilitar que o tratamento tenha maior sucesso (Bolander, 1998 e Collière, 2000). O momento do acolhimento é ainda essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica, empática e humanizada, que terá como consequência a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e uma maior satisfação tanto do doente/família como do próprio profissional de saúde (Medeiros et al, 2010 & Costa e Garcia & Toledo, 2016). De modo a aferir quais as intervenções de enfermagem que promovem o acolhimento à pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical, optou-se por realizar uma revisão *scoping* sobre esta temática.

Segundo Arksey e O'Malley, (2005) as revisões *scoping* fornecem informação ampla, sobre toda a literatura existente, independentemente dos desenhos de estudo, sejam eles qualitativos ou quantitativos. Estes autores sugerem que a revisão *scoping* pode estar integrada num processo de revisão que fornece a informação inicial, partindo de uma questão ampla e aberta, tendo como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura *a posteriori*. A revisão *scoping* é útil no sentido em que conduz á publicação e disseminação da evidência da investigação num determinado campo.

Para a realização desta revisão *scoping* o procedimento metodológico utilizado foi o proposto no manual de revisões *scoping* do *Joanna Briggs Institute*. Assim, escolheram-se como critérios de inclusão todos os adultos com idade igual ou superior a 19 anos, submetidos a quimioterapia intravesical, de ambos os sexos. Foram ainda incluídos os seus familiares e os enfermeiros que prestam cuidados neste âmbito. Excluiu-se automaticamente todos os doentes com idade inferior a 19 anos de idade. Não foram contemplados os doentes não oncológicos, ou oncológicos sujeitos a tratamentos que não sejam de quimioterapia intravesical. Foram ainda excluídos outros técnicos de saúde que poderão administrar quimioterapia intravesical. Para além destes critérios, consideramos apenas os doentes que realizam tratamentos de quimioterapia intravesical em ambulatório/ Hospital de dia, excluindo-se os doentes submetidos a este tratamento em contexto de internamento, bloco operatório e serviço de urgência. Foi selecionada todo o tipo de literatura existente (revisões da literatura, estudos qualitativos, quantitativos ou mistos publicados ou não publicados, guidelines, outros), em que foi possível aceder ao texto completo, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Limitou-se a pesquisa, do ponto de vista temporal, ao período entre janeiro de 2007 a 2017.



## QUESTÃO DE REVISÃO

A pesquisa realizada teve como ponto de partida a formulação da seguinte pergunta: **Quais as intervenções de enfermagem que promovem o acolhimento à pessoa e ou família submetida a quimioterapia intravesical?**

A elaboração desta pergunta tem como finalidade construir um quadro de referência para o desenvolvimento e condução da revisão e apresenta-se no formato “PCC” (População, Conceito e Contexto), especificando-se os elementos que a constituem na Tabela 1.

PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO PCC	
<b>P (população)</b>	Pessoa e/ou família submetida a quimioterapia intravesical; Enfermeiros
<b>C (conceito)</b>	Intervenções de enfermagem no acolhimento
<b>C (contexto)</b>	Ambulatório / Hospital de Dia

Tabela 1 – Esquematização da questão de pesquisa.

## OBJETIVOS

Uma revisão scoping tem como objetivo mapear, de forma célere, a literatura existente bem como as principais fontes e tipos de evidência disponível, numa área de interesse relativamente ao seu volume, recorrendo à utilização de conceitos-chave (Mays et al, 2001).

Os objetivos da presente revisão scoping são mapear as intervenções de enfermagem que promovem o acolhimento à pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical, bem como identificar lacunas existentes e áreas de intervenção futuras neste âmbito.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Com o intuito de realizar a pesquisa baseada na questão formulada, foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Estes dizem respeito aos participantes, conceito, contexto, tipo de texto, data de publicação e disponibilidade do texto. A apresentação esquemática destes critérios encontram-se na Tabela 2.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO		
	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<b>PARTICIPANTES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Adultos com idade igual ou superior a 19 anos submetidos a quimioterapia intravesical;</li><li>- Familiares da pessoa submetida a quimioterapia intravesical;</li><li>- Enfermeiros.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pessoa com idade inferior a 19 anos;</li><li>- Outros técnicos de saúde.</li></ul>
<b>CONCEITO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Intervenções de enfermagem no acolhimento.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Documentos em que não se identifiquem intervenções de enfermagem no acolhimento.</li></ul>
<b>CONTEXTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ambulatório;</li><li>- Hospital de Dia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Serviços de internamento, bloco operatório e serviço de urgência.</li></ul>
<b>TIPO DE TEXTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Todo o tipo de literatura existente (revisões da literatura, estudos qualitativos, quantitativos ou mistos publicados ou não publicados, guidelines, outros.)</li></ul>	
<b>DATA DE PUBLICAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- De janeiro de 2007 a 2017.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Anterior a janeiro de 2007.</li></ul>
<b>IDIOMA DE PUBLICAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Português, Inglês ou Espanhol.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Documentos cujo idioma não seja Português, Inglês ou Espanhol.</li></ul>
<b>DISPONIBILIDADE DO TEXTO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Full text.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ausência de full text.</li></ul>

Tabela 2 – Critérios de Seleção

## ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa foi projetada para selecionar estudos publicados, em língua portuguesa, inglesa e espanhola entre os anos de 2007 e 2017.

Realizou-se uma pesquisa inicial limitada a *MEDLINE* e *CINAHL* usando palavras-chave construídas a partir da linguagem natural consequente à temática.

As palavras-chave utilizadas foram: acolhimento, intervenções de enfermagem, doente oncológico e quimioterapia intravesical.

Os termos naturais utilizados na realização desta pesquisa foram: *user embracement; nursing interventions, oncological patient e intravesical chemotherapy.*

Após esta primeira pesquisa, procedeu-se à análise dos títulos e resumos usados para descrever os artigos encontrados. As palavras relevantes encontradas nestes títulos e resumos em conjunto com os termos de indexação pesquisados em cada uma das bases de dados, foram cuidadosamente analisados para desenvolver novos termos para uma segunda fase de pesquisa. Esta nova pesquisa, agora mais exaustiva, deve incluir todas as palavras-chave relevantes e termos indexados mais oportunos a cada base de dados, para responder à questão de investigação.

Na base de dados *CINAHL Plus with Full Text*, foram utilizados os seguintes descritores: *nursing interventions, nursing interventions education, cancer patients, cancer patients education, mitomycins, mitomycin adverse effects e bladder cancer.*

Na *MEDLINE with Full Text*, os seguintes descritores: *nursing care, nursing assessment, nursing education, oncology nursing, mitomycin, mitomycin adverse effects, mitomycin toxicity e mitomycin therapeutic use.*

O termo acolhimento não tem termo indexado correspondente em nenhuma das bases de dados a que se recorreu. No entanto, em ambas as bases de dados obtêm-se resultados utilizando as palavras acolhimento e *umbracement.*

Em ambas as bases de dados, os descritores são operacionalizados através das expressões booleanas AND e OR, construindo os códigos de pesquisa descritos na tabelas 3 e 4 respetivamente.

Alguns dos descritores são termos indexados das respectivas bases de dados, outros utilizados em linguagem natural. Pretende-se assim que a pesquisa seja o mais precisa e detalhada possível. Todos os termos indexados são antecidos de “MM” (*Major concept*), de “MH” (*Exploded concept*) ou por ambos (aglomerando os dois significados anteriores).

### APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Código	Termos de Pesquisa	Resultados
<b>S1</b>	user embracement	31
<b>S2</b>	(ZU "nursing interventions") or (ZU "nursing interventions education")	833
<b>S3</b>	(ZU "cancer patients")	8314
<b>S4</b>	(ZU "cancer patients education")	60
<b>S5</b>	S3 OR S4	3814
<b>S6</b>	S3 AND S4	60
<b>S7</b>	(ZU "mitomycins") or (ZU "mitomycins adverse effects")	205
<b>S8</b>	bladder cancer	760
<b>S9</b>	S7 OR S8	954
<b>S10</b>	S7 AND S8	11
<b>S11</b>	S1 AND S2	0
<b>S12</b>	S1 AND S3	0
<b>S13</b>	S1 AND S7	0
<b>S14</b>	S1 AND S8	0
<b>S15</b>	S2 AND S3	49
<b>S16</b>	S3 AND S7	0
<b>S17</b>	S3 AND S8	6

Tabela 3 - Pesquisa na base de dados EBSCO: *CINAHL*

<b>Código</b>	<b>Termos de Pesquisa</b>	<b>Resultados</b>
<b>S1</b>	user embracement	7
<b>S2</b>	(ZE "nursing assessment")	175
<b>S3</b>	(ZE "nursing care") or (ZE "nursing education")	101
<b>S4</b>	S2 OR S3	275
<b>S5</b>	(ZE "oncology nursing") or (ZE "oncology nursing education")	164
<b>S6</b>	(ZE "mitomycin") or (ZE "mitomycin adverse effects") or (ZE "mitomycin therapeutic use") or (ZE "mitomycin toxicity")	139
<b>S7</b>	S1 AND S2	0
<b>S8</b>	S1 AND S3	0
<b>S9</b>	S1 AND S5	0
<b>S10</b>	S1 AND S6	0
<b>S11</b>	S2 AND S5	0
<b>S12</b>	S2 AND S6	0
<b>S13</b>	S3 AND S5	1
<b>S14</b>	(S3 AND S5) AND (S3 AND S6)	0
<b>S15</b>	S3 AND S6	49
<b>S16</b>	S5 AND S6	0
<b>S17</b>	Bladder cancer	3445
<b>S18</b>	S1 AND S17	0
<b>S19</b>	S2 AND S17	0
<b>S20</b>	S3 AND S17	0
<b>S21</b>	S5 AND S17	0
<b>S22</b>	S6 AND S17	14
<b>S23</b>	Cancer patients	27750
<b>S24</b>	S1 AND S23	0
<b>S25</b>	S2 AND S23	4
<b>S26</b>	S3 AND S23	2

<b>S27</b>	S4 AND S23	6
<b>S28</b>	S6 AND S23	3
<b>S29</b>	S17 AND S23	432

Tabela 4 - Pesquisa na base de dados EBSCO: *MEDLINE*

## **EXTRAÇÃO DE RESULTADOS**

A totalidade dos artigos obtidos na *CINAHL* foram cento e cinquenta e quatro e na *MEDLINE* oitenta e seis, após terem sido sujeitos aos filtros: *full text*, data de publicação desde 2007 a 2017 e idade igual ou superior a 19 anos.

Procedi então à eliminação dos artigos repetidos e à leitura dos títulos dos restantes. Tendo em consideração os critérios de inclusão especificados na tabela 2, exclui os artigos que não correspondiam ao pretendido, tendo ficando com trinta e um (onze artigos na *CINAHL* e vinte na *MEDLINE*). De seguida, realizei a leitura dos resumos desses mesmos artigos, excluindo os vinte e seis que não se enquadravam na temática.

Finalmente, efetuei a leitura integral dos cinco artigos restantes que considero permitiram dar resposta à questão formulada neste projeto.

Assim, apresenta-se na tabela 5, os dados dos artigos selecionados para a concretização da presente revisão *scoping*.

<p>Titulo (Autores, Ano)</p>	<p>- Objetivo - Metodologia</p>	<p>- Resultados</p>	<p>- Conclusões - Implicações para a Enfermagem</p>
<p><b>Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA.</b> (Machado, Ouro &amp; Santana, 2015).</p>	<p>- Investigar como se tem dado o acolhimento de enfermagem a pacientes oncológicos e quais os reflexos evidenciados no enfrentamento da doença pelos acometidos. - Estudo qualitativo, descritivo.</p>	<p>- O acolhimento de enfermagem teve reflexos positivos, pois tem auxiliado os doentes a enfrentarem melhor a sua condição patológica. -Os doentes declararam a sua satisfação com o atendimento prestado, afirmando que se trata de uma equipa competente, responsável e que atua segundo as necessidades dos seus clientes, o que proporciona ao doente um ambiente “familiar”, minimizando o <i>stress</i> que a doença e o tratamento possam proporcionar.</p>	<p>- A maneira como se aborda e acolhe o paciente oncológico torna-se essencial para: melhorar a adesão ao tratamento, melhoria da qualidade de vida, o resgate da dignidade, a reinserção no seio familiar e social, continuidade e desenvolvimento de suas atividades rotineiras, favorecendo, assim, a evolução no enfrentamento da doença pelos acometidos, auxiliando-os a lutarem e encontrarem dentro de si esperança que os impulsiona na procura da cura. - A equipa de enfermagem deve desenvolver estratégias que contemplem as necessidades dos pacientes relativas ao acolhimento, à solidariedade à segurança, à esperança, carinho, amor e assistência humanizada. Além disso, que valorize o ser singular que cada um é, que o atenda considerando sua individualidade e que, de fato, responda satisfatoriamente às suas necessidades, pois durante todo o processo, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento e chegando ao desfecho da doença, quer seja para a cura, quer seja para o</p>

			<p>óbito, é o enfermeiro que está sempre presente, tanto com o doente como com o seu familiar. Assim, também o apoio dado à família é indispensável.</p>
<p><b>A importância da equipe de enfermagem no acolhimento aos familiares de pacientes oncológicos.</b> (Silva, Jesus &amp; Borges, 2015).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimizar danos a familiares dos que foram acometidos por cancro.</li> <li>- Estudo misto (qualitativo e quantitativo).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O comprometimento da equipa de enfermagem com o paciente oncológico e a sua família demonstrou que devido ao <i>stress</i> dos cuidados, ser otimista significa manter uma certa normalidade na vida apesar da doença.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para se sentir mais confortável, a família refere que necessita ter confiança em Deus e no atendimento da equipa, além de desejar e receber um acolhimento afetuoso e poder comunicar-se, com os profissionais de saúde.</li> <li>- A ação de cuidar e acolher requer dedicação, paciência, compreensão, atendimento humanizado, interação da equipa de enfermagem e amor ao próximo.</li> </ul>
<p><b>Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico.</b> (Costa, Garcia &amp; Toledo, 2016)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar o reconhecimento do acolhimento como forma de cuidado de enfermagem na experiência do enfermeiro.</li> <li>- Pesquisa qualitativa, orientada pela vertente fenomenológica social de Alfred Schutz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O conhecimento da percepção do enfermeiro sobre o acolhimento como forma de cuidado de enfermagem possibilitou a organização e a análise das categorias que incorporam os significados da realização dessa ação, expressos no tempo passado e presente “motivos porque” e os relacionados às expectativas “motivos para”.</li> </ul> <p>Nos “motivos porque” os participantes do estudo não reconheceram o ato de acolher como um cuidado inerente ao</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificou-se que os enfermeiros eram capazes de reconhecer a tradução do acolhimento em escuta qualificada, humanização, responsabilização e comprometimento com as necessidades do outro. Entretanto, na prática, esta ação não era reconhecida como um cuidado de enfermagem caracterizando-se por atendimentos pontuais, fragmentados e direcionados à queixa.</li> <li>Para que o acolhimento seja reconhecido como um cuidado de enfermagem, o enfermeiro necessita de privilegiar o cuidado relacional.</li> </ul>



		<p>enfermeiro que atua na atenção primária. Diante disto, inferiu-se distanciamento entre o cuidado de enfermagem e o acolhimento.</p> <p>Nos “motivos para” as expectativas dos enfermeiros entrevistados referiram-se a um acolhimento idealizado como ação que priorizava a relação com o paciente por meio da compreensão das necessidades, do interesse em aproximar-se e de uma disposição em colocar-se no lugar do outro. O acolhimento era idealizado como uma ação que os aproximava dos usuários e favorecia a compreensão dos motivos que o levaram até ao serviço de saúde</p>	
<p><b>Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco.</b> (Medeiros, Araújo-Souza, Aldenisia A. Albuquerque-Barbosa &amp; Clara-Costa, 2010).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o acolhimento numa Unidade Básica de Saúde na perspectiva do utilizador, analisando também a satisfação dos usuários e a participação destes no controle social.</li> <li>- Pesquisa exploratória.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A maioria dos doentes mostra-se satisfeita com o atendimento, e revelam como pontos positivos a resolubilidade, humanização e solidariedade. Os pontos negativos referem-se à demanda reprimida, área física precária e não participação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclui-se que a relação de respeito e escuta entre profissionais e doentes faz a diferença entre as práticas das ações de saúde, apesar das queixas existentes que precisam de ser consideradas para um efetivo acolhimento. É necessário haver investimentos nas estruturas físicas da UBS, o que possibilitará melhor trabalho aos profissionais e maior conforto aos doentes.</li> <li>- Dada especial importância à relação de escuta e</li> </ul>

			<p>responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam o processo de acesso à saúde.</p> <p>- Estabelecimento de relações de aproximação de modo humanizado, promoção da autonomia.</p>
<p><b>Urothelial cancers: ureter, renal pelvis, and bladder.</b> (Tyler, 2012)</p>	<p>- Apresentar uma revisão acerca da gestão dos cuidados relativos ao diagnóstico e tratamento dos doentes com cancro da bexiga.</p> <p>- Estudo qualitativo, descritivo.</p>	<p>- O enfermeiro de oncologia assume uma posição privilegiada no auxílio dos doentes nos momentos de transição que estes vivenciam ao longo do seu percurso de doença.</p> <p>- A educação do doente assume uma importância crucial, desde o momento do acolhimento até à alta, do diagnóstico aos tratamentos. O enfermeiro como educador, tem um profundo impacto na vida do doente/família.</p>	<p>-Estão a ser feitos avanços a nível cirúrgico, mas também na gestão dos cuidados ao cancro da bexiga, sendo que o enfermeiro de oncologia apresenta condições para causar impacto na educação do doente na sua qualidade de vida de um modo geral.</p> <p>- Os enfermeiros especialistas em oncologia devem ter conhecimentos acerca do diagnóstico, tratamento, implicações cirúrgicas que possam ocorrer, tratamentos, assumindo um papel fundamental no apoio e na orientação do doente, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida deste.</p> <p>- A educação deve ser abrangente, abordando não apenas o tratamento, os efeitos colaterais, mas também implicações a longo prazo sobre a vida e o estilo de vida dos pacientes.</p>

Tabela 5 – Apresentação dos dados dos artigos selecionados.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Os autores em análise afirmam que o acolhimento se inicia no primeiro instante em que se tem contato com a pessoa. A atenção, o ouvir, estabelece uma relação de respeito mútuo, necessária à evolução do trabalho, que se desenvolve gradualmente, organizando uma sociedade menos individualista e mais passível de mudanças, tendo em conta a necessidade do outro (Medeiros et al, 2010, Machado, Ouro & Santana, 2015 e Costa, Garcia & Toledo, 2016)

Através da pesquisa efetuada percebe-se ainda, a importância deste momento para o estabelecimento de uma relação terapêutica, empática e humanizada, que conduzirá assim à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, à satisfação, tanto do doente/família como do próprio profissional de saúde (Medeiros et al, 2010 & Costa e Garcia & Toledo, 2016).

Assim, o acolhimento deve ser uma ferramenta para a humanização dos serviços de saúde, com qualificação da escuta, favorecimento da construção de vínculos e da garantia de acesso para a população, o que pressupõe a responsabilização dos profissionais pelo cuidado prestado. Ao ouvir o cliente, os profissionais obterão uma melhoria no relacionamento, e conseguirão estabelecer uma parceria mais colaborativa (Costa, Garcia & Toledo, 2016). Para Medeiros et al (2010), o acolhimento fomenta a humanização das relações dos profissionais com os doentes produzindo-se uma relação de escuta e responsabilidade, constituindo vínculos e compromissos entre eles. Só desta forma se consolidará uma relação entre acesso e acolhimento. Este, surge nesse contexto, como um instrumento de trabalho adequado para todos os trabalhadores de saúde num serviço, não se limitando à recepção do paciente, mas em uma seqüência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho em saúde. Deste modo, pode afirmar-se que o acolhimento se assume como um cuidado fundamental à prática de enfermagem.

Geralmente o paciente oncológico é reconhecido como sendo especial, fragilizado, inseguro, requerendo para o seu cuidado, além de um saber

técnico-científico, uma sensibilidade dirigida ao humano ali envolvido, apontando, na sua totalidade uma grande dificuldade na construção do vínculo à própria estigmatização da doença. Dentro do contexto terapêutico, a qualidade e a forma de vínculo são de extrema importância por influenciar, tanto no desenvolvimento como na qualidade do processo, pois, sem vínculo, a terapia não acontece. Assim, na busca da empatia pela construção desse vínculo, observa-se a tentativa da maioria dos profissionais não ocultarem a verdade e serem honesto com o doente. É esse desenvolvimento de confiança e de segurança, referente às informações a serem repassadas ao paciente que fará com que o tratamento tenha boas condições de sucesso (Machado, Ouro & Santana, 2015)

A maneira como se aborda e acolhe o paciente oncológico torna-se essencial para: melhorar a adesão ao tratamento, e contribuir para a qualidade de vida, do resgate da dignidade, da reinserção no seio familiar e social, na continuidade do desenvolvimento das suas atividades rotineiras, favorecendo, assim, a evolução na assunção da doença pelos acometidos, auxiliando-os a lutarem e encontrarem dentro de si esperança que os impulse na procura da cura (Machado, Ouro & Santana, 2015).

## **CONCLUSÕES**

Ao analisarmos os resultados obtidos pela revisão *scoping*, efetuada, podemos concluir que todos os artigos que abordam este tema são unânimes em ressaltar a importância do acolhimento, nomeadamente no que concerne ao papel da enfermagem. É ainda evidenciado o impacto que um acolhimento humanizado tem no estabelecimento de uma relação terapêutica de sucesso, assente na empatia, na confiança e comunicação, que irá conduzir a uma maior adesão ao tratamento oncológico, à melhoria da qualidade de vida, e também a uma maior satisfação.

A bibliografia acerca da temática em estudo é muito limitada. No entanto através da pesquisa realizada nas bases de dados, ou noutros motores de busca como o *google*, livros, teses de mestrado, dissertações consegue-se

perceber quais as intervenções de enfermagem promotoras do acolhimento à pessoa/família.

Nesta pesquisa não foi encontrado nenhum artigo que aborde diretamente a temática do acolhimento ao doente e família submetido a quimioterapia intravesical, contudo foram obtidos alguns artigos sobre o papel e a importância do enfermeiro no momento de acolher o doente/família, com especial enfoque nos doentes oncológicos. É assim possível, perceber quais as intervenções de enfermagem que promovem o acolhimento e aplicá-las ao doente/família submetido a quimioterapia intravesical, melhorando a qualidade dos cuidados prestados, elevando-os a um nível de excelência, sendo este o meu principal objetivo com a realização deste projeto.

Em todos os artigos analisados a humanização, assume-se como um pilar para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. No entanto, ainda existem dificuldades na articulação deste conceito com a prática de cuidados. Segundo, Costa, Garcia e Toledo (2016), verificou-se que os enfermeiros eram capazes de reconhecer a tradução do acolhimento em escuta qualificada, humanização, responsabilização e comprometimento com as necessidades do outro. Apesar disso, na prática, esta ação não é reconhecida como um cuidado de enfermagem caracterizando-se por atendimentos pontuais, fragmentados e direcionados para a queixa. Assim, para que o acolhimento seja reconhecido como um cuidado de enfermagem, o enfermeiro necessita de privilegiar o cuidado relacional

Em suma, na revisão efetuada, podemos constatar que o enfermeiro em oncologia apresenta condições que causam impacto na melhoria da qualidade de vida do doente e da sua família. Contudo, só será possível que o enfermeiro se assuma como um agente de mudança, se conseguir estabelecer uma relação humanizada, de confiança e empatia. Esta relação deve começar no primeiro contato com o doente, ou seja, no acolhimento. O enfermeiro deve dar início ao acolhimento apresentando-se a si e à restante equipa de saúde, e também o serviço, para que o doente se sinta familiarizado com todo o ambiente envolvente. O enfermeiro deve, ainda, garantir a privacidade do doente, fornecer-lhe as informações necessárias sobre a sua situação clínica, e

do que se irá passar, informando-o e esclarecendo-o relativamente aos tratamentos a que irá ser sujeito, dando espaço ao doente/família para que exponha as suas dúvidas, receios e angústias.

Uma das funções de maior importância do enfermeiro é a educação e a capacitação do doente e/ou família. Como tal, esta nunca deve ser descurada devendo iniciar-se desde o acolhimento. Só através de um cuidado humanizado, conseguiremos dar resposta às necessidades da pessoa. Este cuidado, deve sem dúvida alguma, iniciar-se a partir do primeiro contacto com o doente, para que assim se construa uma relação verdadeiramente terapêutica, com impacto positivo na qualidade de vida do doente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M. I. C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.News*. VI (21), 27-31.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 8, 19-32.
- Bellucci, J. J. A. & Matsuda, L. M. (2012) Deployment of the system user embracement with classification and risk assesment and the use flowchat analyzer. *Texto Contexto Enferm*. 21, 217-225.
- Bolander, V. B. (1998). *Luckmann e Sorensen: Enfermagem Fundamental*. Lisboa: Lusodidacta.
- Collière, M. F. (2000). *Promover a vida: Da prática das mulheres de viRTU-Vde aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros PoRTU-Vgueses.
- Correia, T., Cardoso A., Soares, R., Reis, F., Cerqueira M., Almeida M. & Prisco, R. (2010). Análise Retrospectiva do Tratamento do Carcinoma Urotelial Superficial de Alto Risco da Bexiga com Terapêutica Intravesical. *Acta urológica*. 27, 11-18.

- Costa, P. C. P., Garcia, A. P. R. F. & Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem*. 25, 1-7.
- Falk M. L. R., Falk J. W., Oliveira F. A. & Motta M. S. (2010). Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS*. 13, 4-9.
- Ferro, R. (2015). Câncer de bexiga e a vacina BCG. *Onco&*. 29, 24-28.
- Machado, G. C., Ouro, T. R. & Santana, F. P. G. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*. 2, 33 - 45.
- Matheus, W. E. (2010) Cancer da Bexiga Pta, Ptis e Pt1. In Júnior, A. N., Filho, M. Z. & Reis, R. B., *Urologia Fundamental*. (pp. 157-162). São Paulo: Planmark Editora.
- Mays, N., Roberts, E. & Popay, J. (2001) Synthesising research evidence. In N. Fulop, P. Allen, A. Clarke & N. Black (eds) *Studying the Organisation and Delivery of Health Services: Research Methods* (London: Routledge), pp. 188-220.
- Medeiros, F. A., G. C. Araújo-Souza, Albuquerque-Barbosa, A. A. & Costa, I. C. C. (2010). Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev. salud pública*. 12(3), 402-413.
- Silva, H. C. S., Jesus, M. H. & Borges, R. C. (2015). A importância da equipe de enfermagem no acolhimento aos familiares de pacientes oncológicos. *Núcleo Internacional de Pesquisa*. 2, 6-14.
- Tyler, A. (2012). Urothelial cancers: ureter, renal pelvis, and bladder. *Seminars in Oncology Nursing*. 28 (3), 154-162.
- Vahr, S., De Blok, W., Love-Retinger, N., Thoft, B., Jensen, B., Turner, B., Villa G. & Hrbáček, J. (2015). *Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care - Intravesical instillation*. Arnhem: European Association of Urology Nurses.

**Apêndice V:** Caracterização da equipa/serviço do Hospital de Dia de  
Oncologia



## **CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA/SERVIÇO DO HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA**

O Serviço de Oncologia, no qual realizei estágio, tem como missão prestar cuidados de saúde especializados e multidisciplinares ao doente oncológico, numa perspetiva holística, diferenciando-se pela sua especificidade e assumindo-se como um serviço de elevada competência, desenvolvimento e inovação na prestação dos cuidados ao doente e família face à doença oncológica, visando a satisfação das suas necessidades adaptadas às diferentes fases da doença.

Este serviço destina-se à realização de terapêutica oncológica e de suporte, paliativa e meios complementares de diagnóstico e terapêuticos. Tem capacidade instalada de onze unidades para Administração de Quimioterapia/Imunoterapia e quatro unidades de doentes para Administração de Terapêutica de Suporte e Paliativa. A quimioterapia intravesical é realizada em espaço próprio, que se encontra equipado com uma maca e um carro de apoio à técnica. Este espaço situa-se no interior da sala onde são administrados os restantes quimiotrâpicos. Este espaço assegura a privacidade à execução da técnica.

O HDO é composto por uma equipa multidisciplinar, constituída por: nove médicos, onze enfermeiras, (quatro delas especialistas, duas em enfermagem comunitária, uma em enfermagem médico-cirúrgica e uma em saúde mental e psiquiatria) quatro assistentes operacionais, uma psicóloga, uma nutricionista e cinco assistentes técnicas.

O método de trabalho de enfermagem instituído neste serviço é o método de cuidados de enfermagem individuais que se baseiam no conceito de cuidado global, implicando a atribuição de um enfermeiro a um único cliente ou mais, se a “carga de trabalho” o permitir. Os cuidados prestados não são fragmentados no período de serviço do enfermeiro. Todos os cuidados são prestados pelo mesmo enfermeiro. No entanto, ocorrerem alterações nas tarefas atribuídas, não havendo continuidade por parte dos enfermeiros nos turnos que se seguem, cabendo ao enfermeiro chefe a principal

responsabilidade pela supervisão e avaliação dos cuidados, em todo o processo (Costa, 2004). Trata-se de um sistema rotativo em que diariamente é atribuído a cada enfermeira um posto de trabalho distinto, sendo ela responsável por assegurar a prestação de cuidados aos doentes que passem por essa área.

