



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

Relatório de Estágio

**Intervenções Otimizadoras do Autocuidado nas
Consultas Externas de Enfermagem à Pessoa com
Cancro da Laringe Submetida a Laringectomia Total**

Ana Cristina da Silva Gomes



Lisboa

2022



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

Relatório de Estágio

**Intervenções Otimizadoras do Autocuidado nas
Consultas Externas de Enfermagem à Pessoa com
Cancro da Laringe Submetida a Laringectomia Total**

Ana Cristina da Silva Gomes



Orientador: Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da
Costa

Coorientador: Professora Mestre Ana Inês de Almeida Frade



Lisboa

2022

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

À Professora Orientadora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa pela disponibilidade, incentivo e partilha de saber.

À Professora coorientadora Ana Inês Frade pela enorme disponibilidade, humanismo, sabedoria, acompanhando-me e motivando-me a ultrapassar as minhas dificuldades e necessidades.

A todos os enfermeiros e restantes profissionais com os quais contactei ao longo deste caminho, que me aconselharam e com os quais discuti ideias, partilhei experiências, e que foram fundamentais ao meu desenvolvimento.

A todos as pessoas que cuidei ao longo deste percurso e que me ensinam todos os dias que podemos fazer a diferença na vida do outro.

A todos os meus amigos que sempre me acompanharam e incentivaram constantemente.

À minha família por todos os momentos de carinho, pela constante preocupação e por estarem presentes constantemente na minha vida.

LISTA DE SIGLAS E DE ABREVIATURA

ADN	-	Ácido desoxirribonucleico
AC	-	Autocuidado
ALT	-	Alanina aminotransferase
AST	-	Tansaminase oxalacética
CL	-	Cancro Laringe
DGS	-	Direção Geral da Saúde
EE	-	Enfermeiro Especialista
Enf.^a	-	Enfermeira
EONS	-	European Oncology Nursing Society (Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica)
IE	-	Intervenções de Enfermagem
IgG	-	Imunoglobulina G
LT	-	Laringectomia Total
OE	-	Ordem dos Enfermeiros
ORL	-	Otorrinolaringologia
QT	-	Quimioterapia
RT	-	Radioterapia

RESUMO

A laringectomia total mantém-se como tratamento de primeira linha nos carcinomas localmente avançados da laringe e da hipofaringe. As pessoas submetidas a laringectomias total enfrentam medos, ansiedade, tristeza e por vezes até depressão devido aos tratamentos, à possibilidade de recidiva e de complicações. Estas pessoas enfrentam dificuldades físicas, mentais e sociais, devido a alterações decorrentes da cirurgia, incluindo a nível comunicacional, dificultando o relacionamento com as outras pessoas. No pós-operatório, as pessoas apresentam compromisso do autocuidado. A intervenção de enfermagem é fundamental para otimizar o autocuidado, ao nível do sistema de apoio e educação, sistematizando conteúdos educativos sobre défices de autocuidado, nomeadamente ao nível dos comprometimentos ao nível da ingestão de água e alimentos, do ar, do equilíbrio entre a solidão e comunicação social, do equilíbrio entre atividades e descanso (higiene, vestuário) e as atividades de lazer.

Tendo em conta que era prática comum numa consulta externa de enfermagem de um hospital a prestação de cuidados a pessoas submetidas a laringectomia total, de forma não estruturada e não sistematizada, sem *timings* preconizados para realizar as consultas nos diferentes momentos do percurso de doença, com ausência de instrumentos de colheita de dados, materiais audiovisuais, informações escritas e local próprio, surgiu a necessidade de desenvolver um projeto de intervenção intitulado "*Intervenções de enfermagem optimizadoras do autocuidado nas consultas externa à pessoa com carcinoma da laringe submetida a laringectomia total*". A Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem foi o modelo teórico subjacente e a metodologia aplicada foi a de projeto, com realização de um protocolo de *Scoping Review*; três estágios em diferentes contextos hospitalares, a par com uma reflexão crítica transversal. Foram elaborados instrumentos de colheita de dados e um plano educacional para a consulta de enfermagem. A implementação deste projeto permitiu-me desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente oncológica e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem optimizadores do autocuidado nas consultas externa à pessoa submetida a laringectomia total, em diferentes momentos, promovendo a sua autonomia e melhoria da sua qualidade de vida.

Palavras-chave: autocuidado, cancro da laringe, intervenções de enfermagem; laringectomia total.

ABSTRACT

Total laryngectomy remains the first-line treatment for locally advanced carcinomas of the larynx and hypopharynx. People undergoing total laryngectomies face fears, anxiety, sadness and sometimes even depression due to the treatments, the possibility of recurrence and complications. These people face physical, mental and social difficulties, due to changes resulting from the surgery, including at the communication level, making it difficult to relate to other people. In the postoperative period, people have compromised self-care. Nursing intervention is essential to optimize self-care, in terms of the support and education system, systematizing educational content on self-care deficits, namely in terms of commitments in terms of water and food intake, air, the balance between loneliness and social communication, the balance between activities and rest (hygiene, clothing) and leisure activities.

Bearing in mind that it was common practice in an outpatient nursing consultation at a hospital to provide care to people undergoing total laryngectomy, in an unstructured and non-systematized way, without recommended timings for carrying out consultations at different times in the course of the disease, with In the absence of data collection instruments, audiovisual materials, written information and a dedicated location, the need arose to develop an intervention project entitled "Nursing interventions that optimize self-care in outpatient consultations for people with laryngeal carcinoma undergoing total laryngectomy". The General Theory of Self-Care by Dorothea Orem was the underlying theoretical model and the applied methodology was the project, with the implementation of a Scoping Review protocol; three internships in different hospital contexts, along with a transversal critical reflection. Data collection instruments and an educational plan for the nursing consultation were developed. The implementation of this project allowed me to develop skills as a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, in the oncology aspect and to improve the quality of nursing care that optimizes self-care in outpatient consultations for people undergoing total laryngectomy, at different times, promoting their autonomy and improving their quality of life.

Key words: laryngeal cancer; nursing intervention; self-care; total laryngectomy

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	15
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
1.1 A pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total	22
1.2 Intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado da pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total em consulta externa de enfermagem	27
2.EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	33
2.2 Estágio num serviço de Hospital de Dia de Oncologia	33
2.3 Estágio num serviço de internamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia de um Centro Oncológico	42
2.4 Estágio numa consulta externa de enfermagem num serviço de exames especiais	48
CONCLUSÕES	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICES	
Apêndice I	- Classificação TMN
Apêndice II	- Protocolo de Revisão <i>Scoping</i> – Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total: Protocolo de revisão <i>Scoping</i>
Apêndice III	- Guião da entrevista à enfermeira orientadora do serviço de Hospital de Dia de Oncologia de um Centro Oncológico
Apêndice IV	- Síntese da informação da entrevista à enfermeira orientadora do Hospital de Dia de Oncologia de um Centro Oncológico
Apêndice V	- Ficheiro com os fármacos utilizados em contexto de hospital de Dia de Oncologia na pessoa com cancro da laringe

- submetida a laringectomia total sob quimioterapia e imunoterapia
- Apêndice VI** - Instrumentos de colheita de dados para as Consultas de Enfermagem de primeira vez, de pós-operatório, de RT, QT e imunoterapia
- Apêndice VII** - Reflexão Crítica num Hospital de Dia Oncologia de um Centro Oncológico
- Apêndice VIII** - Guião de entrevista à enfermeira orientadora de um serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia e de um Centro Oncológico
- Apêndice IX** - Análise da informação obtida na entrevista à enfermeira orientadora do serviço de internamento de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia de um centro oncológico
- Apêndice X** - Pedido de autorização e resposta para utilização de imagens e vídeos como material audiovisual de demonstração
- Apêndice XI** - Protocolo Educacional da Consulta de Enfermagem da pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total
- Apêndice XII** - Folheto “Como realizar os cuidados traqueais e à pele peri-traqueostoma”
- Apêndice XIII** - Questionário para avaliação das necessidades de formação da equipa de enfermagem das consultas externas
- Apêndice XIV** - Plano de sessão da ação de formação à equipa de enfermagem das consultas externas
- Apêndice XV** - Slides da formação equipa de enfermagem da consulta externa
- Apêndice XVI** - Plano de sessão da ação de formação à equipa de enfermagem de internamento cirúrgico
- Apêndice XVII** - Slides da ação de formação à equipa de enfermagem do serviço de internamento cirúrgico

INTRODUÇÃO

O presente relatório descreve o trajeto realizado do projeto de formação e intervenção, efetuado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Médico-Cirúrgica, na opção de Enfermagem Oncológica.

Este projeto intitulado “Intervenções otimizadoras do autocuidado nas consultas externas à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total”, foi desenvolvido para otimizar a qualidade dos cuidados de enfermagem nessas consultas externas, focando-se na otimização do autocuidado (AC) das pessoas submetidas a laringectomia totais.

Os tratamentos do cancro da laringe (CL) passam pela cirurgia, radioterapia (RT), quimioterapia (QT) e imunoterapia usadas de forma isolada ou combinada (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015). Em termos cirúrgicos, destacam-se as técnicas por abordagem aberta, como a LT, e as técnicas por abordagem endoscópica (Santos, Correa, Faria, Siqueira, Reis & Carvalho, 2019).

A pessoa com CL submetida a laringectomia total (LT) enfrenta medos, ansiedade, tristeza e por vezes até depressão devido aos tratamentos, à possibilidade de recidiva e de complicações a qualquer momento (Kotake, Kai, Iwanaga, Suzukamo & Takahashi, 2019).

A LT consiste na exérese de todas as estruturas entre a base da língua e o segundo ou terceiro anel traqueal, suturando-se a faringe superior à base da língua e a traqueia à pele da região inferior do pescoço, originando um traqueostoma definitivo para possibilitar a função respiratória (Teixeira, 2017). O trato digestivo preserva-se através da construção de uma neofaringe com as partes moles do pescoço (Santos et. al., 2019). Esta provoca alterações respiratórias, perda da voz, provocando impacto sério na comunicação, na autoestima, na socialização, na empregabilidade, na autoimagem e na vida sexual (Yang, Wang, Chang & Fang, 2013; Moore, Ford & Farah, 2014).

A voz laríngea perde-se definitivamente, podendo ser criado, no momento da cirurgia, ou num momento posterior, um *shunt* entre a traqueia e a faringe para colocação de uma prótese fonatória que possibilita a emissão de sons, o que se denomina de voz traqueo-esofágica (Teixeira, 2017). Mas não sendo esta a solução possível, existem outras alternativas à voz laríngea como a voz esofágica, a laringe

eletrónica, e os métodos de comunicação alterativos e aumentativos (Brook, 2013). Devido às alterações na comunicação causadas pela perda repentina de voz após a cirurgia, as pessoas apresentam problemas físicos, mentais e sociais, dificultando o relacionamento com outras pessoas e até com a família (Kotake et. al., 2019).

Assim, a LT é um dos procedimentos cirúrgico mais temido pelos doentes, pelo seu carácter mutilante, criando necessidades de adaptação às novas formas de respiração, comunicação, alimentação, higiene, bem como, pelas dificuldades e riscos pós-operatórios associados ao procedimento, mas também às outras modalidades de tratamentos (Martins, Silveira, Sousa & Vaz, 2020), que tem impacto no AC.

A LT leva a desvios de saúde¹ que ocorrem quando a pessoa excede a sua capacidade de AC em qualquer uma das necessidades, como na ingestão de água e alimentos, no equilíbrio entre a solidão e a comunicação social, ou nas atividades de lazer, levando a que as pessoas necessitem de receber cuidados e informação (Orem, 2001).

O compromisso no AC requer intervenções de enfermagem (IE) específicas que o otimizem. Os enfermeiros são os profissionais que contactam com maior frequência e durante mais tempo com esta população, sendo responsáveis por lhes fornecer cuidados, estimulando a pessoa a enfrentar a realidade (Li, Shi, Wang, Zhang, Shao & Wang, 2017), acompanhando-a ao longo de todo o percurso de doença oncológica de forma a minimizar o seu impacto e promover a autonomia e a independência no AC (Orem, 2001).

A DGS (2017), preconiza que a pessoa com CL submetida a LT deva ser acompanhada ao longo do período peri-operatório², recomendações referidas por outros autores (Neiva, Nogueira & Pereira, 2020), Queirós, 2021, Spito & Cavaliere, 2019, que lembram os períodos dos tratamentos RT e QT e imunoterapia (Souza, 2017). Antes e após esses tratamentos a pessoa necessita de apoio educacional, psicossocial e de treino, para garantir a manutenção da vida, o seu bem-estar e

¹ Os desvios de saúde dizem respeito às necessidades que só são sentidas pelas pessoas na presença de doenças ou em certas situações especiais (Orem, 2001). Os requisitos de desvio de saúde existem para as pessoas que estão doentes, que têm formas específicas de situações ou desordens patológicas, ou incapacidades, e que estão submetidas a um diagnóstico ou tratamento médico (Queirós, Vidinha & Fialho, 2014).

² Corresponde ao tempo decorrente entre a preparação da pessoa para o ato cirúrgico e a sua posterior recuperação, subdividindo-se em três fases: pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória. (Davriux et. al., 2019).

adquirir autonomia e independência no AC (DGS, 2017). Este acompanhamento deve ocorrer em consultas de enfermagem, pois estas permitem ao enfermeiro identificar situações de saúde ou doença, prescrever e executar IE que vão contribuir para a promoção da saúde, prevenção de complicações e restabelecimento do AC comprometido com a doença e a LT (Neiva et. al., 2020) e cuja capacitação é feita com IE educativas e de orientação que preparem a pessoa para enfrentar a sua nova condição (DGS, 2017; Neiva et al., 2020; Queirós et al., 2021), devendo ser fornecidos folhetos informativos onde as pessoas possam visualizar os materiais que devem utilizar e como deve realizar a limpeza dos dispositivos e os cuidados com a pele peri-traqueostoma (Neiva, et. al., 2020), É essencial que todas as pessoas submetidas a LT tenham acesso a uma equipa interdisciplinar de profissionais com competências para garantir a prestação de cuidados na gestão da ostomia (DGS, 2017).

A DGS (2017) preconiza que a pessoa tenha acesso a um plano de consulta de enfermagem de pré e pós-operatório, neste último caso aos 15 e 30 dias após a alta hospitalar e aos 3 e 6 meses e depois anualmente. As consultas de enfermagem no âmbito dos tratamentos de RT, QT e imunoterapia a consulta devem ocorrer antes, durante e no final dos tratamentos (Souza, 2017; Spito, 2019; Cnossen, et. al., 2016).

Todas estas consultas devem ter um instrumento de colheita de dados que possa identificar as necessidades de AC da pessoa submetida a LT (Queirós, 2014), um local próprio, com recursos adequados e com uma IE estruturada e baseada na evidência realizada em articulação com a restante equipa de saúde (DGS, 2017).

Desde 2015 que existe uma consulta de estomaterapia respiratória no serviço onde trabalho. Contudo, nesta consulta, não existe instrumentos de colheita de dados baseado na evidência científica, nem folhetos informativos, nem está estabelecido um plano de consulta de enfermagem de forma sistematizada e estruturada no pré e pós-operatório, nem antes, durante e após os tratamentos de RT, QT e imunoterapia, com procedimentos de enfermagem sistematizados. Não há recurso de enfermagem atribuídos para esta consulta, embora tenha investido nos cuidados a esta população e sendo eu que respondo aos problemas de saúde e de gestão do AC das pessoas com LT. Perante esta problemática, surgiu a necessidade de

realizar a consulta em local próprio, com enfermeira destacada, com instrumentos de colheita de dados que possam caracterizar e identificar as necessidades de AC e sistematização das IE específicas necessárias ao AC da pessoa submetida a LT em cada uma das consultas realizadas ao longo do percurso de tratamentos, o que culminou no desenvolvimento do presente projeto de intervenção com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados nas consultas externa à pessoa com CL submetida a LT, e inerentemente, a otimização do AC e da sua qualidade de vida.

Este projeto tem como objetivos gerais:

- Adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional no âmbito da otimização do AC à pessoa com CL submetida a LT;
- Otimizar os cuidados de enfermagem à pessoa com CL submetida a LT identificando as suas necessidades, planeando com ela IE que promovam o AC e avaliando o resultado das mesmas nas consultas externas.

Foi colocada a questão inicial “quais as IE otimizadoras do AC à pessoa com CL submetida a LT?”, à qual se procurou dar resposta com base na evidência científica encontrada através de uma pesquisa bibliográfica feita segundo a metodologia de revisões *scoping*. Este projeto tem como sustentação a Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem (2001), que esta autora define como a prática das atividades que a pessoa realiza para seu benefício mantendo a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001).

No início deste projeto após reflexão sobre o modelo de desenvolvimento de competências proposto por Benner (2001) considero que me enquadrava no nível de competente, pretendo progredir para o de proficiente ou de perito desenvolvendo competências especializadas comuns e do enfermeiro especialista (OE, 2019a), bem como de competências preconizadas pela *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2018) e de mestre (Ministério da Educação, 2018).

Este relatório é constituído pela presente introdução onde se descreve a problemática e por 3 capítulos, o enquadramento teórico, onde se desenvolvem as necessidades da pessoa com CL submetida a LT, a teoria geral do AC de Dorothea

Orem e as IE otimizadoras do AC em 3 subcapítulos. O segundo capítulo é o relatório crítico da execução das atividades realizadas e resultados obtidos em três campos de estágio, finalizando-se com o capítulo da avaliação onde são analisados os pontos fortes, as limitações e as competências desenvolvidas, e o último da conclusão.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo deste capítulo será dado a conhecer os principais défices de AC e as IE optimizadoras do AC à pessoa submetida a LT nas consultas externas, tendo sido elaborado um protocolo de revisão *scoping* (Apêndice I) de forma a encontrar a evidência científica atual.

1.1 A pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total

A doença oncológica é a segunda causa de morte a nível mundial, e a principal razão de perda de anos de vida (DGS, 2020).

Os tumores de cabeça e pescoço são um grupo heterogéneo de neoplasias, que se localizam-se no lábio, na cavidade oral, orofaringe, na hipofaringe, na laringe, no nariz, nos seios peri-nasais, na nasofaringe, nas glândulas salivares, na glândula tireoideia e nas glândulas parotídeas (Caixeiro, 2019). Pertence ao grupo dos 6 tumores malignos mais prevalentes a nível mundial, com cerca de 900.000 novos casos diagnosticados, correspondendo a cerca de 10% do total dos tumores malignos (Coelho, 2017). O CL é o segundo mais frequente dos tumores da cabeça e pescoço afetando milhares de pessoas a nível mundial (Caixeiro, 2019; Viana, 2012) com uma incidência a nível mundial de 2,0 por cada 100.000 habitantes, e de 2,5 por cada 100.000 habitantes para Portugal no ano de 2020 (*International Agency for Research on Cancer, 2020*). É mais frequente no sexo masculino, na quinta e sexta década de vida, e em pessoas com *status* socioeconómico mais baixo (Bradley & Schiff 2018; Paço & Mendonça, 2011; Peixoto, Peixoto, Pinto & Santos, 2021). A taxa de cura do CL aos 5 anos é de 90% nos estádios precoces e de 50-60% nos estádios mais avançados (Montalvão, 2021).

Os fatores de risco do CL são: o tabaco, o álcool, fatores genéticos e hormonais, o vírus do papiloma humano, a má nutrição, as radiações, a idade, a presença de refluxo faringolaríngeo ou gastroesofágico e a exposição a produtos químicos (Peixoto, Peixoto, Pinto & Santos, 2015; Paço & Mendonça, 2011).

Ter o diagnóstico de CL é vivenciado de forma traumática, acompanhado por diversos *stressores* agudos e crônicos, traduzindo-se na diminuição da qualidade de vida que se acentua com a realização dos tratamentos antineoplásicos (Oliveira & Almeida, 2015).

Os tratamentos são decididos com base na avaliação clínica, das condições físicas do doente, nas características histológicas, da localização, tamanho e disseminação³ à distância do tumor, e no suporte familiar e social (DGS, 2015) (Apêndice I). Também se considera o impacto a nível físico, social, psicológico da pessoa e da sua família (Rossi, Fernandes, Ferreira, Bento, Pereira & Chone, 2014).

Apesar da existência de avanços tecnológicos a LT mantém-se como tratamento de primeira linha nos carcinomas localmente avançados da laringe e da hipofaringe (Martins, Silveira, Sousa & Vaz, 2020). A laringe tem três funções importantes: é um canal permeável ao ar, possibilitando a respiração, evita a passagem de substâncias/ alimentos para a via aérea, e é responsável pela produção de som (Paço & Mendonça, 2011).

A remoção das estruturas anatómicas numa LT, descrita na introdução, permite perceber porque esta cirurgia é temida pelas pessoas pelo seu carácter mutilante levando à necessidade de adaptação à nova forma de respiração, comunicação, mobilização cervical, alimentação, imagem corporal, intimidade, bem como, pelas dificuldades e riscos pós-operatórios associados ao procedimento (Martins et al, 2020).

Os tratamentos do CL podem ser neoadjuvantes ou adjuvantes⁴. A RT adjuvante é recomendada em casos com infiltração perineural, embolização vascular ou metástases cervicais sem comprometimentos extracapsular (Santos et. al., 2019).

³ A American Joint Commission on Cancer utiliza três critérios para determinar o estadiamento antes do início do tratamento. O primeiro corresponde ao T (indica o tamanho do tumor primário e se está disseminado para outra área), N (descreve a existência disseminação da doença para os linfonodos), M (indica se existe presença de metástases em outras partes do corpo) (Paço, 2011)

⁴ Estes são neoadjuvantes quando utilizados como tratamento principal antes da cirurgia e adjuvantes quando utilizados posteriormente à cirurgia (Santos et. al., 2019).

Este tratamento, por norma, é realizado diariamente, cinco dias por semana e pode ter a duração de 8 semanas, dependendo da dosagem prescrita (Amorim et. al., 2022), geralmente 66Gy administrados em 33 frações (Santos et. al., 2019). Se indicada QT adjuvante com a RT é usada a cisplatina 100 mg/m² nos dias D1, D22 e D43 e RT mantém a dose e as frações referidas (Santos et. al., 2019)

Com a realização de RT, QT e imunoterapia a pessoa pode vir a desenvolver efeitos secundários, alterando as suas necessidades de AC ao longo do percurso de tratamento, pelo que, o enfermeiro tem uma intervenção essencial como educador durante esse período de tratamento (Souza, Santos, Bushatskyl, Figueiredo, Melo & Santos, 2017).

As pessoas com CL propostas para a realização de LT, e de tratamentos de QT e RT, deverá ter acompanhamento nutricional por uma equipa especializada desde o momento do diagnóstico médico, pois esta população está particularmente propensa à desnutrição, devido à ingestão baixa de vitaminas e nutrientes, associada frequentemente a hábitos tabágicos e alcoólicos ou devido aos sintomas provocados pela doença, como a odinofagia, a disfagia, a anorexia e mesmo depressão (Martins et al., 2020) que foram impedindo a pessoa de se alimentar. A avaliação do risco nutricional da pessoa deve ser feita através da escala de MUST semanalmente (Everitt, 2016b).

Com a cirurgia, a pessoa passa por alterações da deglutição, ficando com a ingestão de água e alimentos comprometida, devido à separação das vias áreas e digestivas com a confecção da neofaringe (Everitt, 2016a) e a necessidade de cicatrização destas anastomoses cirúrgicas e de prevenir o risco de infeção geralmente nos primeiros 14 dias pós- operatório, tendo nesse período sonda nasogástrica (University of Iowa, 2017). Estas pessoas apresentam também alterações ao nível do olfato e do paladar (Gomes et al, 2016), devido ao facto do ar inalado não passar pelo nariz (Brook, 2013).

A primeira refeição após a remoção da sonda nasogástrica, pode ser um desafio permanente, devido à dificuldade de deglutição e à diminuição da produção de saliva que lubrifica os alimentos e facilita a mastigação (Brook, 2013), pelo que a retoma da alimentação deve ser antecedida por uma avaliação do processo de deglutição, com encaminhamento para terapia de reabilitação da deglutição (Everitt,

2016b), havendo vários métodos de avaliação da deglutição a radiografia de deglutição por bário, videofluoroscopia, avaliação endoscópica da deglutição, laringoscopia nasofaríngea de fibra ótica, e a manometria esofágica (Brook, 2013). A alimentação deve ter uma ingestão adequada de líquidos, consumo de alimentos variados com baixo teor de açúcar, pois este aumenta o risco de colonização da prótese fonatória com leveduras, provocando complicações (Brook, 2013). Durante o processo de alimentação por sonda nasogástrica, devem-se fazer os cuidados de higiene orais após as refeições completados com bochechos de cloro-hexidina após a escovagem da língua, gengivas, palato ou próteses dentárias, se a tiver (Marinho, 2018) e dos dentes, com escova macia e creme dentário infantil, com fluor (Marinho, 2018) e fio dental (José, 2017).

A atividade de ingestão ar de suficiente fica comprometida após a LT, em que a circulação do ar se faz pela ostomia respiratória (traqueostoma), pelo que a pessoa passa a necessitar de dispositivos que mantenham a via aérea permeável, que são as cânulas de traqueostomia usadas durante o primeiro ano de pós-operatório (José, 2017). A pessoa necessita de ser capacitada para a realizar os cuidados de higiene diários ao traqueostoma, pele peri-traqueostoma e a limpeza dos dispositivos, mas também prevenir a obstrução, com a filtração e humidificação do ar (DGS, 2017; Neiva et. al., 2020, Queirós et. al., 2021). Os cuidados traqueais devem ser realizados pelo menos 2x por dia (DGS, 2017) estando recomendo a lavagem do estoma e da pele peri-traqueostoma com soro fisiológico, com compressas ligeiramente humedecidas para não entrar soro na traqueia (Santos, 2011). No domicílio é aconselhado a água e sabão neutro (Santos, 2011). O traqueostoma deve ser observado se tem crostas, características das secreções (Santos, 2011). A humidificação e filtração são fundamentais na dinâmica respiratória, a pessoa deve manter-se hidratada, para evitar a secura das membranas mucosas que ficam mais secas, provocando redução da mobilidade das secreções, facilitando a sua retenção, estase e espessamento (Santos, 2011). O traqueostoma deve ser protegido de corpos estranhos, fumos, poeiras, fibras, partículas, sendo recomendado a utilização de lenços colocados à frente o traqueostoma permitindo a passagem do ar (Santos, 2011). O filtro adaptado à cânula ou às placas adesivas quando a pessoa já não necessita de cânula permita

filtrar e humidificar o ar que entra na traqueia, função entretanto perdida com a cirurgia (Teixeira, 2017).

Estas pessoas têm alterações no equilíbrio entre a solidão e a comunicação social, com perda de voz, embora possa optar por um dos três métodos alternativos à voz laríngea já referidos: a voz traqueo-esofágica, a voz esofágica e a laringe eletrónica ou artificial (Brook, 2013). A voz traqueo-esofágica requer a colocação de uma prótese fonatória de silicone, numa fistula traqueo-esofágica construída que dirige o ar dos pulmões para o músculo cricofaríngeo provocando-lhe uma vibração com articulação à cavidade oral (Santos, 2011, Paço et. al., 2011). A prótese requer cuidados específicos diários de higienização com dispositivos próprios (Queirós et. al., 2021; Santos, 2011). A voz esofágica ocorre quando o ar deglutido produz um eructo que faz vibrar o músculo cricofaríngeo, emite um som, na cavidade oral, é articulado na formação de sílabas, palavras e frases, podendo existir domínio da fala por completo (Santos, 2011). A laringe eletrónica é utilizada quando a pessoa não tem capacidade de produção de voz traqueo-esofágica ou esofágica (Everitt, 2016a; Santos, 2011). Este método requer a utilização de um dispositivo eletrónico encostado ao pescoço, de forma a transmitir ondas vibratórias para a cavidade oral, traduzindo-se num som metalizado e artificial (Santos, 2011). Há também métodos de comunicação alternativos e/ou aumentativos, como a mímica labial, os gestos, a escrita, o quadro de letras e palavras, tabela de imagens, dispositivos móveis e aplicações informáticas que otimizam a comunicação (Frade, 2017). Face a esta alteração na comunicação a pessoa necessita de passar por processos de adaptação, únicos, complexos e dinâmicos, sendo fundamental, cuidados de enfermagem eficientes, holísticos e centrado na pessoa (Frade, Miguel & Ferreira, 2019).

O equilíbrio entre atividades e descanso (higiene) é um AC que está comprometido e levanta muitos défices à pessoa nos seus cuidados de higiene, tendo de passar a tomar o seu banho com a cabeça fletida, protegendo o traqueostoma da entrada de água, sabão ou espuma, podendo, ou recorrer a dispositivos de proteção do banho (José, 2017).

A pessoa submetida a LT perde a função do esfíncter da glote e deixa de realizar a manobra de valsava (Teruya et. al., 2018; Vélez et. al., 2018), devendo ser

aconselhada em relação à eliminação intestinal, reforço da ingestão hídrica e de alimentos que evitem a obstipação, a reduzir a imobilidade, promovendo o exercício físico, pode ser necessário a toma de medicação para obstipação (Brook, 2013; Teruya et. al., 2018).

A diminuição da atividade motora dos ombros, membros superiores e pescoço e dor (Brook, 2013) destas pessoas ocorre devido à deslocação parcial das articulações (subluxação glenoumeral) derivado da falta de estabilidade muscular do ombro, criando a incapacidade de levantar o braço na sua total amplitude e à remoção de músculos, nervos e vasos sanguíneos e linfáticos da região, em caso de esvaziamento ganglionar cervical ou a exposição à radioterapia (Brook, 2013). Incentivar a pessoa a realizar a mobilização dos ombros o mais precocemente possível, bem como, ensinando sobre os exercícios de mobilização que a pessoa pode realizar e motivá-la para a participação ativa no seu processo de recuperação é uma necessidade (Vélez, Alvarez & Batalha, 2018). Estas pessoas devem ser acompanhadas pela medicina física e de reabilitação de forma a melhorar o desconforto e redução da mobilidade decorrente desta alteração (Brook, 2013; Vélez et. al., 2018).

Há alguns desportos não aconselhados, nomeadamente a natação (devido ao risco da manutenção da vida) e desportos que exigem maior esforço físico (Santos, 2011), devendo, no entanto, continuar a realizar passeios, caminhadas, jogos com a família e amigos, de forma a promover uma maior interação social (Santos, 2011). Deve-se informar sobre a existência de grupos de apoio para pessoas com ostomia respiratória, e motivá-las, para evitar o isolamento social (Morais & Seiça, 2012; Santos, 2011). Em Portugal, existem vários grupos de apoio, o grupo de apoio da Liga de Apoio ao Cancro nos institutos de oncologia nacionais, o grupo MovAplar (Movimento de apoio a laringectomizados) e a Associação Portuguesa de Limitados da Voz.

Para manter ou recuperar o equilíbrio entre a atividade e o descanso no vestuário aconselham-se algumas alterações na utilização do vestuário. Estas pessoas têm

As pessoas submetidas a LT têm receio que as comunidades as discriminem pela presença do traqueostoma, pelo que tentam disfarçar a sua condição através de lenços envoltos no pescoço, roupa mais junto à base do pescoço, de forma a que

não se visualize o traqueostoma (Queirós et. al., 2021). Há peças de vestuário não aconselhadas, nomeadamente roupa justa e apertada que provoque alguma oclusão do traqueostoma (Seiça, 2012). Existem lenços ou peitilhos com características próprias para a pessoa utilizar, nomeadamente ter uma parte interna com tecido que permite a filtragem do ar (Santos, 2011).

Todos os desvios nos requisitos de desenvolvimento humano como as alterações nos hábitos de vida pessoal, social e familiar, causam sentimentos de medo, de estigma social, de angústia, de ansiedade e repulsa (Moore et. al., 2014; Yang et. al., 2013). As mudanças induzidas pela cirurgia e pelos tratamentos influenciam também a sua intimidade e sexualidade (Fernandes, 2014), e as perdas das funções resultam frequentemente em maior *distress* para a pessoa e para a sua família (Ribeiro, 2015), e levam a reações emocionais, que vão desde o choque, negação, podendo ocorrer comportamento depressivos, ideação suicida perante a expectativa da incapacidade no futuro e a desfiguração corporal, sendo essenciais cuidados físicos e psicossociais (Ribeiro, 2015). Compreende-se que estas pessoas vivam com momentos de isolamento social, evitando locais públicos e convívios, afetando a vida profissional, o ambiente familiar e nível conjugal. A relação tem os seus desafios de readaptação, pois o odor, a respiração ruidosa, a expulsão de secreções através do traqueostoma dificultam as relações íntimas e sexuais, contribuem para a deterioração da imagem da pessoa, e da relação marital (Everitt, 2016; Santos, 2011, Ribeiro, 2015). A impossibilidade de incorporação na sua vida profissional, com correspondente perda de estatuto económico (Ribeiro, 2015), pode ser atenuada com a criação de condições flexíveis de retoma das suas condições laborais (Maurício, 2014).

Todas estas alterações provocam necessidades na pessoa, que por vezes são difíceis de aceitar, devendo o enfermeiro ter IE focadas na capacitação do AC ao nível da gestão das dificuldades da vida diária (Teruya et. al., 2018), integrando em equipas com competência adequada no planeamento de cuidados e no suporte contínuo nos cuidados à pessoa e família, através de aconselhamento específico às suas necessidades (Everitt, 2016a).

Esta IE deve ser realizada em consultas de enfermagem, estruturadas (Neiva et.al., 2020) cujos procedimentos são baseados na evidência e apoiados com

instrumentos facilitadores da educação para a saúde, como os folhetos (Everitt, 2016b)

1.2 Intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado da pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total em consulta externa de enfermagem

A Teoria Geral do AC foi desenvolvida entre 1959 e 1985 por Dorothea Orem (Orem, 2001), tem como foco principal o AC, definido como a prática de atividades que a pessoa realiza para seu benefício mantendo a vida, a saúde, e o bem-estar (Orem, 2001).

Esta teoria é constituída por três teorias interrelacionadas: do AC, do défice do AC e dos sistemas de enfermagem. A teoria do AC explicita a razão e a forma como a pessoa cuida dela própria. Esta abrange o AC, a atividade de AC e a exigência de cuidados, de forma a colmatar as necessidades da pessoa (Orem, 2001). Na teoria do défice do AC, identificam-se as necessidades e as limitações da pessoa, de forma a que possam ser dirigidos os cuidados de enfermagem (Orem, 2001). A teoria dos sistemas de enfermagem diz respeito à ação humana realizada pelos enfermeiros através da prática de cuidados à pessoa que apresenta limitações no AC (Orem, 2001), propondo 3 tipos de sistemas: o sistema totalmente compensatório, se a pessoa necessita da equipa de enfermagem, o sistema parcialmente compensatório, se a pessoa necessita da equipa de enfermagem para realizar o AC, no sistema de apoio-educativo, necessita da equipa de enfermagem para ensinar e supervisiona a sua realização (Orem, 2001).

Quanto maior é a quantidade de desvios de saúde maior é a complexidade de intervenção de cuidados de enfermagem (Queirós, Vidinha, Filho, 2014).

Os requisitos do AC são as ações a desenvolver pelo próprio ou por terceiros, que são de três tipos: universais, de desenvolvimento e desvio de saúde (Orem, 2001). Os requisitos universais dizem respeito às atividades de vida diária que a pessoa submetida LT desenvolve ao nível das atividades de vida como: a manutenção de ingestão suficiente de ar, da comida, da água, a preservação do equilíbrio entre a atividade e do descanso, do equilíbrio entre solidão e interação social (com foco na área da comunicação), da preservação do risco de vida, da manutenção de

ambiente seguro e do desejo de normalidade e bem-estar (Orem, 2001). Os requisitos de desenvolvimento dizem respeito a todos os acontecimentos que promovem o desenvolvimento e formação ao longo do ciclo de vida e os requisitos de desvios de saúde dizem respeito às consequências provocada pela condição de saúde que podem alterar a manutenção do AC (Orem, 2001).

O modelo desenvolvido por Orem (2001) aborda cinco intervenções que os enfermeiros podem utilizar em combinação ou de forma isolada na prestação de cuidados às pessoas pelos sistemas de enfermagem, destacando-se aqui o de apoio-educativo como o mais predominante no desenvolvimento da competência do AC da pessoa submetida a LT. Estas intervenções são “executar”, isto é agir, quando a pessoa necessita que a enfermagem a substitua no AC; “orientar e encaminhar” e “dar apoio físico e/ou psicológico”, criar e manter um ambiente que favoreça o desenvolvimento da pessoa e “ensinar” (Peixoto et. al., 2021, Queirós et. al., 2014).

A capacidade de a pessoa cuidar dela própria é afetada por fatores condicionantes, como, a idade, a sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural, o diagnóstico e o tratamento, o sistema familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais e a adequação e disponibilidade de recursos (Orem, 2001).

A competência de AC existe quando a pessoa consegue desempenhar a atividade de AC (Orem, 2001), fazendo parte deste conceito os conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitam o desenvolvimento nas várias atividades de AC que a pessoa com LT realiza (Queirós et. al., 2014).

O AC deve ser avaliado por escalas de medição do AC (Queirós, 2014). Em Portugal existe escala de “Avaliação da Competência do Autocuidado na Pessoa com Ostomia de Ventilação” (Queirós, 2014) é utilizada pelos enfermeiros na sua prática. Foi validada por Pereira (2019). Está organizada por 6 domínios de competências: conhecimentos, autovigilância, interpretação, tomada de decisão, execução e negociação e utilização de serviços de saúde. e cada indicador é medido com uma escala de Likert de 0-5 (Queirós, 2014). Estas escalas devem ser utilizadas ao longo do percurso de recuperação da pessoa, não existindo ainda *timings* definidos para a sua aplicação na literatura atual (Queirós et. al., 2021).

