



Secção Regional do Sul



CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL, EPE

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA

## PROJECTO DE MELHORIA CONTINUA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

*CAPACITAÇÃO DO UTENTE SUBMETIDO A  
PROSTATECTOMIA RADICAL NO  
REGRESSO A CASA.*

### *Autores do Projeto:*

*Teresa Branco*

*Paula Girão*

*Sérgio Corista*

*Márcio Ribeiro*

*Rui Santos*

*Pedro Tomaz*

### *Dinamizadores atuais:*

*Teresa Branco*

*Pedro Tomaz*

### *Coautor:*

*Lígia Malaquias (PQCE)*

*Outubro de 2015*

*Agradecimentos:*

*À Enfermeira Chefe Heloísa Oliveira e a todos os colegas  
que participaram na concretização deste projecto*

## ÍNDICE

	pág.
1- IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA .....	5
2- PERCEBER O PROBLEMA .....	7
3- O PROBLEMA DOUTENTE COM CANCRO DA PRÓSTATA SUBMETIDO A PROSTATECTOMIA RADICAL NA UNIDADE .....	10
4- PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA .....	13
5- DEFINIR OBJECTIVOS, PLANEAR E EXECUTAR ACTIVIDADES .	14
6- VERIFICAR OS RESULTADOS .....	20
7- PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS STANDARDIZAR E TREINAR EQUIPA .....	27
8- RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO .....	29
9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	30

## ANEXOS

**Anexo 1** – Folheto “Guia de orientação para o utente submetido a prostatectomia radical”

**Anexo 2** – Formulário de consultas de followup telefónica.

**Anexo 3** – Formulário de consultas de followup presencial

**Anexo 4** – Programa de ensino/capacitação do utente/cuidador submetido a prostatectomia radical.

**Anexo 5** - Procedimento Sectorial TRC.1491 – Preparação para a alta do doente submetido a Prostatectomia Radical

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	pág.
GRÁFICO 1 Distribuição dos sujeitos da amostra segundo a idade .....	11
GRÁFICO 2 Distribuição dos sujeitos da amostra segundo recurso à urgência	11
GRÁFICO 3 Distribuição dos sujeitos da amostra segundo as complicações pós-cirurgia.....	12
GRÁFICO 4 Distribuição dos sujeitos da amostra atual segundo a idade.....	20
GRÁFICO 5 Percentagem de utentes e cuidadores com conhecimento comprometido sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica	21
GRÁFICO 6 Percentagem de utentes e cuidadores com conhecimento comprometido sobre vestir/despir .....	22
GRÁFICO 7 Percentagem de utentes e cuidadores com conhecimento comprometido sobre prevenção de complicações do cateter Urinário .....	22
GRÁFICO 8 Percentagem de utentes e cuidadores com conhecimento comprometido sobre regime medicamentoso .....	23
GRÁFICO 9 Distribuição dos sujeitos da amostra segundo complicações pós Cirurgia .....	24
GRÁFICO 10 Distribuição dos sujeitos da amostra segundo recurso à urgência .....	25
GRÁFICO 11 Distribuição dos sujeitos da amostra segundo reinternamento Hospitalar .....	26

## ÍNDICE DE QUADROS

	pág.
QUADRO 1 Causas do Problema .....	13
QUADRO 2 Critérios implícitos e explícitos no Procedimento Sectorial e no Programa de Ensino .....	18

## **1- IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA**

Na especialidade de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) são assistidos utentes com cancro da próstata, sendo submetidos a prostatectomia radical, em média 68 utentes anualmente (período de análise entre Janeiro de 2010 a Setembro 2015).

Em 2009, após a alta hospitalar constatou-se que os utentes apesar de receberem orientação oral e escrita (carta de alta de enfermagem) para facilitar a continuidade de cuidados no domicílio e no centro de saúde, nomeadamente com a ferida cirúrgica, cateter urinário e regime medicamentoso recorriam à unidade de internamento e urgência para esclarecimento de dúvidas e resolução de complicações decorrentes da cirurgia relacionadas com a descontinuidade do regime medicamentoso, e ou regime terapêutico.

Deste modo, um grupo de enfermeiros da Unidade decidiu desenvolver um projeto tendo como objetivo inicial: **promover a adesão ao regime terapêutico dos utentes submetidos a prostatectomia radical assegurando a continuidade de cuidados, através da articulação entre o internamento e os centros de saúde e a implementação da consulta de enfermagem de followup telefónica**. Paralelamente, pretendeu-se melhorar o bem-estar do utente e cuidador informal após a cirurgia, minimizando o risco de complicações e recorrência á urgência, com diminuição de custos diretos e indiretos.

Em Setembro de 2009, o projeto foi redesenhado de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros, tendo sido complementado com um **programa de ensino para o utente prostatectomizado e cuidador informal** com o objetivo de uniformizar e sistematizar os conteúdos a fornecer. O plano foi elaborado em suporte papel, na Linguagem CIPE 1,0 - versão na altura adotada pelo CHLC para a informatização da documentação dos cuidados de enfermagem.