Os registos de enfermagem são realizados em suporte de papel, cada doente tem um processo individual onde se encontra toda a informação relativa ao acompanhamento do doente nesta unidade. O serviço encontra-se numa fase de transição neste domínio, uma vez que pretende implementar o Sistema SCLinico, passando deste modo a realizar os registos informaticamente.

O agendamento dos tratamentos de quimioterapia e imunoterapia são realizados numa plataforma informática (programa EXCEL), criada para o efeito por um elemento da equipa de enfermagem. Esta agenda é de fácil manuseamento e acesso, sendo gerida por todos os elementos da equipa de enfermagem, e permite uma maior organização e controlo dos tratamentos a serem realizados.

Este Serviço disponibiliza a todos os seus doentes serviços de Hospital de Dia, Internamento e Consultas. Assim as consultas que disponibiliza são:

- Consultas Medicas Especializadas de: Oncologia Médica, Hematologia Oncológica, Pneumologia Oncológica, Urologia Oncológica, Cuidados Paliativos Oncológicos, Dermatoses em Oncologia e Follow-up de Melanomas, Psiquiatria, Psicologia, Nutrição.

- Consulta Decisão Terapêutica de: Mama, Ginecologia Oncológica, Andar Supra Mesocólico, Andar Infra Mesocólico, Pneumologia Oncológica, Cabeça e Pescoço, Urologia Oncológica e Hematologia.

- Consultas de Enfermagem: Consulta de acolhimento ao doente que inicia programa terapêutico, Consulta programada de controlo sintomático, Consulta não Programada de controlo sintomático e Consulta de Atendimento Telefónico ao Doente em Quimioterapia. A equipa de enfermagem desenvolve ainda os programas: Tempo de Viver, Apoio telefónico ao doente com patologia do cólon e reto e Hospital na Comunidade – Apoio complementar/ integrativo dos cuidados ao doente oncológico.

A área de influência desta instituição compreende os concelhos de Palmela, Setúbal, Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém e Sines. Os doentes são encaminhados pelo urologista assistente para o HDO através da Consulta Externa ou do internamento.

O horário de atendimento da Área de Ambulatório, Consulta Externa e Hospital de Dia, do Serviço de Oncologia é das 8 horas às 20 horas, todos os dias úteis, exceto à sexta-feira, que encerra às 18 horas.

O Serviço de Oncologia colabora com todos os Serviços do Centro hospitalar em que se encontra inserido. A nível externo articula-se com um Serviço de Radioterapia, segundo o protocolo celebrado para realização de tratamentos de Radioterapia aos doentes seguidos no Serviço, com o Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES), no âmbito da continuidade dos cuidados prestados na Consulta de Cuidados Paliativos, com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e com a Coordenação Regional do Sul do Registo Oncológico, sediada no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, no âmbito da realização do Registo Oncológico Hospitalar.

O HDO, mantém ainda atividades complementares de ensino pré e pós-graduado, de formação e de investigação clínica.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Costa, J. S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium Journal of Education, Technologies and Health*. 30(9), 234-251.

**Apêndice VI:** Poster “Quimioterapia Vesical – Para Além da Técnica”

## QUIMIOTERAPIA VESICAL — PARA ALÉM DA TÉCNICA

Nunes, A.\*, Contreiras, F.\*\*, Costa, D\*\*\*.  
Serviço de Oncologia—Hospital de dia

### INTRODUÇÃO

Ao enfermeiro compete planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os cuidados de enfermagem em todas as fases do tratamento, cabendo-lhe ainda, oferecer cuidados específicos à pessoa/família que é submetida a tratamentos de quimioterapia vesical, devendo assisti-los nos aspetos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, procurando minimizar os efeitos secundários decorrentes do tratamento (Andrade, 2012). É fundamental que esta prática seja iniciada no primeiro momento em que o enfermeiro e doente e/ou família iniciam o seu contacto, ou seja no acolhimento.

### ACOLHIMENTO

Acolher, consiste numa ação técnico-assistencial, ou seja, é um processo de escuta qualificada direcionado à assistência, que implica mudanças na relação entre profissional e doente, facilitando a reorganização dos serviços e melhorando a qualidade da assistência, tendo a pessoa como eixo principal e participante ativo (Falk, Oliveira & Mota, 2010; Bellucci & Matsuda, 2012; Costa, Garcia & Toledo, 2016).

### OBJETIVOS

- Demonstrar que um acolhimento formal e estruturado favorece a comunicação entre o enfermeiro, doente e a família, promovendo a construção de uma relação empática e de confiança.
- Envidenciar as intervenções de enfermagem que neste âmbito promovem a melhoria da qualidade de cuidados.

O ACOLHIMENTO É ESSENCIAL PARA:

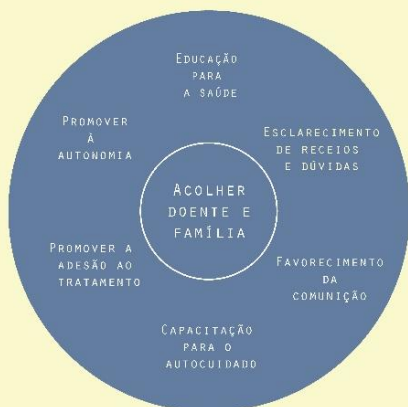
ESTABELECIMENTO DE UMA RELAÇÃO TERAPÊUTICA, EMPÁTICA E HUMANIZADA

MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS

SATISFAÇÃO DO DOENTE/FAMÍLIA E PROFISSIONAL DE SAÚDE

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Antes do início de qualquer terapia intravesical:



Os doentes e família devem ser informados acerca do mecanismo de ação da sua terapia e dos efeitos colaterais que possam ocorrer (Vahr et al, 2015).



O enfermeiro deve dar início ao acolhimento apresentando-se a si e à restante equipa de saúde, e também o serviço.



Deve ainda:

- Garantir a privacidade do doente.
- Fornecer as informações necessárias sobre a sua situação clínica.
- Informar e esclarecer sobre o tratamento que irá realizar.
- Dar espaço ao doente/família para que exponha as suas dúvidas, receios e angústias.

### CONCLUSÃO

O acolhimento de enfermagem influencia significativamente o doente com neoplasia, pois, quando prestado de forma satisfatória, proporciona uma melhor adesão ao tratamento, redução do stress ocasionado pela condição em que este se encontra, sendo, portanto, um fator decisivo na forma de vivenciar a doença e os tratamentos (Anjos, Magnabosco, Borges & Campos, 2011).

Só através de um cuidado humanizado, conseguiremos dar resposta às necessidades da pessoa. Este cuidado, deve sem dúvida alguma, iniciar-se a partir do primeiro contacto com o doente, para que assim se construa uma relação verdadeiramente terapêutica, com impacto positivo na qualidade de vida do doente.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M. I. C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.Novis*. VI (21), 27-31.
- Anjos A. C. Y., Magnabosco P., Borges D. O & Campos C.S. (2011). Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente em tratamento quimioterápico antineoplásico: um relato de experiência. *Extensão*. 10, 107-112.
- Bellucci, J. J. A. & Matsuda L. M. (2012) Deployment of the system user embracement with classification and risk assesment and the use flowchat analyzer. *Texto Contexto Enferm*. 21, 217-225.
- Costa, P. C. P., Garcia, A. P. R. F. & Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem*. 25, 1-7.
- Falk M. L. R., Falk J. M., Oliveira F. A. & Motta M. S. (2010). Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS*. 13, 4-9.
- Ferreira, C. & Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de internamento. *Informar - Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. 30, 10 -13.
- Vahr, S., De Blok, W., Love-Retinger, N., Thoft, B., Jensen, B., Turner, B., Villa G. & Hrbáček, J. (2015). *Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care - Intravesical Instillation*. Arnhem: European Association of Urology Nurses.

\* Estudante do Pós especialização e Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica Vertente Oncológica

\*\* Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica – Serviço de Oncologia Hospital de Dia

\*\*\* Enfermeira Chefe do Serviço de Oncologia Hospital de Dia

**Apêndice VII:** Ficha de candidatura de submissão de comunicações livres e posters

**FICHA DE CANDIDATURA DE SUBMISSÃO DE  
COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS**

**Assinale com um (x) a comunicação a que se candidata.**

Comunicação livre	
Poster	X

**Dados gerais da  
comunicação**

Título	Quimioterapia vesical – Para além da técnica
Autor/Apresentador	Ana Nunes
Coautores	Fátima Contreiras, Duarte Costa
Contacto telefónico	9xxxxxxx
Contacto e-mail	anaareden@gmail.com

**Resumo**

Ao enfermeiro compete planear, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os cuidados de enfermagem em todas as fases do tratamento, cabendo-lhe ainda oferecer cuidados específicos à pessoa/família que é submetida a tratamentos de quimioterapia vesical, devendo assisti-los nos aspetos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, procurando minimizar os efeitos secundários decorrentes do tratamento (Andrade, 2012). É fundamental que esta prática seja iniciada no primeiro momento em que o enfermeiro e doente e/ou família iniciam o seu contacto, ou seja no acolhimento. Segundo Ferreira e Valério (2003), o acolhimento é muito mais do que um simples ato inicial de admissão do doente num serviço.

O presente trabalho tem como objetivo demonstrar que um acolhimento formal e estruturado favorece a comunicação entre o enfermeiro, o doente e a família. Este é fundamental para a construção de uma relação empática e de confiança. Pretende-se ainda evidenciar as intervenções de enfermagem que neste âmbito promovem a melhoria da qualidade dos cuidados.

Pretende-se ainda, a partir do momento do acolhimento, e nas consultas de enfermagem subsequentes capacitar o doente para o autocuidado, fornecendo ferramentas para que este consiga despistar complicações, promovendo a sua autonomia para lidar com as mesmas, ou saber onde se dirigir aquando da sua ocorrência. Segundo a Associação Europeia de Urologia (2015), o propósito da educação é fundamental para capacitar os doentes e/ou cuidadores de modo a terem mais controle e facilidade na resolução de problemas relacionados com a instilação vesical (Vahr et al, 2015).

Assim, o acolhimento deve ser uma ferramenta para humanização dos serviços de saúde, com qualificação da escuta, favorecimento à construção de vínculos e à garantia de acesso à população (Costa, et al, 2016).

#### Referências Bibliográficas:

Andrade, M. I. C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.News*. VI (21), 27-31.

Costa, P. C. P., Garcia, A. P. R. F. & Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem*. 25, 1-7.

Ferreira, C. & Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de internamento. *Informar – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. 30, 10 -13.

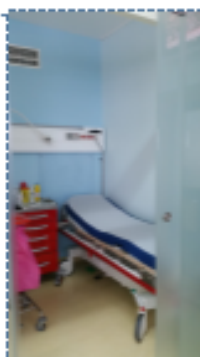
Vahr, S., De Blok, W., Love-Retinger, N., Thoft, B., Jensen, B., Turner, B., Villa G. & Hrbáček, J. (2015). *Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care - Intravesical instillation*. Arnhem: European Association of Urology Nurses.



**Apêndice VIII:** Material Educativo – Folheto “Quimioterapia Vesical”

#### CONSELHOS UTEIS:

- Depois de urinar, e principalmente nas primeiras 24 horas após o tratamento, deverá ingerir líquidos, preferencialmente água, em grande quantidade (mais de 1,5l).
- Deve evitar o consumo de alimentos picantes e ácidos (kiwi, ananás, tomate);
- Deve evitar o consumo de bebidas alcoólicas;
- Usar preservativo durante uma semana após o tratamento;
- Manter a medicação habitual;
- Manter a rotina diária.



#### Horário de Atendimento:

2ª a 6ª feira das 8.30h às 20.00h

Atendimento para quimioterapia vesical:

2ª a 6ª feira das 8.30h às 16.00h

Serviço Administrativo:

2ª a 6ª feira das 8.30h às 20.00h



## QUIMIOTERAPIA VESICAL

Serviço de Oncologia

Hospital de Dia



### O QUE É?

A quimioterapia vesical é um tratamento local utilizado para o tumor da bexiga, tendo como objetivo prevenir/retardar a doença.

### COMO SE FAZ?

O tratamento consiste na introdução de um cateter (algália) na bexiga através da qual é administrado o medicamento (Mitomicina C). No final da instilação o cateter é imediatamente retirado.

### DURAÇÃO DO TRATAMENTO:

O tratamento tem a duração de 14 meses:

- 1 a 2 vezes por semana durante 8 semanas;
- Suspende durante 4 semanas e passa a realizar 1 vez por mês durante 12 meses;

Durante o tratamento deve realizar a cistoscopia de 4 em 4 meses.

### ANTES DO TRATAMENTO DEVERÁ:

- Informar sobre a medicação que habitualmente faz;
- Tomar o pequeno-almoço;
- Evitar líquidos;
- Evitar antibióticos e diuréticos (medicamentos que ajudam a eliminar o excesso de urina);
- Urinar.

### APÓS A INSTILAÇÃO DO MEDICAMENTO DEVE:

- Aguardar entre 1 a 2 horas, sem urinar, para que o medicamento faça efeito;
- Caminhar ou mudar várias vezes de posição, se permanecer deitado;
- Evitar beber líquidos para conseguir permanecer o tempo recomendado sem urinar;
- Nas primeiras 6 horas após a instilação urinar sempre sentado para evitar salpicos;
- Após urinar puxar o autoclismo, duas vezes, com o tampo da sanita fechado e fazer a sua higiene pessoal com água corrente;
- Lavar bem as mãos.

### EFEITOS SECUNDÁRIOS QUE O TRATAMENTO PODE CAUSAR:

- Dor e ardor ao urinar;
- Urgência urinária;
- Aumento da frequência urinária;
- Hematúria (sangue na urina);
- Prurido (comichão);
- Dor abdominal.

Estes efeitos secundários podem ser mais intensos no dia do tratamento, desaparecendo nos dias seguintes.

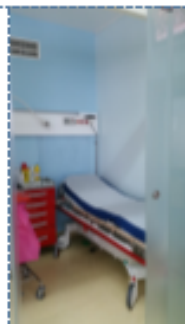
---

**CONSULTE O SEU MÉDICO/  
ENFERMEIRO SE OS EFEITOS SE  
MANTIVEREM.**

**Apêndice IX:** Material Educativo – Folheto “Tratamento Vesical de  
Imunoterapia com BCG”

#### CONSELHOS UTEIS:

- Depois de urinar, e principalmente nas primeiras 24 horas após o tratamento, deverá ingerir líquidos, preferencialmente água, em grande quantidade (mais de 1,5l).
- Deve evitar o consumo de alimentos picantes e ácidos (kiwi, ananás, tomate);
- Deve evitar o consumo de bebidas alcoólicas;
- Usar preservativo durante uma semana após o tratamento;
- Manter a medicação habitual;
- Manter a rotina diária.



#### Horário de Atendimento:

2ª a 6ª feira das 8.30h às 20.00h

**Atendimento para quimioterapia vesical:**

2ª a 6ª feira das 8.30h às 16.00h

**Serviço Administrativo:**

2ª a 6ª feira das 8.30h às 20.00h



## TRATAMENTO VESICAL DE IMUNOTERAPIA COM BCG

Serviço de Oncologia  
Hospital de Dia



#### **PARA QUE É UTILIZADO O BCG?**

O BCG é utilizado no tratamento do carcinoma superficial da bexiga.

#### **COMO SE FAZ?**

O tratamento consiste na introdução de um cateter (algália) na bexiga através do qual é administrado o medicamento (BCG). No final da instilação o cateter é imediatamente retirado.

#### **DURAÇÃO DO TRATAMENTO:**

O tratamento tem a duração de 30 meses:

- No 1º ciclo faz uma administração por semana, durante 6 semanas;
- Do 2º ao 7º ciclo faz uma administração por semana durante 3 semanas, com intervalo de 3 meses.

Durante o tratamento deve realizar a cistoscopia de 4 em 4 meses.

#### **ANTES DO TRATAMENTO DEVERÁ:**

- Informar sobre a medicação que faz habitualmente;
- Tomar o pequeno-almoço;
- Evitar líquidos;
- Evitar antibióticos e diuréticos (medicamentos que ajudam a eliminar o excesso de líquidos);
- Urinar.

#### **APÓS A INSTILAÇÃO DO MEDICAMENTO DEVE:**

- Aguardar entre 1 a 2 horas, sem urinar, para que o medicamento faça efeito;
- Evitar beber líquidos para conseguir permanecer o tempo recomendado sem urinar;
- Nas primeiras 6 horas após a instilação deverá urinar sempre sentado para evitar salpicos;
- Após urinar deve puxar o autoclismo, duas vezes, com o tampo da sanita fechado e fazer a sua higiene pessoal com água corrente.
- Nas primeiras 6 horas deve desinfetar a sanita com lixívia pura e deixar atuar durante 15min;
- Lavar bem as mãos após urinar;

#### **EFEITOS SECUNDÁRIOS QUE O TRATAMENTO PODE CAUSAR:**

- Dor e ardor ao urinar;
- Urgência urinária;
- Aumento da frequência urinária;
- Hematúria (sangue na urina);
- Febre;
- Mal-estar geral;
- Dores musculares;
- Reação alérgica (comichão, vermelhidão corporal).

Estes efeitos secundários podem ser mais intensos no dia do tratamento, desaparecendo nos dias seguintes.

**CONSULTE O SEU MÉDICO/  
ENFERMEIRO SE OS EFEITOS SE  
MANTIVEREM.**

**Apêndice X:** *Checklist* de validação/verificação dos cuidados prestados

Etiqueta de Identificação do Doente

ACOLHIMENTO DA PESSOA/FAMILIA SUBMETIDA A QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



CHECK-LIST DE VALIDAÇÃO/VERIFICAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS					
ACOLHIMENTO 1º TRATAMENTO		CONTACTO TELEFÓNICO ATÉ 72H APÓS ACOLHIMENTO		2º TRATAMENTO	
- Assegurada a privacidade do doente	<input type="checkbox"/>	- Assegurada a privacidade do doente	<input type="checkbox"/>	- Assegurada a privacidade do doente	<input type="checkbox"/>
- Verificada/ validada identificação do doente (Nome completo, Nº Processo, Data de nascimento)	<input type="checkbox"/>	- Verificada/ validada identificação do doente (Nome completo, Nº Processo, Data de nascimento)	<input type="checkbox"/>	- Verificada/ validada identificação do doente (Nome completo, Nº Processo, Data de nascimento)	<input type="checkbox"/>
- Verificado tratamento e protocolo a que o doente será sujeito	<input type="checkbox"/>	- Validado se o doente cumpre indicações/recomendações pós tratamento (capacitação)	<input type="checkbox"/>	- Verificado tratamento e protocolo a que o doente será sujeito	<input type="checkbox"/>
- Verificado consentimento informado, livre e esclarecido	<input type="checkbox"/>	- Esclarecidas dúvidas, receios e angústias	<input type="checkbox"/>	- Validado se o doente sabe identificar sinais e sintomas associados ao tratamento (capacitação)	<input type="checkbox"/>
- Apresentado serviço e equipa multidisciplinar	<input type="checkbox"/>	- Validado se o doente sabe identificar sinais e sintomas associados ao tratamento (capacitação)	<input type="checkbox"/>	- Validado que o doente cumpre indicações/recomendações pré e pós tratamento	<input type="checkbox"/>
- Apresentado circuito do doente	<input type="checkbox"/>	- Controle de sinais e sintomas decorridos do tratamento	<input type="checkbox"/>	- Esclarecidas dúvidas, receios e angústias	<input type="checkbox"/>
- Realizados ensinios ao doente/ família	<input type="checkbox"/>	- Reforçados ensinios identificados como necessários	<input type="checkbox"/>	- Registado os incidentes durante a administração da quimioterapia	<input type="checkbox"/>
- Entregue folheto informativo sobre o tratamento que o doente irá realizar	<input type="checkbox"/>	- Realizados registos do contacto telefónico efetuado	<input type="checkbox"/>	- Reforçados ensinios identificados como necessários	<input type="checkbox"/>
- Confirmado a identificação do doente e o protocolo terapêutico para a farmácia	<input type="checkbox"/>				
- Registado os incidentes durante a administração da quimioterapia	<input type="checkbox"/>				
- Fornecimento de contacto telefónico direto à equipa de enfermagem	<input type="checkbox"/>				
Enfermeiro _____ Nº Mecanográfico _____ Data _____		Enfermeiro _____ Nº Mecanográfico _____ Data _____		Enfermeiro _____ Nº Mecanográfico _____ Data _____	

Legenda: S – Sim; N – Não; NA – Não se Aplica



**Apêndice XI:** Reflexão – “A importância do acolhimento do doente e/ou família submetido a quimioterapia intravesical”

# **REFLEXÃO – “A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO DO DOENTE E/OU FAMÍLIA SUBMETIDO A QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL”**

## **INTRODUÇÃO**

Ao enfermeiro compete planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os cuidados de enfermagem em todas as fases do tratamento, cabendo-lhe ainda, oferecer cuidados específicos à pessoa/família que é submetida a tratamentos de quimioterapia vesical, devendo assisti-los nos aspetos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, procurando minimizar os efeitos secundários decorrentes do tratamento (Andrade, 2012). É fundamental que esta prática seja iniciada no primeiro momento em que o enfermeiro e doente e/ou família iniciam o seu contacto, ou seja no acolhimento.

Acolher, consiste numa ação técnico-assistencial, ou seja, é um processo de escuta qualificada direcionado à assistência, que implica mudanças na relação entre profissional e doente, facilitando a reorganização dos serviços e melhorando a qualidade da assistência, tendo a pessoa como eixo principal e participante ativo (Falk, Falk, Oliveira & Mota, 2010; Bellucci & Matsuda, 2012 e Costa, Garcia & Toledo, 2016).

Considero que o caso que apresento permite analisar uma situação de acolhimento e perceber a importância do mesmo, permitindo ainda demonstrar que um acolhimento formal e estruturado favorece a comunicação entre o enfermeiro, doente e a família, promovendo a construção de uma relação empática e de confiança.

A realização desta reflexão tem ainda como objetivo evidenciar as intervenções de enfermagem que neste âmbito promovem a melhoria da qualidade de cuidados.

De forma a sistematizar e organizar a reflexão realizada, optei por utilizar o Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988), uma vez se trata de um método que permite refletir sobre as situações, e ainda, perceber de que forma as nossas ações podem ser melhoradas.

## DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A situação que passarei a descrever ocorreu no meu primeiro estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem que me encontro a frequentar, quando realizei o acolhimento de um doente e sua esposa, antes do início dos tratamentos de quimioterapia intravesical.

O Sr. Manuel (nome fictício), de 68 anos de idade, veio com a esposa, D. Vitória (nome fictício), à consulta de primeira vez ao serviço de HDO com o intuito de iniciar os tratamentos de quimioterapia intravesical com Mitomicina C. Esta situação surge na sequência de um diagnóstico de tumor vesical e após ter sido submetido a cirurgia (recessão transuretral vesical).

O doente encontrava-se muito ansioso com o facto de ter de realizar tratamentos à bexiga e mais ainda porque tinha ouvido dizer que deveria ser algaliado, sendo esse procedimento muito doloroso. Estava cheio de dúvidas e receios, nomeadamente no que dizia respeito ao facto de esta situação o poder tornar incontinente, o que nesse caso o poderia impedir de levar uma vida normal. Afirmava que o médico lhe tinha dito qualquer coisa acerca do tratamento, mas que ele já não se lembrava bem. Tinha ouvido falar em algália e pronto a partir desse momento deixou de ouvir fosse o que fosse. Afirmava mesmo que se o tratamento era assim tão difícil não tinha a certeza se o queria realizar.

A sua esposa estava também muito preocupada com a situação, perguntando se o cabelo ia cair, se o marido ia andar maldispuesto e a vomitar. Revelava ainda preocupação com o facto de ela própria ser doente e de não assistir o marido como gostaria, embora tivesse vontade de o fazer.

Quando procedi ao acolhimento deste casal, apresentei-me e assegurei a privacidade do doente e acompanhante, tendo realizado ensinamentos relativamente ao tratamento (o que era, como era feito, procedimentos que o doente deveria ter antes, durante e após, os efeitos secundários que poderiam surgir e como proceder face aos mesmos), tentei dar início a uma relação de confiança e de ajuda, de esclarecer mitos e dúvidas. Pretendia desta forma

conseguir chegar até este casal, através de apoio e ajuda, transmitindo confiança, com o principal objetivo de os ajudar a lidar com a ansiedade, com o medo e desconfiança que sentiam relativamente a esta nova etapa de vida.

## **PENSAMENTOS E SENTIMENTOS**

O casal encontrava-se cheio de dúvidas e com necessidade de ser ouvido. Precisava de explicações mais esclarecedoras relativamente à quimioterapia intravesical, como é que o tratamento era feito, que efeitos secundários que podiam advir do mesmo. Em suma necessitava que fossem desmistificados os mitos acerca desta temática.

No encontro com este casal percebi os medos face ao desconhecido, a uma nova situação com a qual tinham de lidar, mas sem saberem, nem estarem preparados para o fazer.

Percebi que a minha intervenção poderia ter um impacto positivo, no sentido de os ajudar a vivenciar esta etapa das suas vidas, uma vez que tinha os conhecimentos necessários para conseguir desmistificar algumas ideias pré-concebidas que traziam. Senti, que poderia fazer a diferença na adesão e manutenção do tratamento que o Sr. Manuel necessitava para a sua situação clínica. Este trabalho tinha de ser iniciado no momento do acolhimento, uma vez que condicionaria todo o processo do tratamento, bem como a adesão ao mesmo.

## **AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO**

Ao avaliar esta situação entendo que ela é gerada pela falta de comunicação e de conhecimento e que poderia ter sido evitada ou pelo menos minorada por outros profissionais de saúde que já tinham tido contacto com este doente nas fases anteriores ao início do tratamento de quimioterapia.

A falta de comunicação levou a que este casal chegasse ao dia do seu primeiro tratamento cheio de dúvidas e receios.

No primeiro encontro com o Sr. Manuel e esposa demonstrei disponibilidade para os escutar e ajudar, o que os levou a partilhar comigo as suas dúvidas e medos. Ao refletir e avaliar este momento penso que o mesmo foi fundamental, o que me leva a considerar crucial o acolhimento para a fomentação de uma relação de ajuda, de confiança assente na empatia.

## **ANÁLISE**

Ao analisar esta situação, posso afirmar que o momento do acolhimento tem um impacto profundo na relação estabelecida com o doente e família, sendo o momento ideal para o estabelecimento de uma relação terapêutica, empática e humanizada que vai favorecer a melhoria da qualidade dos cuidados prestados levando a uma maior satisfação do doente/família e do profissional de saúde.

A chegada da pessoa doente a um serviço, é certamente um momento de ansiedade que a coloca num estado de expectativa emotiva em relação ao pessoal e ao espaço envolvente. O doente não sabe muito bem o que aquele meio desconhecido lhe reserva. Está em sofrimento, inquieto, com medo e uma atitude calorosa, compreensiva, torna-se para ele uma boia de salvação. Neste sentido, o acolhimento da pessoa à sua chegada no serviço e o primeiro encontro com ela são determinantes. Este princípio deriva de certa maneira do precedente: uma comunicação que começa mal é difícil de corrigir. É necessário prestar uma atenção particular aos primeiros minutos quando do acolhimento da pessoa (Phaneuf, 2005).

Assim, o primeiro contacto, tem uma enorme importância, pois criará o clima da relação que se estabelece entre doente e o profissional de saúde, influenciando os contactos que posteriormente ocorreram (Phaneuf, 2005).

Para implementar o cuidado ao doente, Orem (2001) propõe três momentos em que o primeiro destes corresponde exatamente ao contato inicial, com o doente, o acolhimento, há o encontro do enfermeiro com o indivíduo que precisa desenvolver o cuidado. Ele deve ser estabelecido, legitimado e adequado às evidências que requerem a enfermagem. São

identificados na interação com o paciente, os requisitos, sistemas e novas demandas de autocuidado, os diagnósticos e as prescrições de enfermagem.

O enfermeiro deve dar início ao acolhimento apresentando-se a si e à restante equipa de saúde, e também o serviço, para que o doente se sinta familiarizado com todo o ambiente envolvente. O enfermeiro deve, ainda, garantir a privacidade do doente, fornecer-lhe as informações necessárias sobre a sua situação clínica, e do que se irá passar, informando-o e esclarecendo-o relativamente aos tratamentos a que irá ser sujeito, dando espaço ao doente/família para que exponha as suas dúvidas, receios e angústias (Tyler, 2012; Medeiros et al, 2010; Machado, Ouro & Santana, 2015 e Costa, Garcia e Toledo, 2016).

Esta foi a situação que se verificou quando realizei o acolhimento ao Sr. Manuel e à esposa, dando-lhes tempo e espaço para que colocassem as suas dúvidas e manifestasse os seus receios.

Nos contextos em que vários encontros são necessários, como é o caso dos tratamentos de quimioterapia intravesical, é importante cuidar do primeiro contacto com a pessoa, de disponibilizar o tempo necessário para travar conhecimento com ela e permitir-lhe sentir-se à vontade connosco. O primeiro contacto é pesado em consequências, porque dá o tom aos encontros seguintes (Phaneuf, 2005). Tal como aconteceu no acolhimento do Sr. Manuel e da D. Vitoria em que eu estive com eles o tempo que foi necessário para esclarecer todas as suas dúvidas e receios, promovendo deste modo a adesão ao tratamento e a capacitação para o autocuidado.

Uma das minhas preocupações desde o início da relação estabelecida com o Sr. Manuel, foi envolver a sua família, com especial enfoque na D. Vitória, uma vez que ela demonstrava vontade de ajudar o seu marido nesta situação de doença em que ele se encontrava.