O acompanhamento da pessoa submetida a LT é feito principalmente em consultas de enfermagem até o processo de competência do AC estar adquirido (Queirós et. al., 2021), sendo executado um programa educacional sistematizado por enfermeiros com experiência e formação específica em cuidados de estomaterapia e primários (DGS, 2017).

Os cuidados de enfermagem devem ser realizados em consultas de enfermagem, pré-operatória, pós-operatória e consultas de antes e após os tratamentos de QT, imunoterapia e RT.

A IE promotora do AC à pessoa deve ser iniciada na **consulta de enfermagem no pré-operatório**, assim que for tomada a decisão sobre a intervenção cirúrgica (DGS, 2017; Neiva et. al., 2020).

Nesta consulta dá-se início ao processo enfermagem, cuja avaliação da pessoa deve ser estruturada em dados sociodemográficos, estilos de vida saudáveis identificando-se há consumos tabágicos, álcool e outras substâncias e deve avaliar os restantes fatores de risco (já referidos) assim como a capacidade de realizar o AC, nomeadamente ao estoma, identificando uma pessoa que o possa substituir (Souza et. al., 2020) identificando a visão, audição, destreza manual necessárias ao cuidado ao estoma (Queirós et. al., 2021).

Nesta consulta deve dar-se início ao plano de educação dirigido aos défices de AC das pessoas com CL submetida a LT (DGS, 2017), que deve incluir informação em duas áreas, sobre o procedimento cirúrgico, e impacto que tem no AC, nomeadamente da ostomia respiratória, perda da voz e da comunicação e a necessidade de apoio psicológico atendendo à mutilação desta cirurgia e onde o pode encontrar (Teixeira, 2015) e sobre o desenvolvimento da competência do AC, dando início à demonstração de dispositivos de ostomia e ao seu manuseamento (DGS, 2017; Queirós et. al., 2021; Neiva et. al., 2020; Sousa, 2020). A pessoa deve ter acesso à informação na forma escrita, de forma a esclarecer eventuais dúvidas que possam surgir quando não estiver próximo do enfermeiro (Everitt, 2016a) e também às estratégias de comunicação alternativa e aumentativa existentes (Frade et. a., 2019) decidindo as que vai adotar.

É nesta consulta pré-operatória que se faz o acolhimento da pessoa na consulta e se inicia a relação terapêutica (Neiva et. al., 2020), para além de se fazer uma avaliação nutricional pela escala de MUST, e, em caso de necessidade, realizar referência para a nutricionista (Everitt, 2016b). Pode ser necessário referência para a consulta de cessação tabágica, se este consumo estiver presente (Everitt, 2016b). Ainda no decorrer desta consulta devem ser avaliadas as capacidades visuais, auditivas, e destreza manual presentes (Queirós et. al., 2021).

A DGS (2017) e outros autores especificam que o ensino nestas consultas deve explicar os procedimentos pré-operatórios (Queirós et. al., 2021) como diminuir as complicações e o tempo de recuperação pós-operatória (Neiva et. al., 2020; Queirós et. al., 2021), fornecer informações sobre o ato cirúrgico (anatomia e fisiologia, cirurgia e objetivos, benefícios da cirurgia, alterações da imagem, comunicação, possíveis complicações da cirurgia e sobre cuidados planeados no pós-operatório, como rotinas cirúrgicas, drenos, sonda nasogástrica e cânula (Everitt, 2016a; Frade, 2017; Queirós et. al., 2021; Queirós, et. al., 2014; Neiva et. al., 2020; Spito, 2019; Teixeira, 2015).

As várias **consultas de enfermagem de pós-operatório** (dos 15 e 30 dias, dos 3 e 6 meses e depois anualmente) (DGS, 2017) devem dar continuidade ao plano educacional executado por IE de ensino, instrução, treino, supervisão e apoio ao desenvolvimento de habilidades de AC (DGS, 2017, Neiva et. al., 2020; Queirós et. al., 2021) nas 6 grandes áreas de atuação: a avaliação, a educação, o treino de habilidades, a orientação para a gestão da saúde, os registos de enfermagem e a manutenção do estado de saúde (DGS, 2017; Martins et. al., 2020; Neiva et. al., Queirós et. al., 2021).

Nestas consultas as IE passam por: acolher a pessoa na consulta de enfermagem, reavaliar a motivação para aprender a realizar o AC, bem como, as necessidades da pessoa ao nível do AC, relativas à manutenção da ingestão do ar suficiente de ar, da comida, da água, à preservação do equilíbrio entre a atividade e o descanso, ao equilíbrio entre solidão e interação social com foco na área da comunicação, à preservação do risco de vida, à manutenção de ambiente seguro, ao desejo de normalidade e bem-estar (Coutinho, 2012; Queirós et.al, 2021). Atualizar as expectativas e o significado que atribui à traqueostomia (Queirós et. al., 2021),

reavaliar estado nutricional através da escala de MUST (Everitt, 2016b), e as dificuldades da pessoa no domicílio com a alimentação (Coutinho, 2012; DGS, 2017; Santos, 2011), os cuidados traqueais e da pele peri-traqueostoma (DGS, 2017; Queirós et. al., 2021), orientando sobre os dispositivos adequados perante a situação atual (Teixeira, 2015).

Acompanhar o uso de métodos de comunicação alternativos e aumentativos à voz laríngea (Frade, 2017), e na presença de prótese fonatória: ensinar sobre a prótese fonatória (finalidade, cuidados de manutenção, utilização e complicações) (DGS, 2017, Queirós et. al., 2021; Santos, 2011), dar apoio e suporte emocional (Queirós et. al., 2021), encaminhar para outras especialidades, se necessário (Coutinho, 2012).

No caso da pessoa com CL submetida a LT necessitar de QT, RT ou imunoterapia devem ser realizadas **consultas de enfermagem antes do tratamento, durante e após o seu término** (Souza, 2017), com o objetivo orientar a pessoa sobre o tratamento e minimização dos efeitos adversos que podem ocorrer durante ou após o mesmo (Souza, 2017), para que ela possa gerir a sua saúde e o AC (Peixoto, 2021).

De forma a realizar a avaliação do controlo de sintomas do tratamento QT deve-se utilizar a escala de avaliação da intensidade dos sintomas, Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) versão 5.0 dos Estados Unidos da América (Conti-Kalchik, Harvey, Hendricks, LeFebvre, Mangu & McNiff, 2017).

Uma proposta de procedimento destas consultas deve incluir as ações de acolhimento da pessoa na consulta e explicação da sua finalidade (Relveiro, 2017), avaliação sobre os conhecimentos da pessoa acerca dos tratamentos, das necessidades de AC, ensino sobre a toma de pré-medicação e a sua importância, bem como, os efeitos secundários e as medidas que os minimizem incluindo informação sobre os locais onde dever recorrer caso se verifiquem; incentivo à expressão de medos, sentimentos, angústias, fornecendo apoio psicológico e esclarecendo dúvidas; e em caso de necessidade referenciar e orientar para outras consultas (fisioterapia, psicologia, psiquiatria, nutrição, serviço social, terapia da fala, otorrinolaringologia, oncologia médica, urologia) (Conti-Kalchik, et. al., 2017; Relveiro, 2017; Tolentino, Bettencourt & Fonseca, 2019).

Se existir prescrição de RT terá de haver as **consultas antes, durante e após esse tratamento** (Souza et. al., 2017), com o objetivo orientar a pessoa sobre o tratamento e minimização dos efeitos adversos que podem ocorrer durante ou após o mesmo (Souza et. al., 2017).

O enfermeiro deve fazer uma avaliação das necessidades de AC pessoa submetida a LT sob RT (Martins; Silva; Gallasch & Peregrino, 2018) e do conhecimento que tem sobre RT e do procedimento de administração de RT (a máscara) (Souza et. al., 2017), bem como, os principais efeitos adversos da RT como a radiotermita, a mucosite, o trismus, a xerostomia (Amorim et. al., 2022; Santos et. al., 2017).

O enfermeiro deve fornecer informação auxiliando a pessoa no processo de educação para a saúde, facilitando a adesão, a gestão dos efeitos adversos e o sucesso no AC (Santos, Soares, Oliveira, Vaz, Cordeiro & Luz, 2017). De forma a avaliar os efeitos secundários que possam surgir ao longo do tratamento, pode ser utilizada a escala RTOG/EORTC – Radiation Therapy Oncology Group/ European (Santos et. al., 2017).

A IE nesta tipologia de consulta deve passar por acolher a pessoa na consulta de enfermagem (Amorim et. al., 2022), explicar a sua finalidade (Souza et. al., 2017), avaliar o estado nutricional articulando-se com a consulta de nutrição e propor suplementos e alimentos adequados para a doença oncológica (Amorim et. al., 2022), e o consumo de alimentos ricos em proteína (Amorim et. al., 2022), bem como, a ingestão de água 2l ao longo do dia (Santos et. al., 2017). Observar os tegumentos e a cavidade oral e a sua higiene e estado de saúde dentária pois deve ser referenciado para um estomatologista, se existir presença de doença dentária, antes do tratamento (Amorim et. al., 2022). Informar sobre os cuidados a ter com a pele junto ao traqueostoma, pescoço, face, instruindo sobre os cremes indicados: trolamina e proteção solar e os contraindicados (Souza, 2017), e sobre os cuidados de higiene oral já anteriormente referidos.

Nunca devemos acabar uma qualquer das consultas de enfermagem sem incentivar a exposição de sentimentos e dúvidas que possam existir (Ferreira et. al., 2019), e validar se a pessoa compreendeu a informação transmitida (Souza et. al., 2017); e anotou a data seguinte consulta (Amorim et. al., 2022).

2.EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Neste capítulo é abordada a metodologia utilizada no projeto de intervenção relatando de seguida o percurso realizado para o desenvolvimento de competências obtidas pela execução das atividades fundamentadas, na evidência científica, praticadas em três locais de estágio com contextos hospitalares diferentes entre 4 de outubro de 2021 e 25 de fevereiro de 2022.

Os três locais de estágio selecionados possibilitaram a realização de diferentes atividades, analisadas segundo métodos reflexivos dirigidos às intervenções de enfermagem promotoras do AC à pessoa com CL submetida a LT.

É este percurso realizado em cada um dos estágios que agora se apresenta.

2.1 Estágio num serviço de Hospital de Dia de Oncologia

O estágio decorreu num Centro Oncológico entre 4 e 29 de outubro de 2021, num total de 14 turnos e 112 horas. Este serviço foi escolhido por prestar cuidados de enfermagem especializados de QT e imunoterapia à população do projeto e teve por objetivo “adquirir competências para a melhoria dos cuidados de enfermagem em tratamento de QT e imunoterapia, promovendo a capacitação do AC da pessoa com CL submetida a LT”.

Este objetivo foi subdividido em três objetivos específicos, sendo o primeiro “conhecer a estrutura, processos e resultados dos cuidados de enfermagem dos serviços que prestam cuidados à pessoa com CL submetida a LT”. A primeira atividade realizada foi uma reunião de apresentação e negociação do projeto com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora, tendo sido aceite o plano de atividades proposto para este estágio, seguida da minha apresentação aos vários elementos da equipa multidisciplinar e visita às instalações. Este serviço tem como objetivo, “garantir a prestação de cuidados de enfermagem no âmbito do tratamento da doença oncológica, através da realização de tratamento de QT e imunoterapia” e a sua missão da instituição onde está inserido é prestar cuidados diferenciados e de

qualidade ao nível da oncologia, no tempo preconizado, com eficiência e humanização, na intervenção ao nível da prevenção da doença oncológica”.

De modo a conhecer o serviço preparei um [Guião de entrevista à enfermeira orientadora do Hospital de Dia de Oncologia de um Centro Oncológico] (Apêndice III), tendo em conta os critérios definidos por Donabedian (1988) para avaliar a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente, quanto à estrutura, aos processos e aos resultados obtidos.

Este serviço tem 18 enfermeiros e capacidade para realizar tratamento a 22 pessoas em simultâneo, no entanto, verificou-se a existência de pouca privacidade na realização dos tratamentos, pois os tratamentos são realizados numa sala ampla, sem cortinas ou outros dispositivos que possam dar privacidade, no entanto a equipa de saúde tenta promover a privacidade das pessoas, nomeadamente, quando estão perante situações mais complexas de saúde. O Código Deontológico da Enfermagem (2015), refere que a enfermagem assume o dever de respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de interferência na sua vida privada e na da sua família, salvaguardando, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.

As atividades da equipa de enfermagem consistem na verificação dos processos clínicos das pessoas que vem realizar tratamento, estando um elemento dedicado a esta atividade. Esta verificação objetiva a validação dos critérios essenciais à realização do tratamento, como os parâmetros analíticos, se tem registo de consulta médica com a informação do tratamento a realizar, duração do tratamento, quantos ciclos realiza, dias de tratamento, as condições gerais da pessoa para a administração do tratamento e agendamento de análises se necessário, a confirmação dos tratamentos seguintes, validação da prescrição do tratamento em sistema informático ou prescrição manual no processo da pessoa e a confirmação de exames prescritos para a realização do tratamento, como refere Neuss et. al., (2016), existem critérios que podem potenciar melhores práticas, baseadas em evidência garantido a segurança no tratamento de QT. Para além dos critérios referidos anteriormente, outro critério que é fundamental é a experiência da equipa de enfermagem com competências desenvolvidas e com formação na área e com conhecimento em permanente atualização. Tal como, acontece com esta equipa de

enfermagem, que todas as quartas-feiras realiza formação interna sobre os procedimentos a adotar. Durante o estágio assisti a uma formação intitulada (Ensaio clínico – pembrozumab”, que consistiu na partilha de evidência científica sobre a utilização deste fármaco no cancro da cabeça e pescoço.

Ao conhecer estes critérios consegui analisar a informação obtida aumentando a segurança das práticas, mobilizando os conhecimentos e habilidades adquiridos de forma a melhorar a prestação de cuidados (OE, 2019), através da realização de [Documento com análise da informação obtida na entrevista à enfermeira orientadora do Hospital de Dia de Oncologia de um Centro Oncológico] (Apêndice IV). Esta atividade permitiu-me desenvolver competências ao nível a estrutura, dos processos realizados e dos resultados que são obtidos pelo serviço na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com LT sob tratamento de QT e imunoterapia, permitiu-me ter conhecimento novo sobre procedimentos existentes, nomeadamente: a consulta dos processos clínicos, a confirmação da identificação da pessoa, a admissão para o tratamento, a realização da avaliação inicial da pessoa, a validação de prescrições eletrónicas e das escritas manualmente no processo clínico da pessoa, a validação da prescrição com a equipa médica e a equipa da farmácia dedicada à preparação da quimioterapia e imunoterapia, bem como, o estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa, dar informação do tratamento a realizar, dos seus efeitos adversos, cuidados a ter durante e após o tratamento, a preparação da pessoa, cuidados com a administração dos fármacos e confirmação do próximo tratamento. Esta conhecer esta informação pode refletir sobre as intervenções que são praticadas pelos enfermeiros, nesta área de cuidados e as intervenções relatadas na evidência (OE, 2019), tendo desenvolvido competências de mestre nomeadamente, aprendizagem auto-orientada e de forma autónoma (decreto-lei nº 65/2018), bem como, ao nível da atualização de conhecimentos técnicos que são praticados (EONS, 2018). É de salientar, que apesar de não existir consulta de enfermagem de 1ª vez a pessoas a realizar QT e imunoterapia, a equipa de enfermagem desenvolve uma IE educativa com elevada qualidade junto da população, no entanto, Correia (2012), refere que deve existir consulta de enfermagem com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem de forma humanizada, individualizada, contínua e sistematizada.

Uma outra atividade realizada consistiu na consulta de documentos existentes, nomeadamente, manuais de procedimentos e folhetos existentes no serviço de modo a compreender melhor a prática de enfermagem ali realizada. O serviço tem vários folhetos que são fornecidos à pessoa submetida a LT sob QT e imunoterapia, nomeadamente, o folheto sobre “Alimentação por sonda nasogástrica” e o folheto sobre “Cuidados e orientações na cirurgia de cabeça e pescoço”, dirigido aos exercícios que a pessoa submetida a LT deve realizar para diminuir a espasticidade do pescoço, melhorando a sua mobilidade e reduzindo a dor. Estes folhetos contêm informação atualizada e baseada na evidência científica. O primeiro tem informação escrita e ilustrativa da forma de colocação e remoção da seringa de alimentação, cuidados de verificação de estase alimentar, como devem ser administrados os alimentos, limpeza da sonda (Unamuno, 2002). A informação presente no segundo folheto explica e demonstra como devem ser os exercícios, tal como preconizado por Brook (2013), a pessoa deve realizar exercícios de rotação do pescoço, elevação, inclinação, assim como, como os exercícios que deve realizar com os membros superiores, nomeadamente, extensão, adução, abdução, elevação dos mesmos (Brook, 2013).

O segundo objetivo específico consistiu em “identificar IE da pessoa com CL submetida a LT na fase pré e pós-tratamento de QT”. Senti necessidade de realizar uma nova pesquisa bibliográfica, sobre as necessidades de AC das pessoas em tratamento de QT e imunoterapia, mas também fiz uma revisão dos fármacos usados nos protocolos prescritos a esta população. Tendo consultado um manual de fármacos quimioterápicos utilizado no serviço, onde não encontrei todos os fármacos prescritos a esta população, pois há fármacos novos em oncologia que entram no mercado após a construção do manual. No entanto, as informações que tem estão atualizadas, nomeadamente, a farmacocinética do medicamento, as indicações e os cuidados de enfermagem necessários à preparação e administração do mesmo, assim como, os efeitos adversos; indicados em *guidelines* (Wiley et. al., 2017). Decidi completar se manual fazendo um [Ficheiro com os fármacos utilizados em contexto de hospital de dia de Oncologia na pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total sob quimioterapia e imunoterapia] (Apêndice V), para maior segurança, nas situações práticas (OE, 2018). Tal como preconizado por Kathlee et. al., (2017), o enfermeiro deve ter conhecimento sobre, como os

medicamentos atuam, do seu perfil de atuação, seus efeitos adversos e os procedimentos de manuseamento, administração e de segurança, da verificação da dose e de educação para a saúde necessária à pessoa.

Esta atividade permitiu-me aquisição de conhecimentos teóricos (fármaco e cuidados inerentes à sua aplicação), bem como, a transposição para prática a detecção precoce e efeitos secundários, de forma a participar no tratamento da pessoa com maior segurança (EONS, 2018).

As pesquisas bibliográficas realizadas permitiram-me desenvolver um [Instrumentos de colheita de dados para as Consulta de Enfermagem de primeira vez, pós-operatório, RT e QT e Imunoterapia] (Apêndice VI). Estes instrumentos de colheita de dados foram elaborados de forma a caracterizar a pessoa e as suas necessidades de AC, sendo contruídos de forma objetiva, científica (Soares, 2005), permitindo a identificação das necessidades de AC e conseqüentemente o planeamento da intervenção necessário ao desenvolvimento da capacitação da pessoa no AC (Queirós, 2015). Foram destacados parâmetros essenciais na sua elaboração, nomeadamente tipologia de consulta, a identificação da pessoa, antecedentes de saúde, história da doença atual, observação física, avaliação da comunicação, exames realizados e a avaliação dos défices de AC. Estes parâmetros recomendados por Queirós (2015), Correia (2012), Martins (2018) & Neiva (2020). A elaboração deste instrumento permitiu-me adquirir competências através da prática com base na evidência científica e nos conhecimentos adquiridos (OE, 2018).

O terceiro objetivo específico consistiu em “cuidar de pessoa com CL submetida a LT sob QT, promovendo a sua capacitação para o AC”. Este objetivo específico foi concretizado com a realização das atividades previstas inicialmente. Foi realizada observação da prestação de cuidados durante a fase de admissão para tratamento e na realização de QT e imunoterapia. Na fase de admissão da pessoa a IE de enfermagem passou pela identificação da pessoa, das necessidades emergentes de AC, estando limitado o tempo para cada pessoa. Considero que tendo em conta as necessidades da pessoa com LT, referidas no enquadramento teórico a equipa de enfermagem tem pouco tempo de permanência junto da pessoa para que possa compreender as reais necessidades e para dar tempo à pessoa para comunicar tendo em conta as suas alterações na comunicação, sendo que Neiva, et. al., (2020)

refere que a pessoa necessita de tempo para compreender a informação transmitida e para comunicar devido às alterações da cirurgia. Sendo que a IE deve estar centrada na promoção da saúde e do seu bem-estar, o enfermeiro deve ter capacidade para ouvir, observar, perceber, refletir e agir de forma a incluir a pessoa no seu plano de cuidados, respeitando os seus valores e crenças (Guedes et. a., 2004). Este foi um aspeto da minha observação que foi tido em conta, pois quando prestei cuidados senti necessidade de estar mais tempo com a pessoa com LT, de forma a conseguir compreender as suas necessidades de AC.

Neste estágio tive necessidade de realizar pesquisa bibliográfica sobre os métodos alternativos e aumentativos de comunicação recomendados para esta população, que inclui na minha prática de cuidados.

Durante o estágio observei os métodos alternativos e aumentativos de comunicação utilizados pela equipa de enfermagem, pois estes tinham uma comunicação verbal, assertiva, clara e objetiva na forma como transmitiam a informação à pessoa. As pessoas que observei na prestação de cuidados comunicavam por mimica labial, gestos e escrita, já tinham adquirido esta competência de AC durante o internamento, utilizando-a para diminuir os défices de AC.

As estratégias de comunicação utilizadas tanto pela equipa de enfermagem como pela pessoa, e por mim respeitaram a individualidade de cada pessoa. À minha observação os enfermeiros estão focados na administração dos fármacos e nos efeitos adversos possíveis, bem como, nos cuidados necessários à administração dos mesmos, assim, como a educação necessária sobre o tratamento, cuidados no domicílio, sinais de alerta, esquecendo um pouco as restantes necessidades de AC da pessoa, nomeadamente, a dificuldade que a pessoa tem em comunicar.

Neste estágio prestei cuidados de enfermagem a 2 pessoas com LT a realizar tratamento de QT adjuvante paliativo. Utilizei o instrumento de colheita dados previamente realizado com estas 2 pessoas, o que me permitiu compreender os défices de AC que tinham. As duas pessoas tinham défices de AC ao nível da ingestão de ar, alimentos, o equilíbrio entre a solidão e a interação social e sobre os tratamentos que iriam realizar. Após a aplicação deste instrumento de colheita de dados planei em conjunto com as pessoas o seu plano de cuidados centrado nas suas necessidades de AC. A minha prestação de cuidados centrou-se numa

prestação de cuidados individualizada, focando as necessidades da pessoa submetida a LT sob o tratamento de QT e imunoterapia, como por exemplo: na transmissão da informação, sobre os cuidados traqueais, quantas vezes deveria realizar a limpeza dos dispositivos para manter a pele e o estoma permeáveis ao ar, como a deveria realizar, segundo o preconizado com água e sabão de ph neutro no domicílio (Santos, 2011), como realizam a troca das bandas de fixação (Santos et al., 2012). A nível da capacitação para o AC na alimentação, expliquei qual a consistência dos alimentos que deveria comer, pois estava a realizar alimentação por via oral, mas com dificuldade na sua deglutição, quais as alternativas de dieta alimentar, de posicionamento para não se engasgar aquando da alimentação Brook (2013) e referenciação para consulta de ORL para avaliação médica. Realizei IE educativas sobre como melhorar os défices de AC no âmbito da solidão e interação social, sendo que a intervenção passou por expor a existência de grupos de apoio existentes, como poderiam tornar a comunicação mais eficaz, dando informação sobre os tipos de voz alternativos à perda de voz, sobre as consultas de terapia da fala, onde poderiam aprender e treinar as alternativas. Uma necessidade avaliada nestas 2 pessoas foi a necessidade de cuidados traqueais antes de iniciar o tratamento, promovendo o seu conforto, e colocando-a para realizar tratamento num sítio mais resguardo, pois a sala onde é realizada a QT e imunoterapia é um espaço amplo, onde todos as pessoas visualizam os cuidados prestados sem privacidade. Realizei IE educativa sobre os tratamentos a realizar (nome dos medicamentos, duração do tratamento cuidados durante a administração do medicamento, no domicílio, sinais de alerta; datas dos próximos, como controlar os efeitos adversos, onde recorrer caso surjam), validando as informações transmitidas com as pessoas para perceber se estavam a compreender a informação e escrevendo numa folha para acompanhar a pessoa quando saísse do serviço.

Uma outra atividade realizada foi uma [Reflexão Crítica em Hospital de Dia Oncologia de um centro Oncológico] (Apêndice VII). Esta reflexão incidiu sobre os métodos alternativos de comunicação utilizados pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados diferenciados à população alvo. Ao realizar esta atividade consegui adquirir competências de reflexão, partilha de experiências e vivências com a enfermeira orientadora, incorporando os conhecimentos na melhoria da prática de cuidados (OE, 2018).

2.3 Estágio num serviço de internamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia de um Centro Oncológico

O estágio decorreu num serviço de internamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia de um Centro Oncológico, entre 8 de novembro de 2021 a 22 de janeiro de 2022, num total de 27 turnos e 216 horas, dos quais 6 turnos, foram no serviço de RT, 1 no Bloco operatório e 1 na consulta externa de ORL.

Este serviço foi escolhido porque presta cuidados de enfermagem especializados ao longo do período pré e pós-operatório à população-alvo. Este teve como objetivo geral: “desenvolver competências de enfermeiro especialista em médico-cirúrgico no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados em oncologia promotores da capacitação do AC da pessoa com CL submetida a LT”, foram delineados os seguintes objetivos específicos que me levaram à concretização do mesmo. O primeiro objetivo específico foi “conhecer a estrutura, procedimentos e resultados de cuidados de enfermagem dos serviços que prestam cuidados à pessoa com CL submetida a LT”. A primeira atividade realizada consistiu na visita guiada pela enfermeira orientadora ao serviço, onde me foi elucidando sobre a estrutura, os procedimentos realizados neste contexto. Realizei uma reunião com a enfermeira chefe e com a enfermeira orientadora, onde me apresentei e expus o projeto e foram negociadas as atividades que podiam ser realizadas no contexto. Para conhecer melhor a estrutura, os procedimentos e recursos elaborei um [Guião de entrevista à enfermeira orientadora de um serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia e de um Centro Oncológico] (Apêndice VIII). Este guião desenvolvido teve por base os critérios de Donabedian 1988, anteriormente referidos. E posteriormente redigi uma [análise da informação obtida na entrevista à enfermeira orientadora do serviço de internamento de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia de um centro oncológico] (Apêndice IX).

Este serviço tem como objetivo “prestar cuidados de saúde diferenciados e de qualidade ao nível da oncologia, no tempo preconizado, com eficiência e humanização”. A equipa de multidisciplinar é constituída por 41 enfermeiros (1 enfermeiro assume competências de gestão, 2 enfermeiros realizam coordenação diariamente, 5 enfermeiros especialistas, 4 enfermeiros com funções de chefes de equipa e 29 enfermeiros generalistas. Existe um médico que assume funções de

coordenação de enfermagem de ORL, 1 médico de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, 1 nutricionista, 1 assistente social, 1 psiquiatra, 1 psicóloga, 2 secretárias, a equipa dos assistentes operacionais, uma equipa de limpeza. Existe, ainda, 1 farmacêutica responsável pela área do internamento em causa, 1 terapeuta da fala, que desenvolve a sua atividade em articulação com a equipa. Este serviço dispõe de 43 locais de enfermagem e dispõe, ainda, de 6 locais de enfermagem para a fase pós-operatória mediata.

A IE de enfermagem é desenvolvida ao longo do período peri-operatório em diferentes tipologias de trabalho por enfermeiro de referência (o enfermeiro que acolhe a pessoa no serviço, acompanha todo o seu percurso ao longo do internamento) e por método individual de trabalho (o enfermeiro realiza os cuidados diários à pessoa). A IE do primeiro começa na admissão da pessoa ao internamento, iniciando o processo de enfermagem, começando pela avaliação inicial, tendo em conta o modelo teórico preconizado pela instituição e o instrumento de colheita de dados informatizados, como preconizado pela DGS (2017) e Queirós et. al. (2021). Ainda, neste processo de admissão o enfermeiro consulta o processo clínico da pessoa com o objetivo de recolher informações sobre o seu diagnóstico, necessidades de AC, défices de AC, os seus antecedentes de saúde, a medicação prescrita, os exames realizados e realização de consulta de anestesia, avalia a condição social e de apoio da pessoa, e se necessário referencia para a assistente social, estas IEs realizadas seguem em linha com o preconizado por Queirós et. al., (2021); Neiva et. al., 2020 & Teixeira (2015), sendo realizada por enfermeiros especialistas, pois detêm competências avançadas que lhes permitem obter um nível elevado de qualidade de cuidados de enfermagem. Estes enfermeiros têm competências diferenciadas em estomatoterapia respiratória, dando a possibilidade às pessoas de terem cuidados mais especializados, tal como refere a DGS (2017) a IE deve ser realizada por enfermeiros com competências, formação, treino adequados à prestação de cuidados a esta população. A enfermagem intervém ainda, ao nível da gestão dos cuidados diários da pessoa (Santos, 2011), discute com a equipa multidisciplinar o plano de cuidados da pessoa submetida a LT (Queirós et. al., 2021), avalia o controlo da dor (Everitt, 2016a), se necessário procede ao ajuste da medicação prescrita (Brook, 2013), realiza o AC quando a pessoa não o consegue fazer ao nível da ingestão de ar (cuidados ao estoma) (Santos, 2012), da água

(hidratação por sonda nasogástrica) (Everitt, 2016b), dos alimentos (administra a alimentação) (Everitt, 2016b), realiza o tratamentos às feridas operatórias (Santos, 2012), e ao nível da comunicação fornece informação sobre os métodos alternativos e aumentativos que a pessoa pode utilizar, tendo em conta a individualidade da pessoa que cuida (Frade, 2017). Este serviço utiliza os métodos alternativos e aumentativos de comunicação relatados na evidência, como a mimica labial, os gestos, a escrita, o quadro de letras e aplicações informáticas (Frade et. al., 2019). O AC neste serviço é avaliado a vários níveis, nomeadamente sobre os cuidados ao traqueostoma, aos cuidados orais e com a comunicação. O serviço adaptou o formulário de avaliação da competência do AC à pessoa com traqueostomia de Queirós (2015) como instrumento de avaliação das competências para o AC. Durante este estágio optei por utilizar o instrumento de avaliação do serviço por considerar ser um instrumento de menor dimensão e com preenchimento por enfermeiros (avaliação). Relativamente à competência para o AC nos cuidados orais, o serviço tem um instrumento que desenvolveu com base na evidência e que utiliza para medir o AC. Este instrumento avalia a competência da pessoa para desenvolver os cuidados orais, nomeadamente a destreza com que o consegue fazer, quantas vezes os realiza, quando os realiza, e quais as áreas da cavidade oral que consegue higienizar. Ao nível da comunicação o serviço um instrumento de avaliação para a competência do AC na comunicação elaborado por Frade (2017). Com este instrumento é possível conhecer os métodos de comunicação da pessoa antes da cirurgia (mimica labial, gestos, escrita, comunicação através de métodos tecnológicos), destreza e acuidade visual e auditiva existente, quais as necessidades de melhoria ou de adaptação dos métodos aumentativos e alternativos de comunicação a utilizar com a pessoa.

O AC é avaliado a estes três níveis, tendo periodicidade de avaliação (inicia-se normalmente ao quarto dia de pós-operatório, e repete-se ao fim de 2 dias até a pessoa ter competência para o desenvolver). A avaliação do AC das pessoas é posteriormente analisada com o objetivo de compreender quais as necessidades de AC que a pessoa tem dificuldade em desenvolver e onde a equipa de enfermagem por intervir para melhor a competência para o AC. Ao longo do internamento a IE assenta no desenvolvimento de competências do AC por parte da pessoa, de forma a que a pessoa possa estar autónoma e independente na realização do AC,

reduzindo os défices de AC presentes, como preconizado por Crossen et. al. (2016) pela DGS (2017) & Queirós et. al., (2021).

Ainda, no sentido de conhecer a estrutura e os procedimentos consultei os folhetos informativos que são fornecidos à pessoa submetida a LT, nomeadamente, um folheto sobre “os cuidados traqueais”, que segue as recomendações da evidência em termos dos cuidados necessários, mas com componente pouco ilustrativa, pelo que decidi realizar um folheto [“Como realizar os cuidados traqueais e à pele peritraqueostoma”] (Apêndice XII), introduzindo uma parte ilustrativa dos materiais e completando a restante informação com escrita. Os folhetos informativos auxiliam na prestação de cuidados, pois a pessoa consegue apreender a informação transmitida de outra forma (Everitt, 2016b).

Um outro objetivo passou por “conhecer as práticas de enfermagem à pessoa com CL submetida a LT a realizar tratamento de RT”. Para concretizar este objetivo realizei uma reunião com a enfermeira chefe do serviço de RT, onde me foram explicados os tratamentos realizados no serviço e em concreto os tratamentos realizados à população alvo. Aqui tive a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem a 5 pessoas submetidas a LT sob tratamento de RT. As pessoas apresentavam défices de AC ao nível dos cuidados com a pele, apesar de terem consulta de 1ª vez, na primeira semana de tratamento. A consulta de 1ª vez é o primeiro momento de interação com a pessoa, sendo nesta consulta realizada a avaliação inicial. Observei a IE realizada (avaliação das necessidades da pessoa, intervenções ao nível da educação sobre o tratamento de RT, percurso do doente durante o tratamento (utilização de máscara durante o tratamento), alerta sobre possíveis complicações, como prevenir e geri complicações, cuidados a ter: com a pele, a cavidade oral (utilização de elixir sem álcool), a alimentação, a higiene corporal (produtos recomendados para a higiene corporal, sabonete de glicerina, os emolientes que podem ser aplicado para humectação da pele sem zinco), o que fazer caso surjam lesões de radiodermite (necessidade de aplicação penso prévio ao tratamento, e a troca para o penso definitivo após o tratamento). Estas IE observadas seguem as linhas orientadoras da prática baseada na evidência recomendada para o tratamento de RT (Amorim, et. al., 2022); permitindo-me desenvolver profissional, bem como observar o seguimento das boas práticas

recomendadas por normas e *guidlines* nacionais e internacionais em vigor (Amorim et. al., 2022; Brogueira et al, 2015; Martins et al, 2018).

O terceiro o específico “Identificar IE promotoras do AC da pessoa com CL submetida a LT no período peri-operatório”, foi desenvolvido através de atividades de observação, pesquisa bibliográficas e reflexão. Face às alterações da cirurgia e perante a dificuldades das pessoas em perceberem as alterações físicas decide selecionar e pedir autorização para utilização de imagens e de um vídeo que apresenta as alternativas à voz laringe [Pedido de autorização e resposta para utilização de imagens e vídeos como material audiovisual de demonstração] (Apêndice X). Estes instrumentos podem ser tecnologias educacionais, independentes e que se utilizam com o propósito de educar (Everitt, 2016b).

Para concretizar este objetivo, foi ainda, realizado um [Protocolo Educacional da Consulta de Enfermagem da pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total] (Apêndice XI). Este protocolo foi desenvolvido de forma a organizar e sintetizar a informação encontrada na literatura e as práticas observadas ao longo do estágio, permitindo desenvolver uma prática de cuidados com mais qualidade, segurança e com ganhos para a pessoa e para a instituição onde o projeto de intervenção foi desenvolvido (Tolentino, 2019). O estabelecimento de um protocolo educacional a esta população é fundamental e imprescindível, pois este permite um planeamento da IE e um suporte continuo no apoio à pessoa submetida a LT, dando orientação, ensino, treino necessário ao AC (Everitt, 2016), devendo ser executado por enfermeiros com competências e formação específica (DGS, 2017; Everitt, 2016; Queirós, 2021). O protocolo de educacional padrão (personalizável e individualizado com base nas características de cada pessoa) promove a aprendizagem da pessoa relativamente AC, sendo que este deve ser desenvolvido em consulta de enfermagem, pois esta é um importante instrumento para ensinar, orientar, vincular, esclarecer dúvidas (Neiva et.al., 2020). A elaboração deste protocolo permitiu-me desenvolver competências ao nível da gestão e promoção de cuidados centrados na pessoa com focos nos recursos humanos, materiais e estrutura necessária à realização da consulta de enfermagem (OE, 2018), dando especialmente atenção às intervenções de enfermagem necessárias em cada tipologia de consulta definida e fundamentais à população alvo com o

objetivo de obter uma intervenção individualizada e com os timings preconizados pela DGS (2017), por Queirós et. al., (2021) e por Teruya et. al., (2018).