O diagnóstico de cancro encontrasse carregado de temores e preocupações e a família não fica imune a esse sofrimento. Além disso, os doentes vão necessitar de suporte familiar para enfrentar a doença/tratamento. Assim, abrir espaço para a família é essencial, por um lado, pela necessidade

que o doente terá dessa rede de apoio e, por outro, pela possibilidade da família também se sentir apoiada (Carvalho, 2008).

A enfermagem procura inserir a família no plano de cuidados da pessoa doente para que, deste modo, possam acompanhá-lo durante todo o tratamento (Vicenzi, et al, 2013). Como tal, acolhi o doente conjuntamente com a sua esposa, tendo tido sempre em conta não só as dúvidas e receios do doente, mas também as da família. Uma vez que, a família tem um papel fundamental no estabelecimento e na manutenção da saúde do individuo doente, deve ser considerada como um foco de cuidados para enfermeiros e demais profissionais da saúde, devendo ser envolvida no processo de cuidar (Souza & Santo, 2008).

Uma das funções de maior importância do enfermeiro é a educação e a capacitação do doente e/ou família. Como tal, esta nunca deve ser descurada devendo iniciar-se desde o acolhimento até à alta, do diagnóstico aos tratamentos. A educação deve ser abrangente, abordando não apenas o tratamento, os efeitos colaterais, mas também implicações a longo prazo sobre a vida e o estilo de vida dos doentes (Tyler, 2012).

A educação para a saúde é importante para o cuidado de enfermagem, uma vez que ela pode determinar como os indivíduos e as famílias são capazes de ter comportamentos que conduzam a um ótimo autocuidado (Figueiredo, 2005).

A educação para a saúde é praticada segundo um processo, sendo que na fase de avaliação é determinada a natureza da necessidade, assim como a motivação para aprender, as metas a atingir, estabelecidas conjuntamente com a pessoa e ou família (Redman, 2003).

A entrevista de informação e de ensino, que é realizada no momento do acolhimento, é considerada por Phaneuf (2005), como uma estratégia pedagógica para educar a pessoa cuidada, restituindo-lhe deste modo a autonomia. Tem como objetivo aumentar e aprofundar os conhecimentos da pessoa relativamente à sua saúde e ao tratamento. Tal como se pretende quando da realização do acolhimento ao doente/família submetido a quimioterapia intravesical. Também eu usei esta estratégias nos cuidados ao

Sr. Manuel, tendo conseguido promover a sua educação e consequente capacitação.

Todo o cuidado de enfermagem é dirigido à promoção, manutenção e restauração da saúde; prevenção de doenças; assistência às pessoas no sentido de se adaptarem aos efeitos residuais da doença. Espera-se que em todos os contatos, desde o primeiro, que a enfermeira tem com o utente do serviço de saúde, sejam considerados como uma oportunidade de ensino de saúde. Apesar da pessoa ter o direito de decidir se aprende ou não, a enfermeira tem a responsabilidade de apresentar a informação que irá motivar a pessoa quanto à necessidade de aprender (Figueiredo, 2005). Uma vez que, o papel do enfermeiro em educação em saúde pode ajudar aos indivíduos a adaptarem-se à doença, e a prevenir complicações, e atender à terapêutica prescrita e resolver problemas quando confrontados com novas situações. O enfermeiro como educador, tem um profundo impacto na vida do doente/família (Tyler, 2012).

No decorrer do meu estágio tive oportunidade de acompanhar o Sr. Manuel nos seus tratamentos e fomos ganhando alguma confiança, de modo a conseguir uma relação de empatia. No meu último dia de estágio o Sr. Manuel e a esposa dirigiram-se a mim e disseram que tinham realmente muita pena que me fosse embora, afirmando que no nosso primeiro encontro em que eles estavam cheios de medo eu lhes tinha explicado tudo o que se iria passar, tendo deste modo contribuído para a sua acalmia e para melhorar o seu bem-estar.

Refletindo agora sobre a prestação de cuidados a este casal, consigo perceber que realmente o acolhimento se assume como um momento fundamental no estabelecimento de uma relação terapêutica, sendo promotor da adesão ao tratamento e ao autocuidado.

Através deste primeiro contacto a enfermeira recebe e modela toda a perceção do meio de cuidados. Se o acolhimento é caloroso e impregnado de compreensão, pode criar-se um vínculo positivo, mas se pelo contrário, estes primeiros momentos forem neutros e desatentos, ou mesmo desagradáveis, será difícil a pessoa conseguir abrir-se e ter confiança no profissional. Assim, a



enfermeira que manifesta uma atitude de abertura calorosa torna-se então uma figura conhecida num mundo estranho e esta procura do contacto humano transforma-se para a pessoa cuidada em procura de confiança (Phaneuf, 2005).

A maneira como se aborda, acolhe e ensina o doente oncológico torna-se essencial para: melhorar a adesão ao tratamento, e contribuir para a qualidade de vida, do resgate da dignidade, da reinserção no seio familiar e social, na continuidade do desenvolvimento das suas atividades rotineiras, favorecendo, assim, a evolução na assunção da doença pelos acometidos, auxiliando-os a lutarem e encontrarem dentro de si esperança que os impulse na procura da cura (Machado, Ouro & Santana, 2015).

A enfermeira em oncologia apresenta condições que causam impacto na melhoria da qualidade de vida do doente e da sua família. Contudo, só será possível que o enfermeiro se assuma como um agente de mudança, se conseguir estabelecer uma relação humanizada, de confiança e empatia. Esta relação deve começar no primeiro contato com o doente, ou seja, no acolhimento.

## **CONCLUSÃO E PLANEAMENTO DA AÇÃO**

No contato diário com a equipa de saúde, o papel da enfermagem é fundamental na orientação do doente. Muitos desejam aprender tudo o que podem sobre a sua doença, as opções de tratamento, a ação, os efeitos e consequências dos quimioterápicos, bem como os aparelhos utilizados no decorrer do tratamento. Agindo dessa forma, tornam-se participantes ativos nas decisões relacionadas com os seus cuidados. Assim, cabe ao enfermeiro indicar e fornecer orientações relativas às medidas preventivas, identificar precocemente os efeitos colaterais do tratamento, a fim de minimizá-los, orientar e acompanhar o paciente e a respetiva família tendo sempre em conta que as intervenções de enfermagem devem ser individualizadas, considerando-se suas características pessoais e sociais de cada um e devem ter início desde

o primeiro contacto com o doente e família, ou seja no momento do acolhimento (Frigato & Hoga, 2003).

O momento em que o doente é acolhido tem uma importância primordial no desenvolvimento de todo o processo de evolução de situação de doença, bem assim como do modo como o doente vai interiorizar o percurso que vai fazendo nesta etapa da sua vida. É ao enfermeiro que cabe o papel de destaque em todo este processo, uma vez que é o elemento da equipa com papel de maior relevância e de proximidade, confiança e ajuda em relação ao doente Martins (2008). Deste modo, o enfermeiro encontrasse numa posição destacada para perceber o momento certo em que deve dar determinada informação e para perceber se a pessoa entendeu o verdadeiro significado da mensagem, mostrando sempre disponibilidade para dar todas as explicações necessárias. Martins (2008) refere ainda que para que este diálogo aconteça, exige da parte do enfermeiro, empatia, disponibilidade, conhecimentos de psicologia e respeito pela dignidade e convicções da pessoa doente.

Nos últimos anos, o enfermeiro tem ampliado a sua atuação junto do doente oncológico o que lhe tem exigido a aquisição de novos conhecimentos técnicos e científicos. A assistência nessa área requer habilidades técnicas, interpessoais e conhecimentos específicos que implicam compreender os mecanismos da doença e dos tratamentos e oferecer educação e saúde aos doentes, famílias, comunidades e dominar novas tecnologias para o processo de cuidar (Machado, Ouro e Santana, 2015).

A frequência do curso de mestrado, bem como as reflexões da prática feitas no âmbito do mesmo, têm-me permitido desenvolver competências enquanto futura enfermeira especialista, nomeadamente no que respeita a cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, e dos seus cuidadores familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida (Ordem dos enfermeiros, 2015).

Assim, através dos conhecimentos e competências adquiridos e desenvolvidos e com a implementação do projeto de intervenção que me

encontro a desenvolver, pretendo conseguir instituir um acolhimento de forma estruturada e formal que me permita melhorar a qualidade dos cuidados prestados, dando prioridade aos sentimentos, receios e angústias do doente/família, facilitando o processo de doença que vivenciam e simultaneamente promovendo o autocuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M. I. C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.News*. VI (21), 27-31.
- Bellucci, J. J. A. & Matsuda L. M. (2012) Deployment of the system user embracement with classification and risk assesment and the use flowchat analyzer. *Texto Contexto Enferm*. 21, 217-225.
- Carvalho, C. S. U. (2008). A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 97-102.
- Costa, P. C. P., Garcia, A. P. R. F. & Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem*. 25, 1-7.
- Falk M. L. R., Falk J. W., Oliveira F. A. & Motta M. S. (2010). Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS*. 13, 4-9.
- Figueiredo, N. M. A. (2005). *Ensinando a cuidar em saúde Pública*. São Caetano do Sul: Yendis Editora.
- Frigato, S. Hoga, L. A. K. (2003). Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 49(4), 209-214.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching & learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.
- Machado, G. C., Ouro, E. T. R. & Santana, F. P. G. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes

em Feira de Santana-BA. *Revista Brasileira De Saúde Funcional*. 2, 33-45.

Martins, J. C. (2008). *O direito do doente à informação: contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde*. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, PoRTU-Vgal. Acedido a 13-01-2018. Disponível em [www.repositorioaberto.up.pt](http://www.repositorioaberto.up.pt).

Medeiros, F. A., G. C. Araiijo-Souza, Albuquerque-Barbosa, A. A. & Costa, I. C. C. (2010). Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev. Salud Pública*. 12(3), 402-413.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6a Ed.). St. Louis: Mosby.

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

Redman, B. K. (2003). *A prática da educação para a saúde*. 9ª ed. Loures: Lusociência.

Tyler, A. (2012). Urothelial cancers: ureter, renal pelvis, and bladder. *Seminars in Oncology Nursing*. 28 (3), 154-162.

**Apêndice XII: Ecrãs de Sessão de Formação à Equipa de Enfermagem**

**ACOLHIMENTO DA PESSOA/FAMÍLIA SUBMETIDA A  
QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL: INTERVENÇÕES DE  
ENFERMAGEM**



Discente: Ana Margarida Nunes, nº7400

Prof. Orientador: Óscar Ferreira

Enfª Orientadora: Fátima Contreiras

Enfª Chefe: Duarte da Costa

- Identificação do Projeto
- Instituições Envolvidas
- Problemática
- Estado de Arte
- Finalidade e Objetivos
- Questão de Investigação
- Revisão Scoping
- Plano de Trabalho / Atividades desenvolvidas

- **Título:** Acolhimento da Pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical: Intervenções de Enfermagem
- **Palavras-chave:** doente oncológico, quimioterapia intravesical, acolhimento, intervenções de enfermagem.
- **Questão de Investigação:** Quais as intervenções de Enfermagem que promovem o acolhimento da pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical?
- **Data do início:** 25 de Setembro de 2017.
- **Duração:** 6 meses (25 de Setembro de 2017 a 9 de Fevereiro de 2018)

Hospital de Oncologia

• 6 semanas

Hospital de Dia de Urologia

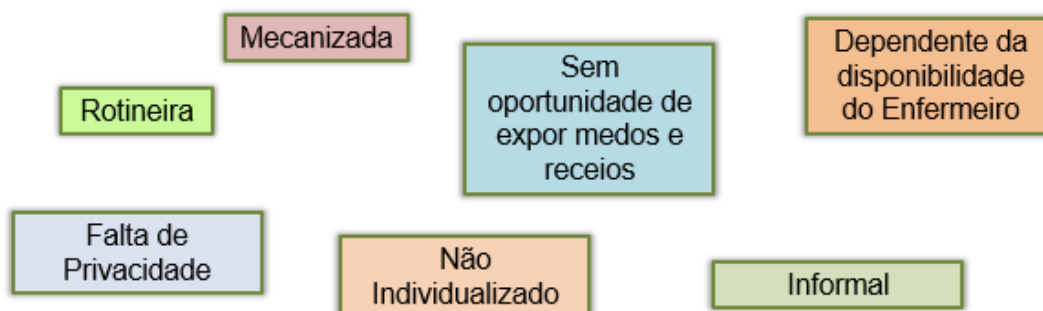
• 6 semanas

Unidade de Exames Especiais

• 6 semanas

A administração de quimioterapia intravesical, bem como todos os cuidados relacionados com a mesma são da responsabilidade do Enfermeiro.

Ao analisar a forma como a equipa de enfermagem realizava o acolhimento dos doentes/família percebi como este é concretizado:



Durante o tratamento com terapêutica intravesical, o doente deve ser avaliado antes e depois de todas as instilações relativamente a:

- Estado geral de saúde;
- Estado de saúde urológico específico;
- Capacidade de entender o procedimento;
- Capacidade de cumprir o plano de tratamento;
- Capacidade de compreender as complicações do tratamento.

A educação é fundamental para capacitar os doentes e/ou cuidadores de modo a terem mais controle e facilidade na resolução de problemas relacionada com a instilação intravesical

(Vahr et. al., 2015)



A capacitação é um conceito complexo e multidimensional ao envolver a relação com os outros. Está intimamente relacionado com os cuidados de enfermagem, tornando-se essencial para a qualidade dos cuidados prestados (Onega, 2006 e Cabete, 2012).

O papel fundamental da enfermagem é a educação do doente.

Os ensinamentos devem ser feitos no momento do acolhimento ao doente e família.

(Vahr et al, 2015)

Uma vez que o acolhimento...

é um cuidado de enfermagem e prossegue no dia-a-dia, aquando da prestação de cuidados, devendo modificar o quotidiano do serviço, centrando-se no cliente, tendo a finalidade de ampliar o acesso e a qualidade do atendimento (Costa et al, 2016).

influência significativamente o doente acometido por uma neoplasia, pois, quando prestado de forma satisfatória, proporciona ao cliente melhor adesão ao tratamento, redução da ansiedade causada pela condição em que este se encontra, sendo, portanto, um fator decisivo na forma de enfrentamento da doença (Anjos et al., 2011).

Assim, com a realização deste trabalho pretende-se a partir do momento do acolhimento, capacitar o doente para o autocuidado com o intuito de:

- Reduzir a ansiedade do doente e/ou família, esclarecendo dúvidas e minimizando receios
- A pessoa conseguir despistar complicações
- Promover a autonomia.

O autocuidado consiste na prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em benefício próprio tendo em vista a manutenção da vida, saúde e bem-estar (Orem, 1980)

Com o desenvolvimento deste projeto tenho como objetivo adquirir e desenvolver competências de enfermeiro especialista.

Quais as intervenções de Enfermagem que promovem o acolhimento da pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical?

PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO PCC	
P (população)	Pessoa e ou família submetida a quimioterapia <u>intravesical</u> ; Enfermeiros.
C (conceito)	Intervenções de enfermagem no acolhimento
C (contexto)	Ambulatório / Hospital de Dia

Foi realizada pesquisa nas bases de Dados da CINAHL e MEDLINE, acedidas através da Plataforma agregadora de bases de dados EBSCO.

### PALAVRAS-CHAVE

- Acolhimento,
- Intervenções de enfermagem,
- Doente oncológico,
- Quimioterapia intravesical.

### OS TERMOS NATURAIS

- User embracement,
- Nursing interventions,
- Oncological patient,
- Intravesical chemotherapy.

### CINAHL

Nursing interventions, Nursing interventions education, Cancer patients, Cancer patients education, Mitomycins, Mitomycin adverse effects, Bladder cancer.

### MEDLINE

Nursing care, Nursing assessment, Nursing education, Oncology nursing, Mitomycin, Mitomycin adverse effects, Mitomycin toxicity e Mitomycin therapeutic use.

### EBSCO

#### CINAHL

154 artigos

Introdução de filtros full text, data de publicação desde 2007 a 2017 e idade igual ou superior a 19 anos

11 artigos

#### MEDLINE

86 artigos

Introdução de filtros full text, data de publicação desde 2007 a 2017 e idade igual ou superior a 19 anos.

20 artigos

5 artigos

Ao analisarmos os resultados obtidos pela revisão scoping, efetuada, podemos observar que todos os artigos que abordam este tema são unânimes em ressaltar a importância do acolhimento, nomeadamente no que concerne ao papel da enfermagem. É ainda evidenciado o impacto que um acolhimento humanizado tem no estabelecimento de uma relação terapêutica de sucesso, assente na empatia, na confiança e comunicação, que irá conduzir a uma maior adesão ao tratamento oncológico, à melhoria da qualidade de vida, e também a uma maior satisfação.

A bibliografia acerca da temática em estudo é muito limitada. No entanto através da pesquisa realizada nas bases de dados, ou noutros motores de busca como o *google*, livros, teses de mestrado, dissertações consegue-se perceber quais as intervenções de enfermagem promotoras do acolhimento à pessoa/família.

#### Antes do início de qualquer terapia intravesical:

- O enfermeiro deve dar início ao acolhimento apresentando-se a si e à restante equipa de saúde, e também o serviço.
- Os doentes e família devem ser informados acerca do mecanismo de ação da sua terapia e dos efeitos colaterais que possam ocorrer (Vahr et al, 2015).

#### Deve ainda:

- Garantir a privacidade do doente
- Fornecer as informações necessárias sobre a sua situação clínica.
- Informar e esclarecer sobre o tratamento que irá realizar.
- Dar espaço ao doente/família para que exponha as suas dúvidas, receios e angústias.



Local de Estágio: Hospital de Dia de Oncologia

Duração: 25 de Setembro a 3 de Novembro de 2017

**Objetivo Geral:** Compreender a dinâmica organizacional do serviço e da equipa de enfermagem, bem como as intervenções e os cuidados prestados no acolhimento ao doente/família submetido a quimioterapia intravesical.

Objetivos Específicos	Estratégias/Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<p>1. Compreender a dinâmica organizacional e o funcionamento do Hospital de Dia de Oncologia do Hospital São Bernardo.</p> <p>2. Identificar, compreender e analisar as intervenções de enfermagem no acolhimento ao doente e/ou família submetido a quimioterapia intravesical.</p>	<p>1.1. Consulta das Normas, Protocolos do serviço, documentos de acolhimento e coleta de dados à pessoa e família;</p> <p>1.2. Observação da dinâmica do serviço e da articulação com a equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar;</p> <p>2.1. Pesquisa bibliográfica e leitura crítica de artigos científicos sobre intervenções de enfermagem ao doente submetido a quimioterapia intravesical;</p> <p>2.2. Identificação dos procedimentos/intervenções no acolhimento ao doente e/ou família proposto para a administração de quimioterapia intravesical;</p> <p>2.3. Observação e colaboração na prestação de cuidados à pessoa submetida a quimioterapia intravesical;</p> <p>2.4. Elaboração de documento para registo sistemático das intervenções de enfermagem e resultados.</p> <p>2.5. Analisar os documentos de registo preenchidos;</p> <p>2.6. Reflexão sobre a prática.</p>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro Orientador de estágio, restante equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material de integração, normas, procedimentos e protocolos do serviço;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica pertinente;</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HDU do HSB, Setúbal;</li> </ul> <p><b>Temporais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ver cronograma de atividades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expõe o projeto de estágio no campo de estágio;</li> <li>- Conhece as equipas habituais;</li> <li>- Ter realizado reuniões informais com enf. chefe, enf. orientador e outros elementos da equipa;</li> <li>- Apresenta texto sobre a caracterização do serviço;</li> <li>- Participa nas intervenções de enfermagem no acolhimento ao doente e/ou família; <a href="#">Folheto Mitomina.pdf</a>, <a href="#">Folheto BCG.pdf</a></li> <li>- Sistematiza a informação recolhida, de modo a perceber a evolução das situações e das intervenções de enfermagem planeadas;</li> <li>- Elabora reflexão escrita sobre eventos significativos de aprendizagem utilizando o ciclo de Gibbs;</li> <li>- Elabora Estudo de Caso;</li> <li>- Redige um artigo/ comunicação/ texto sobre as intervenções de enfermagem no acolhimento ao doente e/ou família submetido a quimioterapia intravesical; <a href="#">Quimioterapia Vesical - Para Além da Técnica (Poster).pdf</a></li> <li>- Elabora relatório de estágio.</li> </ul>

- Andrade, M. I. C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. [OncoNews](#), VI (21), 27-31.
- Anjos A. C. Y., Magnabosco P., Borges D. O & Campos C.S. (2011). Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente em tratamento quimioterápico antineoplásico: um relato de experiência. [Extenso](#), 10, 107-112.
- Carvalho, M. M. S. S. A. M. (1996). *A Enfermagem e o Humanismo – Contributos para uma reflexão sobre a humanização dos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Correia, T., Cardoso A., Soares, R., Reis, F., Cerqueira M., Almeida M & Prisco, R. (2010). Análise Retrospectiva do Tratamento do Carcinoma Uterino Superficial de Alto Risco da Bexiga com Terapêutica Intravesical. [Acta urologica](#), 27, 11-18.
- Costa, P. C. P., Garcia, A. P. R. F. & Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. [Texto Contexto Enfermagem](#), 25, 1-7.
- Falk M. L. R., Falk J. W., Oliveira F. A. & Motta M. S. (2010). Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. [Rev APS](#), 13, 4-9.
- Ferreira, C. & Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de internamento. [Informar – Revista de Formação Contínua em Enfermagem](#), 30, 10 -13.
- Ferreira, R. (2015). Câncer de bexiga e a vacina BCG. [Onco&](#), 29, 24-28.
- Machado, G. C., Curo, T. R. & Santana, F. P. G. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA. [Revista Brasileira de Saúde Funcional](#), 2, 33 -45.
- Medeiros, F. A., G. G. Araújo-Souza, Albuquerque-Barbosa, A. A. & Costa, I. C. C. (2010). Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. [Rev. saúde pública](#), 12(3), 402-413.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6a Ed.). St. Louis: Mosby
- Silva, H. C. S., Jesus, M. H. & Borges, R. C. (2015). A importância da equipe de enfermagem no acolhimento aos familiares de pacientes oncológicos. [Núcleo Internacional de Pesquisa](#), 2, 6-14.
- Sotomayor, A. M., Rodrigues, J., & Duarte, M. (2013). *Princípios de Gestão nas Organizações*. Celras: Letras e Conceitos.
- Tyler, A. (2012). Urothelial cancers: ureter, renal pelvis, and bladder. [Seminars in Oncology Nursing](#), 28 (3), 154-162.
- Vahr, S., De Blok, W., Love-Rattinger, N., Thoff, B., Jensen, B., Turner, B., Villa G. & Hrbáček, J. (2015). *Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care - Intravesical Irrigation*. Amstern: European Association of Urology Nurses.

**Apêndice XIII:** Caracterização da equipa/serviço do Hospital de Dia de Urologia

## **CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA/SERVIÇO DO HOSPITAL DE DIA DE UROLOGIA**

O meu segundo estágio teve lugar no Hospital de Dia de Urologia, sendo esta parte integrante da Unidade Funcional de Urologia (UFU). Fazem ainda parte da mesma unidade o internamento, a sala de exames especiais e as consultas externas.

Este serviço desenvolve a sua atividade no diagnóstico e tratamento médico-cirúrgico de toda a patologia urológica, em particular nas áreas da oncologia urológica, litíase urinária, disfunção miccional, cirurgia reconstrutiva genito-urinária, andrologia e uroginecologia.

A UFU é composta por uma equipa multidisciplinar, constituída por quatro médicos, dezanove enfermeiras (seis delas especialistas, três em enfermagem de reabilitação, duas em saúde mental e psiquiátrica e uma em enfermagem comunitária e ainda uma enfermeira pós-graduada em sexologia clínica), dez assistentes operacionais e duas assistentes técnicas.

O serviço de internamento é composto por 18 camas (5 quartos triplos e 3 quartos individuais).

As intervenções cirúrgicas realizadas nesta instituição são: cirurgia benigna e oncológica reno-ureteral aberta, retrógrada e percutânea; cirurgia benigna e oncológica da bexiga e próstata, aberta e endoscópica; cirurgia genital masculina e uroginecológica e cirurgia protésica do aparelho uro-genital.

Na consulta Externa são realizadas consultas de urologia geral (tumor do rim, ureter, bexiga, próstata, testículo e pénis; litíase renal, ureteral e vesical; hipertrofia benigna da próstata e disfunções miccionais; incontinência urinária e uroginecologia; infeções complicadas do trato urinário) e consulta de andrologia (disfunção erétil; ejaculação prematura; infertilidade e planeamento familiar masculino; varicocele, hidrocele, fimose e outra patologia genital masculina benigna). Existe ainda uma consulta de Decisão Multidisciplinar Oncológica.

Na sala de exames especiais são realizados de forma rotativa e pré-definida os seguintes procedimentos: ecografias urológicas (com biópsia) e

andrológicas (com Doppler), exames endoscópicos do baixo aparelho urinário, exames pélvicos, ginecológicos e provas de incontinência urinária e exames urodinâmicos (simples e avançados).

O hospital de dia tem como objetivo prestar apoio especializado de enfermagem urológica, funcionando todos os dias úteis das 8h30 às 15h30. Nesta unidade realizam-se consulta de enfermagem aos doentes urostomizados e/ou portadores de derivações urinárias, consulta de enfermagem e acompanhamento do doente sob hormonoterapia, administração de terapêuticas intravesicais (nomeadamente quimioterapia e imunoterapia intravesical) e consulta de enfermagem andrológica (ensinos terapêuticos).

As atividades realizadas e os cuidados prestados no HDU são assegurados por três enfermeiras (uma de cuidados gerais, outra pós-graduada em sexologia clínica e uma especialista em enfermagem de reabilitação que é também a responsável pelo HDU). Esta equipa tem ainda ao seu serviço duas assistentes operacionais.

O método de trabalho instituído é o do enfermeiro responsável. Os cuidados de enfermagem segundo este método respeitam o conceito de cuidados individualizados. Cada cliente está associado a um enfermeiro que possui responsabilidade e é responsável pelos cuidados totais durante todo o internamento e/ou tratamento, garantindo a avaliação da performance individual, a mensuração do desempenho, a avaliação individual dos efeitos dos cuidados e a responsabilidade pelos mesmos. O foco de enfermagem é o cliente pretendendo-se que receba cuidados individualizados de alta qualidade, nos quais participem tão ativamente, quanto possível (Costa, 2004). Deste modo, fica a cargo de um único enfermeiro qualificado e sob a sua responsabilidade permanente, idealmente desde a admissão até à alta, o que permite um conhecimento mais aprofundado da pessoa e da sua situação clínica, o que possibilita uma maior adequação dos cuidados.

Este serviço utiliza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) que contempla os fenómenos, intervenções e resultados de enfermagem. A CIPE® pode ser classificada como um sistema de terminologias combinatórias numa estrutura multiaxial, ou seja, um ou mais



conceitos simples podem combinar-se para constituir conceitos complexos (Nóbrega & Garcia, 2005), tendo como objetivo estabelecer uma linguagem comum sobre a prática de enfermagem, a ser usada para descrever os cuidados de enfermagem a diferentes populações, em lugares distintos de forma a que os cuidados possam ser comparados entre si, permitindo assim a uniformização dos cuidados prestados (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2005). Esta é sem dúvida alguma uma ferramenta de grande utilidade na prática do dia a dia, uma vez que facilita a realização do plano de cuidados, monitorização e continuação do mesmo, sendo partilhado por toda a equipa. Tal como pude verificar no HDU, em que existia de facto uma continuidade dos cuidados prestados, planeando-se e adaptando-se os mesmos às necessidades da pessoa e/ou família.

Em termos de espaço físico, o HDU é composto por quatro partes: uma sala de consulta/ atendimento, duas salas de tratamentos com uma maca cada e uma sala de tratamentos com dois cadeirões.

Este serviço dá resposta a uma população que engloba os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete.

Os doentes podem ser encaminhados para o HDU após terem alta do internamento, após realização de algum exame do foro urológico ou através da consulta externa de urologia. Este encaminhamento é feito pelo médico urologista.

Todos os doentes são acolhidos no serviço, numa consulta de acolhimento/ primeira vez, onde é assegurada a sua privacidade e são realizados os ensinamentos adaptados a cada situação, agendados os tratamentos, esclarecidas dúvidas e receios e dado o apoio necessário a cada situação.

O Serviço de Oncologia colabora com todos os Serviços do Centro hospitalar em que se encontra inserido. No entanto, existe uma maior dependência dos serviços farmacêuticos, uma vez que muitos dos cuidados prestados necessitam de medicação fornecida pela farmácia.

O HDU, mantém ainda atividades complementares de ensino pré e pós-graduado de formação na área da enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Internacional de Enfermeiras. (2005). *CIPE/ICNP - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. (Associação Portuguesa de Enfermeiros, (3a ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Costa, J. S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium Journal of Education, Technologies and Health*. 30(9), 234-251.

Nóbrega M. M. L., Garcia, T. R. (2005). Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. *Rev Bras Enferm*. 58(2), 227-30.

**Apêndice XIV:** Registo de Informações a prestar ao Doente

## REGISTO DE INFORMAÇÕES A PRESTAR AO UTENTE

Etiqueta do Utente

Data RTU-V-V: \_\_\_\_\_ Terapêutica: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_  
 Data de início: \_\_\_\_\_ Médico Assistente: \_\_\_\_\_ Enfermeira: \_\_\_\_\_

### O DOENTE/ FAMÍLIA INFORMAM:

	Doente	Família
Se tem conhecimento do seu diagnóstico		
Se tem conhecimento do seu tratamento		

### O ENFERMEIRO INFORMA SOBRE:

		Doente	Família
<b>Acolhimento</b>	Assegurada a privacidade do doente		
	Assegurado acolhimento ao doente/família		
	Verificada/ validade identificação do doente		
	Verificado tratamento e protocolo		
<b>Tratamento</b>	No que consiste o tratamento		
	Como é realizado o tratamento		
	Duração do tratamento/ esquema		
	O que fazer antes do tratamento		
	O que fazer após o tratamento		
<b>Efeitos Secundários</b>	Dor e ardor ao urinar		
	Hematúria		
	Aumento da frequência urinária		
	Urgência urinária		
	Febre		
	Mal-estar geral		
	Dores musculares		
Reação alérgica			

<b>Exames e Consultas</b>	Cistoscopia, Citologia urinária e Vigilância nas Consultas Médicas		
<b>Suporte Educacional</b>	Entrega de Guia orientador sobre o tratamento		

		<b>Doente</b>	<b>Família</b>
<b>Funcionamento da sala de Hospital Dia</b>	Horários		
	Pessoal		
	Contactos		

Legenda: S – Sim; N – Não; NA – Não se Aplica

### OBSERVAÇÕES

---



---



---



---



---



---



---



---

Enfermeiro/a \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Apêndice XV:** Material Educativo – Guia de orientação para o doente submetido a tratamento vesical de imunoterapia com BCG

**GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O  
DOENTE SUBMETIDO A  
TRATAMENTO VESICAL DE  
IMUNOTERAPIA COM BCG**

Centro Hospitalar xxxxxxxxx  
Av. xxxxxxxxxxxxxxxx  
Unidade Funcional de Urologia  
Telefone: 2xxxxxxxxx  
Extensão: 2548  
(2ª a 6ª feira das 8h30 às 15h30)  
[www.xxxx.min-saude.pt](http://www.xxxx.min-saude.pt)

Nome:

Processo:

**PARA QUE É UTILIZADO O BCG?**

A imunoterapia com BCG intravesical é uma opção terapêutica eficaz para reduzir o risco de recidiva e recorrência em doentes com cancro da bexiga.

**COMO SE FAZ?**

O tratamento consiste na introdução de um cateter (algália) na bexiga através da qual é administrado o medicamento (BCG). No final da instilação o cateter é imediatamente retirado.

**DURAÇÃO DO TRATAMENTO:**

O tratamento tem previsto a duração de 18 meses:

- No 1º ciclo faz um por semana, durante 6 semanas;
- Ao 3º mês faz um tratamento por semana durante 3 semanas;
- Repetindo o mesmo esquema ao 6º, 12º e 18º mês.

**ANTES DO TRATAMENTO DEVERÁ:**

- Evitar líquidos;
- Tomar o pequeno-almoço;
- Informar sobre a medicação que faz habitualmente;
- Evitar antibióticos e diuréticos (medicamentos que ajudam a eliminar o excesso de urina);
- Urinar.

**APÓS A INSTILAÇÃO DO MEDICAMENTO DEVE:**

- Aguardar 2 horas, sem urinar, para que o medicamento faça efeito;
- Evitar beber líquidos para conseguir permanecer o tempo recomendado sem urinar;
- Nas primeiras 6 horas após a instilação deverá urinar sempre sentado para evitar salpicos;
- Após urinar deve puxar o autoclismo, duas vezes, com o tampo da sanita fechado e fazer a sua higiene pessoal com água corrente.
- Nas primeiras 6 horas deve desinfetar a sanita com lixívia pura e deixar atuar durante 15min;
- Lavar bem as mãos após urinar;

**EFEITOS SECUNDÁRIOS QUE O TRATAMENTO PODE CAUSAR:**

- Dor e ardor ao urinar;
- Urgência urinária;
- Aumento da frequência urinária;
- Hematúria (sangue na urina);
- Febre;
- Mal-estar geral;
- Dores musculares;
- Reação alérgica (comichão, vermelhidão corporal).

Estes efeitos secundários podem ser mais intensos no dia do tratamento, desaparecendo nos dias seguintes.

**CONSULTE O SEU MÉDICO/ENFERMEIRO SE OS EFEITOS SE MANTIVEREM.**

**CONSELHOS ÚTEIS:**

- Depois de urinar, e principalmente nas primeiras 24 horas após o tratamento, deverá ingerir líquidos, preferencialmente água, em grande quantidade (mais de 1,5l).
- Deve evitar o consumo de alimentos picantes e ácidos (kiwi, ananás, tomate);
- Deve evitar o consumo de bebidas alcoólicas;
- Usar preservativo durante uma semana após o tratamento;
- Manter a medicação habitual;
- Manter a rotina diária.



**REALIZAÇÃO DE CISTOSCOPIA:**

- 3 meses após a cirurgia;

Mapa de vigilância

Cistoscopia	
Cistoscopia	
Cistoscopia	
Cistoscopia	

Citologia urinária	
Citologia urinária	
Citologia urinária	

**Mapa de Instilações Vesicais**

Médico: \_\_\_\_\_ Data da RTU \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- |                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1º Ciclo:         | 4º Ciclo:         |
| 1. ____/____/____ | 1. ____/____/____ |
| 2. ____/____/____ | 2. ____/____/____ |
| 3. ____/____/____ | 3. ____/____/____ |
| 4. ____/____/____ |                   |
| 5. ____/____/____ | 5º Ciclo:         |
| 6. ____/____/____ | 1. ____/____/____ |
|                   | 2. ____/____/____ |
| 2º Ciclo:         | 3. ____/____/____ |
| 1. ____/____/____ |                   |
| 2. ____/____/____ | 6º Ciclo:         |
| 3. ____/____/____ | 1. ____/____/____ |
|                   | 2. ____/____/____ |
| 3º Ciclo:         | 3. ____/____/____ |
| 1. ____/____/____ |                   |
| 2. ____/____/____ |                   |
| 3. ____/____/____ |                   |



**Apêndice XVI:** Questionário de avaliação do guia de orientação para o doente submetido a tratamento vesical de imunoterapia com BCG



**1.2 Clareza:**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Muito má ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Muito boa

---

**1.3 Utilidade da mesma:**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Muito má ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Muito boa

---

**1.2.1 Como considera o mapa de vigilância presente no Guia de orientação?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Muito má ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Muito boa

---

**1.2.2 Como considera o mapa de instilações vesicais do Guia de orientação?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Muito má ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Muito boa

---

**1.3 Como considera as informações que lhe são dadas no Guia?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

Muito má ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Muito boa

---

**2. O que podemos melhorar?**

**Apêndice XVII:** Análise do questionário de avaliação do guia de orientação para o doente submetido a tratamento vesical de imunoterapia com BCG.

# **ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O DOENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO VESICAL DE IMUNOTERAPIA COM BCG.**

## **METODOLOGIA**

A realização deste questionário teve como objetivo avaliar se o guia de orientação para o doente submetido a tratamento vesical de imunoterapia ia de encontro às necessidades do doente e da sua família. Pretendendo-se ainda, perceber se este instrumento se adequava à população que o HDU serve, para que deste modo se pudesse utilizar como suporte educacional, no momento de acolhimento ao doente/família.

A população alvo foram todos os utentes, na sua totalidade quatro, aos quais tive oportunidade de realizar o acolhimento durante o período em que decorreu o meu estágio neste serviço (6 de novembro a 15 de dezembro de 2017). O inquérito foi realizado presencialmente por mim, uma semana após a realização do acolhimento e entrega do Guia orientador. Os doentes foram informados do objetivo do questionário e foi garantido o anonimato e confidencialidade, tendo-se obtido o consentimento verbal de todos os doentes para a realização e tratamento estatístico dos dados obtidos.

Como instrumento de colheita de dados foi construído um questionário de doze itens. As primeiras cinco questões foram feitas com o intuito de caracterizar a população a que o questionário foi aplicado. As restantes têm como objetivo compreender se a informação dada no Guia é clara, suficiente e útil, bem como o doente classifica os mapas de vigilância e de tratamentos. Em 6 das questões é utilizada uma escala de *Likert* (1 – Muito má; 10 – Muito boa).

Os dados obtidos foram tratados estatisticamente através do programa informático *Excell*.

Para a realização deste trabalho contei com a colaboração da enfermeira Manuela Barreto, orientadora de estágio, do professor Óscar

Ferreira, bem como os utentes a quem realizei o acolhimento durante o estágio. Os recursos utilizados foram bibliográficos e informáticos.

## **APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

### **1. Caracterização da amostra**

Três/quartos da amostra eram do sexo masculino, com uma média de idades de 77,25 anos. Metade da população residia no concelho do Barreiro e a outra metade no concelho da Moita. Todos eles eram reformados e possuíam o ensino básico.

### **2. Avaliação do Guia de orientação**

Segundo os clientes entrevistados a quantidade de informação fornecida no guia orientador para a realização de tratamento vesical era muito boa ( $\bar{x} = 9.5$ ), a clareza e utilidade dessa informação foi por eles classificada também ao nível de muito boa ( $\bar{x} = 9.25$ ). Quanto à utilidade do mapa de vigilância e de instilações vesicais impressos no guia de orientação os respondentes classificaram-nos também como muito bom ( $\bar{x} = 8.75$ ), se bem que a um nível inferior ao das outras características do guia orientador. Relativamente, à avaliação global do guia este foi classificado igualmente como muito bom ( $\bar{x} = 9.25$ ).

Os resultados obtidos permitem concluir que as informações fornecidas vão de encontro às necessidades da população para o qual foi criado. Esta conclusão é reforçada pelo facto de nenhum dos respondentes ter proposto qualquer melhoria ao guia. Serve ainda o guia orientador de apoio tanto para o doente e/ou família como também para os profissionais de saúde que o acompanham neste processo, uma vez que permite que o mesmo sirva como auxiliar de memória ao doente, auxiliando igualmente o enfermeiro no momento da realização do acolhimento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização deste questionário permitiu aferir se o guia de orientação para o doente submetido a tratamento vesical de imunoterapia com BCG é adequado à população a que se destina, tratando-se de um instrumento educativo fundamental e uma mais valia aquando da realização do acolhimento do doente e/ou família submetida a este tratamento.

Trata-se de um documento que irá acompanhar o doente durante todo o seu percurso, que serve como auxiliar de memória do ensino que a enfermeira lhe fez no momento do acolhimento, e que o vai relembrando ao longo de todo o processo. Paralelamente é um documento de suporte, que pode mesmo auxiliar o esclarecimento de algumas dúvidas entretanto surgidas.

O Guia realizado, o questionário feito para o avaliar, bem como a análise foram enviados à Comissão da Gestão da Qualidade do Hospital onde foi realizado o estágio, para que o possa avaliar e validar de modo a posteriormente ser utilizado pela equipa do HDU como instrumento educativo.

**Apêndice XVIII:** Reflexão – “A importância do acolhimento no fomento da comunicação da pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical”



# **REFLEXÃO – “A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO NO FOMENTO DA COMUNICAÇÃO DA PESSOA/FAMÍLIA SUBMETIDA A QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL”**

## **INTRODUÇÃO**

A doença oncológica e os sintomas a ela associados têm um impacto direto, não só no sofrimento físico da pessoa, mas também em todas as outras dimensões da vida psicológica, social, espiritual/existencial. O doente tem que lidar com a dor, o sofrimento, a ansiedade, a tristeza, a perda da autoimagem e autonomia, e, por vezes, com a percepção da própria finitude. Deste modo, uma das maiores preocupações neste processo consiste na comunicação eficaz com a equipa de saúde (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

A comunicação, é o melhor meio para que as pessoas possam expressar o que são e relacionar-se entre si de modo a satisfazer as suas necessidades. Assim, a comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem, estando presente em todas as ações realizadas com o doente, quer para orientar, informar, apoiar, confortar, como para atender às necessidades básicas. Este meio, é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional (Pontes, Leitão & Ramos, 2008). A comunicação inicia-se no primeiro momento em que estabelecemos contacto com o doente, ou seja, no momento do acolhimento. Como tal, é fundamental analisarmos e refletirmos sobre o modo como comunicamos com a pessoa e/ou família a quem prestamos cuidados, de modo a melhorar a comunicação estabelecida e elevar os cuidados que prestamos a um nível de excelência.

A minha escolha recaiu sobre a comunicação numa situação de acolhimento, por esta me ter feito refletir sobre a forma como comunicamos com a pessoa a quem prestamos cuidados e da sua importância na prática de cuidados. Considero ainda, que é fundamental que o enfermeiro tente estabelecer uma comunicação eficaz, clara, precisa e adequada desde o primeiro momento em que tem contacto com o doente e/ou família, ou seja

quando do acolhimento, de forma a estabelecer uma comunicação efetiva que favoreça a compreensão do outro, da sua situação, dos seus problemas, receios e dúvidas. Só através da escuta ativa e da observação, prestando atenção ao nosso interlocutor é que conseguiremos estabelecer uma relação de confiança e de empatia e deste modo prestar cuidados humanizados e centrados na pessoa.

Considero que o caso que apresento permite analisar a relação e a comunicação estabelecida entre mim e a doente, que contribuíram para o meu processo reflexivo, e nesse sentido, contribuir para a melhoria das minhas competências no âmbito da comunicação terapêutica.

Para a sistematização e organização do processo reflexivo recorri à utilização do Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988), uma vez que a aplicação deste método permite refletir sobre as situações e perceber de que forma as ações podem ser melhoradas.

## **DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO**

A situação que passarei a descrever ocorreu no início do meu segundo estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem que me encontro a frequentar, quando realizei o acolhimento de uma doente que iria iniciar tratamentos de quimioterapia intravesical.

D. Esmeralda (nome fictício), 79 anos, portuguesa, viúva, 1 filha, 2 netos, encontrava-se a viver sozinha em Portugal, uma vez que tinha sido emigrante no Canadá e a sua filha e os seus netos tinham ficado nesse país. A doente foi encaminhada pelo seu médico assistente para o Hospital de Dia de Urologia com o intuito de realizar tratamentos de quimioterapia intravesical, uma vez que lhe tinha sido diagnosticado um tumor da bexiga. Após ter sido operada, tinha chegado a altura de realizar os tratamentos complementares para o tratamento ou retardamento da sua doença.

A doente estava muito ansiosa, não sabia muito bem o que se passava consigo, qual era a sua situação clínica. “Diga-me tudo senhora Enfermeira... Não me esconda nada! Agora tenho esta coisa, um cancro! O que me haveria

de acontecer! Isto que eu vou fazer, estes tratamentos, isto é quimioterapia não é? Vai-me cair o cabelo? Vou andar para aí a vomitar? Não vou? O que vai ser da minha vida? Estou cá sozinha não tenho ninguém... Diga-me tudo. Tenho de me preparar! O médico não me disse nada. Só me disse que ia ser operada e depois faria um tratamento e mais nada, nem mais uma palavra. Vai-me ajudar enfermeira?" (sic).

Durante a relação estabelecida, que teve início no momento do acolhimento, mostrei-me sempre disponível para a escutar, fui-lhe transmitindo conhecimentos sobre a sua doença, falei-lhe dos tratamentos que era necessário fazer, dos efeitos que poderiam ter. Paralelamente fui esclarecendo sempre as suas dúvidas. Ao longo do tempo fomos estabelecendo uma relação de qualidade, de confiança, de partilha, uma relação assente na comunicação terapêutica. A doente adquiriu conhecimentos e competências aderindo ao tratamento e foi possível capacitá-la para o autocuidado (despiste de complicações, o que fazer no caso destas ocorrerem, o que fazer antes, durante e após o tratamento).

## **PENSAMENTOS E SENTIMENTOS**

Enquanto ouvia esta senhora, que se encontrava sozinha nesta situação apenas me ocorria pensar como é que ela teria chegado até ao início dos tratamentos, até mim, sem que ninguém lhe tivesse explicado o que é que se estava a passar com ela e o que iria acontecer no futuro. Entendi que esta doente andou "perdida" durante todo este processo que agora vivenciava, estava cheia de dúvidas e receios e que precisava de ser escutada. Percebi que ninguém tinha estabelecido efetivamente uma relação terapêutica e comunicativa com esta doente. Era urgente esclarecer as suas dúvidas, receios, angústias, auxiliá-la a perceber o que se passava e apoiá-la no caminho que ainda faltava percorrer. Foi o que comecei a fazer no dia em que a acolhi no Hospital de Dia e que continuei durante todo o estágio.

Foi um caminho feito pouco a pouco. Primeiramente, a D. Esmeralda deu-me a conhecer o seu contexto de vida, os seus receios, dúvidas e

angústias e expectativas relativamente ao facto de ser uma doente oncológica. Fui tentando estabelecer uma relação assente no diálogo e na compreensão e adequando os cuidados às necessidades da doente, tendo sempre em atenção a capacitação para o autocuidado, nomeadamente através do esclarecimento das suas dúvidas e receios, fornecendo ferramentas para que a D. Esmeralda compreendesse o tratamento a que estava a ser sujeita bem como os cuidados a ter durante a realização do mesmo.

Segundo Orem, (2001) as pessoas podem ser favorecidas pelos cuidados de enfermagem quando têm limitações relacionadas com a saúde as quais possam comprometer um envolvimento na manutenção do autocuidado, o que é frequente nos doentes oncológicos submetidos a quimioterapia.

A presença de uma doença oncológica e a necessidade de cumprir protocolos de quimioterapia produzirá exigências específicas de autocuidado, relacionados com a situação de doença. Na perspetiva de Orem (2001), os requisitos de autocuidado por doença estão ligados com a necessidade de realizar terapêuticas prescritas e medidas de reabilitação para a patologia em si e também conhecer e participar na regulação dos efeitos desagradáveis ou nocivos das terapêuticas realizadas. Assim, considera-se que o aumento das atividades de autocuidado obriga à compreensão dos diversos requisitos que advêm da existência de doença oncológica e da sujeição a tratamentos de quimioterapia e é ao enfermeiro, que com base, na evidência científica que tem o papel de transmitir esses saberes através de uma comunicação eficaz e adaptada ao doente. No caso apresentado primeiramente a doente encontrava-se muito ansiosa, sem saber o que se iria passar, com muitas dúvidas e receios. O estabelecimento de uma relação de assente na comunicação e confiança conduziu, sem dúvida à capacitação para o autocuidado, levando à adesão ao tratamento e a uma maior qualidade e satisfação na prestação de cuidados. Para tal foi necessário dar espaço e oportunidade para ser possível estabelecer este tipo de cuidar.

## **AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO**

Ao avaliar esta situação deparo-me, uma vez mais, com as lacunas que existem na comunicação entre os diversos profissionais de saúde e as pessoas a quem prestam cuidados. Existe de facto dificuldade em comunicar com o outro, em compreender as suas angústias e despende tempo para escutarmos efetivamente, dando resposta às questões que nos são colocadas.

Sempre considerei que a comunicação era essencial para a prestação de cuidados de enfermagem, assumindo-se como um elemento essencial no estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa que cuidamos devendo a mesma ter início no primeiro contacto com o doente/família, ou seja, no momento do acolhimento nomeadamente para dar início a tratamentos de quimioterapia, como acontece no caso apresentado. No entanto, devo admitir que por vezes é difícil o estabelecimento de uma comunicação eficaz, não só com o doente, mas também, com os seus pares.

Ter vindo a trabalhar as competências comunicacionais através da pesquisa realizada em relação às mesmas, da observação crítica dos meus pares e ainda como consequência da reflexão sobre a minha própria forma de comunicar permitiu-me melhorar a forma como comunico com a pessoa a quem presto cuidados.

No caso concreto que apresento, considero que a relação que estabeleci com a D. Esmeralda foi de proximidade, muito devido ao facto de a ter escutado. A relação estabelecida talvez tenha sido facilitada por não me encontrar no meu contexto de trabalho e ter todo o tempo e disponibilidade para a realização do acolhimento.

Pode ainda afirmar-se que a comunicação que consegui estabelecer com esta doente em muito facilitou a compreensão do tratamento a que iria ser sujeita, bem como aos cuidados que era necessário ter na manutenção do autocuidado, promovendo deste modo a adesão ao tratamento fundamental no processo de doença vivenciado.

## ANÁLISE

Ao analisar a situação apresentada percebi, que muitas vezes não comunicamos, não escutamos o nosso doente de forma a atender as suas necessidades globais. Com esta forma de agir não conseguiremos cuidar da pessoa tal como ela deseja e merece, não prestando cuidados de qualidade e excelência. É necessário mudarmos os nossos comportamentos, escutarmos e ouvirmos, comunicarmos, estabelecermos relações de empatia e confiança, para conseguirmos então melhor cuidar.

Para compreender a pessoa que cuidamos temos de a escutar, uma vez que escutar é acolher o outro reconhecendo-o tal como ele se define a si próprio. É estar de forma positiva aberto a todas as ideias, sem interpretar ou julgar, para que o outro tenha tempo e oportunidade de encontrar o seu caminho (Hesbeen, 1993). Assim, só através da escuta é que poderemos compreender o outro e ajudá-lo na construção do seu projeto terapêutico. Deste modo, pretendo que os cuidados que presto se encontrem assentes numa filosofia de cuidados holísticos, de cuidados centrado na pessoa, privilegiando, o estabelecimento de uma relação terapêutica, empática com enfoque na comunicação. No caso apresentado, bem como em todas as relações terapêuticas, é fundamental estabelecer-se uma relação de empatia e confiança privilegiando-se a comunicação.

Phaneuf define comunicação como: “processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes” (Phaneuf, 2005 p. 23). Esta premissa vem reforçar a ideia de que a comunicação é uma ferramenta fundamental para o cuidar em enfermagem, devendo, portanto, ser um pilar dos mesmos.

A comunicação verbal é realizada através de palavras expressas tanto através da linguagem escrita como da falada, devendo ser clara, a fim de que o outro compreenda a mensagem transmitida. Para tal, o enfermeiro deve utilizar

técnicas de comunicação, como: verbalizar interesse sobre o que é dito pelo doente, permanecer em silêncio quando ele se expressa, não interromper, ouvir reflexivamente, bem como clarificar e validar as mensagens que recebe. A comunicação não-verbal ocorre quando há interação com outro sem a utilização de palavras, esta interação possui significados para o emissor e para o recetor. É realizada através de expressões faciais, de gestos, da disposição dos objetos num ambiente, das posturas corporais. A comunicação não-verbal tem por finalidades básicas: complementar o verbal, substituí-lo, contradizê-lo ou demonstrar sentimentos (Silva, 2006). Neste sentido, entende-se a importância de o profissional estar atento aos sinais não-verbais, e tentar entendê-los, uma vez que estes complementam o que é expresso verbalmente, oferecendo subsídios para que o enfermeiro compreenda melhor o outro (Souza, Pinto & Silva, 2007).

Por seu lado a empatia consiste no ato de comunicar a um outro ser humano que compreendemos o que ele está a sentir. Quando nos colocamos no lugar do outro e lhe dizemos que sabemos o que é estar no seu lugar, estamos a ser empáticos. A empatia pode contribuir para o aumento da autoestima, uma vez que despender de tempo, estar atento, escutar, processar e refletir sobre o que a pessoa disse fá-la sentir importante (Riley, 2004).

A existência de uma compreensão baseada na empatia facilita a identificação das emoções que o doente está a sentir e a causa que está na sua origem. A demonstração desta competência é visível se formos capazes de estar em contacto próximo com o outro, de nos colocarmos no seu lugar, mas tendo consciência de que se trata do problema do outro e não o nosso. Temos de nos dotar do vocabulário que nos permita comunicar e cuidar do outro adequando as nossas mensagens à capacidade de compreensão do outro (Querido, Salazar & Neto, 2016). Aqueles a quem o enfermeiro se dirige esperam que a comunicação seja uma mais valia não constituindo um entrave no estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda.

Relação de Ajuda é definida por Phaneuf (2005 p. 324) como “troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio que a pessoa

tem necessidade. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso abrir-se à mudança e à evolução pessoal e tornar-se mais autónoma”.

Phaneuf (2005), apresenta seis condições prévias ao estabelecimento de uma relação de ajuda, sendo estas: a **presença** que corresponde ao estado de proximidade física e de disponibilidade afetiva e calorosa, graças à qual a enfermeira consegue perceber as necessidades da pessoa de quem cuida; a **vontade de não julgar**, escuta própria que ajuda a enfermeira a estabelecer uma relação sem preconceito nem reserva, havendo uma aceitação incondicional do outro, no respeito pela sua dignidade e assente numa compreensão profunda dos seus comportamentos e motivações; a **não diretividade** é a vontade da pessoa que ajuda de não usar autoridade ou poder sobre a pessoa ajudada. A enfermeira não procura convencer o doente nem dar-lhe conselhos; a **centração na pessoa** tem o seu foco de atenção na pessoa em si, nas suas emoções, nos seus sentimentos, nas suas reações, nas suas necessidades e nos seus desejos, mais do que na doença ou nos seus problemas existenciais; a **escuta** é um estado de disponibilidade intelectual e afetiva da enfermeira, sendo ao mesmo tempo silêncio e palavra com o objetivo de levar a pessoa a exprimir-se; a **consideração positiva** implica um sentimento de respeito e confiança, ajuda a pessoa a crescer e a demonstrar coragem para enfrentar as dificuldades.

Ainda de acordo com a mesma autora, as principais competências/habilidades da relação de ajuda são: a **aceitação** (sentimento de abertura à experiência do outro, ao seu sofrimento e à sua maneira de ser sem exigência de mudança); o **respeito** (a pessoa que ajuda reconhece a enorme dignidade e valor da pessoa ajudada, independentemente da sua aparência física, do seu carácter, dos seus comportamentos e dos seus hábitos de vida) e a **empatia** (profundo sentimento de compreensão da enfermeira que percebe a dificuldade da pessoa ajudada, tendo a capacidade de penetrar no universo e colocar-se no lugar do outro).

De acordo com Carvalho e Cristão (2012) a prestação de cuidados de Enfermagem consolidados num processo de relação de ajuda, onde se



estabelece uma comunicação autêntica capaz de auxiliar o indivíduo a encontrar outras possibilidades de perceber, aceitar e encarar a sua nova condição, constitui um dos aspetos fundamentais que contribui para o desenvolvimento da confiança necessária, estimulando assim uma interação mais positiva entre o indivíduo, os cuidados de saúde e os seus novos contextos.

Como enfermeira, tenho a obrigação de no momento em que procedo ao acolhimento da D. Esmeralda, para dar início aos tratamentos prescritos tenho de tentar estabelecer uma comunicação eficaz, estabelecendo uma relação de ajuda e empatia, escutando-a, indo ao encontro das suas necessidades, esclarecendo as suas dúvidas e receios, desmistificando possíveis mitos, traçando um plano para o seu acompanhamento.

Fundamentalmente, devo prestar atenção à pessoa, uma vez que, de acordo com Collière (2000), é através da atenção singular dada à pessoa a quem prestamos cuidados que é enaltecido o sentido dado aos cuidados de enfermagem os quais permitem desenvolver intervenções que promovam a saúde e conseqüentemente previnam a doença.

Devemos refletir sobre as nossas dificuldades e expormo-nos às mesmas, no sentido de podermos crescer como profissionais e também como pessoas. Para compreender a pessoa que cuidamos temos de observar, escutar e estar atentos no sentido de a conhecermos o melhor possível. Assim, a relação estabelecida deve estar assente na compreensão, na empatia, na comunicação e na relação de ajuda.

Este foi o tipo de relação que pretendi estabelecer com a D. Esmeralda, desde o meu primeiro contacto com ela, ou seja, no momento do acolhimento, em que me competia escutá-la, explicar o tratamento a que ela iria ser sujeita, bem assim como, os efeitos secundários do mesmo, os cuidados a ter antes, durante e após o tratamento, desmistificando mitos, esclarecendo dúvidas e receios orientando e mostrando disponibilidade. Esta relação foi crescendo ao longo do tempo, comigo e com a minha enfermeira orientadora, que teria a tarefa de continuar o tratamento quando o meu estágio terminasse. Tornou-se uma relação empática e assente na confiança. A D. Esmeralda foi confiando

cada vez mais em nós, expondo as suas dúvidas e receios de forma a podermos ajudá-la a vivenciar esta etapa da sua vida com maior tranquilidade.

## **CONCLUSÃO E PLANEAMENTO DA AÇÃO**

O encontro entre o profissional de saúde e o doente, dá origem ao estabelecimento de uma relação comunicativa que se pretende cooperativa. O êxito dessa relação é o cerne da organização de estratégias para o cuidado (Lira & Catrib, 2004). É da responsabilidade do enfermeiro, escutar e informar o doente, através do estabelecimento de uma relação empática, bem assim como, do fornecimento de ferramentas, que o ajudem na construção do seu itinerário tanto terapêutico como social, facilitando o processo de adaptação a uma situação nova e inesperada.

A pessoa que sofre de um cancro está frequentemente muito ansiosa. Ela não sabe bem o que lhe acontece, ignorando o que se segue. Muitas vezes, será sujeita a tratamentos muitas vezes penosos, o que leva ao aumento da sua insegurança. Através da sua presença calorosa e tranquilizadora, a enfermeira assume um papel que irá ter uma influência muito benéfica. As suas principais ferramentas são evidentemente a escuta, sempre a escuta e as palavras de compreensão (Phaneuf, 2005).

A comunicação poderá ser descrita como a chave que permite responder com dignidade a todas as dimensões da pessoa doente. Em todas as circunstâncias, em maior ou menor grau, o ato de comunicar está presente, constituindo um laço permanente, ainda que invisível entre o enfermeiro, o doente e a sua família (Barbosa & Neto, 2006). O núcleo de qualidade dos cuidados de saúde deve assentar numa comunicação efetiva e deve ter início no momento do acolhimento.