O quarto objetivo focou-se em “Cuidar da Pessoa com CL submetida a LT promovendo a sua capacitação para o AC no período peri-operatório”. Este objetivo teve como atividades, a prestação de cuidados a 16 pessoas com défices de AC em diferentes áreas. Durante este estágio foi possível observar e prestar cuidados especializados durante o período peri-operatório, com ênfase na fase de pós-operatório imediato e tardio, na unidade de cuidados intermédios do serviço, tendo-me dado a conhecer outra valência deste serviço, bem como compreender a IE otimizada do AC nesta fase. As IE observadas e realizadas na unidade consistiram em colmatar as necessidades AC ao nível da ingestão de ar (cuidados ao traqueostoma e pele peri-traqueostoma, monitorização das saturações de oxigénio, aspiração de secreções, cuidados com dispositivos - cânula externa e interna, filtro) (Everitt, 2016a), sendo monitorizado o controlo da dor (DGS, 2002), a explicação de estratégias alternativas à comunicação (como a mímica labial, os gestos, a escrita e o quadro de letras), tal como preconizado por Frade et. al., (2019). Ainda, nesta fase é realizada a monitorização do início da alimentação e ingestão hídrica, cuidados com os drenos, monitorização do primeiro levantar da pessoa após a cirurgia (após 12 a 16 horas), tal como nos diz a evidência (Santos, 2011), vigilância e monitorização de parâmetros hemodinâmicos, de forma a prevenir complicações (Santos e Seiça, 2012). Todas estas IE são realizadas pelos enfermeiros que estão integrados na unidade e que são peritos na área. Durante esta experiência tive a oportunidade de crescer profissionalmente, pois a minha experiência profissional era diferente desta prática de cuidados. A pessoa nesta fase necessita de um maior acompanhamento na sua recuperação (DGS, 2017), face à sua situação vulnerável após a cirurgia, bem como de enfermeiros com competências que permitam antever complicações e situações complexas de cuidados (Everitt, 2016a). Sendo fundamental que cada vez mais existam enfermeiros especializados para determinadas áreas de cuidados (DGS, 2017).

Foi também possível observar e realizar com a enfermeira orientadora educação para a saúde na fase de pós-operatório tardio ao nível dos cuidados traqueais, tendo prestado cuidados de enfermagem face às diferentes necessidades de AC

desde a ingestão de ar, alimentação, equilíbrio entre a solidão e a interação social, ao nível da imagem corporal, tendo em conta as alterações após a cirurgia, a questão laboral, na maioria das vezes as pessoas ficam com incapacidade para realizar as suas atividades profissionais (Maurício, 2014), levando mesmo a situações de discriminação devido às alterações decorrentes da cirurgia (Katake et. al., 2018).

A IE é fundamental para que a pessoa ter uma recuperação mais rápida com conhecimento de todas as alterações, assim como dos cuidados que passar a necessitar de realizar de forma autónoma (Queirós et. al., 20219. Foi possível observar a realização de IE ao nível dos cuidados prévio à alta, os cuidados com o traqueostoma, cuidados de higiene, vestuário, alimentação, eliminação, sono e repouso, atividades de lazer e atividade laboral, bem como prevenir e gerir complicações, nomeadamente em situações emergentes (dificuldade respiratória, hemorragia). Estas IE realizada pela equipa de enfermagem seguem em linha de conta o preconizado DGS, 2017 e defendido por Everrit, 2016, e Teruya et al, 2018. Numa fase posterior procedi à avaliação da competência para o AC nos cuidados traqueais (recorrendo a instrumentos de avaliação existente no serviço, adaptados da escala de Queirós, 2014). Observei e realizei a avaliação ao nível da comunicação, realizando intervenções educativas e demonstrando estratégias alternativas e aumentativas à comunicação entre a cirurgia e a terapia da fala, e realizando a sua avaliação recorrendo ao instrumento de avaliação existente para avaliação da otimização da comunicação adaptada de Frade, (2017). Foram, ainda, desenvolvidas IE ao nível dos cuidados orais e realizada a sua avaliação, mediante um instrumento de avaliação existente que permite a avaliação da competência do doente na realização da sua higiene oral, tal como preconizado por José, (2017).

A avaliação recorrendo à aplicação de instrumentos de avaliação é feita por enfermeiras especialistas que integram o projeto de médico-cirúrgica do serviço. Estas enfermeiras interpretam os resultados das avaliações com o objetivo de verificar quais as medidas necessárias à melhoria dos cuidados de enfermagem.

Estas avaliações são realizadas no mínimo três vezes com intervalo de pelo menos dois dias antes da pessoa ter alta, sendo que a pessoa tem alta quando consegue

realizar os cuidados de forma autónoma ou com ajuda parcial de um familiar ou cuidador.

Para concretizar este objetivo foi realizada a observação da prática de cuidados de enfermagem da consulta externa de ORL desta instituição a pessoas submetidas a LT. As práticas ali realizadas consistem na avaliação dos cuidados ao traqueostoma, pele peri-traqueostoma e aos dispositivos, compreender como foi a adaptação dos cuidados ao domicílio e à família, esclarecer dúvidas e explicar as participações dos dispositivos e de outros materiais necessários. Esta consulta ocorre durante a 1ª semana após a alta a hospitalar tal como preconizado pela DGS (2017). Após as avaliações são reforçados os ensinamentos nos aspetos necessários e esclarecidas as dúvidas e é agendada nova consulta, consoantes as necessidades da pessoa. O recomendado pela DGS, (2017) são 15 dias para nova monitorização e acompanhamento da pessoa com CL submetida a LT e defendido por Queirós et. al. (2021). Esta atividade permitiu-me conhecer outra praxis de IE à pessoa submetida a LT diferente do meu contexto de prática.

Ainda, no sentido de concretizar este objetivo foi realizada observação da IE em contexto de bloco operatório, onde foi possível observar a prestação de cuidados necessários naquele momento, desde a preparação dos materiais, fármacos anestésicos e a preparação da pessoa, onde foi possível observar o posicionamento realizado para a cirurgia. Este posicionamento acontece em decúbito dorsal horizontal, adotando a hiperextensão cervical, recorrendo a uma almofada própria para sustentar a cabeça, de forma a que a exposição da traqueia facilite o procedimento (Ricz, Filho, Freitas & Mamede, 2011). Esta observação permitiu-me compreender as necessidades de posicionamento fundamentais à realização da cirurgia. O facto de deter este conhecimento sobre o posicionamento, o mesmo poderá ser transmitido à pessoa, podendo levar a melhor adesão da pessoa ao posicionamento e redução da ansiedade quando a pessoa está a ser preparada para iniciar o procedimento cirúrgico (Ricz et. al., 2011).

2.4 Estágio numa consulta externa de enfermagem num serviço de exames especiais

Este estágio decorreu entre 24 de janeiro e 25 de fevereiro de 2022, num total de 15 turnos de 8 turnos (120h), foi neste contexto de prática clínica que se procedeu à implementação deste projeto, tendo sido fundamentais os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos nos estágios anteriores.

Este estágio teve como objetivo geral: “contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com CL, submetida a LT, capacitando a população-alvo, os profissionais, permitindo o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, na área de especialização de enfermagem oncológica e de Mestre”. Este serviço é composto por quatro setores de consulta externa: Especialidades Médicas, Especialidades Cirúrgicas, Exames Especiais e Saúde Ocupacional, tem como objetivo “assegurar a prestação de cuidados de enfermagem à população da sua área de influência, com respeito pela individualidade e necessidades, com princípios de eficácia, qualidade e eficiência”.

Este estágio decorreu no setor dos exames especiais. Este setor é constituído por cinco salas de consultas de ORL, duas salas de exames de ORL, uma sala de pequena cirurgia, cinco salas de consultas Oftalmologia e 4 quatro salas de exames de Oftalmologia e por uma 1 sala de enfermagem que dá apoio a todas as atividades do setor. É nesta sala de enfermagem que decorrem as consultas de enfermagem. Este serviço recebe pessoas da consulta externa, do serviço de urgência, do internamento e do serviço ambulatorio de oncologia das referidas especialidades, com diferentes patologias agudas e crónicas. A equipa de enfermagem da consulta externa é composta por dezoito enfermeiros distribuídos pelos quatro setores da consulta. A equipa de enfermagem neste serviço é constituída por 5 enfermeiras distribuídas ao longo das doze horas em que o serviço está aberto, apoiando a multidisciplinar em todas as necessidades de IE que surjam. Existem duas enfermeiras que estão focadas para o cuidado centrado no doente com ostomia respiratória e que acompanham estes doentes em consulta de enfermagem ao longo do seu percurso de doença. Este acompanhamento de enfermagem é realizado ao longo do período peri-operatório em consulta de enfermagem. A tipologia de consulta existente é consulta pré-operatória, pós-

operatória aos 8, 15 e 30 dias e posteriormente 3 meses, 6 meses e anuais. Tal como preconizado pela DGS (2017). A consulta de enfermagem pré-operatória é realizada uma semana antes da cirurgia com o objetivo de fornecer informações à pessoa e/ou família sobre as alterações decorrentes da mesma e do processo de reabilitação e acompanhamento ao longo do percurso da pessoa nesta transição de saúde e doença, como é preconizado pela DGS (2017) e por Neiva et. al. (2020). No entanto, não existia consulta de enfermagem quando a pessoa está sob tratamentos de RT, QT ou imunoterapia, face aos défices de AC existentes durante os tratamentos decidi incluir na proposta de protocolo educacional à pessoa submetida a LT esta tipologia de consulta de enfermagem, tendo elaborado um [Protocolo Educacional da Consulta de Enfermagem da Pessoa com cancro da laringe submetida a Laringectomia Total] (Apêndice XI), este protocolo foi elaborado tendo em conta o preconizado pela DGS (2017) corroborado por Neiva et. al., (2020) e por Queirós (2021). Este protocolo inclui os objetivos de cada consulta, as IE, necessidades de AC presentes, os timings preconizados para a realização das consultas de enfermagem no âmbito da estomaterapia, bem como, no âmbito dos tratamentos de QT, imunoterapia e RT preconizado por Souza (2017) e Sousa (2020).

Nas consultas pós-operatórias são realizadas as IE optimizadoras do AC à pessoa ao nível dos cuidados com o traqueostoma e pele peri-traqueostoma (Santos, 2012), dada informação sobre os métodos alternativos e aumentativos de comunicação (Frade et. al., 2019), os cuidados com a ingestão de alimentos e líquidos, o equilíbrio entre a solidão e a interação social, cuidados com a mobilização dos ombros (Brook, 2013).

De forma a concretizar este objetivo geral foram delineados os seguintes objetivos específicos e atividades a realizar.

O primeiro objetivo específico consiste em “Sensibilizar a equipa de enfermagem e multidisciplinar no projeto de forma a promover a capacitação da pessoa com CL, submetida a LT”. Para o atingir foi realizada uma reunião com enfermeira chefe e enfermeira orientadora, tendo sido negociado as atividades que poderiam ser executadas durante o estágio.

As atividades realizadas consistiram na partilha do projeto à equipa de enfermagem em momentos informais, e à equipa médica dando a conhecer o projeto a todos os elementos da equipa médica, tendo sido proposto ao diretor de serviço de ORL apresentar o projeto à equipa médica presente na consulta multidisciplinar de ORL e cirurgia cervico-facial. Foi dado um parecer positivo, pelo que apresentei o projeto no dia 7 de fevereiro de 2022 na reunião da equipa de ORL (5 médicos especialistas, 6 médicos internos e a terapeuta da fala). Esta apresentação contribuiu para uma melhor compreensão do projeto, dos défices de AC que esta população tem, bem como, aquisição de ideias e sugestões para melhorar o projeto. Outra atividade realizada foi apresentação do projeto na consulta de decisão multidisciplinar com o objetivo de sensibilizar as equipas médicas presentes para a importância deste projeto, tendo sido bem acolhido pelos elementos presentes (oncologia, radio-oncologia, imagiologia, anatomia patológica, otorrinolaringologia).

De forma a concretizar este objetivo foi organizado e realizado o 2º Curso de Estomatoterapia na instituição onde exerço funções. Este foi realizado no dia 23 de Novembro de 2021 data imposta pela instituição devido à transição hospitalar da esfera público-privada para a pública, pelo também não serão expostas as apresentações realizadas, devido à proteção de dados necessária e devido ao facto de se tratar de um curso alvo de pagamento. Este curso foi organizado em parceria com a equipa multidisciplinar (equipa de enfermagem da consulta, equipa de enfermagem dos cuidados intensivos e intermédios, equipa médica de Otorrinolaringologia, terapia da fala, nutrição), o seu público alvo foram enfermeiros que cuidam de pessoas com ostomia respiratória, sendo o seu objetivo partilhar conhecimento teórico-práticos, possibilitando a partilha de experiências, saberes técnicos e científicos baseados na evidência científica. Foram ao curso 8 enfermeiros de diversas instituições de saúde. Tendo sido uma mais valia a partilha de experiência de diversas realidades de cuidados entre os enfermeiros, tendo adquirido conhecimento de práticas de diferentes locais e instituições.

Ainda, para executar este objetivo foi elaborado um [Questionário para avaliação das necessidades de formação da equipa de enfermagem das consultas externas] (Apêndice XIII), para que a formação fosse dirigida para as reais necessidades, sendo que 88,8% dos enfermeiros manifestou necessidade de

formação sobre as IE a esta população, pelo que elaborei um [Plano de sessão da ação de formação à equipa de enfermagem das consultas externas] (Apêndice XIV), para delinear os conceitos a utilizar e para sistematizar a informação a transmitir, foram realizadas 2 ações de formação [Slides da formação equipa de enfermagem da consulta externa] (Apêndice XV), onde participaram os 18 enfermeiros da consulta. Com a realização da acção de formação conseguir divulgar o projeto, partilhar e adquirir conhecimentos (OE, 2019). Após cada ação de formação foi realizada a sua avaliação, através de instrumento de avaliação elaborado [Avaliação da ação de formação em serviço – Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total] (Apêndice XX), esta avaliação permitiu-me perceber onde me devo focar em futuras ações de formação sobre esta temática, bem como, quais as dificuldades da equipa de enfermagem, sendo que 100% dos enfermeiros respondeu corretamente à questão sobre os principais défices de AC da pessoa submetida a LT e 88,8% (16) enfermeiros responderam corretamente à questão sobre quais as intervenções de enfermagem optimizadoras do AC à pessoa submetida a LT na fase pós-operatória.

No sentido, de concretizar este objetivo foi realizada uma reunião com as enfermeiras chefe dos 2 internamentos cirúrgicos que não estava prevista no projeto inicial, de forma dar a conhecer o projeto, estabelecendo parcerias e articulação entre as equipas de enfermagem da consulta e do internamento. Nessa reunião foi mencionada a necessidade de formação sobre as IE optimizadoras do AC à pessoa com ostomia respiratória. Face à limitação temporal do projeto ficou estabelecido que os enfermeiros do serviço que assistissem à formação ficariam como elos de ligação entre os dois serviços e como elementos de referência no seio das suas equipas de enfermagem, tendo sido realizadas 2 ações de formação (9 e 10 de fevereiro de 2022) onde estiveram 11 enfermeiros presentes. Realizei um [plano de sessão da ação de formação à equipa de enfermagem de internamento cirúrgico] (Apêndice XXI) foi divulgado por e-mail pelas enfermeiras chefes às suas equipas de enfermagem. As ações de formação foram realizadas de forma a que os enfermeiros do serviço de internamento conseguissem compreender os conceitos no âmbito da ostomia respiratória; conhecessem as indicações para a realização de ostomia respiratória; identificassem as IE optimizadoras do AC à pessoa com

ostomia respiratória: traqueotomia e traqueostomia e reconhecessem as IE à pessoa com ostomia respiratória com dificuldade respiratória e com hemorragia.

No final de cada uma das ações de formação foi realizada a sua avaliação, sendo que 100% apreendeu a informação transmitida sobre as indicações para a realização de traqueostoma, 90,9% compreendeu a informação sobre como realizar os cuidados traqueais e à pele peri-traqueostoma e 72,7% assimilou informação sobre os cuidados em situações de dificuldades respiratória e em situações de hemorragia.

Estas duas ações de formação foram bastante importante para a divulgação do projeto, partilha de conhecimentos, estabelecimento de pontos de articulação entre os dois serviços, como por exemplo, a definição da referenciação para a consulta de enfermagem de estomaterapia respiratória quando a pessoa tem alta hospitalar, a sua referenciação será realizada através do e-mail institucional da consulta de enfermagem de estomaterapia ou para o meu e-mail institucional ou através de contacto telefónico para a sala de enfermagem. Ainda, durante estas ações foi possível partilhar experiências vivenciadas tanto da minha parte como por parte da equipa de enfermagem do internamento, que foram uma mais-valia para a implementação deste projeto. Estas ações de formação permitiram-me desenvolver competências de comunicação clínica e relacional, bem como, atuar como formador, favorecendo a aprendizagem dos pares, e contribuindo para a incorporação de novos conhecimentos no contexto de prática e desenvolvimento de práticas especializadas (OE, 2018).

O segundo objetivo específico foi “cuidar de pessoas com CL submetida a LT na fase pré e pós-operatória, pré e pós tratamento de RT e QT”.

Este objetivo específico foi atingido através da realização de consultas de enfermagem, orientadas pela sistematização em protocolo educacional delineado nos estágios anteriores. Prestei cuidados de enfermagem especializados a 15 pessoas com CL submetidas a LT na fase pós-operatória, pré-tratamento de RT e QT e imunoterapia. A prestação de cuidados foi realizada de uma forma organizada e com recurso aos instrumentos de colheita de dados (definido para cada tipologia de consulta), materiais audiovisuais selecionados e ao folheto informativo de como cuidar do seu traqueostoma elaborados nos estágios anteriores. Estes instrumentos

de colheita de dados permitiram-me obter a caracterização da pessoa, compreender as suas necessidades de AC e necessidade biopsicossociais, e desta forma planear a minha IE de uma forma global com o estabelecimento de IE de uma forma holística e centrada na pessoa, desenvolvendo em conjunto com a mesma um plano educacional dirigido à pessoa com CL submetida a LT nas fases pós-operatória, pré-tratamento, durante o tratamento e pós- tratamento.

As pessoas cuidadas apresentavam défices de AC a diferentes níveis, desde défices na ingestão de ar, alimentos, água e na comunicação, e com alterações na atividade motora, nomeadamente ao nível do ombro. Estes défices foram identificados em pessoas submetidas a LT nas consultas de pós-operatório aos 15 dias, 1 mês e anual. A minha IE consistiu na avaliação e caracterização dos défices da pessoa submetida a LT (Queirós et. al., 2021). Esta avaliação foi realizada com recursos aos instrumentos de colheita de dados desenvolvidos nos estágios anteriores permitindo-me compreender melhor os défices de AC e as IE que necessitava de otimizar para potenciar a competência de AC das pessoas submetidas a LT. Em termos de IE realizei intervenção ao nível dos sistemas de enfermagem de apoio educativo, realizando educação para a saúde ao nível do AC, nomeadamente, sobre as alterações anatomofisiológicas decorrentes da cirurgia (Santos, 2011), sobre como manter a vida (como realizar os cuidados traqueais e pele peri-traqueostoma, demonstração e treino com a pessoa), devendo os cuidados ser realizados pelo menos 2x por dia (José, 2017), recorrendo a água potável para realizar a higienização dos dispositivos (Santos, 2011), intervim, também, com informação sobre cuidados específicos com a alimentação, nomeadamente a tipologia de alimentos mais nutritivos e proteicos, tendo realizado à avaliação nutricional com recurso à escala MUST (Everitt, 2016b), tendo sido necessário encaminhar 6 doentes para a nutricionista por risco elevado de desnutrição, tal como preconizado por Santos, (2012), e desenvolvi, também, IE de formar a reduzir os défices de AC ao nível das alterações da comunicação, nomeadamente, sobre cuidados a ter com limpeza da prótese fonatória, devendo estes serem realizados 2x dias, de manhã e à noite (Queirós et. al., 2021, Santos, 2012) ou sempre que a prótese contenha resíduos (Brook, 2013). A limpeza da prótese fonatória deve ser realizada recorrendo a um escovilhão próprio, introduzindo, e rodando o escovilhão na válvula interna da prótese fonatória (Brook,

2013). Foram explicados métodos alternativos de comunicação, nomeadamente a escrita, a mimica labial, os gestos (Frade et. al., 2019) e como as pessoas os podem utilizar para que consigam comunicar melhor. Realizei, também IE para promover melhoria da atividade motora a nível cervical e dos ombros, com educação para a saúde, explicando e demonstrando os exercícios físicos que promovem essa melhoria, nomeadamente elevação, rotação, abdução e adução e dos membros superiores, como preconizado por Brook (2013) & Santos (2011).

As 4 pessoas observada em consulta de enfermagem de pós RT que se encontram a realizar tratamento de RT, apresentavam défices de AC comprometidos, nomeadamente ao nível dos cuidados a ter com os tegumentos, com a higiene oral. A minha IE incidiu sobre a avaliação das necessidades de AC da pessoa e sobre os cuidados a ter com a pele e tegumentos, explicando os cremes indicados (trolamina) (Amorim et. al., 2022) e contraindicados, como cremes com zinco (Amorim et. al., 2022), devendo os mesmos serem aplicados 3 ou 4 vezes ao longo do dia após o tratamento, de forma a evitar complicações na pele (radiodermite) (Brogueira et. al., 2015). Em termos da higiene oral, a minha IE incidiu sobre a explicação sobre como devem ser realizados os cuidados orais, nomeadamente a higienização com pasta de dentes e bochechos com colutórios sem álcool (Martinho, 2018).

Estas IE foram realizadas seguindo os timings e as IE recomendadas pela DGS, (2017) Neiva et. al., (2020), Queirós et.al., (2021), Teruya, (2018). Estas IE executadas ao longo das consultas de enfermagem permitiram-me desenvolver competências ao nível do estabelecimento e atualização do plano individualizado para a pessoa com doença crónica, em conjunto com os seus cuidadores e familiares, identificando estratégias que otimizam o AC com base no conhecimento científico e promovendo a incorporação dos conhecimentos na melhoria dos cuidados da minha praxis recorrendo a experiências de sucesso (OE, 2018), deram-me, ainda a possibilidade de colaborar com outros elementos da equipa de saúde ou serviços de apoio, utilizando estratégias baseadas na evidência, para o desenvolvimento do autoconhecimento e das capacidades da pessoa com doença crónica, recorrendo a estratégias de comunicação e de trabalho de equipa como os conhecimentos teóricos e práticos relacionados com a ética, respeitando a singularidade e autonomia individual na vertente social, espiritual, cultural, contextos

e vivências da pessoa submetida a LT no período peri-operatório e durante a realização de tratamento de QT, imunoterapia e RT (OE, 2018).

No entanto, durante a realização deste projeto não foi possível realizar consulta de enfermagem de pré-operatório, pois durante este período não existiram pessoas propostas cirúrgica para LT, no entanto, devido aos condicionalismos provocados pela pandemia de SARS, CoV-2 as pessoas que recorrem às consultas externas surgem com tumores em estádios mais avançados, e nestas situações a LT não está indicada.

Ainda, como atividade desenvolvi uma base de dados em Excel sobre as pessoas seguidas na consulta. Esta base de dados contempla ainda a tipologia de consulta de enfermagem realizada, as complicações existentes no pós-operatório mediato, e tardio (com especificidades para as complicações com o traqueostoma, com pele-peri-traqueostoma e com a prótese fonatória). A construção desta base de dados permite-me ter acesso a informações que após a sua análise, me permitirão definir ações de melhoria da minha intervenção junto desta população com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na consulta de enfermagem. A realização desta atividade permitiu-me organizar e sistematizar a informação teórica com implicações na prática de cuidados (OE, 2019).

CONCLUSÕES

Este relatório descreve o trajeto realizado ao longo da implementação do projeto de formação e intervenção, ao longo dos três estágios, tendo realizado uma análise dos objetivos gerais e específicos propostos, das atividades realizadas, dos resultados obtidos e das competências de enfermagem especializadas adquiridas e desenvolvidas, assim como dos contributos e os benefícios que este projeto teve na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à população-alvo, no contexto da minha praxis.

O estágio no Hospital de Dia de Oncologia, permitiu-me conhecer uma filosofia de cuidados completamente diferente da minha realidade, tendo contactado com a pessoa submetida a LT sob tratamentos de QT e imunoterapia, bem como, conhecer outras filosofias de cuidados de enfermagem ao nível de tratamentos oncológicos diferenciados. Como pontos fracos deste estágio, destaco o fato de a equipa de enfermagem estar subdimensionada na prestação de cuidados de enfermagem à população que presta cuidados e a falta de privacidade na realização dos tratamentos.

O estágio num serviço de internamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia de um Centro Oncológico, permitiu-me observar, compreender e refletir sobre todo o percurso da pessoa submetida a LT desde a fase pré-operatória, passando pelo pós-operatório imediato e tardio, destacando-se a importância da educação para a saúde em todas as fases do processo de recuperação.

Um ponto positivo deste serviço de internamento prendeu-se com o fato de a equipa de enfermagem ter elevada experiência prática e saberes técnico-científicos que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem de elevada qualidade, diferenciação e com autonomia. Ainda, neste estágio tive a oportunidade desenvolver conhecimentos e observar e refletir sobre as práticas no âmbito do tratamento de RT à pessoa submetida a LT na fase inicial do tratamento e durante o percurso até ao término do mesmo. Como ponto forte, realço a receptividade do serviço ao projeto e a forma como contribuíram para o mesmo. Outro ponto forte deste serviço prendeu-se com o fato de as enfermeiras especialistas utilizarem os métodos alternativos e aumentativos de comunicação de forma transversal e como

contribuem para a diminuição das barreiras na comunicação, entre a equipa e a pessoa, entre a pessoa e a própria família e posteriormente entre a pessoa e a comunidade.

A implementação deste projeto nas consultas externas de um hospital, possibilitou-me melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito das IE optimizadoras do AC à pessoa com CL submetida a LT no período peri-operatório, pré e pós tratamento de QT, imunoterapia e RT. Foram sensibilizadas as equipa de enfermagem da consulta externa e do internamento cirúrgico onde esta população normalmente fica alocada durante o internamento, equipa médica de ORL e elementos participantes na consulta de decisão multidisciplinar (oncologia médica, radioterapia, imagiologia).

As atividades desenvolvidas tiveram em conta uma prática holística, centrada na individualidade da pessoa, e tendo em conta a evidência científica e os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem, melhorando os cuidados de enfermagem à pessoa fase à nova condição e promovendo a melhoria da qualidade de vida, tendo-se constatado na prática clínica os benéficos desta tipologia de IE sob a forma de consulta de enfermagem.

A realização das atividades propostas permitiu-me adquirir competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente oncológica ao nível técnico-científico e relacional no âmbito do projeto proposto, principalmente ao nível das estratégias alternativas e aumentativas de comunicação, bem como estratégias ao nível da organização da consulta de enfermagem, divulgação do trabalho desenvolvido com a realização do projeto. Foram elaborados instrumentos de colheita de dados baseados na evidência científica que permitem a realização da avaliação das necessidades de AC comprometido da população alvo ao nível da realização da consulta de enfermagem durante o período peri-operatório, e dos períodos pré e pós tratamento de RT, de QT e imunoterapia. Foram realizadas ações de formação às equipas de enfermagem de forma a capacitar os profissionais para esta área de atuação da enfermagem, e colmatando as necessidades formativas dos enfermeiros envolvidos na prestação de cuidados a esta população.

A realização deste percurso possibilitou-me adquirir competências do domínio comum do enfermeiro especialista (OE, 2019a), competências específicas de

enfermeiros especialista em situação crónica e paliativa (OE, 2018), competências acrescida diferenciada e avançada em estomaterapia (OE, 2019b) competências de Mestre desenvolvendo os descritores de Dublin (leiº 65/2018) e competências delineadas pela Sociedade Europeia de Enfermeiros de oncologia (EONS, 2018), pelo que os objetivos propostos foram cumpridos e o desígnio da unidade curricular foi alcançado.

Este trabalho permitiu-me crescer a nível pessoal e profissional, seguindo as *guidelines* nacionais, internacionais e evidência mais atual, permitindo-me contactar com diferentes enfermeiros especialistas que me deram a possibilidade de observar e experienciar uma prática de cuidados centrada na pessoa com os cuidados o mais individualizados possíveis e especializados. Um dos aspetos que me agradou e com qual tive a oportunidade de contactar prende-se com articulação que existe entre os elementos integrantes das equipas multidisciplinares, bem como o nível de desenvolvimento técnico, prático e científico que tive a oportunidade de desenvolver. Este projeto foi um grande desafio para mim, pois levou a realizar algumas atividades fora da minha zona de conforto, permitindo-me desenvolver competências ao nível de tratamento oncológicos de RT, QT e imunoterapia com o qual não tinha contacto na minha práxis.

Em resumo, o percurso realizado e todo o trabalho exposto deram-me a possibilidade de crescer profissionalmente e pessoalmente, permitindo-me evoluir do nível de competente (organiza a ação de forma eficaz com postura pró-ativa, com capacidade para resolver imprevistos), passando para o nível de proficiente, no qual tenho a capacidade de alterar a ação perante situações imprevistas e transportar as experiências anteriores para novas situações vivenciadas, trazendo o saber de outras práticas para diferentes contextos. Neste momento e tendo em conta o percurso académico e profissional realizado tenho como expectativa passar ao nível de perita.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorim, A., Freitas, J., Silva, A., Valério, E., Alves, E., Magalhães, B., & Soares, E. (2022). *Domínios de Intervenção dos Enfermeiros em Radioterapia*. Porto: Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. Acedido em: 19/5/2021. Disponível em: https://www.aeop.pt/ficheiros/AEOP_Dominios_RT_20220318.pdf
- Andrade, M.I.C. (2012). Consulta de Enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.News*, 21, 27-31. Acedido em: 19/4/2021. Disponível em: <https://www.aeop.pt/ficheiros/47ed8e3a4d1c5b2e0f873084de9ebf9c.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bozec, A., Schultz, P., Gal, J., Chamorey, E., Chateau, Y., Dassonville, O., & Fakhry, N. (2016). Evaluation of the information given to patients undergoing head and neck cancer surgery using the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: A prospective multicentric study. *European Journal of Cancer*, 67, 73-82. DOI: 10.1016/j.ejca.2016.08.005
- Bradley, A., & Schiff, M.D. (2018). *Manual MDS versão para profissionais de saúde Câncer de laringe - Distúrbios do ouvido, nariz e garganta*. Nova Iorque: The University Hospital of Albert Einstein College of Medicine. Acedido a 19/5/2021. Disponível em: Câncer de laringe - Distúrbios do ouvido, nariz e garganta - Manuais MSD edição para profissionais (msdmanuals.com)
- Broqueira, M., Vaz, R., Santos, A., Rodrigues, F., & Cordeiro, S. (2015). *Linhas de Consenso Radiodermite*. Porto: Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. Acedido a 19/5/2021. Disponível em: <https://www.aeop.pt/ficheiros/8ebb2d9b91f80becead7974cb661ae2d.pdf>
- Brook, I. (2013). *O Guia Do Laringectomizado*. Brasil: Atos Medical. Acedido a 19/04/2021. Disponível em: https://www.sbfa.org.br/portal2017/themes/2017/departamentos/artigos/materiais_28.pdf.

- Cady, J. (2002). Laryngectomy: beyond loss of voice-caring for the patient as a whole. *Clinical journal of oncology nursing*, 6(6), 347-351. DOI:10.1188/02.CJON.347-351
- Caixeiro, L. (2019). *Fatores de risco no cancro da laringe*. Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Chaves, A., Santos, M., Quintanilha, C., & Barreira, R. (2019). Câncer de Cabeça e Pescoço. In Santos, M., Correa, T., Faria, L., Siqueira, G., Reis, P., & Carvalho, A., *Diretrizes Oncológicas* (pp. 53-70). São Paulo: Doctor Press Ed. Científica.
- Coelho, F.M.S. (2017). *Cancro de Cabeça e Pescoço: Fatores Epidemiológicos num Rastreio Oportunístico a Nível Nacional*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto.
- Coutinho, L. (2012). *Acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada em ambulatório*. Tese de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Crossen, I.C., van Uden-Kraan, C.F., Eerenstein, S.E., Jansen, F., Witte, B.I., Lacko, M., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2016). An online self-care education program to support patients after total laryngectomy: feasibility and satisfaction. *Supportive Care in Cancer*, 24(3), 1261-1268. DOI:10.1007/s00520-015-2896-1
- Decreto-Lei nº 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 157, de 16 -08-2018). ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>.
- Department of health and human service U.S. (2017). CTCAE versão 5.0 Common Terminology Criteria for Adverse Events. Disponível em: Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) (cancer.gov).
- Direção Geral de Saúde (2015). Norma 016/2015. *Tratamento dos Tumores Malignos da Laringe e da Hipofaringe*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- Acedido a 19/4/2021. Disponível em: [norma-n-0162015-de-21082015-pdf.aspx](#) (dgs.pt)
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 011/2016: Indicações clínicas e intervenção nas ostomias respiratórias em idade pediátrica e no adulto*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 19/4/2021. Disponível em: [Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf](#) (min-saude.pt)
- Direção-Geral da Saúde (2020a). *Programa nacional para as doenças oncológicas recursos do SNS em oncológica: Relatório de inquérito 2019*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 23/09/2021. Disponível em: [por-serie-1219985-pdf.aspx](#) (dgs.pt)
- Direção-Geral da Saúde (2020b). *Programa nacional para as doenças oncológicas: Desafios e estratégias*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 23/09/2021. Disponível em: [por- por-serie-1219986-pdf.aspx](#) (dgs.pt)
- Davrieux, C.F., Palermo, M., Serra, E., Houghton, E.J., Acquafresca, P.A., Finger, C., & Giménez, M.E. (2019). Etapas e fatores do “processo perioperatório”: pontos em comum com a indústria aeronáutica. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 32(1), e1423. DOI:10.1590/0102-672020180001e1423
- Donabedian A. (1988). The quality of care. How can it be assessed?. *JAMA*, 260(12),1743–1748, <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>.
- European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework 2018*. Brussels: EONS. Acedido em 10/10/2021. Disponível em: [z2y.621.myftpupload.com](#)
- Everitt, E. (2016a). Tracheostomy 4: supporting patients following a laryngectomy part 4. *Nursing Times*, 112(1), 6-8.
- Everitt, E. (2016b). Tracheostomy 1: caring for patients with a tracheostomy. *Nursing Times*, 112(19), 16-20.

- Fernandes, D. (2014). Sexualidade no doente ostomizado: estudo exploratório. *Onco. News* 25, 9-10. Acedido em 10/05/2022. Disponível em: 04760f0d54bc2bf761fbbd781fc8bd84.pdf (aeop.pt).
- Ferreira, M., & Alves, P. (2019). Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família, *Onco.News*, 38, 6-14. DOI:10.31877/on.2019.38.1.
- Frade, A., Abreu, S., & Ferreira, O. (2019). Otimizar a comunicação da pessoa com cancro da laringe, submetida a laringectomia total – intervenções de enfermagem no período peri-operatório: scoping review, *Pensar Enfermagem*, 23(2). 43-56. Acedido a 10/05/2022. Disponível em: <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/162/164>
- Frade, A. (2017). *Otimização da comunicação na pessoa com cancro da laringe, submetida a laringectomia total*. Tese de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Gomes, C.A., Rugno, F.C., Rezende, G., Cardoso, R.C., & De Carlo, M.M.R.P. (2016). Tecnologia de comunicação alternativa para pessoas laringectomizadas por câncer de cabeça e pescoço. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 49(5), 463-474. DOI:10.11606/issn.2176-7262.v49i5p463-474
- Haddaway, N.R., McGuinness, L.A., & Pritchard, C.C. (2021). PRISMA2020: R package and ShinyApp for producing PRISMA 2020 compliant flow diagrams. (version 0.0.1). Zenodo. Acedido em 12/10/2021. Disponível em: PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis - Haddaway - 2022 - Campbell Systematic Reviews - Wiley Online Library
- José, P. (2017). *Cuidados de enfermagem en el paciente laringectomizado*. Tese final de licenciatura. Universidade de Valladolid. Faculdade de enfermagem, Valladolid.

- Wiley, K., LeFebvre, K. B., Wall, L., Baldwin-Medsker, A., Nguyen, K., Marsh, L., & Baniewicz, D. (2017). Immunotherapy Administration: Oncology Nursing Society Recommendations. *Clinical journal of oncology nursing*, 21(2), 5–7. DOI:10.1188/17.CJON.S2.5-7
- Kotake, K., Kai, I., Iwanaga, K., Suzukamo, Y., & Takahashi, A. (2019). Effects of occupational status on social adjustment after laryngectomy in patients with laryngeal and hypopharyngeal cancer. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 276(5), 1439-1446. DOI:10.1007/s00405-019-05378-9
- Li, X., Li, J., Shi, Y., Wang, T., Zhang, A., Shao, N., & Wang, Z. (2017). Psychological intervention improves life quality of patients with laryngeal cancer. *Patient preference and adherence*, 11, 1723-1727. DOI:10.2147/PPA.S147205
- Marinho, D.L. (2018). *Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida pela radioterapia exclusiva ou associada a quimioterapia em pacientes com câncer de cabeça e pescoço*. Dissertação de Mestrado em Medicina Dentária. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde, Porto.
- Martins, S., Silveira, H., Sousa, M., Santos, M., & Vaz, R. (2020). Complicações pós-laringectomia total. Fatores de risco e abordagem do doente no peri-operatório. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia E Cirurgia de Cabeça E Pescoço*, 58(4), 173-179. DOI:10.34631/sporl.819
- Martins, M., Marta, C., Silva, P., Sequeira, A., Gallasch, C., & Peregrino, A. (2018). Consulta de Enfermagem na Radioterapia de Câncer de Cabeça e Pescoço: Análise Dentro do Conceito Custo-Utilidade em Saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental. Online*, 10(3), 746-752. DOI:10.9789/2175-5361.2018.v10i3.746-752
- Maurício, V.C., Souza, N.V.D.D.O., & Lisboa, M.T.L. (2014). Determinantes biopsicossociais do processo de inclusão laboral da pessoa estomizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 415-421. Acedido em 21/4/2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/Z8gqgSY3dCNVkJLHtLkjZ7R/?format=pdf&lang=pt>

Montalvão, S.P. (2021). Cancro da laringe: ouça a sua voz e aprenda a reconhecer os sintomas. Acedido em 21/4/2021. Disponível em: <https://lifestyle.sapo.pt/saude/noticias-saude/artigos/cancro-da-laringe-ouca-a-sua-voz-e-aprenda-a-reconhecer-os-sintomas>

Moore, K.A., Ford, P.J., & Farah, C.S. (2014). "I have quality of life... but...": exploring support needs important to quality of life in head and neck cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(2),192-200. DOI: 10.1016/j.ejon.2013.10.010

Neiva, R., Nogueira, M., & Pereira, A. (2020). Consulta pré-operatória de enfermagem e o autocuidado do paciente oncológico com estomia respiratória, São Paulo. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal*, 18, 1-8. DOI:10.30886/estima.v18.914_IN

Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of practice* (6ªed.) St. Louis: Mosby.