Para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz, o enfermeiro tem que possuir competências básicas de comunicação, ou seja, demonstrar conhecimentos acerca dos comportamentos adequados a diferentes situações (Riley, 2004).

É fundamental refletirmos sobre as nossas ações do dia-a-dia e organizarmos esse conhecimento de forma a ser possível contribuir para uma tomada de decisão baseada em experiências passadas. Isto requer uma reflexão profunda para revermos o que já fizemos, potenciando o que fizemos bem e corrigindo as falhas e omissões, no sentido de transformar/ melhorar as nossas atitudes pelo desenvolvimento de novas competências no âmbito da comunicação. As conclusões a que chegamos são o culminar das nossas aprendizagens do passado o que nos dará a possibilidade de reorientar as novas ações transformando-as em bases para a prática futura.

Considero que através do trabalho desenvolvido na implementação deste projeto, e através de uma prática reflexiva foi possível desenvolver competências relacionadas com informação e comunicação à pessoa com doença oncológica, tal como é preconizado pela *European Oncology Nursing Society* (2013).

Pretendo no futuro, tendo em conta os conhecimentos adquiridos através da pesquisa concretizada sobre esta temática, bem como as experiências conseguidas com base nas observações realizadas e ainda através da autocrítica e de um processo reflexivo constante melhorar cada vez mais a minhas competências comunicacionais.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Bolander, V. B. (1998). *Luckmann e Sorensen: Enfermagem Fundamental*. Lisboa: Lusodidacta.
- Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*. 2(2), 138–142.
- Cancer Nursing Curriculum. (2013) *European Oncology Nursing Society (EONS)*. Brussels.
- 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 Referência*. 3(7), 103-112.
- Collière, M. F. (2000). *Promover a vida: Da prática das mulheres de viRTU-Vde aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros PoRTU-Vgueses.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching & learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.
- Hesbeen, W. (1993). *Cuidar no hospital enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Lira, G.V., Nations, M. K. & Catrib, A.M.F. (2004). Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar? *Textos & Contexto-Enfermagem*. 13, 147-155.
- Mendes, J.M.G. (1997). As práticas profissionais e os modelos de enfermagem. *Servir*. 45, 6-15.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6a Ed.). St. Louis: Mosby.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Pinto, C. A. S. & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Sobrevivente De Cancro: uma outra Realidade! *Texto Contexto Enferm*. 16, 142-8.
- Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A. & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 61(3), 312-318
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. Em A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ªed.) Loures: Lusociência.
- Silva, M. J. P. (2006). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Gente.

- Souza, R. C. G., Pinto, A. M., Silva, M. J. P. (2007). A percepção dos alunos de 2º e 3º anos de graduação em enfermagem sobre a comunicação não-verbal dos pacientes. In Carvalho E. C., *Comunicação em enfermagem*. (pp. 43-48). Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem. Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

**Apêndice XIX: Estudo de Caso**

## **COLHEITA DE DADOS**

A enfermagem, como disciplina, assegura a necessidade de compreender, estudar e investigar a pessoa na sua globalidade, considerando a pessoa na sua dimensão biológica, psicológica, social, cultural e espiritual promovendo a integridade e a interação (Carvalho e Cristão, 2012).

De acordo com Collière (2000), é através de uma observação personalizada de quem cuidamos que enfatiza o sentido dado aos cuidados de enfermagem permitindo desenvolver intervenções que promovam a saúde e consequentemente previnam a doença. Para Albuquerque (1990, p.265), “o plano de cuidados, formalizando o processo de enfermagem, é o tipo ideal de suporte de informação para esse fim”. Como tal, a planificação de cuidados tem de ser feita a partir de uma avaliação inicial/colheita de dados exaustiva, completa e universalmente reconhecida. Deste modo, esta avaliação tem o propósito de documentar a planificação de cuidados do enfermeiro, enriquecendo, fundamentando, justificando e sustentando as intervenções de enfermagem e o estabelecimento de prioridades (Rodrigues, 1998).

Assim, só através de uma colheita de dados completa associada a uma observação atenta e cuidada e estabelecendo uma relação de empatia e confiança, com a pessoa de quem cuidamos, é que se torna possível fazer uma apreciação global da mesma.

A colheita de dados apresentada foi realizada tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e a avaliação inicial utilizada para a admissão e acolhimento do doente no serviço.

### **Apreciação Inicial**

Nome: A.D.A.
Enfermeiro de Referência: A.N.
Médico Assistente: J.P.

Enviado por:
Proveniência: Consulta Externa de Urologia

Dados Gerais
Nome Preferido: A.
Idade: 79 anos
Nacionalidade: PoRTU-Vguesa
Diagnóstico Médico: Tumor vesical
Regime Terapêutico Quimioterapia/Imunoterapia: BCG
Faz medicação domiciliária: Sim
Medicação domiciliária: Finasterida 5mg, Memantina 10 mg, Tansulosina 0,4mg, Sinvastatina 40mg e Insulina Novomix 30 Penfill
Antecedentes pessoais: Hiperplasia benigna da próstata, Diabetes Mellitus tipo I, Dislipidemia, AVC, cirurgia a cataratas.
Antecedentes familiares: Desconhece.
Alergias: Nega
Tipo de Alergia
Consumo de drogas: Nega

Dados Sociais
Vive com: Esposa
Estado civil: Casado
Profissão: Operador de máquinas (reformado)
Religião: Católico
Nacionalidade: PoRTU-Vguesa
Apoio Prévio: Não
Experiências de Vida / Projeto de Vida: Segundo Chick e Meleis (1986, p. 239) transição é definida como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”, afirmando que a transição tem conotação com o tempo e o movimento. Pode-se considerar que a vida em si constitui uma transição, assim o complexo ciclo vital é um constante transformar-se de um



estado, fase ou períodos para outro (Chick e Meleis, 1986). Eventos marcantes como casamento, nascimento e educação dos filhos, saída dos filhos de casa, reforma e morte vão sendo delineados durante a evolução de cada fase (Carter e Mcgoldrick, 1995). Tendo em conta a sua experiência de vida, foram várias as fases transicionais de desenvolvimento marcantes e determinantes no seu percurso de vida. Neste contexto, mencionou como transições favoráveis as que se relacionam com as emoções e afetos, nomeadamente o seu casamento e, subsequente paternidade de 1 filho. A esposa é o seu grande apoio assumindo todos os cuidados que o Sr. A necessita. Mantém uma relação de confiança e companheirismo. O casal mantém ainda uma boa relação com o filho de 41 anos.

Na sua vida profissional exerceu funções como operador de máquinas não especificadas e encontra-se reformado desde os 55 anos de idade. Teve de se reformar após ter sofrido um AVC. Este acontecimento teve um impacto profundo na sua vida, assumindo-se como uma transição não favorável, uma vez que como sequela do AVC apresenta diminuição da força muscular dos quatro membros, necessita de ajuda parcial de outra pessoa, para realizar algumas das suas atividades de vida diárias como: o banho, o vestir, a alimentação, e a eliminação. O doente tem o apoio da esposa no domicílio. Segundo a esposa o Sr. A. já melhorou bastante depois de ter tido o AVC, conseguindo ter mais alguma autonomia na execução das tarefas de vida diária, no entanto ela nunca o pode deixar sozinho, tem de vigiá-lo permanentemente. Está constantemente preocupada com aquilo que o marido possa fazer quando está sozinho, vive numa grande ansiedade.

Atualmente o Sr. A encontra-se ansioso com a sua situação clínica e com receio principalmente de não conseguir tolerar os tratamentos. O casal tenta manter a sua rotina, que passa por fazerem duas caminhadas diárias (uma de manhã e outra à tarde). Esta atividade ajuda-o a manter-se ocupado e ativo.

Acolhimento
Apresentação equipa multidisciplinar: Sim
Apresentação do serviço: Sim
Horário de funcionamento: Sim
Entregue guia de ensino: Sim
Guia de acolhimento entregue: Sim
Consentimento informado assinado: Sim

Familiar/ Convivente Responsável:
Acolhimento da pessoa significativa: Sim
Outros familiares: Filho presta apoio ao casal
Identificação da pessoa significativa: Sim
Nome da pessoa significativa: E. A.
Grau de parentesco da pessoa significativa: Esposa
2º contacto telefónico: 9xxxxxxx
Suporte social: Não
Residência própria: Sim
<p>Observações: O Sr. A. habita com a esposa, num terceiro andar, num prédio sem elevador, com tipologia T2, com saneamento básico e eletricidade.</p> <p>Em relação às condições económicas, o Sr. foi operador de máquinas não especificadas e encontra-se reformado desde os 55 anos de idade, após ter sofrido um AVC. A sua esposa que trabalhava como assistente operacional no bloco de partos de um Hospital e também se encontra na mesma situação. Ambos consideram que os seus rendimentos dão apenas para os medicamentos e despesas básicas do dia-a-dia.</p> <p>O Sr. A. é casado há 47 anos, sendo a esposa a seu maior apoio e ajuda, assumindo o papel de cuidadora principal neste processo. A relação entre os dois é caracteriza-se por ser um relacionamento longo, estável, com laços fortes, constituindo um suporte crucial na trajetória de doença. Deve salientar-se igualmente o apoio prestado pelo filho. Dada a situação clínica</p>

nomeadamente pós AVC e a dependência de cuidados e vigilância por parte da esposa e também pelo facto de ter deixado de trabalhar o relacionamento com amigos tem sido negligenciado não assumindo grande importância.

O suporte familiar dado pelo filho do casal foi considerado importante, no entanto a esposa assume o papel de cuidadora, sendo determinante para o seu bem-estar biopsicossocial e espiritual constituindo-se, deste modo, como um fator facilitador, no processo de transição saúde/doença e na gestão dos cuidados.

A família assume um papel fundamental no estabelecimento e manutenção da saúde e do indivíduo doente, portanto deve ser considerada como foco de cuidados de enfermagem e dos demais profissionais de saúde (Souza e Santos 2008).

A família é um sistema de saúde para os seus membros, do qual faz parte um conjunto de valores crenças, de conhecimentos e de práticas que guiam as ações desta na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento da doença. Este sistema inclui ainda um processo de cuidar no qual a família supervisiona o estado de saúde dos seus membros, toma decisões quanto aos caminhos que deve seguir no caso de queixas ou sinais de mal-estar, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes, pedindo auxílio aos seus significantes e/ou profissionais (Schmitz, 2011). Assim, tendo por base o contexto familiar referido, é à esposa, que assume o papel de principal cuidadora, tendo esta decisão decorrido de uma forma natural, consciente e responsável

Respiração/ Circulação:
Hábitos tabágicos: Nega
Dispneia presente: Não
Aporte de oxigénio permanente: Não
Utiliza nebulizadores: Não
Tosse: Eficaz
Expetoração: Ausente

Edemas: Sem edemas
Cianose: Não.
Perdas hemáticas: atualmente sem perdas hemáticas

Alimentação
Peso medido (kg): 65kg
Altura medida (cm): 165
Apetite: Mantido
Dieta habitual: Dieta diabética
Alimentos que não gosta: Gosta de praticamente tudo.
Deglutição alterada: Não
Via de alimentação: Oral
Dependência atual: Autônomo
Uso de próteses dentárias: Não
Dentição: Incompleta (faltam 3 dentes da arcada superior).
Hábitos alcoólicos: Nega
Observações: realiza 6 refeições diárias. Refere ingerir água em pouca quantidade. Nos ensinamentos realizados, no momento do acolhimento e nos contactos posteriores, foi sempre lembrado da importância do reforço hídrico, principalmente nas 24 horas seguintes ao tratamento (pelo menos 1,5l).

Eliminação Vesical
Algália: Não
Anúria <input type="checkbox"/> Incontinência Poliúria <input type="checkbox"/> Polaquiúria <input checked="" type="checkbox"/>
Urgência Urinária <input checked="" type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/>
Autocuidado uso do sanitário: semi-dependente.
Padrão de eliminação vesical/dia: 10 vezes
Observações: Apesar de o Sr. A. não apresentar incontinência urinária, refere

ter necessidade de utilizar fralda, uma vez que por vezes tem urgência urinária, não conseguindo aguentar até urinar em local próprio. A esposa associa este facto a uma questão psicológica, uma vez que o mesmo normalmente ocorre em situações de stress ou ansiedade.

Durante os tratamentos foram utilizadas diferentes estratégias, tais como algaliação ou permanência do doente na sala de espera do serviço sem estar algaliado, no sentido de tentar maximizar o efeito do fármaco. As estratégias utilizadas tiveram sucesso, conseguindo-se atingir as 2 horas de tratamento preconizadas.

Eliminação Intestinal
Obstipação: Não
Diarreia: Não
Incontinência: Não
Nº dejeções/ Dia: 1 vez
Dependência atual: Autônomo

Tegumentos
Integridade cutânea: integra
Úlcera de pressão: Não
Pele e mucosas: integra e hidratada
Observações: Com o objetivo de manter a integridade da pele e prevenir o aparecimento de complicações (rubor, ardor, queimadura), no momento do acolhimento e nos tratamentos subsequentes foram realizados ensinamentos sobre a importância do doente realizar a sua higiene pessoal, após urinar, com água corrente. Durante o período de tratamento o doente não apresentou alterações cutâneas.

Sono e Repouso
Padrão de sono: mantido
Hábitos de sono: Deita-se cerca das 22h e levanta-se cerca das 7h (9h de sono diárias)
Hábitos de repouso: por vezes dorme a sesta após o almoço.

Mobilidade
Dependência atual: Autónomo.
Uso de próteses: Não.
Observações: realiza duas caminhadas diárias, uma no período da manhã e outra no período da tarde.

Autocuidado: Higiene
Dependência atual: Autónomo
Observações: O doente apresenta aspeto limpo e cuidado.

Neurosensorial
Estado de consciência: Consciente.
Orientação no tempo e espaço: Sim
Alterações sensoriais: Não
Uso de próteses: Não
Parésia: Não
Parestesia: Não
Plegia: Não
Agitação: Não
Observações: Contacto fácil. Discurso perceptível. Ao longo da prestação de cuidados o doente foi capaz de exprimir os seus sentimentos, as suas dúvidas e os seus receios e foi dando <i>feedback</i> sobre o tempo que conseguia tolerar o tratamento, bem como os efeitos secundários do mesmo.

Outros Dados
Observações: toda a informação usada nesta colheita de dados surgiu da interação de diálogos informais com o doente e esposa. O doente e a esposa aceitaram colaborar e deram o seu consentimento verbal para a elaboração deste trabalho.
Fonte de Dados: observação e diálogo com o doente e a esposa, a recolha de dados do processo clínico, os registos de enfermagem e a pesquisa bibliográfica.

Parâmetros Vitais
Pulso (p/min): 90
TA Sistólica (mmHg): 143
TA Diastólica (mmHg): 68
Respiração (c/min): 16
Temperatura (°C): 36,7
Dor (escala numérica): 0

## HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

O Sr. A era seguido na consulta de urologia por hiperplasia benigna da próstata desde maio de 2010. Realiza consulta de rotina desta especialidade, a 10/05/2017, onde é verificado na análise à Urina II a existência eritrocituria. O doente nega hematúria ou infecção do trato urinário. Refere apenas beber pouca água. São pedidas análises, ecografia, citologia, urocultura e uretrocistoscopia,

A 19/07/2017 realiza uretrocistoscopia que revela: uretra sem lesões, próstata volumosa, obstrutiva e com proclividade endovesical, bexiga com capacidade mantida e uma lesão polipoide 2-3 cm adjacente ao meato ureteral esquerdo. É proposto ao doente a realização de ressecção transuretral vesical (RTU-V-V), tendo o doente concordado.

O Sr. A foi submetido RTU-V-V a 14/09/2017, tendo sido realizados os seguintes procedimentos: uretrocistoscopia rígida identifica tumor vesical; ressecção endoscópica de tumor vesical (tumor + base de tumor); evacuação dos fragmentos de ressecção com Ellik; hemóstase e eletrocoagulação do leito tumoral; algaliação e LVC com líquido de retorno rosado claro. Fez ainda, instilação de Mtomicina C no pós-operatório imediato. Durante o internamento cumpriu terapêutica médica prescrita. Não desenvolveu quadro de infecção nosocomial. Foi desalgaliado, urinando espontaneamente. Tem alta para o domicílio a 20/09/2017. Leva pedido de TC abomino-pélvico e uretrocistoscopia para dezembro de 2017.

A 21/09/2017 o Sr. A recorre ao serviço de urgência por hematúria franca e retenção urinária. É algaliado com uma *foley* número 20 de 3 vias, com lavagem vesical continua, com saída de urina hemática, ficando internado na UFU. No internamento fez controle analítico e exames auxiliares de diagnóstico. Vai ficando sem hematúria. Melhoria do quadro clínico, apirético, eupneico e hemodinamicamente estável. Algália funcionante com urina clara. Após retirada a algália e depois de micção espontânea tem alta a 26/09/2017. É aconselhado a vir ao Serviço de Urgência no caso de aparecimento de semiologia. Saiu acompanhado para o domicílio pela pessoa significativa.

No dia 28/09/2017 apresenta novo quadro de hematúria associada a febre (38°C), pelo que recorre ao Serviço de Urgência. Foi algaliado e realizou



análises ao sangue. Ficou novamente internado na UFU, tendo sido submetido a antibioterapia e irrigação da bexiga. Vai apresentando melhorias progressivas do seu quadro clínico, ficando sem hematúria.

Teve alta clínica a 03/10/2017, após ter sido desalgaliado e urinado espontaneamente.

A 11/10/2017 teve consulta com médico urologista assistente. Ficou registado que o doente apresentava um tumor perimeato ureteral esquerdo com uma dimensão de cerca de 3cm e que realizou instilação de Mitomicina C no período peri operatório.

Segundo o relatório da anatomia patológica o doente apresentava um carcinoma urotelial de alto grau pTa. É-lhe proposta a realização de tratamento intravesical de imunoterapia com BCG, por um período de três anos. O doente aceitou, dando início ao mesmo no dia 15/11/2017.

Quando o meu estágio terminou faltava apenas um tratamento para o Sr. A concluir a fase de indução (6 semanas). Passaria posteriormente à fase de manutenção na qual faria: um ciclo de três tratamentos ao terceiro, sexto, nono, décimo segundo, décimo oitavo, vigésimo quarto, trigésimo e trigésimo sexto meses.

## PLANO DE CUIDADOS SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Tendo por base a avaliação inicial realizada foram identificados os principais focos sensíveis aos cuidados de enfermagem e diagnósticos correspondentes, segundo a CIPE.

### Foco sensível aos cuidados de enfermagem: Gestão do Regime Terapêutico

<b>Foco: Gestão do Regime Terapêutico</b>	
<b>Diagnóstico:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Conhecimento sobre Regime Dietético Não Demonstrado</li><li>2. Conhecimento sobre Regime Medicamentoso Não Demonstrado</li></ol>	
Segundo a CIPE, a gestão do regime terapêutico “é um tipo de comportamento de adesão com as características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2005, p.58)	
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ensinar sobre regime medicamentoso</li><li>• Ensinar sobre respostas / reações aos medicamentos</li><li>• Ensinar sobre autovigilância: respostas/reações ao medicamento</li><li>• Ensinar sobre a relação entre autovigilância e prevenção de complicações</li><li>• Ensinar sobre regime medicamentoso para controlo resposta/reacção medicamento</li><li>• Ensinar sobre a dieta</li><li>• Incentivar ingestão de líquidos</li><li>• Providenciar material de leitura</li></ul>	
<b>Resultado Esperado</b>	<b>Diagnóstico:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Conhecimento sobre Regime Dietético Demonstrado</li><li>2. Conhecimento sobre Regime Medicamentoso Demonstrado</li></ol>

## Foco Sensível aos cuidados de enfermagem: Comportamento de Adesão

<b>Foco: Comportamento de Adesão</b>	
<b>Diagnóstico:</b> Risco de Comportamento de Adesão Não Adequado	
Comportamento de adesão é um “tipo de comportamento de procura de saúde com as características específicas: ação auto-iniciada para promover o bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2005, p. 57).	
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar crenças erróneas relacionadas com o regime medicamentoso</li><li>• Ensinar sobre complicações de comportamento de adesão não adequado</li><li>• Promover suporte emocional</li><li>• Incentivar comportamento de adesão</li><li>• Promover envolvimento da família</li></ul>	
<b>Resultado Esperado</b>	<b>Diagnóstico:</b> Comportamento de Adesão

### a. Foco Sensível aos cuidados de enfermagem: Infeção

<b>Foco: Infeção</b>	
<b>Diagnóstico:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Conhecimento sobre prevenção de infeção não demonstrado</li><li>2. Conhecimento sobre prevenção de infeção do prestador de cuidados não demonstrado</li><li>3. Risco de infeção</li></ol>	
Segundo a CIPE, infeção “processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzam e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreções de toxinas ou reação antigénio-anticorpo.” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2005, p.59).	
<b>Intervenções de Enfermagem</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar risco de infeção</li><li>• Avaliar conhecimento sobre prevenção de infeção</li></ul>	

- Ensinar sobre prevenção de infecção

**Resultado Esperado**

**Diagnóstico:**

1. Conhecimento sobre prevenção de infecção demonstrado
2. Conhecimento sobre prevenção de infecção do prestador de cuidados demonstrado

## **INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**

Segundo Lira (2004) a doença constitui uma situação-problema com um enorme impacto na vida quotidiana, exigindo dos indivíduos medidas normalizadoras, que lhes permitam enquadrar a experiência geradora de rutura em esquemas interpretativos e reintegrá-la.

O diagnóstico de doença oncológica, ainda se encontra muito associado a uma evolução fatal e os tratamentos que a acompanham são fonte de intenso sofrimento psicológico para o doente e para a família. Apesar de alguns doentes conseguirem adaptar-se à doença, outros apresentam dificuldades nessa adaptação após o diagnóstico (ou até antes), sendo possível a ocorrência de perturbações emocionais, como é o caso de ansiedade e/ou depressão clinicamente significativas. A adaptação à doença oncológica é influenciada por fatores psicológicos, individuais, sociais, culturais, económicos e emocionais.

De acordo com Orem (2001), uma das categorias dos requisitos de autocuidado tem como objetivo levar a cabo terapêuticas médicas e medidas de reabilitação para a patologia, em si. Quando cuidam doentes oncológicos, nomeadamente em processos de quimioterapia, os enfermeiros devem ter capacidade de conduzir o doente na incorporação das medidas de tratamento prescrito pelo médico e nas atividades de autocuidado (Orem, 2001).

Durante o tratamento com terapêutica intravesical, o doente deve ser avaliado antes e depois de todas as instilações em relação a: estado geral de saúde; estado de saúde urológico específico; capacidade de entender o procedimento; capacidade de cumprir o plano de tratamento; compreender as complicações do tratamento (Vahr et al, 2015). Segundo Pontes (2009) ao abrigo da Joint Commission International (JCI), a avaliação dos doentes deve integrar processos, como: a recolha de informações e dados sobre a condição física, psicológica e social do doente, e sobre o seu historial de saúde; a análise desses dados e informações para identificar as necessidades de cuidados do doente; e por fim o desenvolvimento de um plano de cuidados para fazer face às necessidades de prestação de cuidados de saúde identificadas no doente. Após a avaliação inicial do doente, o processo de

enfermagem ganha seguimento, pondo em prática as intervenções de enfermagem planeadas, e a posterior avaliação dos seus resultados.

No encontro entre o profissional de saúde e o doente, estabelece-se uma relação comunicativa que se pretende cooperativa. O êxito dessa relação é o cerne da organização de estratégias para o cuidado clínico (Lira, 2004). O enfermeiro ao estabelecer uma relação de confiança e empatia desempenha um papel fundamental na construção do caminho da pessoa que cuida, mas para tal tem de estabelecer uma relação comunicativa. Esta deve começar desde o momento do acolhimento, tal como aconteceu com o Sr. A, e vai sendo construída e desenvolvida durante o tratamento.

Pode-se definir o ato de acolher como o estabelecimento de uma rede de confiança e solidariedade entre cidadãos, doentes, profissionais, que favorece a construção de uma relação de confiança e respeito para com aquele que procura os serviços de saúde. Deste modo, observamos que tal relação favorece a participação do doente, tornando-o corresponsável e protagonista nos cuidados com a sua saúde, o que, conseqüentemente, amplia a eficácia dos serviços prestados (Coelho, Jorge e Araújo, 2009 & Pinafo, Lima e Baduy, 2008).

O meu primeiro contacto com o Sr. A foi o momento em que o acolhi no HDU. Comecei por realizar a avaliação inicial de forma a colher os dados necessários para melhor adaptar a minha prática de cuidados às necessidades identificadas.

O Sr. A e a esposa estavam bastante ansiosos com o que se iria passar, com os tratamentos a que o doente iria ser sujeito e principalmente se iria conseguir tolerar os mesmos. Comecei então por tentar perceber se o doente e a esposa tinham conhecimento da situação clínica, e de facto tinham. Como tal, passei à explicação sobre o que constituía o tratamento, como iria ser realizado, o que fazer antes, durante e após o tratamento. Escutei, prestei atenção e esclareci dúvidas que o casal tinha relativamente aos efeitos secundários que a terapêutica poderia ter. Procedi à entrega do guia de orientação para o tratamento para que o Sr. A e a esposa pudesse consultar e disponibilizei-me para esclarecer quaisquer dúvidas que fossem surgindo,

garantindo que estava ali para os ajudar a vivenciar esta nova etapa no seu processo de saúde-doença. Verifiquei se o doente estava pronto para a administração da terapêutica e procedi à administração da mesma. Devido à ansiedade demonstrada, e ao medo de não conseguir tolerar o fármaco na bexiga, decidiu-se conjuntamente que neste primeiro tratamento o doente permaneceria algaliado, na maca do HDU durante as duas horas do tratamento. O procedimento decorreu sem intercorrências. Foram reforçadas as indicações dadas durante o acolhimento, nomeadamente sobre o despiste de complicações e o que fazer em caso de ocorrência das mesmas, bem como a importância do reforço hídrico. Deu-se ainda especial ênfase ao facto do procedimento ter corrido como desejado, fazendo o reforço positivo da situação, promovendo-se assim a adesão ao tratamento.

No segundo contacto perguntei ao Sr. A, como é que ele se sentia e como tinha corrido a sua semana, se tinha tido alguns efeitos secundário, como febre ou hematúria, ou se tinha sentido necessidade de alterar alguma coisa na sua rotina diária. Incentivei-o a expor as suas dúvidas. O doente permanecia ansioso com a situação, nomeadamente no que respeita à tolerância do tratamento durante o tempo necessário. Referindo em simultâneo que não gostava de permanecer algaliado. Como tal, uma vez que não existia nenhuma contraindicação para a realização do procedimento, efetuei o mesmo. No sentido de ir ao encontro dos desejos do doente, optou-se por não manter o Sr. A algaliado e deitado, ficando antes na sala de espera o tempo que conseguisse tolerar a terapêutica. Nesse dia conseguiu permanecer 1 hora e 30 minutos. Foi mais uma vez feito o reforço positivo da situação e dado ênfase ao facto de ter corrido tudo bastante bem. Foram igualmente lembrados os efeitos secundários que poderiam ocorrer, a importância da ingestão hídrica e da manutenção das rotinas de vida diárias.

O terceiro contacto com o Sr. A deu-se na semana seguinte. Mais uma vez, foi feita uma avaliação do processo. Combinou-se que nesse dia iríamos experimentar que o Sr. A após a instilação da BCG fosse para casa e aí realizasse a primeira eliminação. Após o tratamento o doente foi para casa com as respetivas recomendações, reforçando a importância de realizar a lavagem

com água corrente, após a eliminação urinária para evitar efeitos nocivos na pele e a importância do reforço hídrico. Foram mais uma vez lembrados os possíveis efeitos secundários o que fazer em caso de ocorrência dos mesmos.

Na semana seguinte, o doente referiu que tinha urinado logo que chegou a casa, que não tinha conseguido aguentar mais, associando esse facto ao nervosismo que sentia. Sentia-se um pouco frustrado com a situação. Dei o apoio necessário e afirmei que eram coisa que aconteciam e que não deveria desanimar. No futuro correria melhor (provendo deste modo, uma melhor adesão ao tratamento).

Combinei com o Sr. A e a esposa que após o tratamento permaneceriam no hospital, uma vez que quando tínhamos feito dessa forma tinha conseguido tolerar por mais tempo o tratamento. E foi deste modo que o fizemos, conseguindo tolerar a terapêutica por 1 hora e 20 min. Foi dada especial relevância ao facto de o doente ter conseguido tolerar o tratamento.

No último tratamento, que tive oportunidade de realizar ao Sr. A, a estratégia utilizada foi a mesma, tendo-se optado pela permanência do doente no hospital Este tolerou a BCG, por cerca de 1 hora e 45 minutos, tendo o mesmo referido que nesta última semana se tinha sentido melhor, com menos urgência urinária. Expliquei ao Sr. A e à esposa que este era o meu último dia de estágio, que passariam a ser acompanhados pela minha enfermeira orientadora, que também estava envolvida nos seus cuidados, salientando que os tratamentos estavam a correr muito bem e que acreditava que assim continuassem.

Desde início, do primeiro contacto, tentei estabelecer uma relação de ajuda, de confiança e empatia. A prestação de cuidados de Enfermagem consolidados num processo de relação de ajuda, onde se estabelece uma comunicação autêntica capaz de auxiliar o indivíduo a encontrar outras possibilidades de perceber, aceitar e encarar a sua nova condição, constitui um dos aspetos fundamentais que contribui para o desenvolvimento da confiança necessária, estimulando assim uma interação mais positiva entre o indivíduo, os cuidados de saúde e os seus novos contextos (Carvalho e Cristão, 2012). Como se verificou com o Sr. A. e sua esposa, que destacou a importância que



eu e a minha enfermeira orientadora tínhamos tido no processo de tratamento de doença que agora vivenciam.

Durante o meu estágio tive oportunidade de estabelecer uma relação de confiança, de ajuda e de comunicação terapêutica com o doente e sua esposa, sendo capaz de ir adaptando a prestação de cuidados aos problemas que iam surgindo.

Foi muito notório durante a minha prestação de cuidados ao Sr. A a importância da sua esposa na gestão da doença e do tratamento.

A família do doente ou um não-enfermeiro que esteja em contacto com o mesmo, tornam-se progressivamente competentes na tomada de decisões no que concerne ao quotidiano, no cuidado personalizado ao doente ou providenciando e gerindo o cuidado ao doente, usando a supervisão de enfermagem e recorrendo a ela, conforme necessário (Orem, 2001). Wood (2012) reforça a ideia que o envolvimento da família/cuidador pode contribuir para o reforço educacional em casa, motivando o doente para aderir ao tratamento.

Deste modo, visando a promoção da adesão à quimioterapia intravesical, o enfermeiro deverá providenciar cuidados no sentido de conhecer e ir ao encontro das necessidades de manutenção e regulação do autocuidado, promovendo e capacitando a pessoa para o envolvimento no mesmo. Agindo deste modo o enfermeiro cumpre o terceiro passo do processo de enfermagem preconizado por Orem (2001). No entanto, segundo a mesma autora, os indivíduos podem ainda necessitar de assistência e supervisão para a concretização do autocuidado.

É ainda da responsabilidade do enfermeiro, informar e escutar o doente, bem assim como, fornecer-lhe ferramentas, que o ajudem na construção do seu itinerário tanto terapêutico como social, de modo a facilitar o processo de adaptação a uma situação nova e inesperada, promovendo a capacitação para o autocuidado.

Ao longo dos vários encontros/ tratamentos, o doente e a esposa foram sendo capacitados para lidar com os possíveis efeitos secundários que podiam

ocorrer devido ao tratamento, o que fazer no caso da sua ocorrência, tendo sido sempre reforçada a importância da ingestão hídrica.

O suporte educacional prestado a esta família, através dos ensinamentos realizados presencialmente, reforçados com suporte escrito através do guia para o tratamento, foram essenciais para a adesão ao tratamento, para a capacitação do autocuidado e melhoria dos cuidados prestados.

Nesta relação terapêutica foi-se igualmente trabalhando, ao longo do tempo, a adesão ao tratamento, reforçando-se a importância do mesmo e desmistificando os mitos relacionados com a temática. Foi dado apoio emocional e esclarecidas dúvidas.

Assim, ao analisar a intervenção de enfermagem verifica-se que o plano de cuidados delineado estava de acordo com as necessidades identificadas, tendo-se conseguido cumprir na sua totalidade e obtido os resultados esperados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, M. T. C. (1990) - Avaliação da qualidade em cuidados de enfermagem. *Servir*. 37(5), 261-265.
- Carter, B.; Mcgoldrick, M. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. In: Carter, B.; Mcgoldrick, M. et al. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. (2ª. ed). pp. 7-29. Porto Alegre: Artes Médicas.
- 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 Referência*. 3(7), 103-112.
- Chick, N.; Meleis, A.I. (1986). Transitions: a nursing concern. In: Chinn, P. L. *Nursing research methodology*. pp. 237-257. Rockeville: Aspen.
- Coelho, M. O., Jorge, M. S. B., Araújo, M. E. (2009). O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 33(3), 440-52.
- Collière, M. F. (2000). *Promover a vida: Da prática das mulheres de viRTU-Vde aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros PoRTU-Vgueses.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2005). *CIPE/ICNP - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. (Associação PoRTU-Vguesa de Enfermeiros, Ed.) (3ª ed.). Lisboa: Associação PoRTU-Vguesa de Enfermeiros.
- Lira, G.V., Nations, M. K., Catrib, A.M.F. (2004). Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar? *Textos & Contexto-Enfermagem*. 13, 147-155.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6a Ed.). St. Louis: Mosby
- Pinafo, E., Lima, J. V. C., Baduy, R. S. (2008). Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. *Rev. Espaço. saúde*. 9(2),17-25.

- Pontes, J. (2009). Avaliação inicial do doente, importância e realidade. *Jornadas da Qualidade*. Centro Hospitalar do Alto Ave. 11/2009. Disponível em: <http://jornadasdaqualidade.files.wordpress.com/2009/11/avaliacao-inicial-do-doente-importancia-e-realidade-jorge-pontes.pdf>
- Rodrigues, M. A. (1998). Das fontes de informação ao discurso científico. *Referência*. 0. 41-48.
- Schmitz, J. (2011). A Trajetória da Família de Portadores de Insuficiência Renal Crónica: Desafios e a Emergência Familiar. *Nursing*. 13(154),138-143.
- Souza, M. G. G., Santos, F. H. E. (2008). O olhar que olha o outro um estudo como familiares de pessoas em quimioterapia ante neoplásica. *Revista Brasileira de cancerologia*. 54,31-41.
- Vahr, S., De Blok, W., Love-Retinger, N., Thoft, B., Jensen, B., Turner, B., Villa G., Hrbáček, J. (2015). *Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care - Intravesical instillation*. Arnhem: European Association of Urology Nurses.
- Wood, L. (2012). A review on adherence management in patients on oral cancer therapies. *European Journal of Oncology Nursing*. 16(4), 432–438.

**Apêndice XX:** Reflexão – “Humanização dos cuidados: a mudança do modelo de enfermagem instituído”

# **REFLEXÃO – “HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS: A MUDANÇA DO MODELO DE ENFERMAGEM INSTITUÍDO”**

## **INTRODUÇÃO**

O acolhimento de forma humanizada tem como ponto de partida o estabelecimento de uma relação humana de qualidade, a qual pode dar início a uma relação de ajuda. A primeira imagem/impressão relativamente a um local desconhecido assume-se como muito importante para as pessoas; a transmissão de segurança devido a uma imagem de que se domina o ambiente e se tem segurança sobre o que se está a dizer; disponibilidade no esclarecimento de dúvidas e na transmissão de informações; alguém que está presente sempre que o outro necessita, é o ponto de partida para o estabelecimento de uma relação de confiança. O enfermeiro que acolhe deve ter empenho no estabelecimento de uma relação verdadeira com a família, contribuindo no alívio de sintomas de inadaptação (Matumoto, 2009).

Para uma boa prestação de cuidados é essencial uma componente de humanização, uma vez que não se trata da pura satisfação de um direito formal, pois à competência técnica deve associar-se o cuidado humano (componente moral) e o cuidado social para que deste modo consigamos atingir uma qualidade global, que diga respeito a um conjunto de atividades em prática, que favorecem e mantêm um elevado nível de excelência, resultante da interação entre humanização (qualidade humana no relacionamento e atendimento) e excelência técnica (qualidade e segurança na prestação de cuidados) (Jorge & Simões, 1995).

Considero que o caso por mim apresentado permite analisar e perceber a importância de prestarmos cuidados humanizados, holísticos e centrados na pessoa. Permitirá ainda perceber o impacto do presente projeto na mudança do método de trabalho instituído.

De modo a organizar e sistematizar o processo reflexivo utilizarei o Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988), uma vez que a aplicação deste método permite

refletir sobre as situações e perceber de que forma as ações podem ser melhoradas.

## **DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO**

A situação que passarei a descrever ocorreu no meu terceiro estágio, que desenvolvi no meu local de trabalho, quando realizei o acolhimento de uma doente que iria iniciar tratamentos de quimioterapia intravesical.

D. Maria (nome fictício), 59 anos, portuguesa, casada, compareceu sozinha para a realização do seu primeiro tratamento de quimioterapia intravesical.

O percurso hospitalar da D. Maria era longo, uma vez que já tinha sido sujeita a 4 intervenções cirúrgicas (RTU-V-V) e realizado 1 ciclo de quimioterapia intravesical, (Mitomicina C durante um ano) e outro de imunoterapia intravesical com BCG, durante um ano. Assim, este tratamento seria o terceiro a que iria ser submetida.

A doente encontrava-se cansada, desmotivada e revoltada com a sua situação clínica. No nosso contacto percebi que a D. Maria não precisava que eu lhe explicasse a parte técnica do tratamento, nem que lhe referisse quais eram os seus efeitos secundários, nem tão pouco que lhe ensinasse o que devia fazer antes e após. O que precisava sim era de ser ouvida, de expressar as suas emoções e sentimentos relativamente à situação em que se encontrava.

Deste modo, disponibilizei-me para a ouvir e ajudá-la naquilo que me fosse possível. No decorrer da nossa conversa a D. Maria partilhou comigo o choque que teve após a sua primeira cirurgia, pois quando acordou, pensava que o seu problema tinha ficado resolvido, e ao perguntar ao médico como é que estava a sua situação, se tinha ficado curada. Ao que este respondeu: “curada? Claro que não! Isso só com um saco na barriga” (sic). Face a este testemunho fiquei sem palavras.

## **PENSAMENTOS E SENTIMENTOS**

O que a D. Maria partilhou comigo deixou-me realmente perplexa. Como seria possível que alguém, principalmente um profissional de saúde, tivesse uma atitude destas? Como teria sido capaz de ser tão frio com uma pessoa que tinha acabado de receber a notícia de ter um cancro e ser sujeita a uma cirurgia, e para além disso ainda teria de realizar quimioterapia.

De tal modo, fiquei chocada com o que a doente me tinha contado que comentei o assunto com uma colega do serviço. O caso já era seu conhecido e também ela me referiu ter ficado perplexa.

Depois desta conversa fiquei a pensar se já teria tido algum contacto com esta senhora, talvez já lhe tivesse realizado algum tratamento. No entanto, uma coisa era certa não me lembrava da sua situação, o que significava então que não tinha sido capaz nessa altura de estabelecer uma relação eficaz com a doente e conseqüentemente os cuidados prestados não tinham sido certamente humanizados e centrados na doente.

Ao refletir sobre esta situação sinto que não cumpri a minha função enquanto profissional de enfermagem, uma vez que deveria ter sido capaz de ter dito mais alguma coisa, ter incentivado a doente a exprimir os seus sentimentos e ajudá-la a melhor lidar com a situação que ela partilhava comigo. Na realidade sinto que não cumpri o meu dever enquanto enfermeira.

## **AValiação DA SITUAÇÃO**

Esta experiência fez-me perceber que nem sempre damos atenção ao que se passa ao nosso redor, uma vez que, esta senhora já era doente da UEE desde o ano de 2015 e certamente eu já lhe teria prestado cuidados mas nunca me apercebi daquilo por que ela estava a passar. Seguramente não lhe terei dado a atenção necessária para que partilhasse comigo as suas angústias e desse modo eu conseguisse perceber o que sentia. Foi um momento revelador, para que me fez perceber que devemos estar atentos a todos os pormenores, ouvirmos e prestarmos atenção aqueles de quem cuidamos e aos quais prestar



cuidados humanizados, centrados na pessoa, dando resposta a todas as suas necessidades físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais.

Refletindo sobre a minha falta de resposta, relativamente ao que a senhora tinha partilhado comigo não tendo eu ter conseguido dar uma resposta satisfatória, considero que deveria dado um maior apoio à D. Maria, dizendo-lhe algo que a confortasse, ou então tê-la incentivado a exprimir os seus sentimentos, no sentido de a ajudar a ultrapassar esta situação que a marcou de uma forma muito profunda, uma vez que passados mais de dois anos ela ainda a referia.

Espero que a reflexão sobre a situação apresentada, me permita crescer enquanto profissional e que em situações semelhantes conseguia dar uma resposta diferente, mais adequada às necessidades da pessoa/família, uma vez que só através de um processo reflexivo justo e crítico é que conseguiremos identificar os nossos erros e desse modo corrigi-los.

## **ANÁLISE**

Ao analisar esta situação, infelizmente constato que estas situações ocorrem muito mais vezes do que seria desejável. As pessoas são confrontadas com a notícia de um cancro, segue-se a notícia de terem que ser sujeitas a uma cirurgia, seguida de quimioterapia. Em todo este processo não são dadas grandes explicações e muitas vezes a postura do profissional é fria e de distanciamento.

Frequentemente os profissionais de saúde, têm o seu centro de atenção na doença, no problema clínico em si. A pessoa passa para segundo plano, ou seja, os seus sentimentos, os seus receios, as suas angústias não são valorizados. Atuamos desta forma sem nos apercebemos, pois trata-se de um processo mecanizado e não refletido.

Como já referi e volto a frisar, o foco de atenção é a doença, o problema clínico em si. Foi o que aconteceu no caso que apresento, em que é dito que o problema da doente só se resolve com uma cistectomia radical não se acrescentando mais nada no sentido de a aliviar, agindo-se sobretudo segundo

o modelo biomédico. De acordo com o mesmo, o homem é considerado somente um ser biológico constituído por células que formam os tecidos, formando estes os órgãos, que por sua vez vão dar origem aos sistemas. Neste modelo o objetivo da atividade profissional tem o seu ponto central no diagnóstico e no tratamento e o seu objetivo é a cura. O ser humano é um ser biológico formado por partes. A pessoa é tida como um sujeito passivo no processo de cuidar, não se incentivando de nenhuma forma a sua participação. A intervenção profissional está de acordo com o diagnóstico médico ou com rotinas e normas da instituição, o critério do sucesso dos cuidados define-se pela cura, favorecendo-se o cumprimento das tarefas em prejuízo da comunicação, valorizando-se os aspetos objetivos da situação dos doentes e negligenciando-se os aspetos subjetivos e os seus sentimentos relativamente às situações que estes estão a vivenciar (Mendes, 1997).

Através da observação dos meus pares fui levada a pensar sobre o modo como ajo em situações semelhantes. Assim, ao refletir e analisar as minhas práticas percebi, que muitas vezes, sem ter consciência disso, atuo segundo o modelo biomédico. As enfermeiras que se regem por este modelo valorizam principalmente a concretização das tarefas visíveis inerentes a cuidados físicos, às rotinas e pouco ou nenhum tempo é destinado aos aspetos individualizados dos cuidados, e da comunicação. Neste modelo, a intervenção do profissional é orientada pelo diagnóstico e tratamento da doença sendo o principal papel da enfermeira o cumprimento exato da prescrição médica, não atendendo às restantes necessidades do doente (Mendes, 1997). Se em algumas ocasiões atuo segundo este modelo, penso que se deve provavelmente ao facto de estar inserida numa equipa onde esse é o modelo privilegiado e por ser mais fácil, uma vez que se trata de uma forma de afastamento e defesa para não ter que se lidar com situações que poderão ter em mim um profundo impacto negativo, nomeadamente, no que concerne a diagnósticos de patologia oncológica ou tratamentos de quimioterapia.

A situação descrita é certamente um aspeto que terei de melhorar através do trabalho, da reflexão e do autoconhecimento adotando preferencialmente uma prática de acordo com o modelo holístico. A visão

holística dos seres humanos é aquela em que a pessoa constitui um todo que integra partes biológicas, psicológicas, sociais e espirituais e sendo que o seu todo constitui mais do que a mera soma das partes. A mente e o corpo interagem continuamente e a pessoa na sua complexidade interage também com o ambiente externo e social. Assim uma doença de tipo biológico, psicológico ou social pode causar enfermidade também em outros campos (Bolander,1998).

O modelo de Watson (2002) integra um ideal de cuidado que deve ser ao mesmo tempo humanista e científico, no qual deve estar contido, entre outros, a formação de um sistema humanístico-altruísta visando o desenvolvimento de uma relação do cuidar humano. Ao fazermos a análise desta filosofia holística tomamos consciência que temos de compreender a pessoa na sua totalidade, não esquecendo as suas potencialidades e fragilidades e para tal é necessário escutá-la, perceber as suas necessidades, de modo a melhorar os cuidados que prestamos.

Apesar desta senhora ter vindo a ser acompanhada pela equipa em que me insiro desde 2015 eu não a conhecia. Acidentalmente, deu-se o caso da colega com quem partilhei os meus pensamentos e sentimentos relativos a esta situação conhecer a D. Maria. No entanto, o mesmo poderia não ter acontecido.

Na UEE o método de trabalho instituído é de cuidados de enfermagem individuais que se baseiam no conceito de cuidado global, implicando a atribuição de um enfermeiro a um único cliente ou mais, se a “carga de trabalho” o permitir. Os cuidados prestados não são fragmentados no período de serviço do enfermeiro. Todos os cuidados são prestados pelo mesmo enfermeiro. A totalidade dos cuidados é prestada pela enfermeira afeta ao doente, embora não possa ser coordenado de um turno para o outro, ou de um dia para o outro (Costa, 2004).

No caso da quimioterapia intravesical, a prestação de cuidados é assegurada a maior parte das vezes, por enfermeiras diferentes todas as semanas, sendo difícil assegurar a continuidade dos cuidados e o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional e

doente/família, como é exigido em qualquer cuidado que prestamos, mais ainda, numa prestação de cuidados a uma situação crónica, que exige continuação, como é o caso da quimioterapia intravesical.

Com a implementação deste projeto no serviço, conseguiu-se perceber a importância do momento do acolhimento e do posterior acompanhamento do doente/ família pelo enfermeiro que realizou esse mesmo acolhimento. Este passa assim a assumir o papel de enfermeiro de referência, sendo o elo de ligação entre o serviço, a instituição e o doente/ família.

A prestação de cuidados de enfermagem por enfermeiro responsável (de referência ou enfermagem primária) respeita o conceito de cuidados individualizados. Cada indivíduo está ligado a um enfermeiro primário que possui a responsabilidade de todos os cuidados.

Assim, a prestação de cuidados segundo este método garante por si só a avaliação da performance individual, a mensuração do desempenho, a avaliação individual dos efeitos dos cuidados e a responsabilidade que é fixa (Costa, 2004).

A humanização dos cuidados é o principal objetivo, sendo a sua principal característica a descentralização das tomadas de decisão, implicando isto o reconhecimento, por parte da administração, do direito dos enfermeiros que prestam cuidados, de tomarem as decisões necessárias para assegurarem a qualidade dos cuidados prestados (Costa, 2004).

Só com a continuidade da relação é que se torna possível estabelecermos uma relação de confiança, empatia e prestar cuidados humanizados.

A Humanização nos serviços de saúde potencia múltiplos benefícios no sentido de uma melhor satisfação dos clientes e dos profissionais. Humanizar implica uma proposta de escuta qualificada, diálogo, estabelecimento do vínculo afetivo, tem como objetivo atingir um processo de reciprocidade, de compromisso, os quais somados às práticas tecnológicas podem contribuir ainda mais para aumentar o conhecimento que temos do outro e a qualidade dos cuidados prestados (Falk, 2010).

A concretização de um acolhimento humanizado supõe que se assumam uma postura ética, eficaz, capaz de compartilhar saberes, problemas, anseios e necessidades daquele doente que procura pelo serviço de saúde (Souza, 2008 e Filho, 2010).

Deste modo, a humanização dos cuidados no acolhimento pretende estabelecer uma relação entre profissionais de saúde, doentes, bem assim como, entre os próprios profissionais, numa relação interpessoal de ética, respeito, profissionalismo e empatia (Falk, 2010).

## **CONCLUSÃO E PLANEAMENTO DA AÇÃO**

O acolhimento pode ser definido como uma adaptação científica cujo alvo é a cobertura do acesso aos doentes aos serviços de saúde com a intenção de serem escutados, de resolver os problemas triviais e referenciá-los se for o caso (Schimith & Lima, 2004 e Beck & Minuzi, 2008).

Pode verificar-se que a implementação deste projeto foi sem dúvida essencial para a mudança dos cuidados prestados, uma vez que, permitiu perceber a importância de cuidados humanizados. Só deste modo será possível percebermos as verdadeiras necessidades da pessoa/família, melhorarmos a qualidade dos cuidados prestados e conseqüentemente aumentarmos a satisfação, tanto dos doentes/famílias, como dos profissionais de saúde.

Um dos objetivos do serviço, é manter este projeto em curso, e se possível ampliá-lo a outras áreas de cuidados, para que se consiga, cada vez mais um afastamento do modelo biomédico e uma aproximação a um modelo holístico e humanizado.

Tratando-se de um serviço muito tecnicista, que envolve múltiplos profissionais de saúde, não se prevê um caminho fácil. No entanto, penso que pouco a pouco, seremos capazes de demonstrar a importância de uma prestação de cuidados humanizada, que trará sem dúvida ganhos para a saúde do doente/família e uma maior valorização profissional, permitindo que o enfermeiro assumam um papel de destaque na equipa.

Caso de me encontre novamente perante uma situação semelhante, tentarei ter uma postura mais assertiva, não demonstrando o choque que possa sentir. Irei escutar, dar atenção ao que me é dito e promoverei a expressão de sentimentos e de reflexão de forma a melhor perceber o que me é dito para que assim consiga identificar o verdadeiro problema e então direcionar a minha intervenção de para as necessidades identificadas. Tentarei afastar-me o mais possível do modelo biomédico e da visão tecnicista com a qual me deparo no meu dia a dia e centrar-me na pessoa como um todo, baseando a minha prática profissional no modelo holístico, prestando cuidados humanizados, centrados na pessoa, promovendo a parceria e o autocuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, C. L. C., Minuzi, D. O. (2008). Acolhimento como proposta de reorganização da Assistência à saúde: Uma Análise Bibliográfica. *Saúde*. Santa Maria. 34(2), 37- 43.
- Bolander, V. B. (1998). *Luckmann e Sorensen: Enfermagem Fundamental*. Lisboa: Lusodidacta.
- Costa, J. S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium Journal of Education, Technologies and Health*. 30(9), 234-251.
- Falk, M. L. (2010). Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev. APS*. Juiz de Fora. 13, 4-9.
- Filho, A. D. D. (2010). *Acolhimento com Classificação de Risco: humanização nos serviços de emergência*. Curso de Enfermagem, Universidade Salgado de Oliveira, Campus Goiânia. P. 10.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching & learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.
- Jorge, I. C. & Simões, M. C. (1995). A qualidade de cuidados na perspectiva do utente. *Servir*.43(6), 290- 296.

- Matumoto, S. (2009). Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto.17(6),1001-1008.
- Mendes, J.M.G. (1997). As práticas profissionais e os modelos de enfermagem. *Servir*. 45, 6- 15.
- Schimith, M.D. & Lima, M. A. D. S. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. 20(6), 1487-1494.
- Souza, E. C. F. S. (2008). Acesso e Acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 24, 100-110,
- Watson, J. (2002). *Enfermagem. Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

**Apêndice XXI:** Guia de acolhimento ao doente submetido a tratamento  
intravesical



## CIRCUITO DO DOENTE

Sala de Espera do Bloco de Exames



Tira Senha F



Entrega Guia de acolhimento à voluntária ou à administrativa



Aguarda a chamada pelo nome para a realização do tratamento



Chamado para a sala 11



Acolhimento



Realiza tratamento




Regressa à sala de espera onde aguarda uma a duas horas



Primeira eliminação urinária na casa de banho das salas 11 ou 12.

Estamos ao seu dispor para esclarecer qualquer dúvida relacionada com os seus tratamentos.

Hospital xxxxxxxxxxxxxxxx  
Unidade de Exames Especiais  
21xxxxxxxx  
21xxxxxxxx  
(2ª linha)  feia das 8h00 às 24h  
Sab. e Dom. das 15 às 24h

1º TRATAMENTO:

Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Administrativa \_\_\_\_\_

Unidade de Exames Especiais

GUIA DE ACOLHIMENTO AO DOENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO INTRAVESICAL

Técnicas de Urologia  
Hospital de Dia de Urologia/Oncologia

## APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO

A Unidade Exames Especiais do Hospital ~~xxxxxxx~~ é uma unidade orgânica e funcional integrada no Departamento Médico, constituída por um conjunto de meios físicos, técnicos e humanos, vocacionada para a prestação de serviços e atos clínicos muito diferenciados.

Nesta Unidade são realizados exames e atos clínicos de natureza diversificada nas áreas clínicas de:

- Cardiologia,
- Cirurgia Vascular,
- Gastroenterologia,
- Neurologia,
- Pneumologia,
- **Urologia.**

O Serviço situa-se no piso 3 do edifício principal, ala C.

## TÉCNICAS DE UROLOGIA

Na área da urologia, de segunda a quinta-feira, são realizados os seguintes procedimentos:

- Uretrocistoscopia,
- Estudos Urodinâmicos,
- Fluxometria,
- Biopsias prostáticas,

Todas as sextas-feiras são realizados tratamentos intravesicais:

- Quimioterapia intravesical (Mitomicina C),
- Imunoterapia intravesical (BCG),

As salas da urologia têm a numeração 11 e 12 e localizam-se no fundo do corredor do serviço.

## ENFERMEIRA DE REFERÊNCIA

O seu acolhimento no serviço irá ser feito pela enfermeira que ficará responsável pelo seu tratamento.

Sempre que tiver alguma dúvida ou necessitar de algum esclarecimento contacte-a em primeiro lugar.

## INFORMAÇÕES ÚTEIS

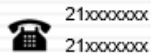
- No acolhimento a enfermeira irá apresentar a equipa e o serviço, dar informações sobre o tratamento e esclarecer qualquer dúvida;
- No momento do acolhimento ser-lhe-á entregue um guia orientador do tratamento, que deverá trazer sempre consigo;
- O agendamento das datas dos tratamentos é feito pela enfermeira;
- Caso seja feriado na sexta-feira os tratamentos serão realizados na quinta-feira imediatamente anterior (esta informação será sempre confirmada);
- Os tratamentos serão realizados por ordem de chegada;

**Apêndice XXII:** Material Educativo – Guia de orientação para o doente submetido a quimioterapia vesical com Mitomicina C

**GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA  
O DOENTE SUBMETIDO A  
QUIMIOTERAPIA VESICAL  
COM MITOMICINA C**

Hospital xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Unidade de Exames Especiais



(2ª a 6ª feira das 8h00 às 24h  
Sáb. e Dom. das 15 às 24h)

Nome:

Processo:

**O QUE É?**

A quimioterapia vesical é um tratamento local utilizado para o tumor da bexiga, tendo como objetivo prevenir/retardar a doença.

**COMO SE FAZ?**

O tratamento consiste na introdução de um cateter (algália) na bexiga através da qual é administrado o medicamento (Mitomicina C). No final da instilação o cateter é imediatamente retirado.

**ESQUEMA DO TRATAMENTO:**

O tratamento prescrito pode ser um dos dois:

**Protocolo A:**

- 1 instilação semanal durante 6 semanas consecutivas
- 1 instilação mensal até ao 12º mês.

**Protocolo B:**

- 1 instilação semanal durante 4 semanas consecutivas;
- 1 instilação semanal até ao 6º mês.

**ANTES DO TRATAMENTO DEVERÁ:**

- Evitar líquidos;
- Tomar o pequeno-almoço;
- Informar sobre a medicação que faz habitualmente;
- Evitar antibióticos e diuréticos (medicamentos que ajudam a eliminar o excesso de urina);
- Urinar.

**APÓS A INSTILAÇÃO DO MEDICAMENTO DEVE:**

**No Hospital**

- Aguardar 1 a 2 horas, sem urinar, para que o medicamento faça efeito;
- Evitar beber líquidos para conseguir permanecer o tempo recomendado sem urinar;

**Em casa**

- Nas primeiras 6 horas após a instilação deverá urinar sempre sentado para evitar salpicos;
- Após urinar deve puxar o autoclismo, duas vezes, com o tampo da sanita fechado e fazer a sua higiene pessoal com água corrente.
- Nas primeiras 6 horas deve desinfetar a sanita com lixívia pura e deixar atuar durante 15min;
- Lavar bem as mãos após urinar.

**EFEITOS SECUNDÁRIOS QUE O TRATAMENTO PODE CAUSAR:**

- Dor e ardor ao urinar;
- Urgência urinária;
- Aumento da frequência urinária;
- Hematúria (sangue na urina);
- Febre;
- Dor abdominal;
- Prurido (comichão).

Estes efeitos secundários podem ser mais intensos no dia do tratamento, desaparecendo nos dias seguintes.

**CONSULTE O SEU MÉDICO/ENFERMEIRO SE OS EFEITOS SE MANTIVEREM.**

**CONSELHOS ÚTEIS:**

- Depois de urinar, e principalmente nas primeiras 24 horas após o tratamento, deverá ingerir líquidos, preferencialmente água, em grande quantidade (mais de 1,5l).
- Deve evitar o consumo de alimentos picantes e ácidos (kiwi, ananás, tomate);
- Deve evitar o consumo de bebidas alcoólicas;
- Usar preservativo durante uma semana após o tratamento;
- Manter a medicação habitual;
- Manter a rotina diária.