Paço, J., & Mendonça, F. (2011). *Patologia da cavidade bucal, faringe e laringe na prática clínica: guia de diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Círculo Médico comunicação e design, Lda.

Peixoto, T.A., Peixoto, M., Pinto, C., & Santos, C.S. (2021). Elementos-chave de uma intervenção educacional em enfermagem promotora da adaptação dos sobreviventes de cancro. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5).1-9. DOI:10.12707/RV20078

Pereira, B (2019). *Validação do formulário de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Queirós, S. M. (2014). *Desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

- Queirós, M., Brito, C., de Brito, C., & Pinto, I. (2017). Fatores condicionadores do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 57-67. DOI:10.12707/RIV17010
- Queirós, M., Pinto, I., Brito, C., & Santos, C. (2021). Nursing interventions for the promotion of tracheostomy self-care: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(21-22), 3055-3071. DOI:10.1111/jocn.15823
- Queirós, P. J. P., dos Santos Vidinha, T. S., & de Almeida Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), DOI:157-164. 10.12707/RIV14081.
- Regulamento nº 429/2018 (2018). Regulamento de Competências Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica da Pessoa em Situação de Doença Crónica e Paliativa. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº 135 de 16-07-2018), 19359 – 19370. Acedido em: 11/10/2021. Disponível em: 1935919370.pdf (dre.pt)
- Regulamento nº 140/2019 (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (Nº 26 de 6-02-2019), 4744-4750. Acedido em 11/10/2021. Disponível em: 0474404750.pdf (dre.pt)
- Regulamento nº 398/2019 (2019b). Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em Estomatoterapia. Assembleia da República. *Diário da República*, II Serie (Nº 86 de 6 de maio de 2019). Acedido em 11/10/2021. Disponível em: 1373413740.pdf (dre.pt)
- Relveiro, F. (2017) *Implementação da consulta de enfermagem para atendimento da pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia*. Tese de Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Ricz, H. M. A., Mello Filho, F. V. de, Freitas, L. C. C. de, & Mamede, R. C. C. M. (2011). Traqueostomia. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 44(1), 63-69. DOI:10.11606/issn.2176-7262.v44i1p63-69

- Rossi, V., Fernandes, F., Ferreira, M., Bento, L., Pereira, P., & Chone, C., (2014). Larynx cancer: quality of life and voice after treatment. *Braz J Otorhinolaryngol*, 80(5), 403-408. DOI:10.1016/j.bjorl.2014.07.005
- Santos, A., Soares, E., Oliveira, R., Vaz, R., Cordeiro, S., & Luz, S. (2017). *Linha de Consenso: Mucosite oral em Radioterapia*. Porto: Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. Acedido em 14/11/2021. Disponível em: LCMucositeRT.pdf (aeop.pt)
- Santos, I., & Seïça, A. (2012). A Pessoa Submetida a ostomia respiratória. In Santos, I., Seïça, A., Santos, A., Marques, G., Domingos, J., Ramos, L., Pereira, M. (Ed.), *Estomaterapia: o saber e o cuidar* (pp.11-16). Lisboa: Lidel.
- Santos, J. (2011). *Optimização das Ostomias de Ventilação - Guia para profissionais de saúde que cuidam de pessoas portadoras de traqueostomia*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Santos, M., Correa, T., Faria, L., Siqueira, G. Reis, P., & Carvalho, A. (2019). *Diretrizes Oncológicas*. São Paulo: Doctor Press Ed. Científica. Acedido em 16/04/2021. Disponível em: DiretrizesoncologicasEMENDADO.pdf
- Silva, C. (2021). *Avaliação da qualidade de vida e da literacia em doentes oncológicos submetidos a radioterapia*. Tese de Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico do Porto, Porto.
- Soares, L., Pinelli F., & Abrão, A. (2005). Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia. *Acta Paulista Enfermagem*, 18(2), 156-164. DOI:10.1590/S0103-21002005000200007
- Sonobe, H. M., Hayashida, M., Mendes, I. A. C., & Zago, M. M. F. (2001). O método do arco no ensino pré-operatório de pacientes laringectomizados. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(4), 425-433. DOI:10.32635/2176-9745.RBC.2001v47n4.2291
- Sousa, C., Fernandes, C., Rafael, M., Magalhães, B., & Santos, C. (2020). IGestsáude - a autogestão dos sintomas na pessoa em tratamento de quimioterapia: uma revisão integrativa da literatura. *Onco.News*, (40), 6-16. DOI:10.31877/on.2020.41.01

- Souza, N., Santos, I., Bushatsky, M., Figueiredo, E., Melo, J., Santos, C., (2017). *Nurses role in radiation therapy services. Revista Enfermagem UERJ*, 25, e26130. DOI:10.12957/reuerj.2017.26130
- Spito, A., Cavaliere, B. (2019). A Therapeutic Education Program for patients that underwent at temporary tracheotomy and total laryngectomy: leading to improved the “Diagnostic, Therapeutic and Assistance Path”. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 90 (11-S), 38-52. DOI:10.23750/abm.v90i11-S.8849
- Teixeira, A. (2017). *Limitações comunicativas do doente laringectomizados*. Monografia de licenciatura. em Terapia da Fala. Faculdade de ciências da saúde. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Teixeira, T. (2015). *Pessoa idosa com ostomia de respiração*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Teruya, N., Sunagawa, Y., Toyosato, T., & Yokota, T. (2018). Association between daily life difficulties and acceptance of disability in cancer survivors after total laryngectomy: a cross-sectional survey. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 6(2),170-176. DOI: 10.4103/apjon.apjon_50_18
- Tolentino, G. S., Bettencourt, A. R. D. C., & Fonseca, S. M. D. (2019). Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia ambulatorial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 409-417. DOI: 10.1590/70034-7167-2018-0031.
- Unamuno, M. do R. D. L. de, & Marchini, J. S. (2002). Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 35(1), 95-101. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v35i1p95-101>
- Viana, M., Correia, D., Fernandes, J., & Monteiro, E. (1). Evolução no tratamento do carcinoma avançado da laringe: Estaremos a melhorar?. *Revista Portuguesa De Otorrinolaringologia E Cirurgia De Cabeça E Pescoço*, 50(3), 189-196. DOI:10.34631/sporl.111.

Vélez, M., Álvarez, F., & Batalla, F. (2018). Rehabilitación del paciente laringectomizado. In Libro virtual de formación en ORL (pp. 1-13). España: Sociedade Espanhola de Otorrinolaringología e patología cervico-facial. Acedido em: 14/04/2021. Disponível em: <https://seorl.net/PDF/Laringe%20arbor%20traqueo-bronquial/115%20-%20REHABILITACI%C3%93N%20DEL%20PACIENTE%20LARINGECTOMIZADO.pdf>

World Health Organization. International Agency for Cancer Research (2020). *Estimated number of new cases in 2020, World, both sexes, all ages*. DOI: 10.3322/caac.21660.

Yang, H. C., Wang, L. F., Chang, J. T. C., & Fang, F. (2013). The health-related quality of life and bio-psycho-social adaptation effects in patients with head and neck cancer: a longitudinal study. *Hu Li Za Zhi The journal of nursing*, 60(5), 41-52. DOI: 10.6224/JN.60.5.41

APÉNDICES

Apêndice I - Classificação TMN

Apêndice I - Classificação TMN

Tabela – Classificação TNM (Classification of Malignant Tumours) Orofaringe

T1	≤ 2cm
T2	< 2 ≤ 4cm
T3	> 4cm
T4a	Tumor invade a laringe, músculos extrínsecos da língua, pterigoideu medial, palato duro ou mandíbula
T4b	Tumor invade o músculo pterigoideu lateral, lâmina pterigoide, parede lateral da nasofaringe, base do crânio ou encarcera a artéria carótida
N1	Homolateral único ≤ 3cm
N2	(a) Homolateral > 3 a 6cm (b) Homolaterais múltiplos ≤ 6cm (c) Bilateral, controlateral ≤ 6cm
N3	> 6cm

Fonte: UICC (Union for international Cancer Control). Acedido em 9/09/2021. Disponível em <http://www.ecco-org.eu/About-Ecco/Members/UICC.aspx>

**Apêndice II – Protocolo de Revisão *Scoping* – Intervenções
otimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe
submetida a laringectomia total: Protocolo de revisão *Scoping***

Intervenções de enfermagem optimizadoras do autocuidado da pessoa com cancro de laringe submetida a laringectomia total: Protocolo de Revisão *Scoping*

Ana Cristina da Silva Gomes¹

¹Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, anacristinagomes@campus.esel.pt

Objetivo: Mapear os estudos existentes na literatura focados nas intervenções de enfermagem optimizadoras do autocuidado da pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total.

Questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem optimizadoras autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a Laringectomia total?”

Palavras-chave: autocuidado, cancro da laringe, intervenções de enfermagem, laringectomia total

Key Words: self-care; laryngeal cancer, nursing intervention, total laryngectomy

INTRODUÇÃO

O cancro da laringe (CL) é o 2º tumor mais frequente dos tumores de cabeça e pescoço (Caixeiro, 2019). É mais frequente no sexo masculino entre a quinta e sexta década de vida e em pessoas com *status* socioeconómico mais baixo (Bradley & Schiff 2018; Paço & Mendonça, 2011; Peixoto, Peixoto, Pinto & Santos, 2021).

Tem como fatores de risco: o tabaco, o álcool, os fatores genéticos e hormonais, o vírus do papiloma humano, a má nutrição, as radiações, a idade (5ª e 5º décadas), a presença de refluxo laringofaríngeo e a exposição a produtos químicos (Peixoto et. al., 2021; Paço & Mendonça, 2011).

A laringectomia total (LT) mantém-se como tratamento de 1ª linha para os carcinomas localmente avançados da laringe e da hipofaringe (Martins, Silveira, Sousa & Vaz, 2020). Consistindo na exérese de todas as estruturas entre a base da

língua até ao segundo ou terceiro anel traqueal (Teixeira, 2017) e suturando-se a faringe superior é suturada à base da língua e a traqueia é suturada à pele da região inferior do pescoço, originando o traqueostoma definitivo, preservando a função respiratória (Teixeira, 2017). É feita a reconstrução do trato digestivo superior, através da construção de uma neofaringe e das partes moles do pescoço (Santos, Correa & Faria, 2019). Pode ser criado no momento da cirurgia ou num momento posterior um *shunt* entre a traqueia e a faringe que possibilita a colocação de uma prótese fonatória para emissão de sons com vibração da aritenóide. Esta cirurgia é acompanhada de esvaziamento ganglionar cervical bilateral nas situações de metastização ganglionar regional (Santos et. al., 2019). É um dos mais temidos pelos doentes pelo carácter mutilante levando à necessidade de adaptação à nova forma de respiração e comunicação, bem como, pelas dificuldades e riscos pós-operatórios associados ao procedimento (Martins et. al., 2020).

Estas pessoas tem necessidades específicas de cuidados de enfermagem devido ao procedimento cirúrgico mutilador e aos tratamentos de radioterapia, de quimioterapia e imunoterapia a que está sujeito (Gomes, Rugno, Rezende, Cardoso & De Carlo, 2016; Martins et. al., 2020).

Esta população apresenta alteração nos requisitos universais criando défices de autocuidado de ordem física, ingestão ar, devido à presença do traqueostoma definitivo, sendo necessário recorrer a dispositivos que possibilitem a manutenção e a permeabilidade da via aérea através de meios alternativos de respiração (recurso a cânula de traqueostomia no primeiro ano de pós-operatório), apresenta alteração ao nível dos cuidados de higiene, pois é completamente desaconselhado o banho de imersão para evitar a entrada de água e sabão ou espuma no traqueostomia. É recomendado tomar banho com a cabeça para baixo, podendo recorrer a dispositivos de proteção do banho (José, 2017). Ao fazer a barba, deve ter cuidado para não entrar pelos da barba, espuma ou perfumes no traqueostoma. É importante realizar higiene oral com clorhexidina após as refeições, mesmo que a alimentação seja feita por sonda nasogástrica (José, 2017). A higiene oral deve incluir a escovagem dos dentes e da língua, utilizando escova de dentes extra macia, creme dental infantil com flúor e fio dental. Se a pessoa não tiver dentes, limpar a língua, gengivas, palato e próteses. Deve realizar-se a cuidadosa

higienização da escova, devendo a mesma ser trocada no início de cada ciclo de quimioterapia (Marinho, 2018).

Estas pessoas apresentam alterações na comunicação, ficando com ausência de voz, no entanto existem três métodos alternativos à voz laríngea: a voz traquesofágica, a voz esofágica e fala por laringe eletrônica ou artificial (Brook, 2013). Durante o período de alternativa à voz laríngea a pessoa pode utilizar estratégias alternativas de comunicação, como os gestos, a mímica labial, escrita, quadro de letras e números, e meios tecnológicos que permitem a comunicação (Frade, 2017).

As pessoas apresentam, também, alteração na mobilização, ficando com diminuição da atividade motora dos ombros, braços e pescoço, devendo-se à remoção ou manipulação dos músculos, nervos e vasos sanguíneos e linfáticos da região durante a cirurgia, em caso de esvaziamento ganglionar cervical ou devido a exposição à radioterapia, pelo que se deve estimular a pessoa a realizar exercícios de mobilização do pescoço e do ombro precocemente, devendo ser encaminhado para a medicina física e reabilitação, posteriormente (Brook, 2013).

Ocorrem alterações na alimentação sobretudo nos primeiros 14 dias de pós-operatório, em que a pessoa se alimenta por sonda nasogástrica, para permitir a cicatrização das anastomoses cirúrgicas, evitando a pressão ao comer ou beber e reduzindo o risco de infecção (IOWA, 2017), ficando também estas pessoas com diminuição do olfato e do paladar (Gomes et al, 2016). Estas pessoas passam por desvios nos requisitos de desenvolvimento humano com alterações nos hábitos de vida pessoal, social e familiar, manifestando sentimentos de medo, de estigma social, de angústia, de ansiedade e repulsa (Moore, Ford & Farah, 2014; Yang, Wang, Chang & Fang, 2013), levando a pessoa e a família a passarem por maior *distress*, necessitando de adaptação psicossocial face aos desvios (Ribeiro, 2015). Perante as mudanças biopsicossociais causadas pela presença do estoma podem existir dificuldade na inclusão da pessoa com traqueostoma no seu local de trabalho, devendo ser criadas condições flexíveis que auxiliem a pessoa a retomar as suas atividades laborais (Maurício, 2014). As mudanças induzidas pela cirurgia e pelos tratamentos provocam alterações na imagem corporal, influenciando diversos aspetos, nomeadamente a intimidade (Fernandes, 2014).

A reabilitação desta população implica compreender o termo autocuidado e como este está alterado ou comprometido. Orem (2001) define autocuidado como a prática das atividades que a pessoa realiza para o seu benefício mantendo a vida, a saúde e o bem-estar. Esta reabilitação requer da pessoa conhecimentos, habilidades técnicas e motivação, requer intervenção de enfermagem ao nível do sistema de apoio e educação, promovendo o autocuidado da pessoa, sistematizado os conteúdos educativos (Peixoto et. al., 2021).

A Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem (2001) é um dos modelos teóricos que sustenta a prestação de cuidados a esta população. Esta teoria abrange o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência de cuidados, de forma a colmatar as necessidades (Orem, 2001). Esta teoria geral engloba três teorias: a teoria do autocuidado, a teoria do défice do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. Orem (2001) identificou cinco métodos que os enfermeiros podem utilizar de forma isolada ou em combinação quando prestam cuidados às pessoas ao nível educativo. A pessoa com doença oncológica realiza o seu autocuidado, necessitando da enfermagem para a ensinar e supervisionar e proporcionar cuidados de suporte na realização do seu autocuidado (Peixoto et. al., 2021). A avaliação do AC é realizada com base na identificação das necessidades, da intervenção educativa fornecida através de demonstração, treino e supervisão da realização do autocuidado (Queirós et. al., 2021). Em cada passo é realizada avaliação de cada intervenção e o resultado obtido com a mesma, demonstrando em que medida a pessoa consegue ter autonomia (Queirós et. al., 2021; Peixoto et. al., 2021; Santos et. al., 2019). O enfermeiro é fundamental no acompanhamento da pessoa com doença crónica, e principalmente na doença oncológica, nomeadamente à pessoa com CL submetida a LT, promovendo o seu autocuidado e facilitando o processo de transição saúde-doença ao longo de todo o processo (Ribeiro, 2015). Devido à complexidade de cuidados esta população necessita da existência de uma equipa multidisciplinar que se articule entre si, bem como, uma intervenção o mais individualizada possível (Peixoto et. al., 2021; Santos et. al., 2019).

A intervenção de enfermagem é fundamental para otimizar as necessidades de autocuidado destas pessoas, sendo importante conhecer as intervenções de

enfermagem otimizadoras existentes na evidência científica que possam colmatar as dificuldades existentes.

Neste sentido, é imprescindível realizar um protocolo *scoping review* com o objetivo de mapear estudos existentes na literatura focados nas intervenções de enfermagem otimizadoras do autocuidado da pessoa com cancro da laringe, submetida a laringectomia total.

Esta protocolo teve como questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem otimizadoras do autocuidado da pessoa com cancro da laringe, submetida a laringectomia total?

METODOLOGIA

Foi realizada um protocolo *Scoping Review*, integrando os métodos do *Joanna Briggs Institute*, com o objetivo de sistematizar a evidência mais atual sobre as intervenções otimizadoras do autocuidado da pessoa com CL submetida a LT. A questão de investigação foi formulada de acordo com a estratégia do PCC (Participantes, Conceito e Contexto). O estudo seguiu a lista de verificação PRISMA-ScR EQUATOR. Estabeleceram-se os seguintes critérios de elegibilidade:

Critérios de inclusão		Critérios de exclusão
Participantes	Pessoas com idade igual ou superior a 18 anos CI submetidas a Lt	Pessoas com idade inferior a 18 anos, que tenham realizado laringectomia parcial vertical, supraglótica, supracricoidea, microcirurgia transoral a laser e cirurgia robótica transoral.
Conceito	Défices de autocuidado e intervenções promotoras do autocuidado da pessoa com CL	

	submetida a LT	
Contexto	Contexto cirúrgico hospitalar em regime internamento e ambulatório de hospital de dia de radioterapia e de follow-up	
Estudos	Primários, secundários, qualitativos, artigos teóricos, relatos de experiência, normas e teses académicas, redigidos em língua portuguesa e inglesa.	

Fontes de Informação e estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa e a identificação dos estudos, segue em linha com o preconizado pelo Joanna Briggs Institute (Peters et. al., 2020). A pesquisa foi realizada de 14 a 20 de outubro de 2021 e foi adotada a estratégia que abrange três etapas. Primeiramente foi realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas MEDLINE® e CINAHL® usando termos em linguagem natural, o que permitiu aceder a estudos relacionados com a presente problemática e a identificação de termos de pesquisa indexados. Seguidamente foi efetuada pesquisa nas bases de dados MEDLINE® e CINAHL® utilizando os termos indexados e termos em linguagem natural aplicando-se os operadores booleanos OR e AND (conforme explicitado na tabela 1 e na tabela 2). Foi executada a seleção dos artigos encontrados na pesquisa tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão. A terceira fase compreenderá a análise das referências dos artigos selecionados. A seleção dos artigos será apresentada no PRISMA 2020 Flow Diagram

Pesquisa	Termos de pesquisa CINAHL	Pesquisa	Termos pesquisa CINAHL
S1	(MH" Laryngectomy")	S9	Self-care education
S2	Total laryngectomy	S10	Self-care evaluation
S3	Head and neck surgery	S11	S6 OR S7 OR S8 OR S9

S4	(MH "tracheostomy")	S12	Nurs*
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	S13	Nursing interventions
S6	(MH "Self-care")	S14	(MH "Otorhinolaryngology and Head- Neck nursing")
S7	(MH "Tracheostomy Care")	S15	S12 OR S13 OR S14
S8	(MH "Ostomy Care")	S 16	S5 AND S11 AND S15

Tabela 1- Síntese da estratégia de pesquisa utilizada na CINAHL

Pesquisa	Termos de pesquisa MEDLINE	Pesquisa	Termos de pesquisa MEDLINE
S1	(MH" Laryngectomy")	S9	Self-care education
S2	Total laryngectomy	S10	Self-care evaluation
S3	Head and neck surgery	S11	S6 OR S7 OR S8 OR S9
S4	(MH "tracheostomy")	S12	Nurs*
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	S13	Nursing interventions
S6	Self-care	S14	Otorhinolaryngology and Head- Neck nursing
S7	Tracheostomy Care	S15	S12 OR S13 OR S14
S8	Ostomy Care	S 16	S5 AND S11 AND S15

Tabela 1- Síntese da estratégia de pesquisa utilizada na MEDLINE

Seleção das fontes de evidência

A seleção dos estudos será realizada de acordo com os critérios de elegibilidade de inclusão e exclusão. Iniciando-se pela leitura dos títulos e resumos, seguida da leitura do

texto integral dos estudos avaliados quanto à elegibilidade. Os estudos que não atenderem aos critérios de inclusão serão excluídos.

Para extrair informações relevantes dos estudos incluídos no protocolo foi elaborado um instrumento (tabela) no Microsoft Excel, com base nas diretrizes do Joanna Briggs Institute (Peters et. al., 2020), que incluiu autor(es), ano de publicação, país, objetivos, metodologia, intervenções otimizadoras do AC da pessoa com LT conclusões e implicações para a prática.

Autores, ano de publicação e título	País	Objetivos	metodologia	Intervenções otimizadoras do AC da pessoa com LT	Conclusões e implicações para a prática

Síntese dos resultados

Os resultados são apresentados em forma de tabela sistematizando as intervenções otimizadoras do autocuidado da pessoa com CL submetida a LT e classificadas pelos sistemas de enfermagem do Modelo Teórico de Dorothea Orem, 2001.

Organização temporal	Intervenções de enfermagem	Sem sistema	Sistema compensatório	Sistema parcialmente compensatório	Sistema de apoio educativo
Pré-operatório					
Pós-operatório					
Pós- alta					

Referências bibliográficas

- Bozec, A., Schultz, P., Gal, J., Chamorey, E., Chateau, Y., Dassonville, O., & Fakhry, N. (2016). Evaluation of the information given to patients undergoing head and neck cancer surgery using the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: A prospective multicentric study. *European Journal of Cancer*, 67, 73-82. DOI: 10.1016/j.ejca.2016.08.005
- Bradley, A., & Schiff, M.D. (2018). *Manual MDS versão para profissionais de saúde Câncer de laringe - Distúrbios do ouvido, nariz e garganta*. Nova Iorque: The University Hospital of Albert Einstein College of Medicine. Acedido a 19/5/2021. Disponível em: Câncer de laringe - Distúrbios do ouvido, nariz e garganta - Manuais MSD edição para profissionais (msdmanuals.com)
- Brook, I. (2013). *O Guia Do Laringectomizado*. Brasil: Atos Medical. Acedido a 19/04/2021. Disponível em: https://www.sbfa.org.br/portal2017/themes/2017/departamentos/artigos/materiais_28.pdf.
- Cady, J. (2002). Laryngectomy: beyond loss of voice-caring for the patient as a whole. *Clinical journal of oncology nursing*, 6(6), 347-351. DOI:10.1188/02.CJON.347-351
- Caixeiro, L. (2019). *Fatores de risco no cancro da laringe*. Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Coutinho, L. (2012). *Acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada em ambulatório*. Tese de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2015). Norma 016/2015. *Tratamento dos Tumores Malignos da Laringe e da Hipofaringe*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 19/4/2021. Disponível em: [norma-n-0162015-de-21082015-pdf.aspx](#) (dgs.pt)
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 011/2016: Indicações clínicas e intervenção nas ostomias respiratórias em idade pediátrica e no adulto*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 19/4/2021. Disponível em: [Indicacoes-](#)

Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf (min-saude.pt)

Direção-Geral da Saúde (2020a). *Programa nacional para as doenças oncológicas recursos do SNS em oncológica: Relatório de inquérito 2019*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 23/09/2021. Disponível em: [por-serie-1219985-pdf.aspx](#) (dgs.pt)

Direção-Geral da Saúde (2020b). *Programa nacional para as doenças oncológicas: Desafios e estratégias*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 23/09/2021. Disponível em: [por- por-serie-1219986-pdf.aspx](#) (dgs.pt)

Everitt, E. (2016a). Tracheostomy 4: supporting patients following a laryngectomy part 4. *Nursing Times*, 112(1), 6-8.

Everitt, E. (2016b). Tracheostomy 1: caring for patients with a tracheostomy. *Nursing Times*, 112(19), 16-20.

Fernandes, D. (2014). Sexualidade no doente ostomizado: estudo exploratório. *Onco. News* 25, 9-10. Acedido em 10/05/2022. Disponível em: [04760f0d54bc2bf761fbbd781fc8bd84.pdf](#) (aeop.pt).

Frade, A., Abreu, S., & Ferreira, O. (2019). Otimizar a comunicação da pessoa com cancro da laringe, submetida a laringectomia total – intervenções de enfermagem no período peri-operatório: scoping review, *Pensar Enfermagem*, 23(2). 43-56. Acedido a 10/05/2022. Disponível em: <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/162/164>

Gomes, C.A., Rugno, F.C., Rezende, G., Cardoso, R.C., & De Carlo, M.M.R.P. (2016). Tecnologia de comunicação alternativa para pessoas laringectomizadas por câncer de cabeça e pescoço. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 49(5), 463-474. DOI:10.11606/issn.2176-7262.v49i5p463-474

Haddaway, N.R., McGuinness, L.A., & Pritchard, C.C. (2021). PRISMA2020: R package and ShinyApp for producing PRISMA 2020 compliant flow diagrams. (version 0.0.1). Zenodo. Acedido em 12/10/2021. Disponível em:

PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis - Haddaway - 2022 - Campbell Systematic Reviews - Wiley Online Library

José, P. (2017). *Cuidados de enfermagem en el paciente laringectomizado*. Tese final de licenciatura. Universidade de Valladolid. Faculdade de enfermagem, Valladolid.

Marinho, D.L. (2018). *Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida pela radioterapia exclusiva ou associada a quimioterapia em pacientes com câncer de cabeça e pescoço*. Dissertação de Mestrado em Medicina Dentária. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde, Porto.

Martins, S., Silveira, H., Sousa, M., Santos, M., & Vaz, R. (2020). Complicações pós-laringectomia total. Fatores de risco e abordagem do doente no peri-operatório. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia E Cirurgia de Cabeça E Pescoço*, 58(4), 173-179. DOI:10.34631/sporl.819

Maurício, V.C., Souza, N.V.D.D.O., & Lisboa, M.T.L. (2014). Determinantes biopsicossociais do processo de inclusão laboral da pessoa estomizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(3), 415-421. Acedido em 21/4/2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Z8gqgSY3dCNVkJLHtLkZ7R/?format=pdf&lang=pt>

Montalvão, S.P. (2021). Cancro da laringe: ouça a sua voz e aprenda a reconhecer os sintomas. Acedido em 21/4/2021. Disponível em: <https://lifestyle.sapo.pt/saude/noticias-saude/artigos/cancro-da-laringe-ouca-a-sua-voz-e-aprenda-a-reconhecer-os-sintomas>

Moore, K.A., Ford, P.J., & Farah, C.S. (2014). "I have quality of life... but...": exploring support needs important to quality of life in head and neck cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(2),192-200. DOI: 10.1016/j.ejon.2013.10.010

- Neiva, R., Nogueira, M., & Pereira, A. (2020). Consulta pré-operatória de enfermagem e o autocuidado do paciente oncológico com estomia respiratória, São Paulo. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal*, 18, 1-8. DOI:10.30886/estima.v18.914_IN
- Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of practice* (6ªed.) St. Louis: Mosby.
- Paço, J., & Mendonça, F. (2011). *Patologia da cavidade bucal, faringe e laringe na prática clínica: guia de diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Círculo Médico comunicação e design, Lda.
- Peixoto, T.A., Peixoto, M., Pinto, C., & Santos, C.S. (2021). Elementos-chave de uma intervenção educacional em enfermagem promotora da adaptação dos sobreviventes de cancro. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5).1-9. DOI:10.12707/RV20078
- Pereira, B (2019). *Validação do formulário de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Queirós, M., Brito, C., de Brito, C., & Pinto, I. (2017). Fatores condicionadores do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 57-67. DOI:10.12707/RIV17010
- Queirós, M., Pinto, I., Brito, C., & Santos, C. (2021). Nursing interventions for the promotion of tracheostomy self-care: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(21-22), 3055-3071. DOI:10.1111/jocn.15823
- Ricz, H. M. A., Mello Filho, F. V. de, Freitas, L. C. C. de, & Mamede, R. C. C. M. (2011). Traqueostomia. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 44(1), 63-69. DOI:10.11606/issn.2176-7262.v44i1p63-69
- Rossi, V., Fernandes, F., Ferreira, M., Bento, L., Pereira, P., & Chone, C., (2014). Larynx cancer: quality of life and voice after treatment. *Braz J Otorhinolaryngol*, 80(5), 403-408. DOI:10.1016/j.bjorl.2014.07.005

- Santos, M., Correa, T., Faria, L., Siqueira, G. Reis, P., & Carvalho, A. (2019). *Diretrizes Oncológicas*. São Paulo: Doctor Press Ed. Científica. Acedido em 16/04/2021. Disponível em: [DiretrizesoncológicasEMENDADO.pdf](#)
- Spito, A., Cavaliere, B. (2019). A Therapeutic Education Program for patients that underwent at temporary tracheotomy and total laryngectomy: leading to improved the “Diagnostic, Therapeutic and Assistance Path”. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 90 (11-S), 38-52. DOI:10.23750/abm.v90i11-S.8849
- Teixeira, A. (2017). *Limitações comunicativas do doente laringectomizados*. Monografia de licenciatura. em Terapia da Fala. Faculdade de ciências da saúde. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Teruya, N., Sunagawa, Y., Toyosato, T., & Yokota, T. (2018). Association between daily life difficulties and acceptance of disability in cancer survivors after total laryngectomy: a cross-sectional survey. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 6(2),170-176. DOI: 10.4103/apjon.apjon_50_18
- World Health Organization. International Agency for Cancer Research (2020). *Estimated number of new cases in 2020, World, both sexes, all ages*. DOI: 10.3322/caac.21660.
- Yang, H. C., Wang, L. F., Chang, J. T. C., & Fang, F. (2013). The health-related quality of life and bio-psycho-social adaptation effects in patients with head and neck cancer: a longitudinal study. *Hu Li Za Zhi The journal of nursing*, 60(5), 41-52. DOI: 10.6224/JN.60.5.41

Apêndice III – Guião da entrevista à enfermeira orientadora do serviço de Hospital de Dia de Oncologia de um Centro Oncológico

Guião de entrevista à enfermeira orientadora do Hospital de Dia de Oncologia de um Centro Oncológico

Qual a estrutura do serviço?

Quando foi fundado o serviço?

Qual o objetivo do serviço?

Como está organizado o serviço?

Qual o horário do serviço?

Quais são os profissionais de saúde envolvidos no cuidado à pessoa com CL submetida a LT sob quimioterapia?

Quantos enfermeiros tem o serviço?

Quanto tempo de experiência profissional tem os membros da equipa? E o que os distingue em termos de formação académica?

Quantos enfermeiros prestam cuidados a esta população?

Quantos enfermeiros tem formação específica em quimioterapia?

Quantos anos de experiência profissional em quimioterapia?

Qual o método de trabalho da equipa de enfermagem?

Como estão organizadas as equipa de enfermagem?

Qual a tipologia de horário da equipa de enfermagem?

Qual o circuito da pessoa que vem realizar tratamento no serviço?

Quantos locais para realização de administração de medicação (quimioterapia e imunoterapia)?

E quais os recursos materiais que tem para a prestação de cuidados?

Quais os cuidados de enfermagem que prestam no serviço?

Tem procedimentos, normas, protocolos dirigidos à pessoa com CL submetida a LT?

Se sim quais?

Os cuidados são prestados tendo por base algum modelo teórico?

Se sim, qual?

Tem folhetos ou guias de orientação ao doente?

Tem guia de orientação de boas práticas para os enfermeiros?

Utilizam instrumentos de colheita de dados? Se sim quais?

<p>Realizam a colheita de dados com algum instrumento de avaliação do AC? Posso observar?</p>
<p>Utilizam consentimento verbal ou escrito na realização do tratamento de quimioterapia? Se sim, quem presta o esclarecimento ao doente?</p>
<p>Utilizam algum programa de educação para a saúde dirigido à população-alvo? Quantos doentes com CL submetidos LT a QT realizam tratamento convosco?</p>
<p>Tem consulta de enfermagem? se sim, como são referenciadas as pessoas para a consulta? De onde são referenciados? Tem local próprio para a realização da consulta de Enfermagem?</p>
<p>Realizam consulta de enfermagem pré-tratamento? Se sim? Em que momento estas consultas são realizadas? Tem algum tempo pré-definido antes do início do tratamento? Quais os objetivos e como estão estruturadas? Realizam consultas durante o tratamento e quais os tempos pré-definidos? Quais as intervenções de enfermagem são realizadas nas consultas? Dirigidas à finalidade, objetivos e programa dos tratamentos? Informação sobre os efeitos secundários dos tratamentos? Informação sobre medidas de controlo de efeitos adversos do tratamento a realizar pela pessoa em ambulatório? Orientações sobre cuidados a ter após os tratamentos?</p>
<p>Como fazem o registo da intervenção de enfermagem? Qual o sistema de informação utilizado para registo de enfermagem?</p>
<p>Existe consulta telefónica após o ciclo de quimioterapia? Se sim, qual a finalidade e timing? Tem alguma checklist de avaliação de controlo de sintomas para o contacto telefónico?</p>
<p>Realizam consulta pós término dos ciclos de tratamento? Qual o objetivo da consulta? Qual o timing em que são realizadas? Para além da área fisiologia e biológica quais as outras da pessoa são abordadas?</p>
<p>Posso observar as consultas e a realização do tratamento?</p>

Posso observar os colegas na prestação de cuidados?

Como fazem o controlo de sintomas a esta população?

A consulta/ serviço tem contacto direto para esclarecimento de dúvidas?

A consulta/Serviço tem e-mail para esclarecimento de dúvidas?

Apêndice IV – Síntese da informação da entrevista à enfermeira orientadora do Hospital de Dia de Oncologia de um Centro Oncológico

Síntese da informação da entrevista à enfermeira orientadora do Hospital de Dia de Oncologia de um Centro Oncológico

O Hospital de Dia de Oncologia é um serviço de ambulatório. A prestação de cuidados aqui realizados consiste na administração de tratamentos de quimioterapia e imunoterapia. Este serviço funciona há cerca de meio século num Centro Oncológico Nacional. Funciona num horário compreendido entre as 8h da manhã e às 20h, de segunda-feira a sexta-feira e das 8h às 16h nos feriados. Encerra apenas aos sábados, domingos, dia 25 de dezembro e 1 de janeiro. Tem como principal objetivo garantir a prestação de cuidados de enfermagem no âmbito do tratamento da doença oncológica, através da realização de tratamento de quimioterapia e imunoterapia.

As pessoas que realizam tratamentos neste serviço têm como diagnósticos carcinomas da mama, do esófago, da pele, do estômago, do ovário, hematológicos e de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia, com menor expressão. As pessoas que vêm realizar tratamento neste serviço, após terem tido consulta médica de oncologia. Nessa consulta médica é definida a duração do tratamento, quantos ciclos de tratamento realizam, quais os intervalos entre cada ciclo. Na consulta médica são abordados os efeitos secundários, as alterações decorrentes do tratamento e onde devem recorrer caso manifestem alterações e complicações com o tratamento.

A equipa do Hospital de Dia Oncologia é constituída por 18 enfermeiros, assistentes operacionais, 4 secretárias que dão apoio na programação dos agendamentos dos tratamentos, existe 1 médico de oncologia e 1 médico de hematologia de urgência, caso seja necessário em situações aparecimento de efeitos secundários durante o tratamento, para esclarecimento de dúvidas de prescrições, validação de prescrições caso não estejam efetivadas.

A equipa de enfermagem tem experiência através de formação na área da quimioterapia e imunoterapia, e experiência profissional ao nível de peritos na maioria dos casos. Existe uma enfermeira especialista na área de oncologia, que lidera a organização da formação da equipa no serviço. Todas as 4^a feiras de manhã

existem momentos de formação interna da equipa sobre os procedimentos a adotar mediante procedimentos específicos como por exemplo, ensaios clínicos.