**REALIZAÇÃO DE CISTOSCOPIA:**

- 3 meses após a cirurgia;

Mapa de vigilância

Exame	Data
Cistoscopia	
Cistoscopia	
Cistoscopia	
Cistoscopia	

Observações

---

---

---

---

**Mapa de Instilações Vesicais**

Médico: \_\_\_\_\_ EnF<sup>1</sup> Referência \_\_\_\_\_

Data da RTU \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indução


1. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
5. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
6. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Manutenção

1. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
5. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
6. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
7. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
8. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
9. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
10. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Apêndice XXIII:** Material Educativo – Guia de orientação para o doente submetido a tratamento vesical de imunoterapia com BCG (Versão 2)

**GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA  
O DOENTE SUBMETIDO A  
TRATAMENTO VESICAL DE  
IMUNOTERAPIA COM BCG**

Hospital xxxxxxxxxxxxxxxx  
Unidade de Exames Especiais  
 21xxxxxxx  
21xxxxxxx  
(2ª a 6ª feira das 8h00 às 24h  
Sáb. e Dom. das 15 às 24h)

Nome:

Processo:

**PARA QUE É UTILIZADO O BCG?**

A imunoterapia com BCG intravesical é uma opção terapêutica eficaz para reduzir o risco de recidiva e recorrência em doentes com tumor da bexiga.

**COMO SE FAZ?**

O tratamento consiste na introdução de um cateter (algália) na bexiga através da qual é administrado o medicamento (BCG). No final da instilação o cateter é imediatamente retirado.

**ESQUEMA DO TRATAMENTO:**

O tratamento prescrito pode ser um dos dois:

**Protocolo A:**

- 1 instilação semanal durante 6 semanas consecutivas
- 1 instilação mensal nos meses 4, 7 e 12.

**Protocolo B:**

- 1 instilação semanal durante 6 semanas consecutivas;
- 1 instilação mensal do 4º ao 12º mês.

**ANTES DO TRATAMENTO DEVERÁ:**

- Evitar líquidos;
- Tomar o pequeno-almoço;
- Informar sobre a medicação que faz habitualmente;
- Evitar antibióticos e diuréticos (medicamentos que ajudam a eliminar o excesso de urina);
- Urinar.

**APÓS A INSTILAÇÃO DO MEDICAMENTO DEVE:**

**No Hospital**

- Aguardar 1 a 2 horas, sem urinar, para que o medicamento faça efeito;
- Evitar beber líquidos para conseguir permanecer o tempo recomendado sem urinar;

**Em casa**

- Nas primeiras 6 horas após a instilação deverá urinar sempre sentado para evitar salpicos;
- Após urinar deve puxar o autoclismo, duas vezes, com o tampo da sanita fechado e fazer a sua higiene pessoal com água corrente.
- Nas primeiras 6 horas deve desinfetar a sanita com lixívia pura e deixar atuar durante 15min;
- Lavar bem as mãos após urinar.

**EFEITOS SECUNDÁRIOS QUE O TRATAMENTO PODE CAUSAR:**

- Dor e ardor ao urinar;
- Urgência urinária;
- Aumento da frequência urinária;
- Hematúria (sangue na urina);
- Febre;
- Mal-estar geral;
- Dores musculares;
- Reação alérgica (comichão, vermelhidão corporal).

Estes efeitos secundários podem ser mais intensos no dia do tratamento, desaparecendo nos dias seguintes.

**CONSULTE O SEU MÉDICO/ENFERMEIRO SE OS EFEITOS SE MANTIVEREM.**

**CONSELHOS UTEIS:**

- Depois de urinar, e principalmente nas primeiras 24 horas após o tratamento, deverá ingerir líquidos, preferencialmente água, em grande quantidade (mais de 1,5l).
- Deve evitar o consumo de alimentos picantes e ácidos (kiwi, ananás, tomate);
- Deve evitar o consumo de bebidas alcoólicas;
- Usar preservativo durante uma semana após o tratamento;
- Manter a medicação habitual;
- Manter a rotina diária.



**REALIZAÇÃO DE CISTOSCOPIA:**

- 3 meses após a cirurgia;

Mapa de vigilância

Exame	Data
Cistoscopia	
Cistoscopia	
Cistoscopia	
Cistoscopia	

Observações

---



---



---



---

**Mapa de Instilações Vesicais**

Médico: \_\_\_\_\_ EnF Referência \_\_\_\_\_

Data da RTU \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indução

1. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
5. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
6. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Manutenção

1. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
5. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
6. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
7. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
8. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
9. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
10. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Apêndice XXIV:** Quimioterapia e imunoterapia intravesical - Registo de tratamentos

**QUIMIOTERAPIA E  
IMUNOTERAPIA INTRAVESICAL  
REGISTO DE TRATAMENTOS**

ETIQUETA DO UTENTE  
NOME E PROCESSO

T. Primário: \_\_\_ T. Recorrente: \_\_\_ QTiv anterior – Fármaco: \_\_\_\_\_ Data RTU-V-V: \_\_\_\_\_  
Fármaco atual: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
Data de início: \_\_\_\_\_ Médico Assistente: \_\_\_\_\_ Enfª Ref.: \_\_\_\_\_

**MAPA DE INSTILAÇÕES**

**Fase de Indução**

<b>Instilação</b>	<b>Data</b>	<b>Observações</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		

**Fase de Manutenção**

<b>Instilação</b>	<b>Data</b>	<b>Observações</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		



**Apêndice XXV:** *Checklist* de verificação/ validação do acolhimento e tratamento

# CHECKLIST DE VERIFICAÇÃO/ VALIDAÇÃO DO ACOLHIMENTO E TRATAMENTO

## Modelo para Suporte informático

	SIM	NÃO
Apresenta-se ao doente e família		
Assegura a privacidade do doente/família		
Valida a identificação do doente		
Promove o envolvimento da família		
Valida com o doente a existência de consentimento informado assinado		
Verifica a prescrição do tratamento e o protocolo (PRT 4002)		
Entrega o Guia orientador sobre o tratamento		
Utiliza competências básicas de comunicação (empatia, escuta ativa e <i>feedback</i> )		
Estabelece uma relação de ajuda, proximidade e confiança com o doente/família		
Ensina sobre regime terapêutico (mecanismo de ação, efeitos secundários, autovigilância, prevenção e despiste de complicações)		
Ensina sobre a dieta (alimentos a evitar, incentivo à ingestão de líquidos, evitar consumo de bebidas alcoólicas)		
Ensina sobre cuidados com a pele da zona peri genital		
Ensina sobre sexualidade (uso preservativo)		
Esclarece dúvidas e receios		
Faz o resumo com o doente/família dos temas abordados durante o acolhimento, focando os pontos principais		

**Apêndice XXVI:** Norma de Procedimento – Acolhimento ao doente/família submetido a quimioterapia e imunoterapia intravesical

<i>Exames Especiais</i>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO EXAMES – 3XXX</b>	POL Nº 0XXX ou NPG Nº 1XXX ou NOC Nº 2XXX
-------------------------	--	---

<b>APROVAÇÃO</b>

<b>ASSUNTO:</b>	Acolhimento ao doente/família submetido a quimioterapia e imunoterapia intravesical
<b>FINALIDADE:</b>	Uniformizar os critérios de atuação da equipa de enfermagem de forma a melhorar a qualidade do acolhimento ao doente/ família submetido a tratamento de quimioterapia ou imunoterapia intravesical.
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Equipa de enfermagem, Secretárias de Unidade do Bloco de Exames Especiais, Assistentes operacionais.
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Acolhimento; doente oncológico; família; quimioterapia; imunoterapia.

Autor (es)	Ana Nunes	Data de elaboração	
Verificação CQSD		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	1	Data de Revisão	

## SIGLAS E ABREVIATURAS

---

AI – Avaliação Inicial

BCG – *Bacillus Calmette-Guérin*

UEE – Unidade de Exames Especiais

RTU-V-V – Ressecção transuretral vesical

TV – Tumor vesical

## CONCEITOS

---

Acolher, consiste numa ação técnico-assistencial, ou seja, é um processo de escuta qualificada direcionado à assistência, que implica mudanças na relação entre profissional e doente, facilitando a reorganização dos serviços e melhorando a qualidade da assistência, tendo a pessoa como eixo principal e participante ativo (Falk, Oliveira e Mota, 2010; Bellucci e Matsuda, 2012 & Costa, Garcia e Toledo, 2016).

O momento do acolhimento é essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica, empática e humanizada levando a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, conduzindo a uma maior satisfação do doente/família e profissional de saúde (Falk, Oliveira e Mota, 2010; Bellucci e Matsuda, 2012 & Costa, Garcia e Toledo, 2016). Assim, o enfermeiro deverá possuir conhecimentos sobre estratégias de comunicação, recursos terapêuticos disponíveis e sentir-se confortável perante a pessoa que vai acolher (Phaneuf, 2005).

Pretende-se, logo a partir do primeiro contacto com o doente, reduzir a ansiedade/expectativa do mesmo face ao procedimento que vai realizar, dando oportunidade para que possa esclarecer as suas dúvidas e minimizar receios e angústias.

Com o objetivo de atingir o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança é essencial garantir a continuidade dos cuidados, sendo para tal indispensável a existência de um Enfermeiro de Referência.



A prestação de cuidados, de acordo com o método referido, respeita o conceito de cuidados individualizados. Cada cliente está ligado a um enfermeiro o qual é responsável pela totalidade dos cuidados prestados (Costa, 2004). Ao enfermeiro de referência cabe a responsabilidade da realização do acolhimento, da avaliação inicial, do diagnóstico, do planeamento, da implementação, da avaliação e da supervisão dos cuidados prestados à pessoa submetida a quimioterapia ou imunoterapia intravesical e família.

## **DESCRIÇÃO**

---

### **1. Agendamento administrativo do acolhimento**

1.1. A secretária de unidade agenda o acolhimento para a sexta-feira seguinte à data da prescrição médica, com entrega ao doente do “Guia de Acolhimento ao Doente Submetido a Tratamento Vesical” (Anexo I) com a indicação da data e hora (devendo este ser marcado no último tempo da agenda).

1.2. A secretária de unidade informa a enfermeira afeta à urologia do agendamento do acolhimento, entregando-lhe a receita e/ou prescrição do tratamento. Em caso de dúvida ou necessidade de esclarecimento contactar a enfermeira afeta à urologia.

1.3. A enfermeira integra o doente no seu mapa de tratamentos de quimioterapia intravesical.

### **2. Acolhimento**


- O acolhimento é realizado pela Enfermeira de Referência, a qual será responsável pelo acompanhamento do doente. No caso de surgirem dúvidas ou algum problema deverá preferencialmente ser a mesma a resolvê-los.

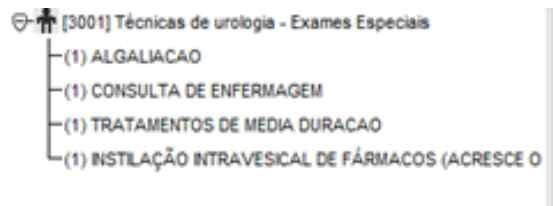
## **2.1. Aquando do primeiro contacto a enfermeira deve:**

- Preparar o espaço físico de forma a garantir condições de privacidade, de proximidade e segurança;
- Receber pessoalmente o doente, apresentando-se ao doente/família;
- Confirmar a identidade do doente (utilizar sempre dois dados de identificação inequívoca: nome completo e data de nascimento, sendo que deve ser o doente a identificar-se para posterior confirmação pela Enfermeira);
- Verificar a prescrição médica e a existência de consentimento livre esclarecido e assinado;
- Confirmar se o doente recebeu o “Guia de Acolhimento ao Doente Submetido a Tratamento Vesical”;
- Apresentar o serviço, a instituição e o modo de funcionamento dos mesmos;
- Perceber quais os conhecimentos que doente tem da sua situação clínica e do tratamento a que irá ser submetido (perceber o que a pessoa sabe; o que não sabe, o que quer saber e pode saber);
- Realizar o ensino acerca do tratamento a que o doente irá ser submetido (no que consiste, como é realizado, duração, o que fazer antes e após, efeitos secundários que possam ocorrer) e entregar o “Guia de orientação para o doente submetido a quimioterapia vesical com Mitomicina C” (Anexo II) ou o “Guia de orientação para o doente submetido a tratamento vesical de imunoterapia com BCG” (Anexo III), conforme o tratamento que o doente irá realizar;
- Proceder ao agendamento dos tratamentos no Mapa de instilações presente no guia de orientação;
- Informar e esclarecer acerca dos exames de seguimento (uretrrocistoscopia e citologia urinária);
- Demonstrar uma postura de total recetividade e disponibilidade;
- Dar espaço ao doente/família para que exponha as suas dúvidas, receios e angústias;
- Preencher a folha de registo de tratamentos de quimioterapia intravesical (Anexo IV), e colocá-la no *dossier* Quimioprofilaxia.

- Realizar a *Checklist* de verificação/ validação do acolhimento (Anexo V) e coloca-la no *dossier* Quimioprofilaxia (enquanto não for possível a realização da mesma em suporte informático S Clínico).

- Realizar os seguintes registos em suporte informático no S Clínico:

- ✓ Preencher a Avaliação inicial; 
- ✓ Clicar para abrir/registar as seguintes intervenções: Algaliação; Consulta de enfermagem; Tratamento de média duração; Instilação intravesical de fármaco, segundo exemplo:



- ✓ Realizar Notas gerais (estas devem ser descritivas e conter toda a informação que o enfermeiro considere pertinente, possibilitando a continuidade dos cuidados). Deve estar registado em notas gerais o seguinte:

- Enfermeira de Referência;
- Se o doente veio ou não acompanhado, se sim com quem;
- Se o doente se encontra orientado no tempo/espaço/pessoa, se se apresenta calmo/colaborante/ansioso/depressivo, se o contacto com o doente é fácil/superficial/indiferente;
- Se detetamos algum problema psicológico, social ou económico e encaminhamento para os respetivos serviços de apoio;
- Ensinos realizados (Ensina sobre regime terapêutico: mecanismo de ação, efeitos secundários, autovigilância, prevenção e despiste de complicações; ensina sobre a dieta: alimentos a evitar, incentivo à ingestão de líquidos, evitar consumo de bebidas alcoólicas; Ensina sobre cuidados à pele da zona perigenital; Ensina sobre sexualidade (uso preservativo)
- Se o doente demonstrou ter percebido/ entendido os ensinos realizados;
- Se o doente demonstrou disponibilidade para a realização do tratamento;
- Outras observações consideradas pertinentes.

Nota: Esta forma de registo manter-se-á até que seja possível realizar os mesmos em SClinico através dos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem, os quais contêm as intervenções referidas.

## INDICADORES DE AVALIAÇÃO

---

- Número total de utentes a quem foi aplicada a *checklist* de validação do acolhimento no período de um ano:

$$\frac{N^{\circ} \text{ total de utentes a quem foi aplicada a checklist de validação do acolhimento}}{N^{\circ} \text{ total de utentes admitidos para realização do 1}^{\circ} \text{ tratamento}} \times 100$$

- Número total de utentes a quem foi realizada avaliação inicial no período de um ano:

$$\frac{N^{\circ} \text{ total de Avaliações iniciais realizadas}}{N^{\circ} \text{ total de doentes admitidos para realização do 1}^{\circ} \text{ tratamento}} \times 100$$

- Adesão ao regime medicamentoso:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de utentes com adesão ao regime medicamentoso}}{N^{\circ} \text{ total de utentes que iniciaram o tratamento e não interromperam por decisão clínica}} \times 100$$

Nota: Atualmente, devido ao modo como são efetuados os registos na Unidade de Exames Especiais só é possível obter por via informática o indicador relativo à avaliação inicial.

As *checklist* deverão ser guardadas no dossier de quimioterapia, durante o período de um ano, para que assim seja possível obter o indicador referente à aplicação da mesma.

Relativamente ao indicador que avalia a adesão ao regime terapêutico este será avaliado tendo em conta os doentes que não completaram o tratamento por decisão própria, não se incluindo nesta análise os doentes que interromperam o tratamento por decisão clínica. Para que tal seja possível, este

dados devem ser registados em notas gerais e na folha de Registo de Tratamentos presente no *dossier* de quimioterapia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Andrade, M. I. C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.News*. VI (21), 27-31.
- Anjos A. C. Y., Magnabosco P., Borges D. O & Campos C.S. (2011). Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente em tratamento quimioterápico antineoplásico: um relato de experiência. *Extensão*. 10, 107-112.
- Bellucci, J. J. A. & Matsuda L. M. (2012) Deployment of the system user embracement with classification and risk assesment and the use flowchat analyzer. *Texto Contexto Enferm*. 21, 217-225.
- Costa, J. S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium Journal of Education, Technologies and Health*. 30(9), 234-251.
- Costa, P. C. P., Garcia, A. P. R. F. & Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem*. 25, 1-7.
- Falk M. L. R., Falk J. W., Oliveira F. A. & Motta M. S. (2010). Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS*. 13, 4-9.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.

## ANEXOS

---

Anexo I- Guia de Acolhimento ao Doente Submetido a Tratamento Vesical

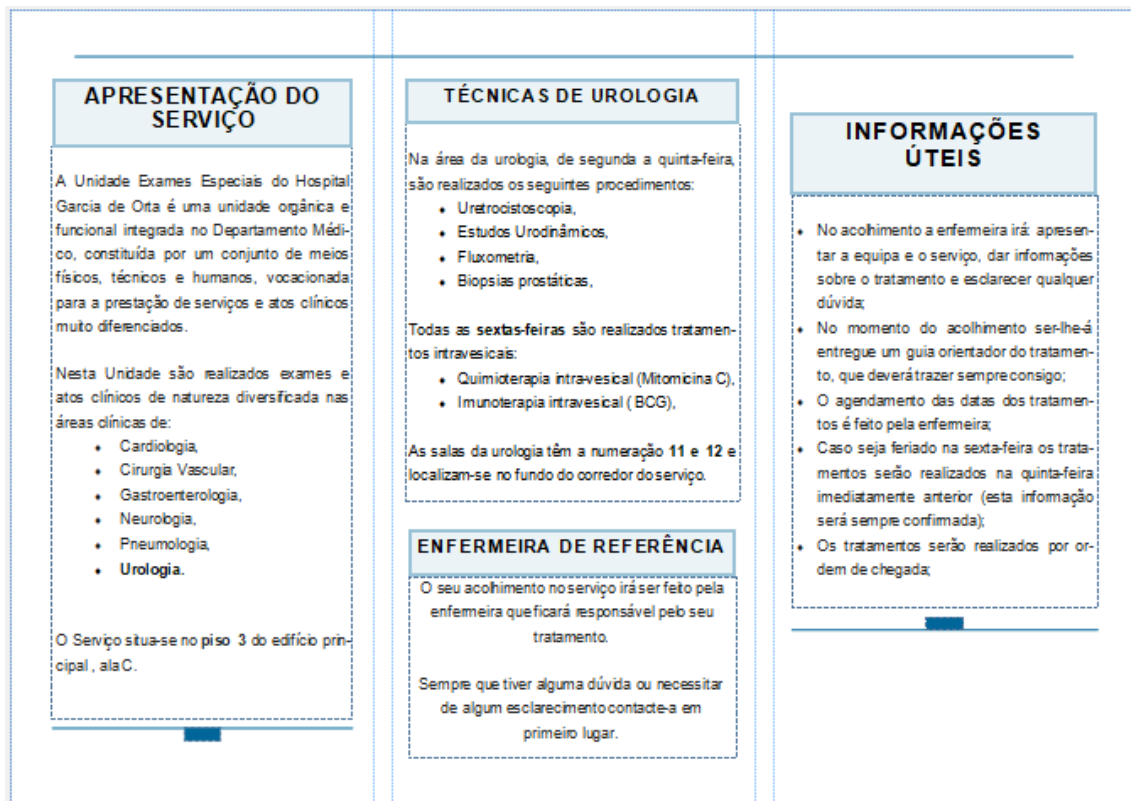
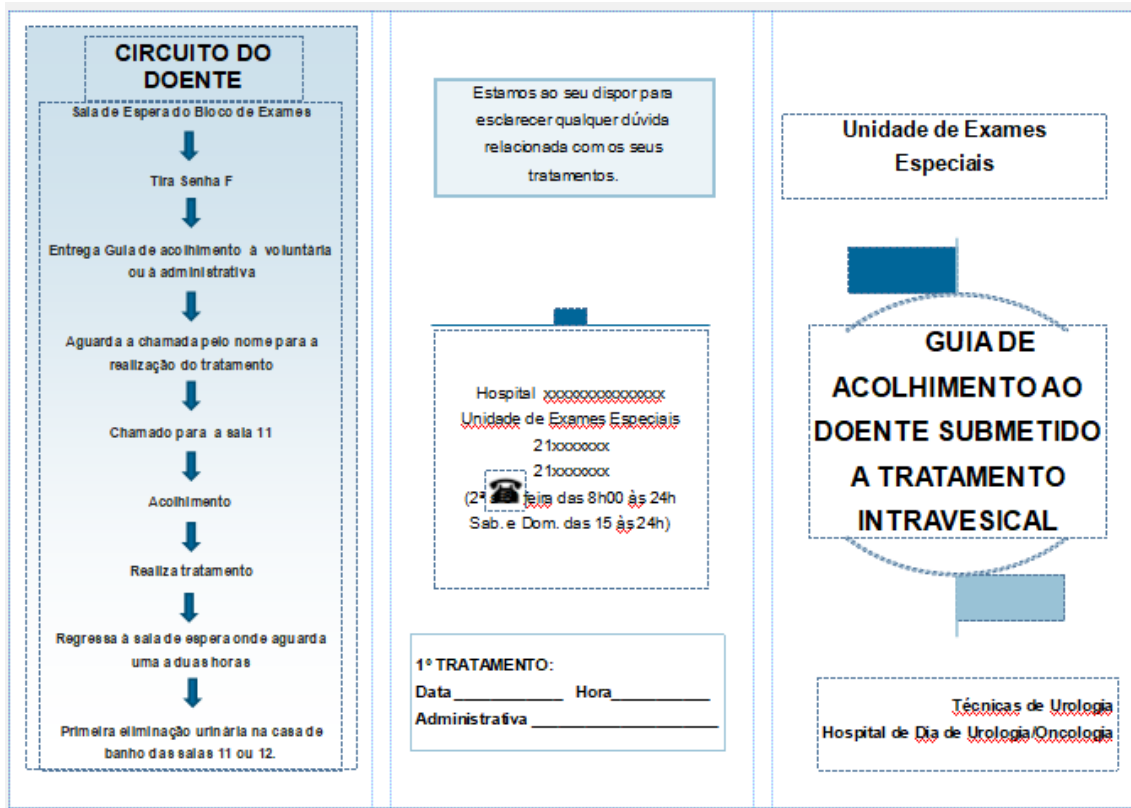
Anexo II - Guia de orientação para o doente submetido a quimioterapia vesical com Mitomocina C

Anexo III - Guia de orientação para o doente submetido a tratamento vesical de imunoterapia com BCG

Anexo IV- Folha de registo de tratamentos de quimioterapia ou imunoterapia intravesical

Anexo V - *Checklist* de verificação/ validação do acolhimento e tratamento

# Anexo I- Guia de acolhimento ao doente submetido a tratamento vesical



## Anexo II - Guia de orientação para o doente submetido a quimioterapia vesical com Mitomicina C

<p>Hospital xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Unidade de Exames Especiais</p> <p>☎ 21xxxxxxxx 21xxxxxxxx</p> <p>(2ª a 6ª feira das 8h00 às 24h Sáb. e Dom. das 15 às 24h)</p>	<p><b>GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O DOENTE SUBMETIDO A QUIMIOTERAPIA VESICAL COM MITOMICINA C</b></p>	<p>Nome: _____</p> <p>Processo: _____</p>
--	---	---

<p><b>O QUE É?</b></p> <p>A quimioterapia vesical é um tratamento local utilizado para o tumor da bexiga, tendo como objetivo prevenir/retardar a doença .</p> <p><b>COMO SE FAZ?</b></p> <p>O tratamento consiste na introdução de um cateter (algália) na bexiga através da qual é administrado o medicamento (<u>Mitomicina C</u>). No final da instilação o cateter é imediatamente retirado.</p> <p><b>ESQUEMA DO TRATAMENTO:</b></p> <p>O tratamento prescrito pode ser um dos dois:</p> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="text-align: center;"><p><b>Protocolo A:</b></p><ul style="list-style-type: none"><li>- 1 instilação semanal durante 6 semanas consecutivas</li><li>- 1 instilação mensal até ao 12º mês.</li></ul></td><td style="text-align: center;"><p><b>Protocolo B:</b></p><ul style="list-style-type: none"><li>- 1 instilação semanal durante 4 semanas consecutivas;</li><li>- 1 instilação semanal até ao 6º mês.</li></ul></td></tr></table>	<p><b>Protocolo A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 instilação semanal durante 6 semanas consecutivas</li><li>- 1 instilação mensal até ao 12º mês.</li></ul>	<p><b>Protocolo B:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 instilação semanal durante 4 semanas consecutivas;</li><li>- 1 instilação semanal até ao 6º mês.</li></ul>	<p><b>ANTES DO TRATAMENTO DEVERÁ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▫ Evitar líquidos;</li><li>▫ Tomar o pequeno-almoço;</li><li>▫ Informar sobre a medicação que faz habitualmente;</li><li>▫ Evitar antibióticos e diuréticos (medicamentos que ajudam a eliminar o excesso de urina);</li><li>▫ Urinar.</li></ul> <p><b>APÓS A INSTILAÇÃO DO MEDICAMENTO DEVE:</b></p> <p><b>No Hospital</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▫ Aguardar 1 a 2 horas, sem urinar, para que o medicamento faça efeito;</li><li>▫ Evitar beber líquidos para conseguir permanecer o tempo recomendado sem urinar;</li></ul> <p><b>Em casa</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▫ Nas primeiras 6 horas após a instilação deverá urinar sempre sentado para evitar salpicos;</li><li>▫ Após urinar deve puxar o autoclismo, duas vezes, com o tampo da sanita fechado e fazer a sua higiene pessoal com água corrente.</li><li>▫ Nas primeiras 6 horas deve desinfetar a sanita com lixívia pura e deixar atuar durante 15min;</li><li>▫ Lavar bem as mãos após urinar.</li></ul>
<p><b>Protocolo A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 instilação semanal durante 6 semanas consecutivas</li><li>- 1 instilação mensal até ao 12º mês.</li></ul>	<p><b>Protocolo B:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1 instilação semanal durante 4 semanas consecutivas;</li><li>- 1 instilação semanal até ao 6º mês.</li></ul>		



**EFEITOS SECUNDÁRIOS QUE O TRATAMENTO PODE CAUSAR:**

- Dor e ardor ao urinar;
- Urgência urinária;
- Aumento da frequência urinária;
- Hematúria (sangue na urina);
- Febre;
- Dor abdominal;
- Prurido (comichão).

Estes efeitos secundários podem ser mais intensos no dia do tratamento, desaparecendo nos dias seguintes.

**CONSULTE O SEU MÉDICO/ENFERMEIRO SE OS EFEITOS SE MANTIVEREM.**

**CONSELHOS ÚTEIS:**

- Depois de urinar, e principalmente nas primeiras 24 horas após o tratamento, deverá ingerir líquidos, preferencialmente água, em grande quantidade (mais de 1,5l).
- Deve evitar o consumo de alimentos picantes e ácidos (kiwi, ananás, tomate);
- Deve evitar o consumo de bebidas alcoólicas;
- Usar preservativo durante uma semana após o tratamento;
- Manter a medicação habitual;
- Manter a rotina diária.



**REALIZAÇÃO DE CISTOSCOPIA:**

- 3 meses após a cirurgia;

Mapa de vigilância

Exame	Data
Cistoscopia	
Cistoscopia	
Cistoscopia	
Cistoscopia	

Observações

---

---

---

---

**Mapa de Instilações Vesicais**

Médico: \_\_\_\_\_ Enf Referência \_\_\_\_\_

Data da RTU \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indução

1. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
5. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
6. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Manutenção

1. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
5. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
6. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
7. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
8. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
9. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
10. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Anexo III - Guia de orientação para o doente submetido a tratamento vesical de imunoterapia com BCG

**Hospital xxxxxxxxxxxxxxxx**  
Unidade de Exames Especiais

 21xxxxxxx  
21xxxxxxx

(2ª a 6ª feira das 8h00 às 24h  
Sáb. e Dom. das 15 às 24h)

**GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA  
O DOENTE SUBMETIDO A  
TRATAMENTO VESICAL DE  
IMUNOTERAPIA COM BCG**

Nome: \_\_\_\_\_

Processo: \_\_\_\_\_

**PARA QUE É UTILIZADO O BCG?**

A imunoterapia com BCG intravesical é uma opção terapêutica eficaz para reduzir o risco de recidiva e recorrência em doentes com tumor da bexiga.

**COMO SE FAZ?**

O tratamento consiste na introdução de um cateter (algália) na bexiga através da qual é administrado o medicamento (BCG). No final da instilação o cateter é imediatamente retirado.

**ESQUEMA DO TRATAMENTO:**

O tratamento prescrito pode ser um dos dois:

**Protocolo A:**

- 1 instilação semanal durante 6 semanas consecutivas
- 1 instilação mensal nos meses 4, 7 e 12.

**Protocolo B:**

- 1 instilação semanal durante 6 semanas consecutivas;
- 1 instilação mensal do 4º ao 12º mês.

**ANTES DO TRATAMENTO DEVERÁ:**

- o Evitar líquidos;
- o Tomar o pequeno-almoço;
- o Informar sobre a medicação que faz habitualmente;
- o Evitar antibióticos e diuréticos (medicamentos que ajudam a eliminar o excesso de urina);
- o Urinar.