A equipa de enfermagem tem como método de trabalho o de enfermeiro responsável. Cada enfermeiro fica responsável por 2, 3 ou 4 unidades. Este serviço dispõe de um setor de tratamentos no piso 0 e um setor no piso 1 do edifício. Existem 22 locais para receber pessoas para a realização de tratamento de quimioterapia e imunoterapia. Dos 22 locais, 14 são cadeirões, destes 11 cadeirões estão dispostos numa sala ampla do piso 0, junto a estes cadeirões existe um espaço com uma bancada de trabalho com 4 computadores fixos e um portátil. Este espaço está reservado aos enfermeiros como espaço de trabalho, nomeadamente, para a consulta de processos clínicos, a confirmação da identificação da pessoa, a admissão para o tratamento, a realização da avaliação inicial da pessoa, a validação de prescrições eletrónicas e das escritas manualmente no processo clínico da pessoa, a validação da prescrição com a equipa médica e a equipa da farmácia dedicada à preparação da quimioterapia e imunoterapia. Existe no piso 0 quatro unidades para tratamento em quartos individualizados, que permitem ter maior privacidade durante o tratamento. Estas unidades são compostas por: uma cama, mesa de cabeceira, dispositivos médicos (monitores de avaliação de parâmetros vitais, aspirador de secreções, material para oxigenoterapia). Nestas 4 unidades são realizados os tratamentos de quimioterapia e imunoterapia a pessoas que apresentem condições físicas comprometidas. No piso 1 existem três unidades individualizadas com a mesma estrutura e 3 cadeirões com a mesma disposição das unidades do piso.

No piso 0 na sala de cadeirões cada enfermeiro fica responsável por 2 unidades, se for na área dos quartos o enfermeiro fica responsável pela totalidade dos quartos. No piso 1 ficam 2 enfermeiros que dividem os 3 quartos e os 3 cadeirões entre eles. Neste espaço existe mais privacidade na realização dos tratamentos, tal como, acontece no piso 0 na área dos quartos. A sala de cadeirões do piso 0 não oferece privacidade à pessoa na realização do tratamento, pelo que a pessoa pode não se sentir confortável para dialogar sobre alguns assuntos, nomeadamente dos assuntos privados. Dispõe de 1 wc para as pessoas que realizam os tratamentos no serviço, uma sala de materiais de consumo e um

gabinete da enfermeira chefe e um gabinete partilhado entre a equipa de enfermagem e o secretariado. Nesta sala é realizada a verificação dos processos clínicos das pessoas que vem realizar tratamento. Esta verificação é realizada na véspera do tratamento por uma enfermeira dedicada em exclusivo a esta atividade. Esta verificação consiste na consulta dos processos clínicos das pessoas, com o objetivo de validar os critérios essenciais à realização do tratamento, sendo validados parâmetros como: os parâmetros analíticos, se tem consulta médica com informação do tratamento a realizar, duração do tratamento, quantos ciclos realiza, dias de intervalo em cada ciclo e se reúne condições gerais para execução do tratamento, agendamento de análises se necessário, confirmação dos tratamentos seguintes, validação da prescrição previamente em sistema informático ou prescrição manual no processo clínico da pessoa, em caso de dúvida validação da prescrição com médico assistente da pessoa, confirmação de exames essenciais à realização dos tratamentos (ecocardiograma).

O cuidado prestado pela equipa de enfermagem tem por base o modelo teórico de Virgínia Henderson (teoria das necessidades básicas), sendo o modelo teórico adotado pela instituição. A equipa de enfermagem segue o modelo de avaliação inicial preconizado pela instituição, sendo o mesmo realizado no primeiro contacto com a pessoa que irá ser submetida a tratamento de quimioterapia e imunoterapia. No entanto, não existem procedimentos, protocolos direcionados para a pessoa com cancro da laringe. Quando é necessário fornecer alguma informação escrita às pessoas sobre algum procedimento, os enfermeiros recorrem aos materiais aprovados pela instituição, disponibilizados na intranet (alimentação por sonda nasogástrica, cuidados com o traqueostomia, cuidados e orientações cirurgia de cabeça e pescoço).

Neste serviço não existe consulta de enfermagem em funcionamento, no entanto a equipa de enfermagem realiza ensinios sobre os tratamentos que a pessoa realiza, os efeitos secundários mais frequentes, o que fazer caso se manifestem esses efeitos secundários, onde as pessoas podem recorrer em situação de urgência oncológica, é fornecido um contacto telefónico que fica registado no cartão individual da pessoa (cartão com os dados pessoais, número do processo na instituição e médico assistente e número do hospital de dia). A população deste

serviço tem um contacto telefónico diretamente para a equipa de enfermagem, onde pode esclarecer as suas dúvidas, marcações. A realização da consulta de enfermagem a esta população é fundamental, pois esta permite fornecer informações à população, esclarecer dúvidas, desmistificar medos, receios e angústias que possam existir sobre o tratamento que vai realizar, permitindo a existência de uma relação terapêutica entre o profissional e a pessoa, bem como maior adesão dos tratamentos por parte da mesma.

A equipa de enfermagem realiza controlo de sintomas verbalmente com a pessoa quando a esta inicia a realização dos tratamentos, no entanto existe um instrumento onde pode ser realizado e registado posteriormente no processo da pessoa, de forma a dar evidência destes efeitos secundários.

Em termos de registo de enfermagem é escrita uma nota de enfermagem sobre a periodicidade do tratamento, como decorreu o mesmo, se surgiram efeitos secundários, ensinamentos realizados, e agendamento do próximo tratamento. Quando a pessoa termina o tratamento leva com ela a data dos próximos tratamentos já agendada pelo secretariado após a equipa de enfermagem ter definido as datas de tratamento.

Apêndice V- Ficheiro com os fármacos utilizados em contexto de hospital de Dia de Oncologia na pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total sob quimioterapia e imunoterapia

Ficheiro com os fármacos utilizados em contexto de hospital de Dia de Oncologia na pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total sob quimioterapia e imunoterapia

Protocolo EXTREME

1) CETUXIMAB:

- a) 1ª semana (d1 do 1º ciclo de QT) CETUXIMAB 400mg/m² (dose de indução)
- b) 2ª semana e seguintes até progressão de toxicidade inaceitável (CETUXIMAB 250mg/m² semanal)

2) Quimioterapia

- a) quimioterapia com CISPLATINA: cisplatina 100mg/m² D1 + 5FLUORURACILO 1000mg/m²/dia em perfusão contínua de 4 dias
- b) quimioterapia com CARBOPLATINA AUC 5 D1+ 5 FLUORURACILO 1000mg/m²/dia em perfusão contínua de 4 dias
- c) total de 6 ciclos de 3/3 semanas, substituição de platinas permitida

PROTOCOLO TPF neo-adjuvante:

- 1) DOCETAXEL 75mg/m² D1 + CISPLATINA 75mg/m² D1 + 5 FLUORURACILO 750mg/m²/dia em perfusão contínua de 5 dias

- a) 3 ciclos de 3/3 semanas.

Imunoterapia

Cetuximab

Pembrolizumab

Nivolumad

Medicamento		Cetuximab
Categoria	Anticorpo IgG1 monoclonal quimérico produzido a partir de uma linhagem de células de mamífero, por tecnologia de ADN recombinante	
Indicação	<p>Carcinoma pavimento celular da cabeça e pescoço,</p> <p>Associação com radioterapia para a doença localmente avançada</p> <p>Associação com quimioterapia à base de compostos de platina na doença recorrente e/ou metastática</p>	
Posologia e via de administração	<p>Cetuximab é administrado uma vez por semana.</p> <p>Dose inicial é de 400 mg de cetuximab por m² de superfície corporal.</p> <p>Todas as doses semanais seguintes são de 250 mg de cetuximab por m² cada.</p> <p>Em doentes com carcinoma pavimentocelular da cabeça e pescoço, localmente avançado, cetuximab é utilizado concomitantemente com radioterapia.</p> <p>Inicia-se a terapêutica com cetuximab uma semana antes da radioterapia e continua até ao fim do período de radioterapia.</p> <p>Em doentes com carcinoma pavimentocelular da cabeça e pescoço recorrente e/ou metastático, o cetuximab é utilizado em associação com quimioterapia à base de compostos de platina seguida de cetuximab como terapêutica de manutenção até à progressão da doença.</p> <p>A quimioterapia não pode ser administrada sem que tenha decorrido 1 hora após o final da perfusão com cetuximab</p> <p>Perfusão inicial 120min</p> <p>Perfusões seguintes 60min.</p>	

	<p>A velocidade de perfusão não deve exceder os 10 mg/min.</p> <p>Sinais vitais parametrizados durante as 2h.</p>
<p>Efeitos secundários mais frequentes</p>	<p>Reações cutâneas que ocorrem em mais de 80%</p> <p>Hipomagnesemia que ocorre em mais de 10%</p> <p>Reações relacionadas com a perfusão que ocorrem com sintomas ligeiros a moderados em mais de 10% dos doentes e com sintomas graves em mais de 1% dos doentes</p> <p><u>Doenças do metabolismo e nutrição:</u></p> <p>Hipomagnesemia; desidratação, em particular secundária a diarreia ou mucosite; hipocalcemia; anorexia (pode causar perda de peso).</p> <p><u>Doenças do sistema nervoso:</u></p> <p>Cefaleias</p> <p><u>Alterações oculares:</u></p> <p>Conjuntivite; blefarite; queratite; vasculopatia; trombose venosa profunda</p> <p><u>Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino</u></p> <p>Embolia pulmonar; doença intersticial pulmonar, que pode ser fatal</p> <p><u>Doenças gastrointestinais:</u></p> <p>Diarreia; náuseas; vômitos.</p> <p><u>Afeções hepatobiliares:</u></p> <p>Aumento dos níveis das enzimas hepáticas (AST, ALT, fosfatase alcalina).</p> <p><u>Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:</u></p> <p>Reações cutâneas; síndrome de Stevens-Johnson/Necrólise</p>

	<p>epidérmica tóxica; superinfecção de lesões cutâneas; erupção cutânea tipo acneiforme e/ou, menos frequentemente, como prurido, pele seca, descamação, hipertricose ou alterações nas unhas (por ex., paroníquia).</p> <p>15% das reações cutâneas são graves, incluindo casos isolados de necrose da pele. A maioria das reações cutâneas desenvolve-se durante as três primeiras semanas de tratamento.</p> <p>Estas geralmente desaparecem com o tempo, sem deixar sequelas, após a interrupção do tratamento, se forem seguidos os ajustes de dose. As lesões da pele induzidas pelo cetuximab podem predispor os doentes para superinfecções (p. ex. com <i>S. aureus</i>), que podem provocar complicações subsequentes, p. ex. celulite, erisipela ou, potencialmente com resultado fatal, síndrome de pele escaldada estafilocócica, fascíte necrosante ou sepsis.</p> <p><u>Perturbações gerais e alterações no local de administração</u></p> <p>Mucosite, em alguns casos grave, podendo causar epistaxes</p>
Cuidados de enfermagem	<p>Antes da primeira perfusão:</p> <p>Confirmar se a pessoa fez anti-histamínico e um corticosteroide pelo menos 1 hora antes da administração de cetuximab.</p> <p>A pré-medicação é recomendada antes de todas administrações.</p> <p>Sinais vitais parametrizados durante a administração</p> <p>Parâmetros analíticos devem ser observados antes de iniciar o tratamento</p> <p>Cuidados com a administração de medicação pelo cateter venoso periférico ou pelo cateter central totalmente implantado ou pelo cateter central de inserção periférica</p> <p>Explicados sinais e sintomas que deve informar de imediato o enfermeiro e o médico</p>

Informado dos possíveis efeitos secundários, como minimizar os efeitos secundários.

Reforçado ensino sobre a toma de medicação anti-histamínica e corticoide como protocolado e articulado entre a pessoa e o médico.

Reforço das medidas de higienização das mãos, cuidados com os alimentos, medidas que evitem complicações ou infeções.

Medicamento		Pembrolizumab
Categoria	Anticorpo monoclonal humanizado, antirreceptor da proteína de morte programada-1 (PD-1) (isótopo IgG4/kappa com uma alteração de sequência estabilizadora na região frequência cardíaca) produzido em células de ovário de hamster chinês por tecnologia de ADN recombinante.	
Indicações	<p>Monoterapia ou em combinação com quimioterapia com platina e 5-fluorouracilo (5-FU) está indicado para o tratamento em primeira linha de carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço metastático ou recorrente irresssecável, em adultos cujos tumores expressam PD-L1 com um CPS superior.</p> <p>Monoterapia está indicado para o tratamento de carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço recorrente ou metastático, em adultos cujos tumores expressam PD-L1 com um TPS \geq 50% e quando existe progressão durante ou após tratamento com quimioterapia contendo platina</p>	
Posologia e via de administração	<p>Administração intravenosa.</p> <p>Perfusão durante 30 minutos.</p> <p>Não pode ser administrado por bólus.</p> <p>Quando administrado em combinação com quimioterapia intravenosa, deve ser administrado em primeiro lugar.</p>	
Efeitos secundários	<p>Infeções: pneumonia; anemia; trombocitopenia; neutropenia; linfopenia; hipotireoidismo; hipertireoidismo; apetite reduzido, hiponatremia, insónia; cefaleia; tonturas; neuropatia periférica; disgeusia; epilepsia; olho seco; uveíte; arritmia cardíaca; miocardite; pericardite; derrame pericárdio; hipertensão; dispneia; diarreia; dor abdominal; colite; boca seca; hepatite; erupções cutâneas; alopecia; prurido; vitíligo; dermatite; pele seca; dores musculoesqueléticas; artralgia; artrite; dores nas extremidades;</p>	

	insuficiência renal; fadiga; astenia; pirexia; estado gripal; arrepios.
Cuidados de enfermagem	<p>Antes da 1º administração:</p> <p>Confirmar com a pessoa toma de corticoides (deve ser evitada antes do início da medicação);</p> <p>Monitorização da glicemia (doente com diabetes pode apresentar valores descontrolados);</p> <p>Monitorização de sinais vitais ao longo do tratamento;</p> <p>Alertar para medidas preventivas de controlo de infeção;</p> <p>Alertar para a necessidade monitorização apertada ao longo do tratamento pode existir necessidade de pré-medicação com antipiréticos e anti-histamínicos.</p> <p>Utilizar o fármaco diluído dentro do prazo pré-estabelecido (24h)</p> <p>Observar características do medicamento (pode existir precipitado)</p> <p>Não coadministrar com outros medicamentos na mesma linha de perfusão;</p> <p>Observar sinais e sintomas de infeção do local de punção do cateter</p>

Medicamento		Nivolumad
Categoria	Tecnologia de ADN recombinante	
Indicações	Monoterapia é indicado para o tratamento do carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço recorrente ou metastático em adultos, quando existe progressão durante ou após terapêutica baseada em platina	
Posologia e vias de administração	<p>A dose recomendada é 240 mg de nivolumab a cada 2 semanas durante 30min</p> <p>É administrado via endovenosa.</p>	
Efeitos secundários	<p>Foram notificadas reações adversas cardíacas e pulmonares incluindo embolismo pulmonar com a terapêutica de associação.</p> <p>Os doentes devem ser monitorizados continuamente para reações adversas cardíacas e pulmonares, assim como para sinais clínicos, sintomas, e alterações laboratoriais indicativas de distúrbios de eletrólitos e desidratação prévia e periódica durante o tratamento</p> <p>Fadiga, dores de cabeça, alterações do estado mental, dor abdominal, alteração dos hábitos intestinais, e hipotensão, pneumonia, infeção trato respiratório, hipotireoidismo, hipertireoidismo, tiroidite, diminuição do apetite, desidratação, neuropatia, visão turva, taquicardia, hipertensão, fibrilação auricular, dispneia, tosse, náuseas, vômitos, erupções cutâneas, prurido, dor musculoesquelética, arterite, insuficiência renal, pirexia, edema, linfopenia, hiperglicemia, anemia, AST aumentada, hipoalbuminemia, fosfatase alcalina aumentada, creatinina aumentada, ALT aumentada, lipase aumentada, hipercaliemia, amilase aumentada, hipocalcemia, leucopenia, hipomagnesemia, neutropeniaa,b, trombocitopenia, hipocaliemia, hipoglicemia, hipercalcemia</p>	

Cuidados de enfermagem	<p>Administração deve ser realizada sob monitorização de parâmetros vitais</p> <p>Confirmar com a pessoa a toma de medicação (corticoide) antes do tratamento;</p> <p>Não deve ser administrado concomitantemente com outros fármacos na mesma linha de perfusão;</p> <p>Ter em atenção prazo de validade da solução diluída (8horas, temperatura ambiente);</p> <p>Alertar para sinais e sintomas de efeitos secundários;</p> <p>Informar sobre medidas preventivas de infeção;</p> <p>Não dever ser administrado por via intravenosa rápida ou por bólus;</p>
------------------------	---

Medicamento	Cisplatina
Categoria	<p>A cisplatina é um agente antineoplásico composto de platina. O principal efeito farmacodinâmico da cisplatina é representado pela inibição do crescimento celular, que aparenta ser ciclo e fase não-específicos. Além das células tumorais, os tecidos-alvos são principalmente aqueles caracterizados pela rápida proliferação celular como medula óssea, mucosa gastrintestinal e gônadas</p>
Indicação	<p>Tumores metastáticos de testículo;</p> <p>Tumores metastáticos de ovário;</p> <p>Cancro avançado da bexiga;</p> <p>Carcinomas espino-celulares de cabeça e pescoço.</p>
Posologia e vias de administração	<p>A cisplatina é geralmente administrada por via intravenosa, preferencialmente por infusão de 6 a 8 horas. Durante infusão convencional, os níveis plasmáticos de platina total, aumentam gradualmente e o pico ocorre no final da infusão.</p> <p>Pode ser utilizado isoladamente ou em combinação com outros medicamentos anti-proliferativos, utilizando-se diversas doses e esquemas terapêuticos. A dose deve ser baseada no estado clínico, renal e hematológico do paciente, para a obtenção de resultado terapêuticos ótimos, com o mínimo de efeitos adversos.</p> <p>Esquemas típicos de administração intravenosa de cisplatina como agente único a adultos ou crianças são: 50-100 mg/m² como infusão IV a cada 3 ou 4 semanas, por 6-8 horas de acordo com o tipo de tumor e o estado do paciente (incluindo a função renal e a extensão de radioterapia e/ou quimioterapias prévias);</p> <p>Infusão IV de 15-20 mg/m² por dia durante 5 dias consecutivos, a ser repetido a cada 3 ou 4 semanas.</p> <p>Em combinação com outros compostos citotóxicos, deve-se ajustar a dose para 20 mg/m² a cada 3-4 semanas.</p>

<p>Efeitos secundários</p>	<p><u>Sistema sanguíneo e linfático</u></p> <p>Mielossupressão; leucopenia e trombocitopenia; anemia;</p> <p><u>Distúrbios do sistema imunológico</u></p> <p>reações anafiláticas, rubor, edema facial, zumbido, taquicardia e hipotensão. Essas reações podem ocorrer dentro de minutos após o início da administração de cisplatina.</p> <p><u>Distúrbios Metabólicos e Nutricionais</u></p> <p>hipomagnesemia, hipocalcemia (irritabilidade muscular, clonus, tremores, espasmo) e hipocalcemia relacionados a danos nos túbulos renais.</p> <p><u>Distúrbios do Sistema Nervoso</u></p> <p>Neuropatias periféricas; neuropatia autonômica, convulsões perda do paladar, perda de memória, ocorrência do sinal de Lermite, mielopatia da coluna dorsal e câibras de início súbito e curta duração.</p> <p><u>Distúrbios Oculares</u></p> <p>visão turva e percepção alterada de cores, geralmente após tratamento com doses superiores às recomendadas.</p> <p>Neurite ótica, edema papilar e cegueira cortical foram raramente relatados.</p> <p><u>Distúrbios do Labirinto e Ouvido</u></p> <p>zumbido unilateral ou bilateral, com ou sem perda da audição, em aproximadamente 10% das pessoas</p> <p><u>Distúrbios Cardíacos</u></p> <p>Doença coronariana arterial, insuficiência cardíaca congestiva, arritmias, hipotensão postural, microangiopatia trombótica.</p> <p><u>Distúrbios Respiratórios</u></p>
----------------------------	---

toxicidade pulmonar

Distúrbios gastrintestinais

Náuseas e vômitos, geralmente com início dentro de 1 hora após o tratamento. São utilizados antieméticos.

Distúrbios Hepatobiliares

Elevações leves e transitórias das enzimas hepáticas e bilirrubina.

Distúrbios da Pele e Tecido Subcutâneo

Alopecia leve. Urticária ou rash maculopapular.

Distúrbios Músculo-esqueléticos

Mialgia.

Distúrbios Renais e Urinários

A toxicidade renal aguda diminui após hidratação antes do tratamento.

A insuficiência renal, após uma dose e se manifesta pelo aumento da creatinina sérica, ureia sérica, ácido úrico sérico e/ou diminuição da clearance da creatinina. A insuficiência renal é geralmente leve a moderada e reversível em doses habituais do fármaco (como regra, a recuperação ocorre dentro de 2-4 semanas);

Pode ocorrer hiperuricemia, particularmente quando são administradas doses superiores a 50 mg/m². Os níveis séricos máximos de ácido úrico ocorrem 3-5 dias após a administração. Pode-se administrar alopurinol para uma redução eficaz dos níveis de ácido úrico.

Distúrbios no Sistema Reprodutivo

Pode afetar a fertilidade masculina.

Distúrbios Gerais e Condições no Local da Administração

Pirexia, efeitos locais como flebite, celulite e necrose cutânea (após

	extravasamento do medicamento).
Cuidados de enfermagem	<p>Antes da administração:</p> <p>Verificar se a pessoa fez a hidratação necessária antes do tratamento, de forma a reduzir a nefrotoxicidade do fármaco;</p> <p>Após a administração:</p> <p>Vigiar sinais de desidratação e baixo fluxo urinário (deve manter-se a hidratação após o tratamento, pelo menos 24 horas);</p> <p>Deve alertar para maior risco de hemorragia (o que fazer caso aconteça);</p> <p>Cuidados preventivos de infecção;</p> <p>Cuidados com o cateter.</p>

Medicamento		Carboplatina
Categoria	Derivados da cisplatina que mostram atividade antineoplásica	
Indicação	Carcinomas espinocelulares de cabeça e pescoço	
Posologia e vias de administração	Administrado tanto como agente único ou em combinação com outros medicamentos antineoplásicos. deve ser utilizado apenas por via intravenosa e deve ser administrado por infusão endovenosa	
Efeitos secundários	<p>A carboplatina pode induzir vômitos. A incidência e gravidade dos vômitos pode ser reduzida pelo pré-tratamento com antieméticos ou através da administração da carboplatina em infusão intravenosa (na veia) por 24 horas, administração intravenosa em doses fracionadas em 5 dias consecutivos ao invés de uma infusão única</p> <p>A carboplatina pode causar toxicidade auditiva cumulativa.</p> <p><u>Audiogramas</u>: antes do início da terapia e durante o tratamento ou quando houver sintomas auditivos.</p> <p>Trombocitopenia, leucopenia, neutropenia, anemia, mielosupressão) é relacionada à dose.</p> <p>Transfusões podem ser necessárias particularmente em pacientes sob terapia prolongada (exemplo: mais de 6 ciclos).</p> <p>Febre, infecções, hemorragias, anormalidades dos eletrólitos, hipocalemia, hipocalcemia, hiponatremia, hipomagnesia, neuropatias periféricas (disfunção dos neurônios que pode levar a perda sensorial), atrofia e fraqueza muscular, perda de visão transitória, cegueira cortical,</p> <p>O risco de ototoxicidade pode ser aumentado pela administração concomitante de outros fármacos ototóxicos, insuficiência cardíaca congestiva, doença arterial coronariana isquêmica (por exemplo: infarto do miocárdio, parada cardíaca, angina e isquemia do miocárdio).</p>	

	<p><u>Vascular</u>: eventos cerebrovasculares, mucosite (úlceras na mucosa dos órgãos do aparelho digestivo), diarreia, constipação (prisão de ventre) e dor abdominal também foram relatadas.</p> <p><u>Hepatobiliar</u>: podem ocorrer elevações leves e geralmente transitórias nas concentrações de fosfatase alcalina sérica (enzima encontrada em diversos órgãos e tecidos), aspartato aminotransferase (AST) ou bilirrubina (substância resultante da destruição e metabolização da célula sanguínea).</p> <p>Reações alérgicas, reações de anafilaxia/anafilactóide; hipotensão, broncoespasmo; pirexia.</p> <p>Reações de hipersensibilidade podem ocorrer em poucos minutos após administração intravenosa da carboplatina.</p> <p><u>Pele e tecido subcutâneo</u>: podem ocorrer raramente dermatites esfoliativas (descamação da pele).</p> <p><u>Casos de rash (vermelhidão da pele)</u> eritematoso, pruridos (coceiras), urticária (alergia da pele) e alopecia (perda de cabelo) relacionados ao uso de carboplatina têm sido observados. Musculoesquelético e de tecido conectivo: Mialgia (dor muscular) / artralgia (dor nas articulações). Renal e urinário: insuficiência renal aguda</p>
Cuidados de enfermagem	<p>Antes da toma da medicação deve verificar-se a pessoa fez uma boa hidratação oral, pelo menos nas 24h antes do tratamento;</p> <p>Alertar para a necessidade de manter uma hidratação após o tratamento, pelo menos nas 48h seguintes;</p> <p>Alertar para a possibilidade de vir a ter zumbidos, ou mesmo perda auditiva;</p> <p>Alertar para medidas preventivas de infecção;</p> <p>Alertar para a possibilidade de dor ou irritação da cavidade oral (necessidade higienizar a boca com antissépticos sem álcool);</p>

Medicamento		5-fluorucilo
Categoria	Citotóxico	
Indicação	<p>Tratamento de neoplasias malignas: carcinomas do reto, do cólon, da mama, do esófago, do estômago, do pâncreas e das vias aéreas e digestivas superiores.</p> <p>Carcinoma epidermoide da cabeça e pescoço</p>	
Posologia e vias de administração	<p>A seleção da dose apropriada e do regime de tratamento depende do estado do doente, do tipo de carcinoma a tratar e se o 5-Fluorouracilo se destina a ser administrado em monoterapia ou em associação com outra terapêutica</p> <p>Em associação com: Cisplatina ou Cisplatina e Docetaxel</p>	
Efeitos secundários	<p>Diarreia, náuseas e vômitos (administração de antiemético)</p> <p>Estomatite (os sintomas incluem dor, eritema ou ulceração da cavidade oral ou disfagia)</p> <p>Mucosite, diarreia, úlceras gastrointestinais, proctite, esofagite, hemorragia do trato gastrointestinal ou hemorragia = suspensão do medicamento.</p> <p>Alopécia; dermatite, (erupção maculopapular com prurido, a qual aparece geralmente nas extremidades e menos frequentemente no tronco, normalmente reversível e com tratamento sintomático), erupções cutâneas, pigmentação, alterações nas unhas incluindo a formação de bandas ou perda de unhas, pele seca e formação de fissuras;</p> <p>fotosensibilidade (a qual se manifesta através de eritema ou aumento da pigmentação da pele), ataxia, febre, estado de mal-estar, fraqueza; perturbações dos movimentos oculares, as quais se manifestam principalmente através de fraqueza de convergência e divergência, associadas a neurotoxicidade.</p> <p>Dor no peito, taquicardia, esfalfamento, falta de ar, arritmia,</p>	

	<p>alterações eletrocardiográficas (alterações do segmento ST); angina, isquemia do miocárdio, enfarte do miocárdio e cardiomiopatia, após administração do 5-Fluorouracilo.</p> <p>A leucopenia, a neutropénia, a pancitopenia, a trombocitopenia, a agranulocitose e anemia foram igualmente reportadas. As complicações infecciosas da medula óssea/toxicidade hematológica podem incluir febre e sépsia. O tratamento sistémico com 5-Fluorouracilo tem sido associado a diversos tipos de toxicidade ocular. Após administração do 5-Fluorouracilo, pode ocorrer síndrome cerebral transitório reversível. Mais raramente, pode ocorrer um estado confusional reversível. Estas duas últimas situações neurológicas regredem após suspensão da terapêutica com 5-Fluorouracilo.</p> <p>Outras doenças do sistema nervoso incluem nistagmo, dor de cabeça, letargia, dificuldade de articulação do discurso, tonturas, desequilíbrio, fraqueza muscular, síndrome cerebelosa aguda e perturbações dos movimentos oculares. Estes sintomas podem persistir após interrupção do tratamento. Além dos já referidos, têm sido notificados diversos outros efeitos adversos entre os quais: incidentes de lacrimação excessiva, dacriostenose, alterações visuais e fotofobia.</p>
Cuidados de enfermagem	<p>Cuidados com a manipulação do fármaco:</p> <p>Uso de proteção adequada (vestuário, luvas, óculos e máscara)</p> <p>Confirmar com a pessoa se fez pré-medicação com antieméticos e hidratação apropriada</p> <p>SV parametrizados durante a administração</p> <p>Parâmetros analíticos devem ser observados antes de iniciar o tratamento</p> <p>Cuidados com a administração de medicação pelo cateter venoso periférico ou pelo cateter central totalmente implantado ou pelo</p>

cateter central de inserção periférica

Explicados sinais e sintomas que deve informar de imediato o enfermeiro e o médico

Informado dos possíveis efeitos secundários, como minimizar os efeitos secundários.

Reforçado ensino sobre a toma de medicação anti-histamínica e corticoide como protocolado e articulado entre a pessoa e o médico.

Reforço das medidas de higienização das mãos, cuidados com os alimentos, medidas que evitem complicações ou infeções.

Medicamento		Docetaxel
Categoria	Taxano semi-sintético com actividade antineoplásica citotóxica.	
Indicação	<p>O Docetaxel pode ser utilizado em associação com a cisplatina e 5-fluorouracilo</p> <p>Indicado no tratamento de indução de doentes com carcinoma espinocelular (epidermoide), localmente avançado de cabeça e pescoço.</p>	
Posologia e vias de administração	<p>Para o carcinoma da mama, de células não-pequenas do pulmão, gástrico e cabeça e pescoço.</p> <p>É utilizada uma pré-medicação constituída por um corticosteroide oral, tal como a dexametasona na dose de 16 mg/dia (p.ex. 8 mg 12/12 horas) durante 3 dias, com início no dia anterior à administração do docetaxel, salvo se contraindicada</p> <p>O docetaxel é administrado em perfusão de uma hora de três em três semanas</p>	
Efeitos secundários	<p>A neutropenia é a reação adversa mais frequentemente</p> <p>Os doentes não deverão voltar a receber docetaxel até que os neutrófilos recuperem para um nível $\geq 1.500/mm^3$</p> <p><u>Reações gastrointestinais</u></p> <p>Neutropenia – complicações gastrointestinais</p> <p>Reações de hipersensibilidade</p> <p>rubor ou reações cutâneas localizadas, hipotensão grave, broncospasma, ou erupção/eritema generalizado</p> <p>palma das mãos e planta dos pés), com edema seguido de descamação</p> <p><u>Retenção de líquidos</u></p> <p>derrame pleural, derrame pericárdico e ascite</p>	

	<p><u>Doenças Respiratórias</u></p> <p>Síndrome de dificuldade respiratória aguda, pneumonia intersticial/pneumonite, doença pulmonar intersticial, fibrose pulmonar e insuficiência respiratória</p> <p><u>Doentes com afeção hepática</u></p> <p><u>Toxicidade cardíaca</u></p> <p>insuficiência cardíaca em doentes que receberam docetaxel em associação com trastuzumab, em particular na sequência de quimioterapia contendo antraciclinas</p> <p><u>Afeções oculares</u></p> <p>edema macular cistoide</p>
<p>Cuidados de enfermagem</p>	<p>Antes da administração:</p> <p>Confirmar toma de pré-medicação</p> <p>Informar a pessoa que o fármaco contém álcool, pelo que não deve dirigir após a medicação;</p> <p>Informar que alimentação com toranja pode alterar a absorção do medicamento, pelo que deve evitar o seu consumo 2 dias antes e 2 dias após a toma de medicação;</p> <p>Alertar para a necessidade de realizar análises antes de realizar a medicação;</p> <p>Alertar para a necessidade de medidas preventivas de infeções, como: lavar as mãos, evitar multidões e pessoas doentes, não mexer nos dejetos dos animais de estimação, utilizar proteção quando realizar atividades de jardinagem, tomar banho diariamente, realizar cuidados de higiene oral frequentemente, não cortar cutículas ou unhas encravadas, não utilizar unhas de gel, gelinho.</p>

**Apêndice VI– Instrumentos de colheita de dados para as Consulta
de Enfermagem de primeira vez, de pós-operatório, de RT, QT e
imunoterapia**

Instrumento de colheita de dados da primeira Consulta de Enfermagem à pessoa com Cancro da laringe

1. Identificação da pessoa: ^{3,4}	Data da consulta: __/__/__
Nº do processo: _____	Tipologia de consulta:
Nome completo: _____ _____	Pré-Operatório <input type="checkbox"/> Pós-Operatório <input type="checkbox"/>
Nome pelo qual gosta de ser tratado: _____ _____	Pré-Radioterapia (RT) <input type="checkbox"/> Pós-RT <input type="checkbox"/>
	Pré-Quimioterapia (QT) e Imunoterapia <input type="checkbox"/>
	Pós-QT e imunoterapia <input type="checkbox"/>
	Médico Assistente: _____
Idade: _____ Sexo: _____	
Habilitações literárias: _____	Profissão: _____
Estado civil: _____	
Agregado familiar: _____	
Nacionalidade: _____	Religião: _____
Pessoa significativa: _____ Afinidade da pessoa significativa: _____	
Contato da pessoa significativa: _____	
2. Antecedentes de saúde: ^{3,4}	
Antecedentes familiares: _____ _____ _____	
Antecedentes pessoais: _____ _____ _____	

Cirurgias e internamentos anteriores:

Tratamentos realizados: _____

Hábitos tabágicos e álcool:

Alergias e Hipersensibilidades:

3. História da doença atual:^{3,4}

Principais problemas de saúde:

Medicação atual: _____

Hábitos mantidos: _____

Necessidade de consulta de cessação tabágica: _____

Necessidade de consulta de alcoolismo e outras dependências:

4. Observação Física:^{3,4}

Avaliação do estado cognitivo/ psicológico:

Peso: _____

Altura: _____

IMC: _____

Avaliação de risco nutricional (Apêndice1): _____

Necessidade de referenciar a consulta de nutrição: _____

T: _____

TA: _____

FC: _____

SatO²: _____

Destreza manual: _____

Acuidade visual: _____

Acuidade auditiva: _____

Dor (Apêndice 2):⁷ _____

Integridade cutânea: _____

Avaliação da cavidade oral: _____

Avaliação de parâmetros analíticos (Apêndice 3):³ _____

5. Avaliação da comunicação:

Forma preferencial de comunicar: _____

Sabe ler e escrever: _____

Possui telemóvel ou algum outro dispositivo móvel: _____

Sabe realizar chamadas telefônicas: _____ Sabe realizar videochamadas: _____

Saber enviar mensagens: _____

6. Exames realizados:

TAC: _____

RM: _____

RX: _____

ECG: _____

Teste Covid 19: _____ Data e resultado _____

Análises: _____

Outros exames: _____

7. Avaliação dos défices de autocuidado^{1, 6,8,12,13,14,15,16,19,20}

Défices de autocuidado da pessoa com
câncer de laringe submetida a laringectomia
total

Ar

Resposta da pessoa

Tem tosse? _____

Como realiza os cuidados traqueais?

Quem realiza os cuidados traqueais?

Realiza Inaloterapia?

	Necessita de Oxigenioterapia?

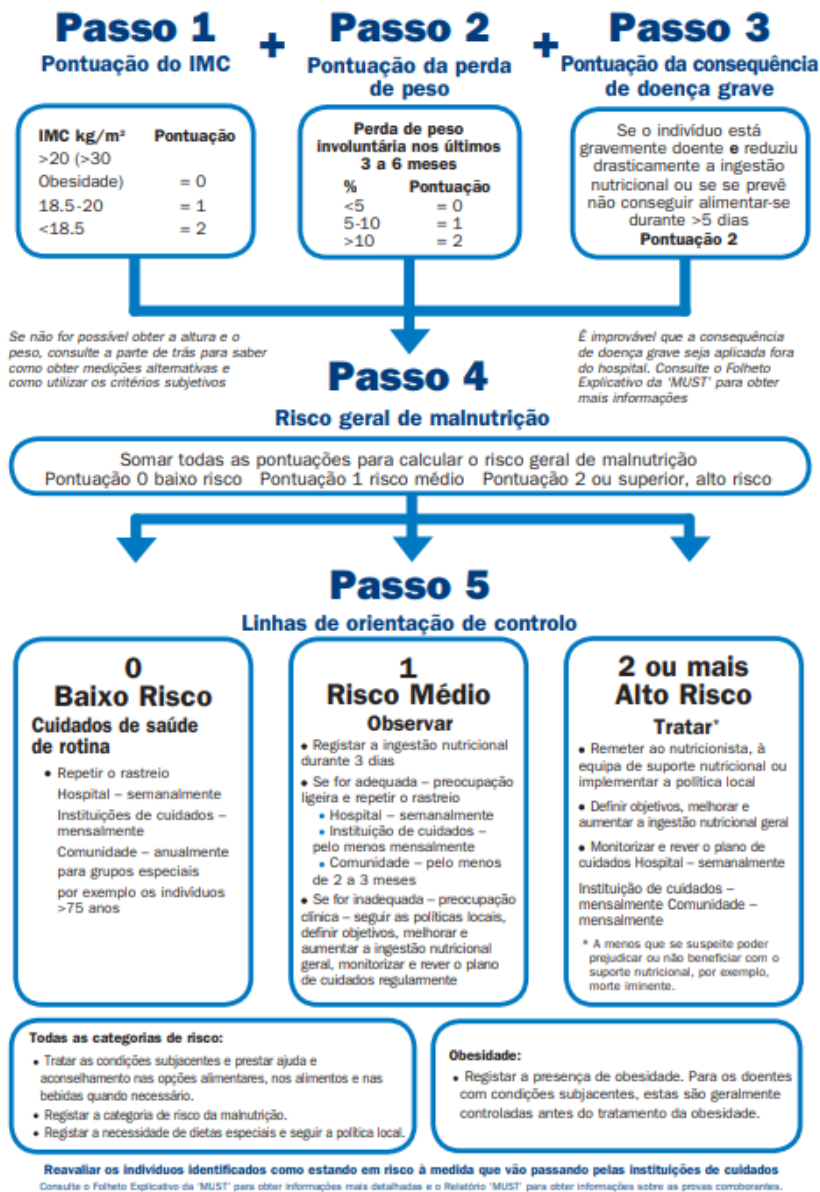
	O que faz quando tem expetoração?

	Realiza aspiração de secreções?

	Via por onde se alimenta?
Alimentos	Tem alterações na deglutição?
	Como realiza os cuidados de higiene oral?
	Qual a ingestão de água diária?
Água	Tem sialorreia?
	Observa a presença de edemas?
Eliminação	Tem incapacidade de realizar manobra de Valsava?
	Que alternativas à voz laríngea utiliza?
	- Voz traque-esofágica?
Equilíbrio entre a solidão e a interação social	- Tem Voz esofágica?
	- Laringe eletrónica?
	Que estratégias aumentativas e/ou alternativas de comunicação utiliza?
	O que pensa da sua doença?
Promoção dos processos de vida	Como tem sido viver com esta doença?
	Como perceciona a sua imagem?
	O que significa a doença para si e para a sua família?

	Como percebe a sua sexualidade?
	Que impacto esta doença e estoma tem tido na sua vida sexual?
	Como vê a vida social, familiar e laboral?
	Tem conhecimento e participa em grupos de apoio?
Preservação do equilíbrio entre atividade e repouso	Tem alterações na mobilização muscular do pescoço?
	Tem alterações na mobilização muscular do ombro?
	Tem alterações ou distúrbios do sono?
Preservação dos cuidados de higiene	Que cuidados tem com o banho?
	Utiliza dispositivos para o banho?
Prevenção de riscos no desenvolvimento e no bem-estar	Tem perceção do risco de infeção?
	Como previne o risco de maceração da pele peri-traqueostoma?
	Como faz a gestão da sua medicação?
Outros – quimioterapia, imunoterapia e radioterapia	Tem efeitos secundários dos tratamentos?
	Como gere os sintomas secundários?
	Que vigilância de saúde e onde?

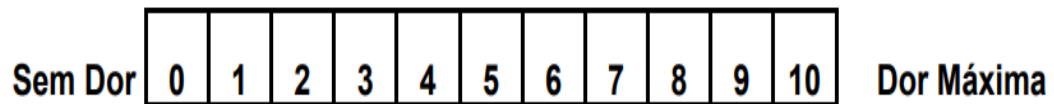
Apêndice 1 – Escala de avaliação nutricional – MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)



Fonte: Torodovic, V., Russel, C. & Elia, M. (2011). *Folheto explicativo da MUST. Reino Unido. MAG* (Malnutrition Action Group a Standing Committee of BAPEN: Autor. Acedido a 20/11/2021. Disponível em: [MUST Exp Bk 2013\(Pt4\).indd \(bapen.org.uk\)](#).

Apêndice 2 - Escala numérica de avaliação da dor

Escala Numérica



(Fonte: Normativa, C. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* Nº 09/DGCG-2003.)

Esta escala numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. A pessoa faz a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica. Em 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pela pessoa será registada no processo clínico.

Apêndice 3 – Folha de registo dos parâmetros analíticos^{3,4}

Parâmetros	Data __/__/__	Data __/__/__	Data __/__/__	Data __/__/__	Data __/__/__	Data __/__/__
Hemoglobina						
Hematócrito						
Leucócitos						
Neutrófilos						
Plaquetas						
Creatinina						
Ureia						
Aspartato-aminotransferase (AST/GOT)						
Fosfatase Alcalina						
Proteína C reativa (PCR)						
Cálcio:						
Outros parâmetros:						

Instrumento de colheita de dados da Consulta de Enfermagem do pós-operatório

Tratamento cirúrgico 6, 8,11,13,14,15,20

Cirurgia _____	
Data da cirurgia: __/__/__ (Dia de pós-operatório: _____)	
Dispositivos Médicos:	
Cânula: _____	
Tipo: _____ N° _____	
Data de troca: __/__/__ Motivo de troca: _____	
Fixação: _____	
Realização de cuidados à ostomia respiratória (especificidades e quem realiza)	
_____ _____	
Utilização de alternativas à voz laringe:	
Voz Traqueo-esofágica <input type="checkbox"/>	Data de início: __/__/__
	Prótese fonatória: _____
	Tipo: _____ N° _____
	Data de troca: __/__/__ Motivo da troca: _____
Voz esofágica <input type="checkbox"/>	Data de início: __/__/__
Laringe eletrônica <input type="checkbox"/>	Data de início: __/__/__
Utilização de estratégias aumentativas e/ou alternativas de comunicação:	

Via de Alimentação: _____

Alimentação por SNG: _____ N° da SNG: _____ Dia de colocação: __/__/__

Seguimento em:

Terapia da fala: _____ Psicologia: _____

Nutrição: _____ Psiquiatria: _____

Medicina Física e Reabilitação: _____

Estratégias alterativas e/ou aumentativas de comunicação:

Instrumento de colheita de dados da Consulta de Enfermagem de Radioterapia ^{4,6, 10,20}

Protocolo: _____ Finalidade: _____	
Nº de sessões _____ Dosagem (grays): _____	
Data de Início: __/__/__ Data de Términus: __/__/__	
Data de alta da radioterapia: __/__/__	
Zona irradiada: _____	
Avaliação dos conhecimentos no tratamento de radioterapia	Sabe qual o tratamento que vai realizar? _____ Sabe a finalidade do tratamento? _____ Sabe a duração do tratamento? _____ Sabe quantas sessões vai realizar? _____ Sabe a periodicidade do tratamento? _____ Sabe os efeitos secundários do tratamento? _____ Sabe as medidas para minimizar os efeitos secundários do tratamento? _____ Sabe os locais e profissionais a que deve recorrer se aparecerem efeitos secundários? _____
Cuidados com a pele	Cremes e protetores aplicados:

	<hr/> <p>Qual o produto que utiliza para o banho:</p> <hr/>
Controlo e gestão dos sintomas	<p>Escala de avaliação de avaliação de sintomas e efeitos secundários (RTOG/EORTC Radiation Toxicity Grading).</p> <p>Riodermite:</p> <hr/> <p>Mucosite oral:</p> <hr/> <p>Perda de peso:</p> <hr/> <p>Fadiga:</p> <hr/> <p>Xerostomia:</p> <hr/> <p>Alterações paladar e olfato:</p> <hr/> <p>Náuseas:</p> <hr/> <p>Dor de ouvido:</p> <hr/> <p>Trismus:</p> <hr/>
Sintomas identificados pela pessoa:	
<hr/> <hr/>	

Medidas tomadas pela pessoa para minimizar os efeitos secundários:

Tratamento aconselhados:

Sinais e sintomas observados pela enfermagem:

Instrumento de colheita de dados da consulta de enfermagem de Quimioterapia^{3,4,9,10,16,17,18,21}

Protocolo: _____ Finalidade: _____	
Nº de ciclos: _____ Nº de dias de intervalo entre os ciclos: _____	
Data de Início: ___/___/___ Data de Términus: ___/___/___	
Pré-medicação: _____	
Medicação a realizar: _____	
Avaliação dos conhecimentos no tratamento de quimioterapia	Sabe qual o tratamento que vai realizar? _____ Sabe a finalidade do tratamento? _____ Sabe a duração do tratamento? _____ Sabe quantos ciclos de tratamento vai realizar? _____ Sabe a periodicidade do tratamento? _____ Sabe os efeitos secundários do tratamento? _____ Sabe as medidas para minimizar os efeitos secundários do tratamento? _____ Sabe os locais e profissionais a que deve recorrer se aparecerem efeitos secundários? ____
Controlo e gestão dos sintomas	Escala escala de avaliação do controlo de sintomas, CTCAE versão 5.0 Common Terminology Criteria for Adverse Events
Sintomas identificados pelas pessoas: _____	
Medidas tomadas pela pessoa para minimizar os efeitos secundários: _____	
Sintomas identificados pela enfermagem: _____	

Instrumento de colheita de dados da consulta de enfermagem de imunoterapia^{1,3,4}

Protocolo: _____ Finalidade: _____	
Nº de ciclos: _____ Nº de dias de tratamento: _____	
Nº de dias de intervalo entre os ciclos: _____	
Data de início: __/__/____ Data de término: __/__/____	
Pré-medicação: _____	
Medicação: _____	
Avaliação dos conhecimentos no tratamento de imunoterapia	Sabe qual o tratamento que vai realizar? _____ Sabe a finalidade do tratamento? _____ Sabe a duração do tratamento? _____ Sabe quantos ciclos de tratamento vai realizar? _____ Sabe a periodicidade do tratamento? _____ Sabe os efeitos secundários do tratamento? _____ Sabe as medidas para minimizar os efeitos secundários do tratamento? _____ Sabe os locais e profissionais a que deve recorrer se aparecerem efeitos secundários? _____
Controlo de sintomas	Como controla o aparecimento de efeitos secundários? _____ Que medidas utiliza de prevenção? _____
Sintomas identificados pelas pessoas: _____	
Medidas tomadas pela pessoa para minimizar os efeitos secundários: _____	
Sintomas identificados pela enfermagem: _____	

Referências Bibliográficas

- ¹Associação de enfermagem oncológica portuguesa. (2020). *Guia para o doente com imunoterapia*. Portugal: Associação de enfermagem oncológica Portuguesa, Merk & Cancro Online: Autor) Acedido a 14/10/2021. Disponível em: AF Guia Imunoterapia - Versão digital_2 (aeop.pt).
- ² Torodovic, V., Russel, C. & Elia, M. (2011). *Folheto explicativo da MUST*. Reino Unido. MAG (Malnutrition Action Group a Standing Committee of BAPEN: Autor. Acedido a 20/11/2021. Disponível em: [MUST Exp Bk 2013\(Pt4\).indd \(bapen.org.uk\)](#).
- ³Andrade, M.I.C. (2012). Consulta de Enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.News*, 21, 27-31. Acedido em: 19/4/2021. Disponível em: <https://www.aeop.pt/ficheiros/47ed8e3a4d1c5b2e0f873084de9ebf9c.pdf>
- ⁴Cox, J. D., Stetz, J., & Pajak, T. F. (1995). Toxicity criteria of the Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). *International journal of radiation oncology, biology, physics*, 31(5), 1341–1346. [https://doi.org/10.1016/0360-3016\(95\)00060-C](https://doi.org/10.1016/0360-3016(95)00060-C)
- ⁵Cnossen, I. C., van Uden-Kraan, C. F., Eerenstein, S. E., Jansen, F., Witte, B. I., Lacko, M., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2016). An online self-care education program to support patients after total laryngectomy: feasibility and satisfaction. *Supportive Care in Cancer*, 24(3), 1261-1268.
- ⁶Direção Geral de Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular normativa Nº 09/DGCG*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 14/10/2021. Disponível em: [cn_09_03_dgcg \(aped-dor.org\)](#)
- ⁷Department of health and human service U.S. (2017). CTCAE versão 5.0 Common Terminology Criteria for Adverse Events. Disponível em: Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) (cancer.gov).
- ⁸Everitt, E. (2016b). Tracheostomy 1: caring for patients with a tracheostomy. *Nursing Times*, 112(19), 16-20.

- ⁹ Martins, M., Marta, C., Silva, P., Sequeira, A., Gallasch, C., & Peregrino, A. (2018). Consulta de Enfermagem na Radioterapia de Câncer de Cabeça e Pescoço: Análise Dentro do Conceito Custo-Utilidade em Saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental. Online*, 10(3), 746-752. DOI:10.9789/2175-5361.2018.v10i3.746-752
- ¹⁰ Matoso, L. M. L., Rosário, S. S. D., Matoso, M. B. L. (2015) As estratégias de cuidados para o alívio dos efeitos colaterais da quimioterapia em mulheres. *Saúde (Santa Maria)*, 41(2), 251-260. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583410883>
- ¹¹ Neuss, M. N., Gilmore, T. R., Belderson, K. M., Billett, A. L., Conti-Kalchik, T., Harvey, B. E., Hendricks, C., LeFebvre, K. B., Mangu, P. B., McNiff, K., Olsen, M., Schulmeister, L., Von Gehr, A., & Polovich, M. (2016). 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for Pediatric Oncology. *Journal of oncology practice*, 12(12), 1262–1271. <https://doi.org/10.1200/JOP.2016.017905>
- ¹² Neiva, R., Nogueira, M., & Pereira, A. (2020). Consulta pré-operatória de enfermagem e o autocuidado do paciente oncológico com estomia respiratória, São Paulo. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal*, 18, 1-8. https://doi.org/10.30886/estima.v18.914_IN.
- ¹³ Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6 uppl.). St Louis: Mosby.
- ¹⁴ Queirós, S. M. (2014). *Desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- ¹⁵ Queirós, S. M. M., de Brito Santos, C. S. V., de Brito, M. A. C., & Pinto, I. E. S. (2015). Construção do formulário de avaliação da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 51-60.

- ¹⁶Queirós, M., Pinto, I., Brito, C., & Santos, C. (2021). Nursing interventions for the promotion of tracheostomy self-care: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(21-22), 3055-3071.
- ¹⁷Rodrigues, M. D., França, L. P. O., Reis, C. A. de S., & Ribeiro, A. A. (2016). Tecnologia de cuidado para primeira consulta de enfermagem em oncologia. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 5. Recuperado de <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1768>
- ¹⁸Relveiro, F. (2017) *Implementação da consulta de enfermagem para atendimento da pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia*. Tese de Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- ¹⁹Sousa, C., Fernandes, C., Rafael, M., Magalhães, B., & Santos, C. (2020). IGestaúde - a autogestão dos sintomas na pessoa em tratamento de quimioterapia: uma revisão integrativa da literatura. *Onco News*. (40). 6-16. Doi: [10.31877/on.2020.41.01](https://doi.org/10.31877/on.2020.41.01)
- ²⁰Souza, N., Santos, I., Bushatsky, M., Figueiredo, E., Melo, J., Santos, C., (2017). *Nurses role in radiation therapy services*. *Revista Enfermagem UERJ*, 25, e26130. Doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.26130>.
- ²¹ Spito, A., Cavaliere, B. (2019). A Therapeutic Education Program for patients that underwent at temporary tracheotomy and total laryngectomy: leading to improved the “Diagnostic, Therapeutic and Assistance Path”. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 90 (11-S), 38-52. DOI:10.23750/abm.v90i11-S.8849
- ²²Tolentino, G. S., Bettencourt, A. R. D. C., & Fonseca, S. M. D. (2019). Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em quimioterapia ambulatorial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 409-417. DOI: 10.1590/70034-7167-2018-0031.

**Apêndice VII – Reflexão Crítica num Hospital de Dia Oncologia de
um Centro Oncológico**

INTRODUÇÃO

A prática de enfermagem pressupõe diferentes intervenientes, especialmente o enfermeiro, a pessoa e o contexto clínico, sendo exigido a mobilização e a integração de diferentes tipos saberes e de competências cognitivas, relacionais, reflexivas, com o intuito de conseguir que a pessoa cuide dela própria, quando é possível, ou ajudá-la quando a mesma não o consegue fazer. O ciclo reflexivo de Gibb (1988), será o método utilizado para dar estrutura ao meu pensamento, na análise de um momento de interação de cuidados que descrevo nesta reflexão. Pretendo ressaltar que inicialmente não intervimos diretamente na situação descrita. É retratado um momento de realização de tratamento de quimioterapia e de imunoterapia. A pessoa com doença crónica vivência a sua doença diariamente, manifestando sentimentos de ameaça, perda, insatisfação das suas necessidades, despertando sofrimento tanto para o próprio como para a família. A pessoa com doença oncológica a realizar tratamento de quimioterapia e de imunoterapia tem ainda associado o desconforto decorrente do tratamento, juntamente com efeitos adversos que podem surgir que levam a passar por momentos de ansiedade, angústia (Silveira, Wysocki, Mendez, Pena, Santos, Malaguti-Toffano, & Santos, 2021).

Durante o estágio um aspeto que mereceu a minha maior atenção foram as estratégias de comunicação utilizada pelos enfermeiros do serviço. As estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem prendem-se essencialmente com a comunicação não verbal (observação, gestos, mimica labial e escrita). Esta equipa utiliza de forma coerente, assertiva a comunicação entre todos os elementos e entre a equipa e as pessoas cuidadas, com a capacidade de transmitirem a informação necessária de uma forma calma, tranquila e naturalmente, transmitindo segurança na prestação de cuidados. Enquanto estudante de mestrado e da especialidade pretendo desenvolver competências a nível relacional e comunicacional. Prestar cuidados de enfermagem em oncologia requer do enfermeiro o saber fazer, o saber estar e saber fazer pela pessoa que necessita de cuidados, transmitindo serenidade e tranquilidade em todo de tratamento da doença oncológica. As alternativas à comunicação verbal na pessoa submetida a laringectomia assume uma grande importância, pois estas pessoas conseguem comunicar com a sua equipa de saúde

através de gestos, mímica labial, quadros de letras, escrita. As consequências de uma comunicação comprometida afetam a forma como a pessoa interage com os seus familiares, amigos, equipa de saúde e com a comunidade. Uma comunicação eficaz entre a pessoa e a equipa de saúde facilita a compreensão das informações, regulação das emoções, identificação das necessidades da pessoa. Quando eficaz, a comunicação entre profissional de saúde e a pessoa tem o potencial de auxiliar na regulação das emoções, facilitar a compreensão de informações médicas e de enfermagem permitindo uma melhor identificação das necessidades dos pacientes, das suas perceções e das suas expectativas (Cabral, 2017).

Irei refletir sobre uma situação que decorreu de uma interação entre mim, a enfermeira orientadora e um senhor a realizar tratamento adjuvante paliativo. O evento que irei descrever reporta-se a um momento disruptivo, ou seja, foi um episódio que me marcou, um momento de aprendizagem e que no futuro se poderá vir a repetir sendo que nessa altura já terei outras competências relacionais e comunicacionais que me permitam gerir as situações de uma forma mais serena e tranquila e que não me deixem apreensiva e desconfortável.

O Ciclo de Gibbs de 1988 tem 6 etapas que descrevo de forma a analisar a reflexão.

1. Reflexão

1.1. Descrição da situação:

No dia 20 de outubro de 2021, no período da manhã quando estava com a enfermeira orientadora chamámos uma pessoa para realizar tratamento de 1ª vez. Consultámos o processo da pessoa antes de a chamar. O Sr. A (nome fictício) vinha realizar tratamento de quimioterapia e de imunoterapia. O Sr. A, com 65 anos, tinha um diagnóstico de tumor da laringe avançado, tendo sido submetido a laringectomia total há cerca de 1 mês. Tinha realizado tratamento no Hospital de Dia há 3 anos devido a tumor da língua. Neste momento estava a passar por uma situação de recidiva com progressão da doença com metástases hepáticas. Tinha tido o diagnóstico confirmado recentemente na consulta médica.

Quando o Sr. A chegou para a realização do tratamento estava com um fâcies triste e com lágrimas no canto dos olhos. Vinha na companhia da filha que o tem acompanhado durante todo o percurso da doença. Foi feito o acolhimento do Sr. A no quarto individual. Foi explicado ao acompanhante que teria de aguardar na sala de espera, pois tendo em conta a situação pandémica de covid-19, não podíamos ter mais pessoas no interior do espaço.

O Sr. A começou a comunicar (por escrita, gestos e mimica labial) connosco enquanto íamos colhendo e validando os dados para documentar a avaliação inicial. Quando chegamos à parte de abordar a situação da doença atual o Sr. A começou a gesticular mais rápido e corriam-lhe as lágrimas pelo rosto, pelo que demos algum tempo em silêncio ao Sr. para se recompor. O Sr. A vive com a esposa. Ela tem sido o seu apoio ao longo de todo o processo. O Sr. A estava reformado desde que teve o tumor da língua. Voltar ao Hospital de dia era um retomar de emoções, de fragilidades, agora com a comunicação dificultada.

Após algum tempo de conversação e essencialmente de escuta ativa da minha parte e da enfermeira orientadora, o Sr. A escreveu num papel como tinha ficado agradecido pela forma que tinha sido tratado por toda a equipa, e que foram muito importantes quando estava um pouco mais triste durante a realização dos tratamentos há 3 anos atrás. O pouco tempo que lhe dedicavam era algo que o fazia ganhar força e coragem para mais um tratamento e para enfrentar a doença.

Um dos aspetos que neste momento incomodava o Sr. A era ter de realizar o tratamento na sala de cadeirões, sentia-se desconfortável, pois aquele espaço é uma sala ampla com várias pessoas a realizar tratamento em simultâneo e que não permite privacidade, nem lhe permite uma comunicação eficaz, bem como, sente desconforto pela alteração da imagem corporal. o Sr. A escreve mesmo “*as pessoas estão sempre a olhar para o meu pescoço*” (sic).

Uma das frases que o Sr. A escreveu no seu livro de comunicação foi “*A minha família não merece que desista! (...) A minha esposa tem sido incansável tem-me acompanhado em todos os tratamentos desde o começo desta doença há 4 anos atrás*” (sic).

Durante esta interação com o Sr. A, a comunicação foi feita com um tom de voz calmo, de uma forma assertiva e dando espaço ao Sr. A para explicar todo o processo de doença, abordar os seus medos e receios, bem como, as preocupações e inquietações. Por vezes foi deixado alguns momentos de silêncio durante a conversação, que permitiram ao Sr. A abordar as preocupações que tinha com a doença.

Após este momento, explicámos todo o procedimento que iria ser realizado, a terapêutica que iria ser administrada, os efeitos secundários mais prevalentes e cuidados a ter no domicílio. Eu e a enfermeira orientadora afastámo-nos um pouco e conservámos sobre a situação do Sr. A e sobre as estratégias de comunicação que tínhamos utilizados e o que poderíamos melhorar na nossa abordagem.

1.2. Sentimentos e Pensamentos:

Inicialmente quando comecei a conversar com o Sr. A junto com a enfermeira orientadora, pensei que não iria conseguir comunicar com Sr., pois vinha com fâcies triste e choroso, estava muito ansioso com toda a situação, com esta nova realidade de voltar a realizar os tratamentos. Eu própria fiquei um pouco incomodada com a situação, pois achava que não iria conseguir ter uma boa comunicação com o Sr. A, pois tinha receio de não conseguir reagir a toda a sua história de vida, e não conseguir comunicar com o Sr. A. Este começou por retirar do bolso do seu casaco um bloco de notas e uma caneta, e foi escrevendo a sua história. Ao longo deste momento apercebi-me que o Sr. A tinha tido uma boa preparação durante o internamento em termos de comunicação e de métodos alternativos à voz laríngea, neste caso a escrita.

Durante a conversa com o Sr. A fui deixando o meu desconforto de parte e foquei em escutar a pessoa que tinha à minha frente, de forma a posteriormente conseguir ajudá-lo a enfrentar este momento de maior fragilidade pelo qual estava a passar. O Sr. A foi interagindo e percebi que a escuta ativa era a melhor estratégia de comunicação que poderia ter nesta situação. Após a conversa inicial e realizado o início do tratamento, combinamos com o senhor que se ia pedir para o próximo tratamento ser realizado num dos quartos para que pudesse ter maior privacidade durante o tratamento, preservando a sua imagem corporal e a alteração da

comunicação. Eu fiquei com o sentimento de que pequenos gestos fazem a diferença na vida da pessoa que tenho à minha frente, um momento de escuta ativa fez toda a diferença na gestão da situação. No entanto, fiquei com a sensação de que as minhas estratégias de comunicação não tinham sido as mais eficazes face à situação.

1.3 Avaliação:

Em avaliação ao longo da interação que tive com o Sr. A fui-me apercebendo que necessitava aprofundar os meus conhecimentos em estratégias alternativas e aumentativas de comunicação, um aspeto que até ao momento não tinha valorizado muito, mas que me faz sentido valorizar, porque só assim consigo compreender a pessoa de uma forma holística e prestar cuidados centrados na pessoa, respondendo às necessidades da mesma. Um aspeto que mereceu a minha maior atenção prendeu-se com as estratégias utilizadas pela enfermeira especialista, nomeadamente a utilização de um bloco de notas para que o Sr. A pudesse comunicar connosco através da escrita, a interpretação dos gestos realizados pelo Sr. A. Este aspeto fez-me compreender que a comunicação com recurso a estratégias alternativas e aumentativas é necessária e devemos utilizá-la da melhor forma possível para compreender as necessidades da pessoa submetida a laringectomia total. A mimica labial foi um dos métodos de comunicação que tentamos utilizar, mas devido à barreira imposta pela utilização da máscara cirúrgica, não foi possível utilizar esta estratégia na sua plenitude, o que veio a manifestar-se como barreira à comunicação com o Sr. A., tendo-me feito pensar noutras alternativas e na minha necessidade em desenvolvê-las.

1.4 Análise:

Ao longo desta interação fui observando as minhas fragilidades em termos de comunicação perante esta situação complexa o que me levou a focar na minha necessidade de desenvolver e adaptar estratégias de comunicação focadas para a área de oncologia e principalmente em métodos de comunicação com a pessoa submetida a laringectomia total. Senti necessidade de realizar pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação clínica em saúde, principalmente no âmbito de

estratégias alternativas e aumentativas de comunicação e como estas me poderiam facilitar a minha comunicação com a pessoa submetida a laringectomia total.

1.5 Conclusão:

Em conclusão a situação descrita fez-me refletir sobre a minha prática de cuidados e sobre a forma como comunico com as pessoas e as suas famílias.

O aspeto que mereceu a minha maior atenção prendeu-se com a necessidade de compreender melhor a comunicação, a forma de utilização, as alternativas à mesma. Poderia ter explorado melhor os diferentes tipos de comunicação alternativa à comunicação laríngea, e colocá-los em prática com o Sr. A. Face à minha lacuna em termos de estratégias alternativas e aumentativas que podem ser utilizadas pela pessoa submetida a laringectomia total, deveria ter investido em mais conhecimentos nesta área do saber técnico-científico e relacional antes de iniciar o estágio, pois estaria mais preparada a gerir situações com esta complexidade.

1.6 Planear a ação:

No futuro se vier a estar perante uma nova situação desta complexidade já conseguirei utilizar outras formas de comunicação alternativas e aumentativas existentes. Ao estar perante esta situação complexa fez-me refletir, analisar e procurar outras formas de agir perante uma situação semelhante. A utilização de comunicação por gestos, mimica labial, escrita, ferramentas tecnológicas torna-se eficaz na comunicação entre a pessoa submetida a laringectomia total e a equipa de saúde. Face a esta situação é perentório o desenvolvimento de competências na área da comunicação, pois o enfermeiro também tem necessidade de gerir as suas próprias emoções, não deixando transparecer a sua vulnerabilidade perante a pessoa, pelo que é necessário perícia e treino de técnicas de comunicação, desenvolvimento de estratégias e protocolos de atuação, pois também necessitam de gerir as suas emoções (Ferreira & Alves, 2019).

Conclusão

Em conclusão a situação aqui reportada fez-me desenvolver competências técnicas na área da comunicação, destacando as alternativas à voz laríngea como: a escrita, a mimica labial, os gestos, a observação dos comportamentos. Esta situação foi um

alerta para as estratégias alternativas e aumentativas que a pessoa submetida a laringectomia total pode recorrer, sendo incentivada pelos profissionais a utilizá-la para melhor compreensão das suas necessidades.

Referências Bibliográficas:

Cabral, G. K. A., Araújo, M. Â. M., Leitão, B. F. B., Rodrigues, A. B., & Gomes, A. M. L. (2017). A comunicação em pacientes oncológicos submetidos à laringectomia total. *Revista da SBPH*, 20(2), 45-65. Acedido em 19/12/2022. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200004&lng=pt&tlng=pt.

Ferreira, M., & Alves, P. (2019). Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família, *Onco.News*, 38, 6-14. DOI:10.31877/on.2019.38.1.

Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. London: Further Education Unit.

Silveira, F. M., Wysocki, A. D., Mendez, R. D. R., Pena, S. B., Santos, E. M. D., Malaguti-Toffano, S., & Santos, M. A. D. (2021). Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos. Brasil: *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE00583. DOI: [10.37689/acta-ape/2021A000583](https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A000583).

**Apêndice VIII – Guião de entrevista à enfermeira orientadora de um
serviço de cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia e de
um Centro Oncológico**

Guião de entrevista à enfermeira orientadora de um serviço de internamento de cirurgia de cabeça e pescoço, otorrinolaringologia de um centro oncológico

Qual a população que recebe o serviço?

Como é feito o acesso ao serviço?

Qual é a missão do serviço?

Como é constituída a equipa de saúde? E a equipa de enfermagem? que formação têm? Quais as funções que exercem? Qual o método de trabalho da equipa de enfermagem?

Quais os procedimentos que têm para guiar a intervenção de enfermagem e os cuidados às pessoas submetidas a laringectomia Total?

Qual o modelo de enfermagem que adotam nos procedimentos de enfermagem, no levantamento de problemas e soluções? Para além de instrumento de colheita de dados usam escalas para avaliar o autocuidado a esta população?

Têm guias de orientação de boas práticas para os enfermeiros sobre os cuidados à pessoa submetida a LT??

Têm documentos de apoio ao processo educativos da pessoa submetida a LT?

Como é programada a alta pessoa para o domicílio ou unidades de cuidados continuados, paliativos?

Têm critérios definidos ao nível de autonomia para a pessoa ter alta?

Em termos de continuidade de cuidados após a alta hospitalar quais são os procedimentos?

Após a alta as famílias e cuidadores costumam contactar o serviço para esclarecimento de dúvidas, antes de irem à consulta de enfermagem?

Têm algum indicador de qualidade dos cuidados? Com que periodicidade são avaliados resultados?

Apêndice IX- Análise da informação obtida na entrevista à enfermeira orientadora do serviço de internamento de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia de um centro oncológico

Análise da informação obtida na entrevista à enfermeira orientadora do serviço de internamento de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia de um centro oncológico nacional

O serviço de internamento de cirurgia de cabeça e pescoço e ORL está inserido num Centro Oncológico de Referência. Recebe pessoas das regiões de Lisboa ao sul desta, mais as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

A missão do serviço vai ao encontro da missão da instituição que tem como foco prestar cuidados de saúde diferenciados e de qualidade ao nível da oncologia, no tempo preconizado, com eficiência e humanização, na intervenção ao nível da prevenção da doença oncológica levando à consolidação da missão da instituição.

A equipa de saúde do internamento é uma equipa multidisciplinar constituída por 41 enfermeiro, em que 1 enfermeiro assume competências de gestor, 2 enfermeiros realizam coordenação, 5 enfermeiros especialistas, 4 enfermeiros com funções de chefes de equipa e 29 enfermeiros generalistas. Existe um médico que assume funções de coordenação de enfermagem de ORL, 1 médico de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, 1 nutricionista, 1 assistente social, 1 psiquiatra, 1 psicóloga, 2 secretárias, a equipa dos assistentes operacionais, uma equipa de limpeza. Existe, ainda, 1 farmacêutica responsável pela área do internamento em causa, 1 terapeuta da fala que vem todas as semanas sinalizar os doentes que iram necessitar de acompanhamento após a alta. Existe 1 equipa de fisioterapia que sinaliza os doentes que necessitam de cuidados especializados devido às alterações provocadas pelas cirurgias e que levam à redução da mobilidade dos ombros e do pescoço e parte respiratória, sendo feita cinesioterapia respiratória pela equipa quando existe necessidade. As pessoas são encaminhadas para o serviço de Medicina Física e Reabilitação após terem terminado os tratamentos de radioterapia.

Este serviço funciona com duas tipologias de métodos de trabalho: por enfermeiro de referência e pelo método individual de trabalho. O enfermeiro de referência realiza funções de coordenador da equipa diariamente, realiza a admissão dos

novos doentes no serviço, gere situações complexas em articulação com a equipa médica, assistente social, psiquiatra e com os restantes enfermeiros do serviço; realiza visita a todos os doentes de ORL diariamente em conjunto com a médica do responsável pelo internamento e com a assistente social no sentido de perceber quais são as necessidades de cuidados de cada pessoa internada e quais as intervenções de enfermagem necessárias realizar face ao plano de educação estabelecido para que a pessoa possa ter alta; presta informações às famílias sobre o familiar internado; verifica da medicação estupefacientes e respetivo controlo. Este enfermeiro consulta o processo da pessoa a ser internada para obter a informação sobre o diagnóstico, as necessidades de autocuidado da pessoa, os seus antecedentes de saúde, a medicação que faz no domicílio, os exames que já realizou, se fez os exames pré-operatórios necessários (Rx, EGC, parâmetros analíticos e teste Covid-19) e consulta de anestesia, avalia a condição social e de apoio de retaguarda da pessoa, caso seja necessário é feita referência para a assistente social e percebe quem são as pessoas significativas. Apesar de todas as pessoas serem avaliadas pela assistente social do serviço antes de serem internadas, tal como, acontece com a nutrição, a pessoa tem consulta de nutrição antes do internamento. É feita avaliação da forma de comunicação da pessoa com os familiares e amigos. Posteriormente, quando é realizada a admissão da pessoa ao serviço são confirmadas as informações clínicas das pessoas, as necessidades de autocuidado, medicação que tomam no domicílio e se a tem com eles, se realizaram os exames pré-operatórios. Ainda, no momento da admissão é realizada uma breve explicação das normas de funcionamento do serviço, qual a enfermaria em que a pessoa vai ficar. É fornecido o contacto telefónico aos familiares, para estes obterem informações clínicas da pessoa enquanto estiver internada.

Em termos de preparação para alta os enfermeiros dos serviços realizam os ensinamentos aos dispositivos necessários o mais precocemente possível, tendo em conta a destreza motora, a física e as condições gerais a pessoa. Existem critérios pré-estabelecidos de forma informal para a pessoa ter alta, que são: ter apoio familiar, realização do autocuidado pelo próprio ou pela família (sendo realizada a avaliação das famílias no momento da admissão). Se for necessária alguma tipologia de apoio externo que a família não consiga realizar é feito encaminhamento para a assistente

social do serviço. É realizada avaliação das necessidades sociais, recursos disponíveis na comunidade e meios de suporte pela assistente social antes da pessoa ter alta.

Esta população após ter alta do internamento é acompanhada na consulta externa de ORL e na consulta de enfermagem da mesma especialidade. Fica com consulta de enfermagem marcada para uma semana depois do dia em que tem alta. Na 1ª consulta de enfermagem é feita a avaliação dos cuidados a ter com os dispositivos e como foi a adaptação ao domicílio durante a 1ª semana, esclarecidas dúvidas, adaptados os dispositivos se necessário, explicada a comparticipação dos mesmos e onde os podem adquirir e marcada consulta de enfermagem mediante as necessidades de autocuidado da pessoa, normalmente ficam com consulta marcada para 15 dias após esta consulta. Na altura da 2ª consulta de enfermagem são reavaliadas as necessidades de autocuidado nomeadamente ao nível dos cuidados com o traqueostoma, com a pele peri-traqueostoma, alimentação e com a comunicação sendo avaliada as necessidades de adaptação de estratégias de alteração da comunicação que a pessoa utiliza e dadas alternativas se for necessário.

As pessoas ficam sempre com ligação ao serviço de internamento, após a alta se surgirem dúvidas contactam o serviço pelo telefone ou presencialmente.

Em termos de instrumento de apoio o serviço tem um guia orientador da realização dos cuidados traqueais que é fornecido pela Liga Portuguesa Contra o Cancro e é utilizado como documento de apoio ao plano de educação pelos enfermeiros do serviço. Na instituição existem outros folhetos que podem ser utilizados como material de apoio à pessoa submetida a laringectomia total como o folheto sobre “cuidados com o traqueostoma”, “cuidados com alimentação por sonda nasogástrica ou por gastrostomia endoscópica percutânea (PEG)”, “exercícios de mobilização do ombro e mímica facial após intervenção cirúrgica à cabeça e pescoço.” Ainda, neste serviço são utilizadas ferramentas de avaliação do autocuidado à pessoa submetida a LT, elaboradas pelas enfermeiras especialistas e adaptadas de Queirós (2014).

Para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem são realizadas formações em serviços frequentemente, com base num plano de formação que é elaborado

pelos enfermeiros responsáveis pela formação em serviço a partir do levantamento das necessidades de formação dos enfermeiros. Devido aos atuais constrangimentos pandémicos, a formação em serviço é realizada tendo em conta as diretrizes nacionais da DGS incluindo distanciamento social e número de pessoas que podem assistir à formação.