**APÓS A INSTILAÇÃO DO MEDICAMENTO DEVE:**

**No Hospital**

- o Aguardar 1 a 2 horas, sem urinar, para que o medicamento faça efeito;
- o Evitar beber líquidos para conseguir permanecer o tempo recomendado sem urinar;

**Em casa**

- o Nas primeiras 8 horas após a instilação deverá urinar sempre sentado para evitar salpicos;
- o Após urinar deve puxar o autoclismo, duas vezes, com o tampo da sanita fechado e fazer a sua higiene pessoal com água corrente.
- o Nas primeiras 8 horas deve desinfetar a sanita com lixívia pura e deixar atuar durante 15min;
- o Lavar bem as mãos após urinar.

**EFEITOS SECUNDÁRIOS QUE O TRATAMENTO PODE CAUSAR:**

- Dor e ardor ao urinar;
- Urgência urinária;
- Aumento da frequência urinária;
- Hematúria (sangue na urina);
- Febre;
- Mal-estar geral;
- Dores musculares;
- Reação alérgica (comichão, vermelhidão corporal).

Estes efeitos secundários podem ser mais intensos no dia do tratamento, desaparecendo nos dias seguintes.

**CONSULTE O SEU MÉDICO/ENFERMEIRO SE OS EFEITOS SE MANTIVEREM.**

**CONSELHOS UTEIS:**

- Depois de urinar, e principalmente nas primeiras 24 horas após o tratamento, deverá ingerir líquidos, preferencialmente água, em grande quantidade (mais de 1,5l).
- Deve evitar o consumo de alimentos picantes e ácidos (kiwi, ananás, tomate);
- Deve evitar o consumo de bebidas alcoólicas;
- Usar preservativo durante uma semana após o tratamento;
- Manter a medicação habitual;
- Manter a rotina diária.



**REALIZAÇÃO DE CISTOSCOPIA:**

- 3 meses após a cirurgia;

Mapa de vigilância

Exame	Data
Cistoscopia	
Cistoscopia	
Cistoscopia	
Cistoscopia	

Observações

---



---



---



---

**Mapa de Instilações Vesicais**

Médico: \_\_\_\_\_ En<sup>º</sup> Referência \_\_\_\_\_

Data da RTU \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indução	Manutenção
1. ____/____/____	1. ____/____/____
2. ____/____/____	2. ____/____/____
3. ____/____/____	3. ____/____/____
4. ____/____/____	4. ____/____/____
5. ____/____/____	5. ____/____/____
6. ____/____/____	6. ____/____/____
	7. ____/____/____
	8. ____/____/____
	9. ____/____/____
	10. ____/____/____

**Anexo IV- Folha de registo de tratamentos de quimioterapia ou imunoterapia intravesical**

**QUIMIOTERAPIA E IMUNOTERAPIA  
INTRAVESICAL**

**REGISTO DE TRATAMENTOS**

ETIQUETA DO UTENTE  
NOME E PROCESSO

T. Primário:\_\_\_ T. Recorrente:\_\_\_QTiv anterior – Fármaco: \_\_\_\_\_ Data RTU-V-V: \_\_\_\_\_  
Fármaco atual: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
Data de início: \_\_\_\_\_ Médico Assistente:\_\_\_\_\_ Enfª Ref.:\_\_\_\_\_

**MAPA DE INSTILAÇÕES**

**Fase de Indução**

<b>Instilação</b>	<b>Data</b>	<b>Observações</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		

**Fase de Manutenção**

<b>Instilação</b>	<b>Data</b>	<b>Observações</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

<b>8</b>		
<b>9</b>		
<b>10</b>		

**MAPA DE VIGILÂNCIA (URETROCISTOSCOPIA)**

<b>Exame</b>	<b>Data</b>	<b>Sem tumor</b>	<b>Suspeita</b>	<b>Recorrência</b>
<b>Cistoscopia</b>				
<b>Cistoscopia</b>				
<b>Cistoscopia</b>				
<b>Cistoscopia</b>				

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Cumpriu tratamento na totalidade		
Tratamento interrompido por decisão do doente		
Tratamento interrompido por decisão clínica		

**OBSERVAÇÕES**

---



---



---



---



---

Enfermeiro/a \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Anexo V - Checklist de verificação/ validação do acolhimento e tratamento**

**CHECKLIST DE VERIFICAÇÃO/ VALIDAÇÃO DO  
ACOLHIMENTO E TRATAMENTO**

**Suporte informático**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Apresenta-se ao doente e família		
Assegura a privacidade do doente/família		
Valida a identificação do doente		
Promove o envolvimento da família		
Valida com o doente a existência de consentimento informado assinado		
Verifica a prescrição do tratamento e o protocolo (PRT 4002)		
Entrega o Guia orientador sobre o tratamento		
Utiliza competências básicas de comunicação (empatia, escuta ativa e <i>feedback</i> )		
Estabelece uma relação de ajuda, proximidade e confiança com o doente/família		
Ensina sobre regime terapêutico (mecanismo de ação, efeitos secundários, autovigilância, prevenção e despiste de complicações)		
Ensina sobre a dieta (alimentos a evitar, incentivo à ingestão de líquidos, evitar consumo de bebidas alcoólicas)		
Ensina sobre cuidados à pele da zona peri genital		
Ensina sobre sexualidade (uso preservativo)		
Esclarece dúvidas e receios		
Faz o resumo com o doente/família dos temas abordados durante o acolhimento, focando os pontos principais		

**Apêndice XXVII: Questionário pré-formação**

## QUESTIONÁRIO PRÉ-FORMAÇÃO

No sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados nesta área específica solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, expressando livremente a sua opinião no que respeita ao acolhimento da pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical. As respostas obtidas têm finalidade exclusivamente académica, sendo assegurada a confidencialidade das fontes e o anonimato dos dados.

Serve ainda o presente questionário para identificar as necessidades formativas da equipa, relativamente a esta temática, para que assim seja possível realizar um momento formativo que vá ao encontro dos problemas identificados e questões levantadas.

1. O que significa para si acolhimento?

---

---

---

---

2. Considera importante o acolhimento da pessoa e/ou família submetida a quimioterapia intravesical e da sua família?

SIM  NÃO

Justifique a sua resposta.

---

---

---

---

3. Que competências considera importantes quando efetua o acolhimento da pessoa submetida a quimioterapia intravesical e sua família? (Refira apenas 3).

---

---

---



4. Quais os fatores que considera facilitadores para o acolhimento da pessoa submetida a quimioterapia intravesical e sua família? (Refira apenas 3).

---

---

---

5. Quais os fatores que podem dificultar o acolhimento da pessoa submetida a quimioterapia intravesical e sua família? (Refira apenas 3).

---

---

---

6. Que estratégias ou medidas sugere para melhorar o acolhimento da pessoa com doença submetida a quimioterapia intravesical e da sua família, no seu serviço? (Refira apenas 3).

---

---

---

7. Considera importante a aquisição e revisão de conhecimentos sobre o acolhimento ao doente e família submetido a quimioterapia intravesical?  
Se sim, que temáticas gostaria de ver trabalhadas na sessão formativa sobre este assunto?

---

---

---

---

---

Grata pela colaboração e atenção dispensada,  
Ana Nunes

**Apêndice XXVIII: Análise do questionário pré-formação**

## **ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO PRÉ-FORMAÇÃO**

A análise dos questionários respondidos divide-se em duas partes. Em primeiro lugar é apresentada a caracterização profissional da equipa, seguindo-se a apresentação da análise dos resultados obtidos relativamente às questões abertas. Para a obtenção destes resultados procedeu-se à análise categorial dos conteúdos, com base no quadro referencial teórico da temática em estudo.

### **I. Caracterização profissional da amostra.**

A equipa de enfermagem é constituída por 14 enfermeiros. Foram distribuídos 11 questionários tendo-se obtido a totalidade dos mesmos respondidos. Foram excluídos da realização deste questionário a autora do mesmo e outros dois enfermeiros por se encontrarem de baixa médica.

Toda a equipa de enfermagem do UEE é do sexo feminino. Relativamente ao grau académico, 82% (9) possui a Licenciatura, 9% (1) Bacharelato e 9% (1) Mestrado. Da amostra, 73% (8) são enfermeiros generalistas e 27% (3) especialistas das quais 9% (1) em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 9% (1) em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica e 9% (1) em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica.

Relativamente ao tempo total de exercício profissional, a classe mais representativa é a dos 20 aos 25 anos com 63% (7) enfermeiros, sendo a classe menos representada a dos 26 anos aos 36 anos com 9% (1) enfermeiro. A média de tempo de serviço é de 21 anos, e o tempo mínimo de 11 anos. Já o tempo máximo de serviço é de 36 anos.

Em relação ao tempo de exercício profissional, no atual serviço, a classe com maior número de elementos é a dos 2 anos aos 5 anos, com 45% (5) enfermeiros, e a classe menos representada é a dos 11 anos aos 15 anos com apenas 9% (1) enfermeiro. A média é de 8 anos, sendo o tempo mínimo de exercício de 2 anos e o tempo máximo de 20.

## **II. Análise de conteúdos dos questionários.**

### **1. Significado de acolhimento.**

O acolhimento é um momento de aproximação que caracteriza a efetivação da disponibilidade do enfermeiro para ajudar, numa atitude voluntária de bondade, com o objetivo de conseguir estabelecer um diálogo aberto e sincero com o doente (Oliveira, Fiorin, Santos & Gomes, 2010). O acolhimento corresponde à receção do doente, desde o primeiro contacto, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo as suas queixas, permitindo que este expresse as suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros profissionais de saúde (Costa & Cambiriba, 2010).

Ao analisar as respostas obtidas, relativamente, ao conceito de acolhimento, podemos verificar que a totalidade da equipa de enfermagem apresenta definições que vão de encontro à literatura existente.

Assim, a maioria da equipa, 63% dos enfermeiros (7), afirmam que acolher é receber/personalizar, afirmando ainda que o acolhimento corresponde ao primeiro contacto com o utente/família, momento em que o enfermeiro tem espaço para criar uma relação empática, havendo disponibilidade e espaço para escutar. estabelecendo o plano de cuidados adequado e de acordo com as necessidades identificadas.

A restante equipa, 37% dos enfermeiros (4), afirmou que o momento do acolhimento era essencial para esclarecer dúvidas, reduzir a ansiedade e desmistificar o procedimento.

A equipa é unânime em considerar que o acolhimento é a ação de aproximação do utente ao profissional, momento em que se pretende estabelecer uma relação humanizada, através da escuta e diálogo, afirmando ainda que o acolhimento é importante para estabelecer um vínculo de confiança com a pessoa e/ou família.

## **2. Importância do acolhimento da pessoa e/ou família submetida a quimioterapia intravesical.**

Todos os entrevistados responderam que o acolhimento da pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical é importante.

De um modo geral, como justificção, refeririam que o acolhimento era essencial para estabelecer prioridades, aumentar a relação de confiança do doente no enfermeiro, conhecer a equipa e a estrutura física, a humanização dos cuidados, o despiste de complicações e prestar cuidados de forma holística.

54% dos entrevistados (6) consideraram que o momento do acolhimento era importante, uma vez que, permite esclarecer dúvidas, receios e angústias, sendo que a resposta, reduzir a ansiedade do doente/família foi também apresentada em 54% das vezes (6).

A desmitificação do procedimento foi referida por 27% dos enfermeiros (3) e a realização de ensinamentos foi referida por 27% inquiridos (3).

As respostas obtidas vão de encontro ao que a literatura sobre esta temática preconiza, uma vez que, segundo a mesma o acolhimento é essencial para: o estabelecimento de uma relação terapêutica, empática e humanizada, que conduzirá a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Falk, Falk, Oliveira & Mota, 2010; Bellucci & Matsuda, 2012 e Costa, Garcia & Toledo, 2016).

## **3. Competências importantes para a realização do acolhimento da pessoa submetida a quimioterapia intravesical e sua família.**

Todos os enfermeiros (100%) referiram pelo menos 2 competências que consideram importantes na realização do acolhimento da pessoa submetida a quimioterapia intravesical.

A comunicação foi a competência identificada por 54% dos enfermeiros, com 6 respostas bem como os conhecimentos sobre a quimioterapia intravesical para o esclarecimento de dúvidas também com 6 respostas; a empatia foi mencionada por 45% dos respondentes (5); a escuta ativa foi evidenciada por 36% dos enfermeiros (4), bem como a relação de ajuda.

Ao enfermeiro compete planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os cuidados de enfermagem em todas as fases do tratamento, tendo em conta a individualidade e as necessidades de cada pessoa adequando-se às mesmas. Para conseguir compreender a pessoa na sua totalidade o enfermeiro tem de ser capaz de prestar cuidados centrados no cliente e assentes numa relação de confiança e empatia. (Andrade, 2012).

Como podemos verificar a equipa entende a importância de um cuidado humanizado, que vá de encontro às necessidades da pessoa, nomeadamente, no que respeita ao esclarecimento de dúvidas de forma a reduzir a ansiedade associada a uma situação de tratamentos de quimioterapia.

#### **4. Fatores facilitadores para o acolhimento da pessoa submetida a quimioterapia intravesical e sua família.**

Segundo Serrão (2004), os elementos ou fatores que facilitam o momento do acolhimento são: ambiente de privacidade, disponibilidade temporal suficiente para que o doente possa verbalizar os seus medos e preocupações, estabelecimento de uma comunicação aberta, tendo em vista a otimização de uma relação de confiança entre enfermeiro-pessoa doente.

Ao analisar as respostas, verificamos que a equipa de enfermagem refere alguns dos fatores facilitadores do acolhimento de acordo com a bibliografia sobre a temática em estudo. No entanto, há igualmente uma valorização de outros elementos.

Os fatores referidos como facilitadores do acolhimento à pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical foram a necessidade de um momento específico para a realização do acolhimento e esclarecimento de dúvidas - consulta de enfermagem referido por 54% dos enfermeiros (6); bem como a empatia por 36% (4). Há ainda a referir como fatores facilitadores do acolhimento, o ambiente físico favorável e adequado, a privacidade, o conhecimento sobre a quimioterapia intravesical, a existência de um enfermeiro de referência e suporte educacional adequado às necessidades, com 27% respostas cada (3).

## **5. Fatores que podem dificultar o acolhimento da pessoa submetida a quimioterapia intravesical e sua família.**

De acordo com a bibliografia relativa a esta temática muitas são as causas que podem interferir e afetar o acolhimento, tais como: desajuste da área física, a demanda excessiva de doentes, a sobrecarga de trabalho, a falta de profissionais de saúde, a falta de recursos materiais e a falta de tempo disponível para cada doente (Beck, 2008).

A equipa de enfermagem quando confrontada com esta questão acrescentou ainda outros fatores determinantes que dificultam o acolhimento, nomeadamente: a ausência de um momento definido para realizar esse acolhimento ao doente/família (63%); a dificuldade na comunicação (36%); a falta de privacidade, dificuldade na gestão do tempo e ainda a falta de empatia (27% cada).

## **6. Estratégias ou medidas sugeridas para melhorar o acolhimento da pessoa com doença submetida a quimioterapia intravesical e da sua família, no serviço.**

O enfermeiro deve iniciar o acolhimento com a sua apresentação, da restante equipa e do serviço, para que o doente se familiarize com o ambiente envolvente. Cabe ao enfermeiro garantir a privacidade do doente, ensinar e instruir sobre os tratamentos, efeitos secundários, medidas adaptativas, mostrando sempre disponibilidade para auxiliar o doente/família a esclarecer as suas dúvidas, receios e angústias (Machado, Ouro & Santana, 2015 e Costa, Garcia & Toledo, 2016).

Foram múltiplas as estratégias ou medidas sugeridas pela equipa com o intuito de melhorar o acolhimento ao doente/família submetido a quimioterapia intravesical. Entre as sugestões feitas destacam-se: adequação do espaço físico e a existência de materiais de suporte educacional referidos em exíguo por 45% (5) dos enfermeiros; maior disponibilidade por parte do enfermeiro para a realização do acolhimento e tempo específico para a realização do mesmo foi referido por 36% dos enfermeiros (4); 18% dos enfermeiros (2)

valorizaram a existência de um enfermeiro de referência, outros 18%, o aumento da privacidade, e mais 18% a necessidade de se melhorarem os registos informáticos.

### **7. Aquisição/revisão de conhecimentos e temáticas a abordar na sessão formativa sobre o acolhimento ao doente e família submetido a quimioterapia intravesical.**

A educação e a formação são vistas como processos dinâmicos e contínuos de construção do conhecimento, por intermédio do desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva, e que, pelas relações humanas, leva à criação de compromissos pessoais e profissionais, capacitando os indivíduos para a adaptação de novas realidades (Domingues e Chaves, 2005). Sendo, assim, é essencial promover oportunidades de ensino e aquisição de novos saberes e competências que deem resposta às necessidades ou lacunas de conhecimentos identificadas.

Toda a equipa considerou importante a revisão e aquisição de novos conhecimentos sobre o acolhimento. Os três temas mais sugeridos para uma sessão formativa foram os seguintes: estratégias de comunicação com especial enfoque no doente oncológico (81%); relação de ajuda ao doente oncológico/família (36%); bem como novas estratégias para melhorar o acolhimento (36%).

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Andrade, M. I. C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.News*. VI (21), 27-31.
- Beck C. L. C. (2008). Acolhimento como proposta de reorganização da Assistência à saúde: Uma Análise Bibliográfica. *Saúde*. 34(2), 37- 43.



- Bellucci, J. J. A. & Matsuda L. M. (2012) Deployment of the system user embracement with classification and risk assesment and the use flowchat analyzer. *Texto Contexto Enferm.* 21, 217-225.
- Costa, M. A. R. & Cambiriba, M. S. (2010). Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. *Cienc Cuid Saude.* 9(3), 494-502.
- Costa, P. C. P., Garcia, A. P. R. F. & Toledo, V. P. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem.* 25, 1-7.
- Domingues, T. A. M. & Chaves, E. C. (2005). O conhecimento científico com o valor no agir do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP.* 39, 580-558.
- Falk M. L. R., Falk J. W., Oliveira F. A. & Motta M. S. (2010). Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS.* 13, 4-9.
- Machado, G. C., Ouro, E. T. R. & Santana, F. P. G. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA. *Revista Brasileira De Saúde Funcional.* 2, 33-45.
- Oliveira, E. R. A, Fiorin, B. H., Santos, M. V. F., Gomes, M. J. (2010). Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde.* 12(2), 46-51.
- Serrão, D. (2004). Saúde e Doença. In M. do C. P. Neves & S. Pacheco. Para uma Ética da Enfermagem: Desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

**Apêndice XXIX: Plano da sessão formativa**

## **PLANO DA SESSÃO FORMATIVA**

**Tema:** Acolhimento à pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical.

**Destinatários:** Equipa de Enfermagem da UEE.

**Local:** Sala de formação da anatomia-patológica

**Duração:** 100min

**Data:** 14 de março

**Hora de início:**14h

**Objetivos geral:** Melhorar a qualidade dos cuidados prestados no âmbito do acolhimento à pessoa/família submetida a quimioterapia intravesical.

**Objetivos específicos:**

- Capacitar os enfermeiros no âmbito das competências básicas e estratégias de comunicação enfermeiro-pessoa com doença oncológica;
- Capacitar a equipa para a realização do acolhimento à pessoa e/ou família submetida a quimioterapia intravesical com base no estabelecimento de uma relação de ajuda.

## Plano da sessão

MOMENTO	CONTEÚDOS	METODOS/ RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
<b>Introdução</b>	- Apresentação do tema/ Desenho do estudo; - Apresentação da Norma de Procedimento e documentos de apoio.	- Método expositivo - Computador, <i>Powerpoint</i> , Videoprojector e Tela	5min
<b>Desenvolvimento</b>	- Comunicação com o doente oncológico; - Estratégias para uma comunicação eficaz; - Identificação das competências básicas de comunicação (empatia, escuta ativa e <i>feedback</i> ); - Relação de Ajuda (Condições prévias ao estabelecimento de uma relação de ajuda, As principais competências/ habilidades); - Treino de situações práticas de acolhimento ao doente/família submetido a quimioterapia intravesical; - Análise e discussão da prática.	- Método expositivo - Computador, <i>Powerpoint</i> , Videoprojector e Tela  - Método participativo, <i>Role play</i> - Docentes (2) ESEL	15min  70 min (20min treino + 15 min análise)
<b>Conclusão</b>	- Considerações finais; - Esclarecimento de dúvidas.	- Método expositivo - Computador, <i>Powerpoint</i> , Videoprojector e Tela	5min
<b>Avaliação</b>	- Avaliação da Sessão.	- Grelha de avaliação	5min

## Situações para treino (*Role play*)

Situação	Descrição
<b>Primeira</b>	Momento de acolhimento em que a doente se apresenta angustiada, receosa e cheia de dúvidas. Muito nervosa e agitada. Pensa que os efeitos secundários do tratamento são: vômitos, mal-estar geral e queda do cabelo. Pensa que não conseguirá aguentar o tratamento e afirma não ter a certeza de querer ser sujeita ao mesmo.
<b>Segunda</b>	Ao realizar o acolhimento no serviço, a enfermeira aborda todos os temas inerente ao mesmo, no entanto não refere a questão da atividade sexual. O doente sente-se constrangido, mas quer perguntar se durante a realização dos tratamentos pode ter uma vida sexual ativa, e se sim o que deve fazer.
<b>Terceira</b>	Doente, de 59 anos de idade, vem iniciar o seu terceiro ciclo de quimioterapia intravesical, no período de três anos e após a realização de 4 intervenções cirúrgicas. Encontra-se muito perturbada com a sua situação de doença e partilha com a enfermeira o choque que teve no dia da sua primeira cirurgia quando acordou, pensando que o seu problema tinha ficado resolvido, e ao perguntar ao médico se as coisas tinham ficado resolvidas este respondeu “curada? Claro que não! Isso só com um saco na barriga” (sic).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Broca, P. V., & Ferreira, M. A. (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (1), 97-103.
- Buela-Casal, G., & Moreno, S. (1999). Intervención psicológica en cáncer. In Simón, M. (Ed.), *Manual de psicología de la salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 505-536). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- 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 Referência*. 3(7), 103-112.
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C., & Greitemann, B. (2009). Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 328-35.
- Holland, J. (1998). Societal views of cancer and the emergence of psycho-oncology. *Psycho-oncology* (pp. 3-15). New York: Oxford University Press.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, A. C. (2014). A relação de ajuda nos cuidados paliativos: a abordagem humanista de Carl Rogers. *Cuidados Paliativos*, 1 (1), 62-69.
- Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Riley, B. (2000). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª edição Loures: Lusociência.

Silva, M. J., & Araújo, M. M. (2012). Comunicação em Cuidados Paliativos. In R. T. Carvalho, & H. A. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 75-85). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

Stefanelli, M. (2005). Conceitos teóricos sobre comunicação. In Stefanelli, M. & Carvalho, E. (Orgs.) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (p. 28 – 46). Brasil: Editora Manole Ltda.

Travado, L. & Reis, J. (2015). Técnicas e Competências de Comunicação. In Albuquerque, E. & Cabral, A. (Coord.) *Psico - oncologia – Temas Fundamentais* (pp. 3 – 13). Lisboa: Lidel – Edicoes Tecnicas Lda.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.

**Apêndice XXX:** Avaliação do grau de satisfação dos doentes a realizar tratamento de quimioterapia intravesical ou imunoterapia intravesical



# **AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS DOENTES A REALIZAR TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL OU IMUNOTERAPIA INTRAVESICAL**

## **1. Caracterização do inquirido**

### **1.1 Sexo:**

- Feminino
- Masculino

### **1.2 Idade: \_\_\_\_\_**

### **1.3 Área de residência (Concelho) \_\_\_\_\_**

### **1.4 Situação Profissional:**

*Qual das seguintes descrições se adequa à sua situação atual?*

- Empregado(a)
- Desempregado(a)
- Estudante
- Doméstico(a)
- Reformado(a)/ Pensionista

### **1.5 Grau de ensino que está a frequentar ou de que é detentor.**

- Sem escolaridade
- Ensino básico (1º ao 9º ano)
- Ensino secundário (10º ao 12º ano)
- Curso técnico-profissional
- Ensino Superior
- NS/NR

Utilizando a escala de 1 a 10, onde 1 significa “muito má” e 10 significa “muito boa”, vou colocar-lhe algumas questões sobre a sua experiência na Unidade de Bloco de Exames Especiais durante a realização de tratamentos intravesicais







**6. O que podemos melhorar? Sugestões para melhoria.**

**Nº do questionário**

**ANEXOS**

**Anexo I: Questionário da Formação**



Formação em Serviço

Exames Especiais

### Questionário da Formação

Título da Formação:

Data:

A sua opinião sobre a acção de formação é muito importante, pois visa melhorar a eficácia/ eficiência da prestação dos cuidados ao utente. Deste modo, solicitamos o preenchimento deste questionário, o qual é anónimo e confidencial.

Responda a cada item, colocando uma cruz na coluna do nº. que melhor indicar a sua opinião.

1-Discordo na totalidade

4-Concordo

2-Discordo parcialmente

5-Concordo bastante

3-Não concordo nem discordo

Obrigado pela sua colaboração.

<b>FORMAÇÃO</b>	1	2	3	4	5
Os objectivos da formação foram alcançados					
A formação foi clara e os temas abordados, interessantes					
A formação foi útil para o desempenho das minhas funções					
A componente prática foi útil para o meu desempenho profissional					
As metodologias utilizadas foram adequadas à formação realizada					
A formação foi motivante para mim					
O tempo de duração da formação foi suficiente para a aquisição de conhecimentos					
A divulgação da formação no meu serviço, foi factor motivante à participação na mesma					
As condições da sala foram adequadas à apresentação da formação					
Os meios audio-visuais utilizados foram adequados					
<b>FORMADORES</b>					
Os formadores motivaram a participação do grupo					
Os formadores estabeleceram uma boa relação com o grupo					
Os formadores foram claros na exposição dos temas					
Os formadores esclareceram dúvidas					
Os formadores utilizaram uma metodologia que facilitou a aprendizagem e utilidade prática dos conteúdos abordados					



**Anexo II:** Registo da avaliação do estágio com relatório



## REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio : Centro Hospitalar de Setúbal, Serviço de Oncologia Hospital de Dia

### **Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:**

O estágio da estudante Ana Nunes realizado no Centro hospitalar de Setúbal no Serviço de Oncologia Hospital Dia, teve a duração de 6 semanas. Assídua e pontual, demonstrou muito interesse, disponibilidade e motivação.

Estabeleceu e manteve relações de trabalho e de articulação com a equipa de enfermagem e a equipa multidisciplinar, identificando e valorizando os seus papéis. Utilizou metodologia científica na resolução dos problemas, mobilizando conhecimentos e competências teóricas e práticas no âmbito do seu projeto de intervenção. Muito proactiva no desenvolvimento das atividades planeadas, que promoveram uma prática reflexiva dos cuidados de enfermagem, permitindo a mobilização de competências e conhecimentos que facilitaram o desenvolvimento do projeto de intervenção e atingir os objetivos propostos para o estágio.

A estudante apresentou um padrão de conduta pessoal que dignifica a profissão de enfermagem e a escola. A avaliação qualitativa da aluna é Muito Bom.

Data:

Orientador:

Estudante (tomei conhecimento) Ana Margarida Nunes

Orientador: Estima Contreiras  
Docente: [Assinatura]



### REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio Hospital de Dia de Urologia HNSB - Bairro, CHBM

**Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:** O estudante integrou-se na equipa de enf. em e multidisciplina assumindo o papel de enf. especialista em enf. em médico-cirúrgica na área específica de intervenção em enf. em oncológica.

Avaliou a situação da pessoa/família com diagnóstico de tumor vesical e submetido a quimioterapia intravesical, diagnosticando necessidades no seu acolhimento, planeou estratégias, executou e avaliou resultados e introduziu medidas corretivas.

Aproveitou os recursos existentes na ficando "confinada" ao hospital de dia, mas acompanhou o doente na sala de exames, bem como se deslocou ao internamento de modo a assistir ao acolhimento da pessoa/família com tumor vesical a ser submetido a cistectomia radical e ostomia de eliminação urinária, motivando iniciativa em enriquecer os seus conhecimentos e ter outros momentos

USPF

Data:

Orientador:

Estudante (tomei conhecimento)

Orientador:

Docente:

de partilha, discussões e reflexões com restante equipa.  
Pelas razões expostas, considera-se que a estudante atingiu  
uma avaliação positiva com uma prestação de muito bom.

BBan



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Área Específica de Intervenção: Enfermagem Oncológica

### REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio: Unidade de Exames Especiais

#### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica

Avalio em Excelente, a estudante – Ana Margarida Arede Nunes.

Atribuo esta menção qualitativa na avaliação do Estágio na Unidade de Exames Especiais, local de trabalho da estudante pela mobilização de conhecimentos e adequada escolha do PIS - Projecto de Intervenção no Serviço, da forma como foram atingidos todos os objectivos a que se propôs e de como adequou a sua abordagem às contingências.

Desenvolveu e adquiriu competências, preconizadas pela OE para o Enfermeiro Especialista de Enfermagem Médico-cirúrgica. Deu cumprimento às actividades de intervenção/formação a que se comprometeu, promovendo o envolvimento de toda a equipa e fomentando a capacitação desta em prol da melhoria de cuidados, não apenas na área de intervenção do seu projecto mas que se enquadra transversalmente na actividade do serviço.

Demonstrou empenho e motivação. Conseguiu conjugar a sua experiência do contexto de trabalho com os conhecimentos do contexto académico demonstrando responsabilidade profissional, ética e legal e no objectivo de melhorar a qualidade de cuidados à pessoa com doença oncológica.

Data:

Orientador: Teresa do Rosário Proença Mateus  
Estudante (tomei conhecimento): Ana Margarida Nunes

Orientador:

Docente:

João Manuel Ramos