**Apêndice X– Pedido de autorização e resposta para utilização de
imagens e vídeos como material audiovisual de demonstração**



12º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente enfermagem oncológica

Exma. Direção Atos Medical Portugal,

Assunto: Pedido de autorização para utilização de imagens como material audiovisual de demonstração

Eu, Ana Cristina da Silva Gomes, a frequentar o 12º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), venho por este meio solicitar autorização para utilizar duas imagens utilizadas por vós nos folhetos e guias de apoio como material audiovisual de demonstração, comprometendo-me a identificar o seu autor. Estes materiais serão utilizados em consulta de enfermagem no âmbito da realização do projeto de formação e intervenção com o tema: "Intervenções optimizadoras do autocuidado nas consultas externas de enfermagem à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total". O objetivo desta consulta, consulta de enfermagem é promover a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa com carcinoma da laringe submetida a laringectomia total, identificando as suas necessidades, sistematizando as intervenções educativas que otimizem o autocuidado.

As imagens seguem em anexo a este pedido.

Ao vosso dispor para qualquer esclarecimento

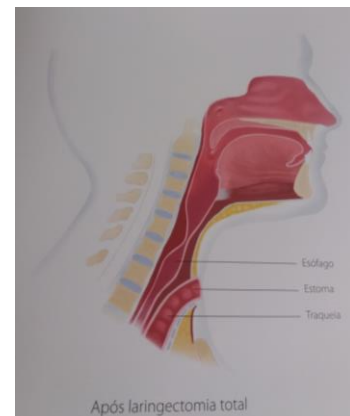
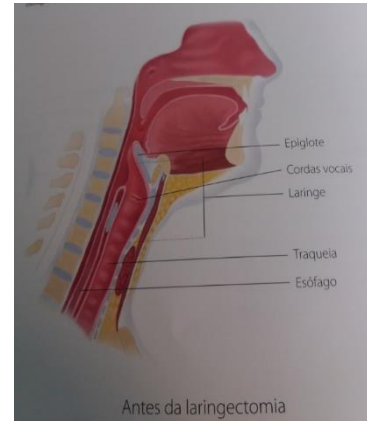
Ana Cristina Gomes,

Contacto: anacristinagomes@campus.esel.pt

Telefone: 912287040

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 15 de dezembro de 2021



12º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente enfermagem oncológica

Exma Direção Atos Medical Portugal,

Assunto: Pedido de autorização para utilização de imagens como material audiovisual de demonstração

Eu, Ana Cristina da Silva Gomes, a frequentar o 12º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), venho por este meio solicitar autorização para utilizar duas imagens utilizadas por vós nos folhetos e guias de apoio como material audiovisual de demonstração, comprometendo-me a identificar o seu autor. Estes materiais serão utilizados em consulta de enfermagem no âmbito da realização do projeto de formação e intervenção com o tema: "Intervenções optimizadoras do autocuidado nas consultas externas de enfermagem à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total". O objetivo desta consulta de enfermagem é promover a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa com carcinoma da laringe submetida a laringectomia total, identificando as suas necessidades, sistematizando as intervenções educativas que otimizem o autocuidado.

As imagens seguem em anexo a este pedido.

Ao vosso dispor para qualquer esclarecimento

Ana Cristina Gomes,

Contacto: anacristinagomes@campus.esel.pt

Telefone: 912287040

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 15 de dezembro de 2021

(espaço destinado ao deferimento da direção de Atos Medical Portugal)



12º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem
Médico-cirúrgica, vertente enfermagem oncológica

Exma. Direção da Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala,

Assunto: Pedido de autorização para utilização do vídeo "Laringectomia Total - parte II"

Eu, Ana Cristina da Silva Gomes, a frequentar o 12º Curso de Mestrado e Pós- Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), venho por este meio solicitar autorização para utilizar o vídeo elaborado por vós com o título "Laringectomia Total- parte II" como material audiovisual de demonstração a utilizar em consulta de enfermagem integrada do âmbito do meu projeto de formação e intervenção com o tema: "Intervenções optimizadoras do autocuidado nas consultas externas de enfermagem à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total". O objetivo desta consulta de enfermagem é promover a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa com carcinoma da laringe submetida a laringectomia total, identificando as suas necessidades, sistematizando as intervenções educativas que otimizem o autocuidado.

Ao vosso dispor para qualquer esclarecimento.

Ana Cristina Gomes,

Contacto: anacristinagomes@campus.esel.pt

Telefone: 912287040

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 15 de dezembro de 2021

(espaço destinado ao deferimento da direção de Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala)



Declaração

Lisboa, 16 de Dezembro de 2021

Assunto: pedido de utilização do vídeo "laringectomia total-parte II"

Exma. Sra. Enfermeira Ana Cristina Gomes

Antes de mais, gostaria de a felicitar pelo tema do projeto e pela iniciativa de colaboração institucional. Foi com muito agrado que recebemos o seu pedido de utilização do vídeo "laringectomia total - parte II" da autoria do Departamento de voz da Sociedade Portuguesa de Terapia, com o patrocínio da Atos Medical, e é também com muita satisfação que lhe comunicamos o **parecer favorável à sua utilização para os fins solicitados**.

Desejamos o maior sucesso para o seu projeto académico e esperamos que o vídeo seja um contributo importante na formação e informação dos destinatários e suas famílias/cuidadores.

Estamos ao dispor para o que necessitar

Com os melhores cumprimentos

Paula Correia

Presidente da SPTF

Assinado por: PAULA CRISTINA GRADE CORREIA
Num. de identificação: 08444081
Data: 2021.12.16 12:15:02+00'00'

**Apêndice XI– Protocolo Educacional da Consulta de Enfermagem
da pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total**

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

Protocolo de consulta

**Protocolo Educacional da Consulta de
Enfermagem da pessoa com cancro da laringe
submetida a laringectomia total**

Ana Cristina da Silva Gomes

**Lisboa
2022**

Siglas e abreviaturas

AC - Autocuidado

CL - Cancro da laringe

LT - Laringectomia total

ÍNDICE

1.FUNDAMENTAÇÃO

2.PROTOCOLO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM CANCRO DA LARINGE SUBMETIDA A LARINGECTOMIA TOTAL

2.1. Finalidade	6
2.2. Objetivo Geral	6
2.3. Objetivos específicos	6
2.4. Pessoas abrangidas	6
2.5. Responsáveis	7
2.6. Local e hora	7
2.7. Frequência	7
2.8. Recurso	8
2.9. Descrição das consultas	8
2.9.1. Consulta Pré-operatória	9
2.9.2. Consulta de internamento	10
2.9.3. Consulta subsequentes em ambulatório	10
2.9.4. Consulta de enfermagem de pré e seguimento de tratamentos de quimioterapia e imunoterapia	11
2.9.5. Consulta de enfermagem de pré e seguimento de tratamento de radioterapia	13

REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES ver apêndices

VI- Instrumento de colheita de dados das consultas

XII-Materiais audiovisuais para demonstração (Fotos pré-

operatório e pós-operatório)

**XIII-Materiais audiovisuais para demonstração (vídeo –
“Laringectomia Total - parte II”)**

**XVI -Folheto – “Como realizar os cuidados traqueais e à pele
peri-traqueostoma”**

1. FUNDAMENTAÇÃO

A enfermagem é parte integrante dos sistemas de saúde com funções essenciais ao nível da promoção da saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados de enfermagem às pessoas afetadas pelas doenças físicas e mentais em todas as fases da vida (Conselho Internacional de Enfermagem, 2002).

A intervenção de enfermagem ocorre em diversos contextos de saúde. Essa intervenção também ocorre sob a forma de consulta de enfermagem. Na consulta de enfermagem é feita a avaliação da pessoa e ajustado o plano de cuidados que permite atingir a autonomia na realização do seu autocuidado (Portaria nº 306-20, 2011), são transmitidas informações sobre as estratégias de promoção do autocuidado que visam a recuperação da autonomia, o acompanhamento e a avaliação das competências adquiridas (Neiva, Nogueira & Pereira, 2020).

A doença oncológica é um grave problema de saúde pública, com custos económicos e sociais pesados, sendo todas as dimensões da vida afetadas (Pimentel, 2003).

A taxa de incidência do cancro da laringe (CL) em Portugal em 2020 era 2,5 por cada 100.000 habitantes, estimando-se 529 novos casos de cancro de laringe, sendo 484 do género masculino e 45 do género feminino (Associação internacional de pesquisa sobre o cancro, 2020).

O tratamento do CL passa pela cirurgia laringectomia total (LT), radioterapia, quimioterapia e imunoterapia de forma isolada ou combinada (Direção Geral da Saúde, 2015). A LT é um procedimento cirúrgico temido pelas pessoas pelo carácter mutilante da cirurgia, exige adaptação à nova forma de respiração, comunicação, alimentação, bem como pelas dificuldades e riscos pós-operatórios associados ao procedimento (Martins, Silveira, Sousa & Vaz, 2020).

A pessoa submetida a LT tem necessidades e características específicas, decorrentes da cirurgia e dos tratamentos a que é submetida. Esta provoca profundas alterações fisiológicas, psicológicas, sociais nas pessoas e nas suas famílias, traduzindo-se na redução da qualidade de vida dos mesmos (Gomes,

Rugno, Rezende, Cardoso, & De Carlo, 2016; Souza, Santos, Bushatsky, Figueiredo, Melo & Santos, 2017; Spito & Cavaliere, 2019; Rossi, Fernandes, Ferreira, Bento, Pereira & Chone, 2014).

A enfermagem realiza o acompanhamento da pessoa com CL ao longo de toda a sua trajetória de doença, promovendo o seu autocuidado (AC) ao longo de todo o processo, de forma a minimizar o impacto da doença e dos tratamentos, fornecendo estratégias que promovam a autonomia no seu AC (Orem, 2001). Com a evidência encontrada na literatura (Direção Geral da Saúde, 2017, Neiva et. al., 2020 & Queirós, Pinto, Brito & Santos, 2021), e com a observação realizada durante os ensinamentos clínicos, associado a um pensamento crítico constante, constata-se a necessidade de realização de um programa de educação para a promoção do AC da pessoa com CL submetida a LT em diferentes momentos da trajetória (Direção Geral da Saúde, 2017). Este deve incidir nas necessidades que as pessoas apresentam, decorrentes das alterações provocadas pela cirurgia e por outros tratamentos, nomeadamente, gestão dos dispositivos de ostomia, prevenção e deteção de complicações, promoção da independência do AC e o regresso à vida familiar e social (Direção Geral da Saúde, 2017). Devido à complexidade que é exigida face a uma situação de CL, deve-se ter em consideração, entre outros aspetos, uma intervenção individualizada e a existência de uma equipa multidisciplinar que se articule entre si, proporcionando a melhoria da qualidade de vida (Chaves, Santos, Quintanilha & Barreira, 2019).

É fundamental, o acompanhamento desta população em consulta de enfermagem ao longo do seu processo de adaptação ao AC, permitindo melhorar a segurança da pessoa e os resultados de saúde da população-alvo (Queirós et. al., 2021).

Para a implementação da consulta de enfermagem foi elaborado um instrumento de colheita de dados que permite realizar a avaliação inicial da pessoa nos diferentes momentos: peri operatório, pós-operatório, tratamento de radioterapia, quimioterapia e de imunoterapia. Foram selecionados instrumentos de apoio audiovisual para demonstração (um vídeo sobre as tipologias de voz alternativas à voz laríngea e fotos sobre as alterações anatomofisiológicas decorrentes da cirurgia). Foi elaborado um folheto sobre “Como realizar os cuidados traqueais e à pele peri-

traqueostoma” para fornecer à pessoa nos primeiros dias de pós-operatório como complemento à informação oral transmitida à pessoa e família.

2.PROTOCOLO DA CONSULTA DE 2. ENFERMAGEM À PESSOA COM CANCRO DA LARINGE SUBMETIDA A LARINGECTOMIA TOTAL

2.1 Finalidade

Assegurar a continuidade de cuidados à pessoa submetida a LT e à sua família em diferentes momentos da sua trajetória: durante o peri-operatório, follow-up e outros tratamentos complementares (radioterapia, quimioterapia e imunoterapia).

2.2 Objetivo Geral

Promover a independência no AC da pessoa submetida a LT e sua família, proporcionando melhoria da qualidade de vida.

2.3 Objetivos específicos

- ✓ Apoiar a adaptação da pessoa com CL submetida a LT e da sua família, de forma a minimizar o impacto e aumentar a qualidade de vida;
- ✓ Ensinar os cuidados a ter de forma a promover a independência nos autocuidados (respiração, higiene e conforto, comunicar, comer e beber, mobilizar-se, dormir, intimidade), através da demonstração;
- ✓ Avaliar a capacidade de cuidar de si durante o processo de adaptação;
- ✓ Alertar para a possibilidade de surgir complicações;
- ✓ Manter a família ou pessoa significativa no processo de cuidados;
- ✓ Apresentar os materiais que se podem utilizar e onde os podem adquirir;
- ✓ Responder a dúvidas e expectativas.

2.4 Pessoas seleccionadas

Todas as pessoas com CL que estejam no período peri-operatório, sob tratamento de quimioterapia, imunoterapia e radioterapia.

2.5 Responsáveis

Serão destacados no funcionamento da consulta os membros da equipa de enfermagem da consulta de enfermagem de estomaterapia respiratória da consulta, designados para o efeito.

2.6 Local e hora

A consulta de Enfermagem realizar-se-á na Sala de Enfermagem ou na sala 139 do serviço de Otorrinolaringologia da consulta externa às segundas-feiras, quartas-feiras e quinta-feira no período entre as 14h e as 17h e às terças-feiras e sextas-feiras entre as 10h e as 12h, mediante agendamento prévio. Em situação de necessidade de cuidados de enfermagem, a pessoa submetida a LT ou os seus familiares podem recorrer à equipa de enfermagem de forma não programada ou podem recorrer a um contacto telefónico prévio para a consulta de enfermagem. Consoante a avaliação do enfermeiro, a pessoa pode ser acompanhada pelo telefone ou ser encaminhada para uma consulta de enfermagem programada ou se necessário encaminhar para consulta médica de Otorrinolaringologia ou de Oncologia.

2.7 Frequência

As consultas de enfermagem terão a seguinte periodicidade:

1ª Consulta – Consulta pré-operatória;

2ª Consulta – Consulta de internamento (entre o 4º e o 8º dia de pós-operatório);

3ª Consulta – Consulta 1ª semana após a alta hospitalar;

4ª Consulta – Consulta de seguimento (15 dias após a 1ª consulta após a alta);

5ª Consulta – Consulta de seguimento 3 meses;

6ª consulta – Consulta de seguimento 6 meses.

A reavaliação em consultas de seguimento tem uma periodicidade previsível até um ano após a cirurgia, e posteriormente serão reavaliados de seis em seis meses ou anualmente, consoante as necessidades de AC das pessoas, tal como, preconizado pela Direção Geral de Saúde (2017).

As consultas de enfermagem pré-tratamento e de seguimento de quimioterapia e imunoterapia devem ser realizadas com a seguinte periodicidade:

1ª consulta – Consulta pré-tratamento (1 semana antes de iniciar o tratamento);

2ª consulta – Consulta seguimento (1 mês).

A reavaliação em consulta de seguimento tem uma periodicidade previsível até um ano após o tratamento, no entanto, perante a avaliação das necessidades de autocuidado da pessoa poderá ter mais tempo de seguimento.

As consultas de enfermagem pré-tratamento e de seguimento de radioterapia devem ser realizadas com a seguinte periodicidade:

1ª consulta – Consulta pré-tratamento – (1 semana antes de iniciar o tratamento);

2ª consulta – consulta de seguimento – (meio do tratamento – 15 dias);

3ª Consulta – Consulta de seguimento – (final do tratamento).

2.8 Recursos

Os recursos materiais necessários para realização desta consulta são: gabinete com secretária ou sala de tratamentos, três cadeiras ou marquesa, computador, lavatório, espelho e armário para guardar os materiais de ostomia respiratória.

Recursos humanos: 1 enfermeiro + 1 enfermeiro para a substituição em férias ou ausências.

2.9 Descrição das consultas

A enfermagem é a profissão capacitada para realizar a educação para a saúde com o seu saber técnico-científico e constitui-se um líder da equipa de saúde que presta cuidados à pessoa.

Neste sentido apresenta-se a descrição das consultas de enfermagem e às intervenções de enfermagem preconizadas pela literatura e pelos timings definidos.

2.9.1 Consulta Pré-operatória

A consulta de enfermagem pré-operatória será marcada após a pessoa ter o diagnóstico médico e indicação para realização da cirurgia.

Deverá existir uma referenciação para a consulta de enfermagem pré-operatória por parte da equipa médica por e-mail ou contacto telefónico, de forma a garantir que a continuidade dos cuidados.

Esta consulta tem como **objetivo**: conhecer as necessidades de AC da pessoa com CL submetida a LT.

Nesta consulta é realizada a avaliação inicial, recorrendo para o efeito a um instrumento de colheita de dados elaborado com base nos critérios definidos pela literatura (Apêndice VI).

A intervenção de enfermagem no período pré-operatório tem como objetivo:

- ✓ Acolher a pessoa e família na consulta, estabelecendo uma relação terapêutica (Queirós et. al., 2021);

- ✓ Realizar a avaliação inicial da pessoa, recorrendo ao instrumento de colheita de dados (recolhendo dados sociodemográficos, antecedentes de saúde, estado de saúde, capacidade para realizar novos cuidados) (Queirós et. al., 2021, Neiva et. al., 2020);
- ✓ Encaminhar a pessoa e família para a consulta de nutrição ou cessação tabágica, em caso de necessidade (Spito, 2019);
- ✓ Preparar a pessoa a nível psicológico para a realização da cirurgia (Neiva et. al., 2020);
- ✓ Ensinar sobre os procedimentos **pré-operatórios**, com objetivo de diminuir as complicações e tempo de recuperação pós-operatória (Queirós et. al., 2021)
- ✓ Fornecer informações sobre o ato cirúrgico (cirurgia e alterações anatomofisiológicas, benefícios da cirurgia, alterações da imagem, comunicação, complicações da cirurgia) e percurso no pós-operatório (drenos, traqueostoma e as suas características, sonda nasogástrica e cânula, benefícios e participações) (DGS, 2017, Queirós et. al., 2021);
- ✓ Demonstrar materiais, respeitando os limites da pessoa (Neiva et. al., 2020);
- ✓ Apresentar vídeo com as alternativas à voz laríngea (apêndice XII) (Neiva et. al., 2020);
- ✓ Fornecer cuidados de suporte (locais onde a pessoa possa recorrer se tiver dúvidas, complicações) (Santos, 2012);
- ✓ Alertar para suporte emocional na comunidade (grupos de apoio de pessoas submetidas a LT) (Santo, 2011);
- ✓ Fornecer contacto telefónico da consulta de enfermagem de estomaterapia (Neiva et. al., 2020).

Esta intervenção permite à pessoa ter acesso às informações, adquirir conhecimentos importantes sobre a cirurgia e suas consequências, facilitando a adaptação da pessoa à nova condição, preparação e recuperação da cirurgia (Snobe, Hayashida, Mendes & Zago, 2001).

2.9.2 Consulta de internamento

A consulta de internamento será realizada entre o 4º e o 8º dia de pós-operatório. Esta consulta tanto pode ser realizada em contexto de internamento, como em contexto de consulta externa, caso o doente seja observado no ambulatório. Esta deverá ocorrer após referência pela equipa médica de otorrinolaringologia, pela equipa de enfermagem do internamento ou mediante agendamento prévio da equipa de enfermagem da consulta.

Esta consulta tem como **objetivo**: avaliar as necessidades de AC da pessoa submetida a LT durante o internamento.

Nesta consulta a intervenção de enfermagem passa por:

- ✓ Avaliar a pessoa ao nível das necessidades de AC: respiração, alimentação, cuidados de higiene oral e corporal, sono e repouso, mobilização (Queirós et. al., 2021, Neiva et. al., 2020)
- ✓ Avaliar a sua motivação para aprender, para realizar os cuidados, expectativas, significado que atribui à traqueostomia, alteração na imagem corporal (Queirós et. al., 2021);
- ✓ Entrega do folheto sobre “Como cuidar do seu traqueostoma” (Apêndice XIV).

2.9.3 Consulta subsequentes em ambulatório

As consultas de enfermagem subsequentes devem ser marcadas pela equipa de enfermagem, tendo em consideração os tempos preconizados pela Direção Geral de Saúde (2017) e consoante a avaliação das necessidades de autocuidado da pessoa submetida a LT.

O **objetivo** destas consultas passar por: assegurar acompanhamento ao longo do processo de recuperação do AC da pessoa submetida a LT, identificando as necessidades de AC, avaliando e planeando intervenções de enfermagem em conjunto com a pessoa e família com o intuito de promover a melhoria da qualidade de vida.

Nesta consulta, a intervenção de enfermagem passa por:

- ✓ Acolher a pessoa e família ou cuidador na consulta de enfermagem (em caso de consulta de 1ª vez) (Queirós et. al., 2021);
- ✓ Avaliar as necessidades de autocuidado da pessoa submetida a LT (Queirós et. al., 2021);
- ✓ Avaliar estado nutricional (Everrit, 2016b);
- ✓ Perceber as dificuldades da pessoa no domicílio (Queirós et. al., 2021);
- ✓ Validar os ensinamentos sobre os cuidados traqueais e à pele peritraqueostoma (DGS, 2017);
- ✓ Treinar com a pessoa os cuidados traqueais (remoção e recolocação da fita de fixação, filtro, cânulas) (DGS, 2017, Queirós et. al., 2021, Neiva et. al., 2020);
- ✓ Validar cuidados de manutenção da cânula e dos restantes dispositivos (DGS, 2017);
- ✓ Orientar sobre dispositivos adequados perante a situação atual (DGS, 2017);
- ✓ Ensinar sobre a prótese fonatória (finalidade, cuidados de manutenção, utilização) (DGS, 2017, Queirós et. al., 2021);
- ✓ Fornecer os códigos dos dispositivos utilizados (DGS, 2017);
- ✓ Dar apoio e suporte emocional (Queirós et. al., 2021);
- ✓ Encaminhar para outras especialidades de necessário (Brook, 2013);
- ✓ Marcar a próxima consulta de reavaliação (DGS, 2017).

2.9.4 Consulta de enfermagem de pré e seguimento de tratamentos de quimioterapia e imunoterapia

A consulta de enfermagem pré-tratamento será marcada após a pessoa ter o diagnóstico médico e indicação para realização de tratamento de quimioterapia e imunoterapia.

Deverá existir uma referenciação para a consulta de enfermagem pré-tratamento por parte da equipa médica por e-mail ou contacto telefónico, de forma a garantir que a continuidade dos cuidados. A consulta de enfermagem pré-tratamento deverá ser realizada na semana antes da pessoa iniciar o tratamento.

O **objetivo** destas consultas passa por: conhecer as necessidades de autocuidado da pessoa com CL submetida a LT, recorrendo para o efeito a um instrumento de colheita de dados para a área específica do tratamento de quimioterapia e imunoterapia, elaborado com base nos critérios definidos pela literatura (apêndice VI).

Nesta consulta de enfermagem a intervenção passa por:

- Acolher a pessoa e família ou cuidador na consulta de enfermagem (em caso de consulta de 1ª vez) (Queirós et. al.2021);
- Explicar a finalidade da consulta (Neiva et. al., 2020);
- Avaliar os parâmetros vitais, dados antropométricos, contexto social e familiar (Neiva et. al., 2020);
- Apresentar o plano educacional a desenvolver ao longo do tempo com a pessoa / família, e a forma como vai decorrer (Neiva et. al., 2020);
- Avaliar os conhecimentos da pessoa e família ou cuidador sobre os tratamentos a realizar (Queirós et. a., 2021);
- Avaliar as necessidades de autocuidado da pessoa e família (Queirós et. al., 2014);
- Avaliar risco nutricional (Everitt, 2016b);
- Avaliar tegumentos e cavidade oral (José, 2017);
- Atender a parâmetros analíticos (Neiva et. al., 2020);
- Ensinar sobre os procedimentos e circuito da pessoa na realização dos tratamentos (Wiley, 2017);
- Ensinar sobre onde vai realizar o tratamento (Wiley, 2017);

- Ensinar sobre o tratamento e sua finalidade (Wiley, 2017);
- Instruir sobre a toma de pré-medicação e sua importância (Wiley, 2017);
- Informar sobre a duração, periodicidade e número de ciclos do tratamento (Martins, 2020);
- Ensinar sobre efeitos secundários dos tratamentos (Wiley, 2017);
- Ensinar sobre medidas que minimizem os efeitos secundários (Wiley, 2017);
- Ensinar sobre onde recorrer se aparecerem efeitos secundários (Wiley, 2017);
- Incentivar a expressão de medos, sentimentos, angústias (Neiva, 2020);
- Avaliar se compreenderam a informação transmitida (Queirós et. al., 2021);
- Dar suporte e apoio psicológico (Everrit, 2016a);
- Encaminhar e orientar para outras consultas, quando necessário (fisioterapia, psicologia, psiquiatria, nutrição, serviço social, terapia da fala, otorrinolaringologia, oncologia médica, urologia) (Brook, 2013);
- Marcar consulta de seguimento, de acordo com o plano, ou em SOS se necessário (DGS, 2017).

2.9.5 Consulta de enfermagem de pré e seguimento de tratamento de radioterapia

A consulta de enfermagem de pré-tratamento de radioterapia deverá ser marcada após a pessoa ter o diagnóstico médico e indicação para realização de radioterapia.

Deverá existir uma referenciação para a consulta de enfermagem de pré-radioterapia por parte da equipa médica por e-mail ou contacto telefónico. Esta consulta deverá ser realizada na semana antes da pessoa iniciar a radioterapia.

A primeira consulta de seguimento de tratamento de radioterapia deve ser realizada quando a pessoa estiver a meio do tratamento (normalmente 15 dias após o início) e posteriormente no final do tratamento.

O **objetivo** destas consultas passa por: conhecer as necessidades de autocuidado da pessoa com CL submetida a LT, recorrendo para o efeito a um instrumento de colheita de dados para a área específica do tratamento de radioterapia realizado com base nos critérios definidos pela literatura (Apêndice VI).

Nestas consultas a intervenção de enfermagem passa por:

- Acolher a pessoa e família ou cuidador na consulta de enfermagem (em caso de consulta de 1ª vez) (Queirós et. al., 2021);
- Explicar a finalidade da consulta (Souza et. al., 2017);
- Avaliar estado nutricional (pode haver necessidade de articulação com a consulta de nutrição e necessidade de incentivar a suplementação com suplementos adequados para a doença oncológica) (Amorim, et. al., 2022);
- Incentivar o consumo de alimentos ricos em proteínas (se não houver contraindicações) (Amorim, et. al., 2022);
- Incentivar a ingestão de água 2l ao longo do dia (se não houver contraindicações) (Amorim, et. al., 2022);
- Avaliar os conhecimentos da pessoa e família ou cuidador sobre o tratamento a realizar (Amorim, et. al., 2022);
- Avaliar as necessidades de autocuidado;
- Avaliar os tegumentos e cavidade ora (Sousa et. al., 2017);
- Ensinar sobre os procedimentos na radioterapia (máscara) (Sousa et. al., 2020);
- Ensinar sobre onde se vai realizar o tratamento (Martins et. al., 2020);
- Ensinar sobre o tratamento e sua finalidade (Souza, et. al., 2017);
- Ensinar sobre os cuidados a ter com os tegumentos principalmente junto ao traqueostoma, pescoço, face (cremes indicados trolamina e proteção solar) (Amorim et. al., 2022);

- Ensinar sobre os cuidados a ter com a cavidade oral (bochechos com os fármacos indicados; limpeza e lavagem da boa com escova macia e produtos sem álcool) (Santos et. al., 2017);
- Ensinar sobre a duração do tratamento (Souza et. al., 2017);
- Instruir sobre os principais efeitos secundários (xerostomia, radiodermite, mucosite, disfagia) (Amorim, et. al., 2022);
- Ensinar sobre cuidados a ter para minimizar efeitos secundários e onde recorrer em caso de necessidade (Amorim, et. al., 2022);
- Incentivar a expressar os medos, angustias e dúvidas que possam existir (Spito et. al., 2019);
- Avaliar se a pessoa compreendeu a informação transmitida (Queirós et. al., 2021);
- Marcar consulta seguinte consoante a necessidade de autocuidado da pessoa submetida a LT (DGS, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M.I.C. (2012). Consulta de Enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.News*, 21, 27-31. Acedido em: 19/4/2021. Disponível em: <https://www.aeop.pt/ficheiros/47ed8e3a4d1c5b2e0f873084de9ebf9c.pdf>
- Cabral, A., Albuquerque, E. (2015). *Psico-oncologia temas fundamentais*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda., Lisboa.
- Conselho internacional de Enfermagem (2022). Prioridades estratégicas. Definiciones | ICN - International Council of Nurses. Acesso a 17/1/2022 Disponível em: ICN strategic priorities | ICN - International Council of Nurses
- Coutinho, L. (2012). *Acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada em ambulatório*. Tese de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2015). Norma 016/2015. *Tratamento dos Tumores Malignos da Laringe e da Hipofaringe*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 19/4/2021. Disponível em: [norma-n-0162015-de-21082015-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#) Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 011/2016: Indicações clínicas e intervenção nas ostomias respiratórias em idade pediátrica e no adulto*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 19/4/2021. Disponível em: [Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- Frade, A., Abreu, S., & Ferreira, O. (2019). Otimizar a comunicação da pessoa com cancro da laringe, submetida a laringectomia total – intervenções de enfermagem no período peri-operatório: scoping review, *Pensar Enfermagem*, 23(2). 43-56. Acedido a 10/05/2022. Disponível em: <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/162/164>
- Gomes, C.A., Rugno, F.C., Rezende, G., Cardoso, R.C., & De Carlo, M.M.R.P. (2016). Tecnologia de comunicação alternativa para pessoas

- laringectomizadas por câncer de cabeça e pescoço. *Medicina (Ribeirão Preto Online)*, 49(5), 463-474. DOI:10.11606/issn.2176-7262.v49i5p463-474
- Martins, S., Silveira, H., Sousa, M., Santos, M., & Vaz, R. (2020). Complicações pós-laringectomia total. Fatores de risco e abordagem do doente no peri-operatório. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia E Cirurgia de Cabeça E Pescoço*, 58(4), 173-179. DOI:10.34631/sporl.819
- Neiva, R., Nogueira, M., & Pereira, A. (2020). Consulta pré-operatória de enfermagem e o autocuidado do paciente oncológico com estomia respiratória, São Paulo. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal*, 18, 1-8. DOI:10.30886/estima.v18.914_IN
- Orem, D. (2001) *Nursing Concepts of practice* (6ªed.) Mosby: St. Louis.
- Pimentel, F. (2003). *Qualidade de vida do doente oncológico*. Dissertação de tese de Doutoramento. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Portaria nº 306-A/2011, de 20 de dezembro (2011). Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respectivas regras de apuramento e cobrança. Assembleia da República. Diário da República I Série (1º Supl.), nº 242. (5348-(2) - 5348(4)
- Queirós, M., Pinto, I., Brito, C., & Santos, C. (2021). Nursing interventions for the promotion of tracheostomy self-care: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(21-22), 3055-3071. DOI:10.1111/jocn.15823
- Rossi, V., Fernandes, F., Ferreira, M., Bento, L., Pereira, P., & Chone, C., (2014). Larynx cancer: quality of life and voice after treatment. *Braz J Otorhinolaryngol*, 80(5), 403-408. DOI:[10.1016/j.bjorl.2014.07.005](https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.07.005)
- Sonobe, H. M., Hayashida, M., Mendes, I. A. C., & Zago, M. M. F. (2001). O método do arco no ensino pré-operatório de pacientes laringectomizados. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(4), 425-433. DOI:[10.32635/2176-9745.RBC.2001v47n4.2291](https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2001v47n4.2291)

- Souza, N., Santos, I., Bushatsky, M., Figueiredo, E., Melo, J., Santos, C., (2017). *Nurses role in radiation therapy services. Revista Enfermagem UERJ*, 25, e26130. DOI:10.12957/reuerj.2017.26130
- Spito, A., Cavaliere, B. (2019). A Therapeutic Education Program for patients that underwent at temporary tracheotomy and total laryngectomy: leading to improved the “Diagnostic, Therapeutic and Assistance Path”. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 90 (11-S), 38-52. DOI:10.23750/abm.v90i11-S.8849
- Teixeira, T. (2015). *Pessoa idosa com ostomia de respiração*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Teruya, N., Sunagawa, Y., Toyosato, T., & Yokota, T. (2018). Association between daily life difficulties and acceptance of disability in cancer survivors after total laryngectomy: a cross-sectional survey. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 6(2),170-176. DOI: [10.4103/apjon.apjon_50_18](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_50_18)

**Apêndice XII– Folheto “Como realizar os cuidados traqueais e à
pele peri-traqueostoma”**

Utilize o filtro durante as 24h, para melhorar a humidificação, aquecimento e filtragem do ar inspirado? O filtro deve ser trocado a cada 24h.^{1,3}

Evite espaços muito quentes ou frios para evitar que o ar seco reduza a capacidade de mobilizar as secreções desidratadas, as secreções mucosas e as secreções, que pode levar à obstrução da traqueia²



Gomes, 2022

PLACE
STAMP
HERE

Referências Bibliográficas

¹ Direção Geral de Saúde (2017). Norma 011/2016 Indicações clínicas e intervenção nas ostomias respiratórias em idade pediátrica e no adulto Lisboa Ministério da Saúde

² Santos, I. Seíça, A. (2012). A pessoa submetida a ostomia respiratória: I. Morais et al. Estomaterapia O saber e o cuidar Lisboa Lidel

³ Santos, J. (2011). Optimização das ostomias de ventilação Guia para profissionais de saúde que cuidam de pessoas portadoras de traqueostomia Porto Universidade Fernando Pessoa



ESEL - Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa

Estudante : Ana Cristina da Silva

Gomes, nº 10530

Mestranda em Enfermagem Médico -

Cirúrgica na área de oncologia

Como realizar os cuidados traqueais e à pele peri-traqueostoma

Cuidar de si é
essencial

Foi submetido a laringectomia total e ficou com um traqueostoma (abertura definitiva na traqueia)¹

Os cuidados de higiene traqueais são fundamentais?



(Gomes, 2022)



(Gomes, 2022)

As cânulas e o traqueostoma precisam dos seus cuidados, **que devem ser realizados pelo menos 2 vezes por dia (manhã e noite).**^{1,2,3}

Cuidados traqueais passo a passo:

Lavar as mãos e reunir o material^{1,2,3}

- Fita de fixação
- Compressas/lenço de homem;
- Água corrente/soro fisiológico
- Penso traqueal
- Escovilhão e taça
- Filtro
- Soro fisiológico



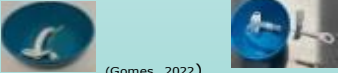
(Gomes, 2022)

Antes de retirar a cânula tente tossir de forma a retirar as secreções que possam estar acumuladas na traqueia, inclinando-se para a frente. Colocar uma compressa à frente do traqueostoma.^{1,2,3}

Abrir a fita de fixação¹

Pode retirar as duas cânulas de um só vez, ou optar por retirar uma de cada vez.³

Coloque as cânulas na taça com água da torneira (morna) ou soro fisiológico.



(Gomes, 2022)

Passar o escovilhão pelas 2 cânulas.² Limpar com lenço de homem ou compressa no final.^{2,3}

Observe a pele peri-traqueostoma (verifique se existe alteração da cor ou feridas).^{1,2,3}
Limpe a pele com compressa húmida com água para remover as secreções e crostas agarradas.^{1,3}
Colocar creme sem perfume e sem álcool em redor do traqueostoma.³



(Gomes, 2022)

Coloque o penso traqueal na parte inferior da cânula externa e fixe-o com uma tira de adesivo.³

Pode colocar as duas cânulas de um só vez ou colocar em separado.^{1,3}



(Gomes, 2022)

Levante ligeiramente o pescoço e introduza as cânulas no traqueostoma.
Se optar por colocar 1ª a cânula externa e de seguida a interna, também o pode fazer.^{1,2,3}
Fixe a cânula externa com a fita de velcro adaptada à medida do seu pescoço, deve passar um dedo entre a fita e o pescoço sem apertar demasiado.³

³(Santos, 2011)



Coloque o filtro, lenço na cânula para melhorar a humedificação e filtração do ar que passa pela traqueia^{1,2,3}
e



Lave as mãos^(Gomes, 2022)



(Gomes, 2022)

Apêndice XIII– Questionário para avaliação das necessidades de formação da equipa de enfermagem das consultas externas



12º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica

Questionário para avaliação das necessidades de formação da equipa de enfermagem das consultas externas

O presente questionário insere-se no projeto de formação e intervenção no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que se intitula “intervenções optimizadoras do autocuidado nas consultas externas de enfermagem à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total”.

É importante conhecer as necessidades de formação da equipa de enfermagem da consulta externa sobre as intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa submetida a laringectomia total.

O preenchimento deste questionário demora aproximadamente 3 minutos.

É fundamental que responda a todas as questões.

Os dados serão publicados no relatório final de curso do mestrado referido pelo que peço o seu consentimento para esse efeito assinando a sua resposta: Sim____
Não_____

O tratamento e divulgação dos dados são anónimos.

Grata pela atenção,

Ana Cristina Gomes

Dados profissionais dos enfermeiros:

1) Género:

a) Feminino: _____

b) Masculino: _____

2) Grau académico:

a) Bacharel: _____

b) Licenciatura: _____

c) Pós-graduação: _____

d) Mestrado: _____

e) Doutoramento: _____

3) Categoria Profissional:

a) Enfermeiro: _____

b) Enfermeiro Especialista: _____

c) Enfermeiro gestor: _____

4) Tempo do exercício profissional (em anos):

a) No total: _____

b) No atual serviço: _____

5) Frequenta as formações em serviço?

a) Sim: _____

b) Não: _____

6) Sente necessidade de aumentar o seu conhecimento sobre a intervenção de enfermagem à pessoa submetida a laringectomia total?

a) Sim: _____

b) Não: _____

7) Tem sugestões de temas que gostaria de ver abordadas no âmbito da prestação de cuidados à pessoa submetida a laringectomia total?

a) Não: _____

b) Sim: _____

c) Quais:

**Apêndice XIV – Plano de sessão da ação de formação à equipa de
enfermagem das consultas externas**

Tema: Intervenções de enfermagem optimizadoras do autocuidado à pessoa submetida a LT			
Carga Horária: 30min	Nº de sessões: 2	Sessão nº: N/A	
Data: 25/2/2022	Formador: Ana Cristina Gomes	Destinatários: Enfermeiros da consulta externa	
<p>Objetivo Geral: Que os enfermeiros da Consulta externa do HBA consigam identificar intervenções de enfermagem optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total</p> <p>Objetivos específicos: Compreender os conceitos no âmbito da pessoa submetida a laringectomia total; identificar as intervenções de enfermagem optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total</p>			
<i>Conteúdos Programáticos</i>	<i>Estratégias/ Métodos Pedagógicos</i>	<i>Tempo</i>	<i>Avaliação</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Definição de conceitos: Laringectomia total Traqueostomia Esvaziamento ganglionar cervical I - Indicações para a realização da laringectomia total: Principais défices de autocuidado da pessoa submetida a laringectomia total - Intervenções de enfermagem optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total 	Explicativa	2 min	Teste de escolha múltipla no final da sessão

**Apêndice XIX- Slides da acção de formação equipa de
enfermagem da consulta externa**

12º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica - Opção de Enfermagem Oncológica

Área de Especialização em Enfermagem Médico - cirúrgica - Ramo de Enfermagem Oncológica

Ana Cristina Gomes- 10530

Professora orientadora Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa
Professora co-orientadora Professora Ana Inês Frade
Enfª Orientadora Vanessa Pinto

Fevereiro de 2022

Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total

1

Objetivos da apresentação

- Compreender os conceitos no âmbito da pessoa submetida a laringectomia total
- Conhecer as indicações para a realização da laringectomia total
- Identificar as intervenções de enfermagem optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total

Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

2

Conceitos chave em Estomatologia Respiratória

Traqueotomia - incisão cirúrgica - abertura temporária das vias aéreas a nível da traqueia - 2º ou 3º anel traqueal, abaixo da cartilagem cricoide

Traqueostomia - orifício artificial criado cirurgicamente (sutura do orifício à pele)

Laringectomia total - Exérese completa da laringe. A traqueia é suturada à pele da região inferior do pescoço, originando o traqueostoma definitivo.

Esvaziamento ganglionar cervical - consiste na remoção de gânglios e vasos linfáticos que compõe as principais vias de drenagem da cabeça e do pescoço

(DGS, 2017; Teixeira, 2017)

Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

3

Indicações para a realização de laringectomia total

Tumores da laringe:

Tumores T3 (N0N1) em doentes sem comorbilidades impeditivas ou por opção da pessoa

Progressão da doença apesar de radio quimioterapia

T3 N2-3 laringectomia total ou radioterapia

T4a, qualquer N - laringectomia total ou radioterapia+ radio quimioterapia

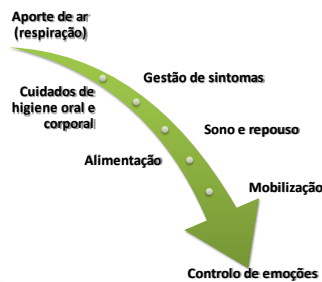
Progressão da doença apesar de radio quimioterapia

DGS, 2015

Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

4

Principais défices de autocuidado da pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total



Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

5

Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total



DGS, 2017

Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

6

Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total



Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total



Pré-operatório

- Ensinar e educar sobre:
 - ✓ Ato cirúrgico;
 - ✓ Percurso após a cirurgia

Demonstrar o material

Cuidados de apoio /suporte

(Queirós, 2021; Teixeira, 2015) 8

Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total



Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total



Pós-operatório

- Avaliar
- Ensinar
- Demonstrar
- Treinar habilidades
- Orientar sobre a gestão da saúde
- Manter a saúde

(Coutinho, 2012; Frade, 2017; Frade, 2019; Neiva, 2020; Queirós, 2021; Sapito, 2019; Teixeira, 2015)

Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total



Pós-operatório

- Avaliar
- ✓ Motivação para aprender
- ✓ Motivação para realizar os cuidados
- ✓ As necessidades de cuidados
- ✓ As expectativas
- ✓ Significado que atribui à traqueostomia



Gomes, 2022

(Coutinho, 2012; Neiva, 2020; Queirós, 2021; Sapito, 2019; Teixeira, 2015) 12
Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

Intervenções de Enfermagem

Pós-operatório

- Ensinar
- ✓ Demonstrar os materiais necessários aos cuidados traqueais e com a alimentação:
- ✓ Material de ostomia;
- ✓ Produtos de limpeza e manutenção;
- ✓ Produtos acessórios
- ✓ Manutenção do cuff;
- ✓ Ensinar sobre alimentação pela SNG (objetivo da colocação da SNG);
- ✓ Administrar alimentação após teste de deglutição. Poderá retomar a alimentação por via oral



Gomes, 2022



Gomes, 2022

(Coutinho, 2012; Neiva, 2020; Queirós, 2021; Sapito, 2019; Teixeira, 2015) 13
Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total

Pós-operatório - Ensinar



Gomes, 2022

• Observação do traqueostoma

• **Demonstrar o procedimento de limpeza do traqueostoma e da cânula** (utilização e sequência dos materiais e produtos; toilette brônquica; limpeza e troca da cânula e outros dispositivos (soro fisiológico e compressas, penso traqueal, filtros, cânula, nastro, água, sabonete de ph neutro, escovilhão de limpeza das cânulas, escovilhão de prótese e uma taça); desobstrução das vias aéreas; eficácia da tosse; limpeza e proteção das suturas; remoção de pontos; como substituir penso traqueais, fixadores e filtros)

(Coutinho, 2012; Nelva, 2020; Queirós, 2021; Sapito, 2019, Teixeira, 2015)

Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

14

Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total

Pós-operatório - Ensinar



Gomes, 2022

- **Cuidados com a prótese fonatória** (prótese fonatória; finalidade; como observa a prótese; como limpa a prótese (introduzir o escovilhão no orifício e rodar com movimentos circulares); como verifica o posicionamento da prótese; complicações que podem existir com a prótese; onde recorre quando existem complicações com a prótese).

(DGS, 2017; Nelva, 2020; Queirós, 2021, Teixeira, 2015)

Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

15

Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total

Pós-Operatório – Ensinar

- **Estratégias e recurso de comunicação** (estratégias alternativas de comunicação (escrita, mimica labial, métodos tecnológicos); estratégias alternativas de comunicação através de dispositivos (prótese fonatória (válvula de fala), laringe eletrónica); recursos que otimizem a sua comunicação e promovam a sua adaptação; incentivar a pessoa a comunicar com recursos a estratégias alternativas de comunicação).

(DGS, 2017; Eventt, 2016a, Eventt, 2016b; Frade, 2017; Frade, 2019)
Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

16

Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total

Pós-Operatório – Ensinar



Gomes, 2022

- **Orientar sobre a gestão da saúde** (mudanças complexas; gestão da permeabilidade das vias aérea e das complicações da cirurgia; da dispneia; das alterações da imagem corporal; das alterações do olfato e do paladar; alteração da movimentação do ombro; estabelecer planeamento dos cuidados personalizados).

(Coutinho, 2012; Nelva, 2020; Queirós, 2021; Sapito, 2019, Teixeira, 2015)

Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

17

Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total

Pós-Operatório - Ensinar

- **Manter o estado de saúde** (administrar terapêutica; escuta ativa; fazer esforços para compreender a fala da pessoa; dar espaço ao doente para expressar os seus sentimentos, medos, tristezas e culpa; identificar estratégias alternativas à comunicação verbal no pós- imediato (escrita, mimica labial, gestos, alternativas vocais após LT); validar os ensinamentos sobre a comunicação no pós-operatório).

(Coutinho, 2012; Nelva, 2020; Queirós, 2021; Sapito, 2019, Teixeira, 2015)

Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

18

Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total



Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

DGS, 2017

19

Intervenções otimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total

Pós-alta



Avaliar as necessidades de cuidados da pessoa

Referenciação (terapia da fala; consulta de deglutição; apoio ambulatorio de enfermagem; nutrição; programa de treino local; medicina física e reabilitação);

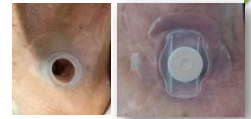
Gestão da saúde (complicações; hábitos de eliminação; dieta que reabilita a função intestinal; alterações funcionais; alterações psicossociais; comunicação alternativa; capacidades de *coping*; estabelecer prioridades de cuidados; humedificação do ar).

(Coutinho, 2012; Neiva, 2020; Queirós, 2021; Sapito, 2019, Teixeira, 2015)

Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

Intervenções otimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total

Pós-alta



Gomes, 2022

Cuidados de apoio

Orientar (garantir a continuidade de cuidados; agendamento da consulta seguinte; apoio regular de enfermagem no domicílio e ambulatorio; adesão aos tratamentos e consultas seguintes)



Gomes, 2022

(Coutinho, 2012; Neiva, 2020; Queirós, 2021; Sapito, 2019, Teixeira, 2015)

Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

21

Referências Bibliográficas

- Bozec, A., Schultz, P., Gal, J., Chamorey E., Chateau, Y., Dassonville O. & Fakhry N. (2016). Evaluation of the information given to patients undergoing head and neck cancer surgery using the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: A prospective multicentric study *European Journal of Cancer*, 67, 73-82
- Cady, J. (2002). Laryngectomy beyond loss of voice—caring for the patient as a whole. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 6(6);
- Chaves, A.; Santos, M.; Quintanilha, L.; Barreira, R. (2019). Câncer de Cabeça e Pescoço In Santos, M.; Correa, T.; Faria, L.; Siqueira, G.; Reis, P. & Carvalho, A., Ed. Santos, M.; Coord. Domingues, M. *Diretrizes Oncológicas*, pp. 53-70. São Paulo: DoctorPress Ed. Científica
- Coutinho, L. A. A. (2012). *Acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada em ambulatório* Tese de mestrado Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Lisboa
- Direção Geral de Saúde (2017). Norma 011/2016 Indicação de intervenção em ostomias respiratórias em idade pediátrica no adulto Ministério da Saúde Lisboa
- Everitt, E. (2016a). Tracheostomy: supporting patients following a laryngectomy part 4 *Nursing Times*, 112. Online issue 1, 6-8;
- Everitt, E. (2016b). Tracheostomy: caring for patients with a tracheostomy *Nursing Times*; 112: 19, 16-20;

Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

22

Referências Bibliográficas

- Frade, A. I. D. A., Abreu, M. S. S., & Ferreira, S. C. A. R. (2019). Otimizar a comunicação da pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total – intervenção de enfermagem no período perioperatório: scoping review *Pensar Enfermagem* 23(2).
- Frade, A. I. D. A. (2017). *Otimização da comunicação na pessoa com cancro da laringe, submetida a laringectomia total*. Tese de mestrado Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Lisboa
- Gomes, C. A., Rugno, F. C., Rezende, S., Cardoso, R. C. & De Carlo, M. M. R. P. (2016). Tecnologia e comunicação alternativa para pessoas com laringectomia após câncer de cabeça e pescoço *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 49(5), 463-474;
- Martins, S., Silveira, H., Sousa, M., Santos, M., & Vaz, R. (2020). Complicações pós-laringectomia total: Fatores de risco e abordagem do doente no período perioperatório *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço* 58(4), 173-179;
- Neiva, R. O.; Nogueira, M. C.; Pereira, A. J.; (2020). Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory stoma *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.*, 18: e2920. <https://doi.org/10.30886/estima.v18.n4.IN4>
- Orem, D. (2001) *Nursing, Concepts of practice (6ª ed)* St. Louis Mosby

Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

23

Referências Bibliográficas

- Queirós, S. M. M., de Brito Santos, C. S. V., de Brito, M. A. C., & Pinto, I. E. S. (2017). Fatores condicionadores do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 57-67;
- Queirós, S. M. M., Pinto, I. E. S., Brito, M. A. C. & Santos, C. S. V. D. B. (2021). Nursing interventions for the promotion of tracheostomy self-care: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(21-22), 3055-3071;
- Queirós, S. M. M., de Brito Santos, C. S. V., de Brito, M. A. C., & Pinto, I. E. S. (2017). Fatores condicionadores do desenvolvimento da competência de autocuidado na pessoa com ostomia de ventilação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 57-67;
- Santos, I. Seíça, A. (2012). A pessoa submetida a ostomia respiratória. In: I. Morais et al. *Estomatologia: O saber e o cuidar*. Lisboa: Líde;
- Santos, J. (2011). *Otimização das ostomias de ventilação. Guia para profissionais de saúde que cuidam de pessoas portadoras de traqueostomia*. Porto: Universidade Fernando Pessoa;
- Sapito, A., & Cavaliere, B. (2019). A Therapeutic Education Program for patients that underwent at temporary tracheotomy and total laryngectomy: leading to improved the "Diagnostic, Therapeutic and Assistance Path". *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 90 (Suppl 11), 38;
- Teixeira, T. R. D. C. (2015). *Pessoa idosa com ostomia de respiração*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Lisboa;
- Teixeira, A. (2017). *Limitações comunicativas dos doentes laringectomizados*. Trabalho apresentado para obtenção de licenciatura em Terapia da Fala. Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Universidade Fernando Pessoa;
- Teruya, N., Sunagawa, Y., Toyosato, T., & Yokota, T. (2019). Association between daily life difficulties and acceptance of disability in cancer survivors after total laryngectomy: a cross-sectional survey. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 170.

Mestranda: Ana Cristina Gomes nº 10530

24

Apêndice XX – Avaliação da ação de formação à equipa de enfermagem da consulta externa

AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO: Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total

DATA: ____/____/____

1) Assinale a opção correta:

a) Indicações para realização de laringectomia total:

- Tumores T3 (N0N1) em doentes sem comorbilidades impeditivas ou por opção da pessoa
- Tumores T2

b) Indique os principais défices de autocuidado da pessoa submetida a laringectomia total:

- Alteração da respiração;
- Alteração da alimentação;
- Alteração nos cuidados de higiene oral e corporal
- Mobilização
- Gestão das emoções
- Todas as anteriores.

c) Na realização dos cuidados traqueais à pessoa submetida a laringectomia total:

- Retira-se a cânula interna e procede-se à sua higienização e recolocação
- Retira-se a cânula interna e externa e procede-se à higienização e recolocação

2) Das seguintes opções, indique as que correspondem às intervenções de enfermagem optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total na fase de pós-operatório:

- Avaliar
- Ensinar
- Demonstrar
- Treinar habilidades
- Orientar sobre a gestão da saúde
- Manter a saúde
- Todas as anteriores

3) Das seguintes opções, indique as que correspondem às intervenções de enfermagem optimizadoras do autocuidado à pessoa com cancro da laringe submetida a laringectomia total na fase pós-alta:

- Avaliar as necessidades de cuidados da pessoa
- Referenciação para outras especialidades
- Gestão da saúde
- Cuidados de apoio e orientação

**Apêndice XXI– Plano de sessão da ação de formação à equipa de
enfermagem do serviço cirúrgico**

Plano de Sessão

Tema: Intervenções de enfermagem otimizadoras do autocuidado à pessoa com ostomia respiratória

Carga Horária: 45min

Nº de sessões: 2

Sessão nº: N/A

Data: 9 e 10 de fevereiro de 2022

Formador: Ana Cristina Gomes

Destinatários: Enfermeiros do internamento cirúrgico 2.1 e 2.2

Local: sala de reuniões do piso 2

Objetivo Geral: Que os enfermeiros do internamento 2.1 e 2.2 consigam identificar intervenções de enfermagem otimizadoras do autocuidado à pessoa com ostomia respiratória

Objetivos específicos: Compreender conceitos chave no âmbito das ostomias respiratórias; conhecer as indicações para a realização de ostomia respiratória (traqueotomia e traqueostomia); identificar as intervenções enfermagem otimizadoras do autocuidado à pessoa com ostomia respiratória (Traqueotomia e Traqueostomia); reconhecer as intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória com dificuldade respiratória e hemorragia

<i>Conteúdos Programáticos</i>	<i>Estratégias/ Métodos Pedagógicos</i>	<i>Tempo</i>	<i>Avaliação</i>
- Definição de conceitos: Traqueotomia, traqueostomia Indicações para realização de traqueotomia e traqueostomia Intervenções otimizadoras do autocuidado à pessoa com ostomia respiratória	Explicativa	2 min	Teste de escolha múltipla no final da sessão

Apêndice XXII– Slides da ação de formação à equipa de enfermagem de internamento cirúrgico

12º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica

Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica - Ramo de Enfermagem Oncológica

Ana Cristina Gomes – 10530

Professora orientadora: Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa
 Professora co-orientadora: Professora Ana Inês Frade Enfi
 Orientadora: Vanessa Pinto

9 e 10 de Fevereiro de 2022



Intervenções otimizadoras do autocuidado à pessoa com ostomia respiratória



Objetivos da apresentação

- ✓ Compreenderos conceitos no âmbito da ostomia respiratória
- ✓ Conhecer as indicações para a realização de ostomia respiratória
- ✓ Identificar as intervenções de enfermagem otimizadoras do autocuidado à pessoa com ostomia respiratória Traqueotomia e Traqueostomia
- ✓ Reconhecer as intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória com dificuldade respiratória e com hemorragia

1



Sumário

- ✓ **Conceitos em Estomaterapia Respiratória**
- ✓ **Indicações para realização de ostomia respiratória**
 - ✓ **Traqueotomia**
 - ✓ **Traqueostomia**
- ✓ **Intervenções de enfermagem otimizadoras do autocuidado à pessoa com ostomia respiratória**
- ✓ **Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória com dificuldade respiratória e hemorragia**
- ✓ **Referências Bibliográficas**

3

Conceitos em Estomaterapia Respiratória

Traqueotomia - incisão cirúrgica – abertura temporária das vias aéreas a nível da traqueia – 2º ou 3º anel traqueal, abaixo da cartilagem cricoide

Traqueostomia – orifício artificial criado cirurgicamente (sutura do orifício à pele)

Laringectomia total - exérese completa da laringe. A traqueia é suturada à pele da região inferior do pescoço, originando o traqueostoma definitivo

Traqueostoma – estoma ou ostomia

(DGS, 2017; Teixeira, 2017)

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

O enfermeiro com **formação específica e reconhecida e experiência em cuidados à pessoa com ostomia instruí, ensina e treina para o autocuidado**. É da responsabilidade do enfermeiro que acompanha a pessoa com ostomia e família e/ou representante legal e/ou família e/ou cuidador, a **informação sobre estratégias adaptativas** que visem a **recuperação da autonomia, o acompanhamento, avaliação das competências adquiridas**.

(Norma nº 011/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017)

A intervenção de enfermagem deve ser efetuada nas **fases pré e pós-operatória** por enfermeiros com **experiência e formação específica em cuidados de estomaterapia** (DGS, 2017, Santos, 2011, Santos, et al 2012).

A intervenção de enfermagem deve ser **reforçada na fase pós-operatória e ter acompanhamento após a alta hospitalar** (DGS, 2017)

6

Indicações para a realização de Ostomia Respiratória

Traqueostomia
Patologia neurológica e doenças degenerativas neuromusculares;
Tumores da cavidade oral, faríngeos ou laringeos (malignos/benignos; intrínsecos/extrínsecos)
Estenose traqueal;
Estenose laringea (glótica ou subglótica)

DGS, 2017 6

Indicações para a realização de Ostomia Respiratória

Traqueotomia
Doença inflamatória aguda ou edema angioneurótico;
- Doença inflamatória crónica (sífilis, doença granulomatosa e doenças do colagénio);
- Traumatismos faciais ou cervicais;
- Corpos estranhos faringolaringeos;
- Controlo da ventilação em cirurgia de cabeça e pescoço;
- Insuficiência respiratória crónica;
Edema pós-radioterapia
Obstrução aérea por retenção de secreções, ventilação ineficaz ou ambas
Paralisia bilateral das cordas vocais;
Síndrome de apneia obstrutiva do sono;
Entubação traqueal por mais de 5 dias (permanências longas em ventilador, quando há previsão de uso de ventilador após o 5º ou 7º dia de intubação orotraqueal, ou sendo indispensável sedação da pessoa);

(DGS, 2017)

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Educação para a saúde:

- Capacitação da pessoa para o autocuidado

Pós-OP:

- Monitorização de SV;
- Levante precoce;
- Vigiar perdas hemáticas;
- Monitorizar a presença de drenos (características do conteúdo, vácuo funcionante);
- Vigilância de sinais de dificuldade respiratória;
- Avaliar a dor;
- Avaliar a tosse e as suas características;
- Características das secreções;
- Vigilância da ferida operatória (características e materiais utilizados);
- **Respiração – necessidade de cuidados traqueais;**
- **Alteração na comunicação;**
- **Alteração na alimentação;**
- **Cuidados de higiene oral e corporal;**
- Mobilização;
- Sono e repouso;
- Eliminação vesical;
- Intimidade;
- Eliminação intestinal.

Quadrinho, 2012; DGS, 2017; Frade, 2017; Queirós, 2021; Santos, 2011; Santos, 2012 & Teixeira, 2017

7

Intervenções de enfermagem no pós-operatório – cuidados traqueais

- Cuidados ao estoma e pele peri-traqueostoma, pelo menos 2 vezes por dia e sempre que o penso está húmido (traqueotomia)
- Cuidados ao estoma e pele peri-traqueostoma diariamente e de acordo com as condições clínicas da pessoa (Traqueostomia)
- Higienização das cânulas (rígidas – interna e externa; silicone) de manhã, à noite e sempre que está obstruída de secreções
- Substituição da cânula externa na consulta de ORL por médico de ORL ou por enfermeiro com experiência na área.
- Material de fixação da cânula externa deve ser trocado sempre que está molhado, com perda de integridade ou impregnado de secreções e/ou conteúdo hemático.
- Permeabilidade das vias aéreas; seguimento para reavaliação do autocuidado, prevenção e deteção de complicações da pele peri-estoma e do estoma e avaliação da adaptação aos acessórios de ostomias, introduzindo as alterações, sempre que necessário

(DGS, 2017; Queirós et al., 2021 & Santos, 2012)

8

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Cuidados Traqueais: Traqueotomia

Lavagem das mãos + Material necessário:

- ✓ Soro fisiológico;
- ✓ Compressas;
- ✓ Pinça ou escovilhão
- ✓ Taça;
- ✓ Fita de nastro;
- ✓ Filtro HME;
- ✓ Penso traqueal (espuma de poliuretano)
- ✓ Saco para o lixo



Gomes, 2022

(DGS, 2017; Santos, 2011)

9

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Cuidados Traqueais: Traqueotomia

Remoção da cânula + limpeza da mesma

Procedimento ao espelho, se a pessoa aceitar.

- ✓ Colocar SF ou água morna na taça;
- ✓ Ensinar a tossir para eliminar as secreções, inclinándose para a frente
- ✓ Retirar compressa de proteção ou penso traqueal, colocando-os no lixo;
- ✓ Retirar **APENAS** cânula interna e colocá-la na taça com SF
- ✓ Limpar com SF e **OBSERVAR** a pele peri-traqueostoma;
- ✓ Limpar a cânula interna fazendo passar uma compressa desbordada ou escovilhão pela mesma, as vezes que forem necessárias

Recolocação da cânula + observação da pele peri-estoma

Procedimento ao espelho

- ✓ Mudar a fita de nastro tendo em **ATENÇÃO** que em primeiro lugar coloca-se o nastro limpo, dando pelo menos um nó e apenas depois se retira o nastro sujo
- ✓ Recolocar a cânula interna, na cânula externa;
- ✓ Colocar o penso traqueal debaixo da cânula externa;

(DGS, 2017; Santos, 2011)

10

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Cuidados Traqueais: Traqueostomia

Lavagem das mãos + Material necessário:

- ✓ Soro fisiológico;
- ✓ Compressas;
- ✓ 2 escovilhões
- ✓ Taça;
- ✓ Fita de fixação;
- ✓ Penso traqueal (espuma de poliuretano)
- ✓ Adesivo;
- ✓ Toalhetas de limpeza



Gomes, 2022

11

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Remoção da cânula + limpeza + observação pele:

Procedimento ao espelho

- ✓ Colocar o Soro fisiológico na taça;
- ✓ Ensinar a tossir para eliminar as secreções, inclinándose para a frente
- ✓ Retirar compressa de proteção e penso traqueal, colocando-os no lixo;
- ✓ Retirar cânula interna e cânula externa e colocá-las na taça com Soro fisiológico;
- ✓ Limpar e **OBSERVAR** as características do estoma e da pele peri-traqueostomia (tamanho, sinais inflamatórios);
- ✓ Limpar as cânulas fazendo passar uma compressa desbordada ou escovilhão pela mesma, as vezes que forem necessárias.

(DGS, 2017 & Santos, 2011)

12

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Recolocação da cânula ou adesivo+ filtros:

Procedimento ao espelho

- ✓ Elevar ligeiramente o pescoço e introduzir as cânulas no traqueostoma (para trás e para baixo) num movimento único, fixando-as de seguida com a fita de fixação ajustando -a à área cervical do doente;
- ✓ Colocar uma proteção no traqueostoma(filtro, lenços e compressas) promovendoa filtragem e aquecimento do ar inspirado



(Gomes, 2022)

(DGS, 2017 & Santos, 2011)

13

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Prótesetraqueo-esofágica

Os cuidados à prótese fonatória devem ser realizados pelo menos 2 por dia ou sempre que necessário

Evitar acumular os detritos e crostas (que podem obstruir a mesma), diminuema durabilidade da prótese

A prótese fonatória deve ser substituída sempre apresentar fuga de alimentos ou líquidos para a traqueia



Gomes, 2022

Santos, 2011 & Santeoja | 2012)

14

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Prótesetraqueo-esofágica

Colocar a ponta do dispositivo no interior da prótese fonatória e aplicar ar ou água potável (sob ligeira pressão) através do lúmen da prótese. Repetir o procedimento as vezes que forem necessárias

Verificar se a prótese se encontra na posição correta (espelho para baixo)

Desinfetar o dispositivo de irrigação

Arrumar o material



Santos, 2011 & Santeoja | 2012)

15

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Outros cuidados

Aspiração de Secreções

Administração de Oxigénio

Cuff

16

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Cuidados com a Aspiração de secreções

Manter durante a aspiração uma pressão entre 80 e 120mmHg (maior pode provocar trauma)

Cada manobra de aspiração deve durar de 10 a 15 segundos

Deve-se deixar a pessoa descansar por 20 a 30 segundo entre as aspirações.

Aspirar as secreções pela cânula interna não fenestrada

(DGS, 2017 & Santos, 2011)

17

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Outros cuidados

Aspiração de Secreções

Administração de Oxigénio

Cuff

18

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Administração de Oxigénio



19

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Outros cuidados

Prótese fonatória

Aspiração de Secreções

Administração de Oxigénio

Cuff

20

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Cuidados com a cuff

Pressão de perfusão sanguínea a nível traqueal situa entre 25-35mmHg

A pressão de cuff deve ser mantida entre 15-25mmHg(para evitar lesões na mucosa, possibilitar adequada ventilação e prevenção de aspiração de secreções acumuladas acima do cuff)

A pressão do cuff deve ser avaliada a cada 12horas



Gomes, 2022

(DGS, 2017 & Santos, 2011) 21

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Cuidados face à SARS CoV-2

- ✓ Lavagem das mãos antes e depois de tocar na traqueostoma/ cânula ou filtro HME
- ✓ Um hábito útil é utilizar a mão não-dominante para tocar o estoma, e a mão dominante para outras atividades (como, por exemplo, para tocar numa maçaneta)
- ✓ Utilização de filtro HME
- ✓ Risco aumentado de aerosolização pelo estoma traqueal – “supertransmissores” – estoma coberto em público
- ✓ FILTRO PERMUTADOR DE CALOR E HUMIDADE - que inclua um filtro bacteriano viral



Gomes, 2022

(DGS, 2017 & Santos, 2011) 22

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Respirar – manter a permeabilidade da via aérea

- ✓ Frequência da substituição das cânulas (6meses), dos filtros (24h);
- ✓ Utilização de lençóis, peitinhos
- ✓ Tossir inclinado para a frente 45º, colocando a compressa á frente
- ✓ Explicar que o ar inspirado passa mais rapidamente para os pulmões

Ar frio ou quente causa irritação na mucosa traqueal

Deve evitar exposição ao frio e ao calor por longos períodos,

Conservação da humidade

Os Laringectomizados são particularmente sensíveis ao ar seco Verão e ao sobreaquecimento no Inverno

(DGS, 2017 & Santos, 2011) 23

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Respirar – alteração... o que fazer?

Limpeza das secreções

Diminuição das secreções (6semanas)

Ingestão hídrica para promover a fluidificação das secreções

(DGS, 2017 & Santos, 2011) 24

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Higiene pessoal

- Técnica de higiene corporal e da cabeça
- Protetores de banho
- Higiene oral 3/4x ao dia
- Corte de cabelo ou da barba
- After-shave sem álcool ou creme humectante



Gomes, 2022

(DGS, 2017, Queirós, et al. 2021 & Santos, 2011) 25

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Eliminação

- A pessoa submetida a laringectomia NÃO CONSEGUE realizar a manobra de valsava
- Promover dieta rica em fibras para prevenir a obstipação
- Incentivar o aumento da ingestão hídrica
- Se necessário solicitar prescrição de laxantes

(DGS, 2017, Queirós, et al. 2021 & Santos, 2011) 26

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Alimentação

Informação sobre redução do olfato (porque o ar inspirado não passa na cavidade nasal) e do Paladar: alteração é temporária e muitas vezes consequência da perturbação do olfato

- ✓ Desde a cirurgia o doente fica com SNG até cerca de 12 a 14 dias de pós-operatório (cicatrizes das anastomose faríngeas);

- ✓ Teste de deglutição;

- ✓ Dieta: líquida, pastosa, mole e geral

logurte, 2x ao dia, eficaz na prevenção da infeção (probióticos)

- ✓ Ingestão de 2l de líquidos, fluidificação das secreções

- ✓ Se necessário encaminhar para consulta de nutrição.

(DGS, 2017, Queirós, et al. 2021 & Santos, 2011) 27

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Vestuário – como adequar?

A roupa adaptada ao traqueostoma (roupa que não seja apertada na região do pescoço)
Utilização de acessórios (fios, peitinho, lençóis)

Sono e RepousoO que fazer ?

Manutenção da cabeça elevada a 30º, favorecendo a permeabilidade das vias aéreas, evitando assim o aumento de tosse e as consecutivas perturbações do sono e repouso

(DGS, 2017, Queirós, et al. 2021 & Santos, 2011) 28

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Mobilização alterada ...o que fazer?

Restrição de movimentos do pescoço, ombro, dor e perda da sensibilidade cutânea e mobilidade dos ombros nas pessoas submetidas a esvaziamento cervical radical
Encaminhamento para Medicina Física e Reabilitação

(DGS, 2017, Queirós, et al. 2021 & Santos, 2011) 23

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Comunicação – alterada... e agora?

- ✓ Comunicação com gestos ou escrita
- ✓ Comunicação face a face com a pessoa
- ✓ Prótese fonatória- necessidade da limpeza
- ✓ Recurso às tecnologias emergentes (tecnologias aumentativas)
- ✓ Encaminhamento para terapia da fala
- ✓ Estratégias alternativas da voz laringea (voz esofágica, voz traqueoesofágica laringe eletrónica)

(DGS, 2017; Frade, 2017 & Santos, 2011) 30

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória

Integração na Comunidade

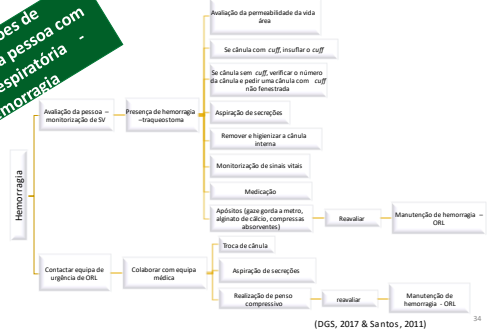
- Preferências e gostos do doente
- Desportos **não aconselháveis** como: boxe, judo, karaté, rãguebi e desportos náuticos
- Bolsa de segurança
- Grupos de apoio à pessoa com ostomia respiratória



Gomes, 2022

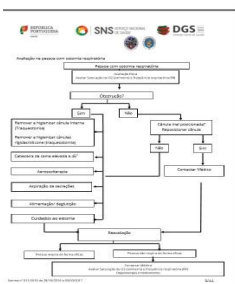
(DGS, 2017, Queirós, et al. 2021 & Santos, 2011) 31

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória - Hemorragia



(DGS, 2017 & Santos, 2011) 34

Intervenções de enfermagem à pessoa com ostomia respiratória- Dificuldade respiratória



32

Referências Bibliográficas

- ✓ Coutinho, L. A. A. (2013). *Acompanhamento de enfermagem à pessoa laringectomizada em ambulatório*. Tese de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Lisboa
- ✓ Direção Geral de Saúde (2017). Norma 011/2016 indicações clínicas e intervenções nas ostomias respiratórias em idadepediátrica: no adulto Ministério da Saúde Lisboa
- ✓ Frade A. I. D. A. (2017). *Otimização da comunicação na pessoa com cancro da laringe, submetida a laringectomia total*. Tese de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Lisboa
- ✓ Queirós, S. M. M., de Brito Santos, C. S. V., de Brito, M. A. C., & Pinto, I. E. S. (2017). Fatores condicionadores do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de ventilação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 57-67.
- ✓ Santos, J. Sequeira, A. (2012). *A pessoa submetida a ostomia respiratória: o que é, como cuidar e o que saber*. Lisboa: Lidel
- ✓ Santos, J. (2011). *Optimização das ostomias de ventilação*. Guia para o profissional de saúde que cuida de pessoas portadoras de traqueostomia. Porto: Universidade Fernando Pessoa
- ✓ Teixeira A. (2017). *Limites comunicativos dos doentes laringectomizados*. Trabalho apresentado para obtenção de licenciatura em Terapia da Fala Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Universidade Fernando Pessoa

35



**Apêndice XXIII– Instrumento de avaliação da ação de formação à
equipa de enfermagem de internamento cirúrgico**

AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO: Intervenções optimizadoras do autocuidado à pessoa com ostomia respiratória

DATA: ____/____/____

1) Assinale a opção correta:

a) Indicações para realização de traqueotomia:

- Tumores laríngeos (malignos/benignos)
- Entubação traqueal mais de 5 dias (previsão de uso de ventilador após o 5º ou 7º dia de entubação orotraqueal)

b) Indicações para realização de traqueostomia:

- Tumores da cavidade oral, faríngeos ou laríngeos (malignos/benignos)
- Entubação traqueal mais de 5 dias (previsão de uso de ventilador após o 5º ou 7º dia de entubação orotraqueal)

c) Na realização dos cuidados traqueais à pessoa com ostomia respiratória temporária (traqueotomia):

- Retira-se a cânula interna e procede-se à sua higienização e recolocação

Retira-se a cânula interna e externa e procede-se à higienização e recolocação

d) na realização dos cuidados traqueais à pessoa com ostomia definitiva (traqueostomia)

Retira-se a cânula interna e procede-se à sua higienização e recolocação

Retira-se a cânula interna e externa e procede-se à higienização e recolocação

2) Das seguintes opções, assinale quais são exemplos de intervenções de enfermagem que otimizem o autocuidado na pessoa com ostomia respiratória (Traqueotomia) com dificuldade respiratória

Monitorizar SV

Avaliar permeabilidade da via aérea

Elevação da cabeceira a 30°

Aspiração de secreções

Retirar a cânula interna e higienizá-la

Reposicionar cânula externa

3) Das seguintes opções, assinale quais são exemplos de intervenções de enfermagem que otimizem o autocuidado na pessoa com ostomia respiratória com presença de hemorragia

Monitorizar SV

Avaliar permeabilidade da via aérea

Avaliar presença de hemorragia

Insuflar o *cuff*, se a pessoa tiver colocada cânula com *cuff*

Pedir ajuda à equipa médica, se manutenção de hemorragia

4) Das seguintes opções, assinale quais são exemplos de intervenções de enfermagem à pessoa com traqueostomia:

Informar a pessoa que pode ter alteração do olfato e do paladar

Ensinar que ambientes com ar frio ou seco provoca irritação na mucosa

Explicar a importância de utilização de filtro humidificador promove a filtragem e aquecimento do ar inspirado

Ensinar a pessoa a retirar apenas a cânula interna aquando da realização dos cuidados traqueais

5) Das seguintes opções, assinale quais são exemplos de intervenções à pessoa com traqueotomia

Ensinar a pessoa a retirar apenas a cânula interna aquando da realização dos cuidados traqueais

Explicar a importância de utilização de filtro humidificador promove a filtragem e aquecimento do ar inspirado

Realizar insuflação do *cuff* quando a pessoa inicia a dieta oral

Ensinar a pessoa a retirar as duas cânulas (interna e externa) aquando da realização dos cuidados traqueais.