São vários os diagnósticos de enfermagem incluídos no programa de ensino: Adesão ao Regime Terapêutico, Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso, Autocuidado Vestir e Despir e Aceitação do Estado de Saúde, que constam no Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores (OE, Outubro 2007) permitindo identificar os contributos dos enfermeiros na melhoria do estado de saúde dos utentes, e obter indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este projeto enquadra-se em vários dos enunciados descritivos estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001), nomeadamente a Readaptação Funcional, a Prevenção de Complicações, a Promoção do Autocuidado e Bem Estar e Satisfação do Utente.

A doença e a cirurgia tem implicações em todas as dimensões da vida do utente submetido a Prostatectomia Radical, criando novos desafios na prática de enfermagem no sentido de fornecerem cuidados que facilitem a transição para uma nova fase do ciclo de vida, com o menor impacto e o melhor bem estar possível. A capacitação do utente e do cuidador informal são fundamentais para ajudá-lo a adaptar-se às alterações provocadas pela cirurgia, à promoção do autocuidado, à satisfação das atividades de diária, à adesão ao regime medicamentoso e na gestão do cateter urinário após a alta.

## 2- PERCEBER O PROBLEMA

As doenças prostáticas afetam um elevado e crescente número de homens em todo o mundo, verificando-se um aumento significativo nas últimas quatro décadas do cancro da próstata em Portugal.

Na União Europeia, esta doença representa 11% de todos os carcinomas no sexo masculino e provoca 9% das mortes por neoplasia (Reis et al, 2006). Constitui a segunda maior causa de morte em homens na Europa e nos Estados Unidos da América, sendo que a sua prevalência aumenta com a idade dos indivíduos e também com o aumento da esperança média de vida (Silva & Pires, 2007; Presti, 2007; Eddins, 2003).

Em Portugal, o cancro da próstata é o tipo de cancro mais frequente no que concerne a órgãos internos, com cerca de 4000 novos casos por ano e aproximadamente 1800 mortes anuais, com base nos dados do IARC de 2002 (*The International Agency for Research on Cancer*) (Carvalho e Cristão, 2012). O cancro da próstata é responsável por cerca de 10% da mortalidade por cancro, sendo a segunda causa de morte no homem, após o cancro do pulmão (DGS, 2014). A Direção Geral de Saúde estima um aumento de 13,7% de novos casos, anualmente (DGS; 2013), aconselhando a prevenção através de rastreios na população masculina.

A prostatectomia radical é um tipo de cirurgia efetuada em homens com cancro da próstata localizado e com uma expectativa de vida de pelo menos 10 anos (Rodríguez et al, 2006). Consiste na remoção total da glândula prostática, cápsula prostática e vesículas seminais.

Após a prostatectomia radical, os utentes podem apresentar diferentes **sintomas**, como **dor** (espasmos dolorosos da bexiga e associada à ferida cirúrgica), **fadiga**, **diminuição da capacidade física**, **infecção do trato urinário e da incisão cirúrgica**, **obstipação**, **impotência sexual e incontinência urinária** (Bicalho & Lopes, 2012).

Apesar da maioria dos sintomas reverterem com o tempo, os principais efeitos colaterais estão associados à incontinência urinária e à impotência sexual (Walsh & Worthington, 1998). Os homens afetados manifestam um impacto negativo na sua vida sexual, com mudanças nas suas relações íntimas e baixa autoestima (Hedestig et al, 2005).

Muitos homens vivenciam **ansiedade** e **depressão** depois do diagnóstico (Korfage et al, 2006) e conforme o tipo de tratamento realizado, pois pode ter efeitos colaterais com impacto no seu



bem-estar físico e psicológico (Couperet al, 2009), levando-os a desejar o regresso à vida anterior à tomada de conhecimento do diagnóstico.

As alterações emocionais podem também estar associadas à insegurança e incerteza no modo como lidar com as mudanças físicas decorrentes da cirurgia e da doença (Lambert et al., 2012). O **conhecimento** sobre a recuperação, estratégias para realizar os **autocuidados** no domicílio e “regressar” à vida diária dentro do possível, pode contribuir positivamente na recuperação pós-operatória e no bem-estar do utente (minimizando a **ansiedade e depressão**) (Davison et al., 2004).

De acordo com Gore, Gollapudi e Bergman (2010), menores níveis de ansiedade do homem sujeito a prostatectomia radical podem refletir positivamente na sua saúde mental e consequentemente no desenvolvimento de melhores mecanismos de *coping* perante os fatores de stresse, facilitando a gestão das alterações fisiológicas pós-operatórias.

Neste contexto, a Enfermagem assume um papel fundamental em todas as etapas do período peri operatório, para que a recuperação da autonomia dos utentes ocorra da melhor forma possível (Mata, Carvalho & Napoleão, 2011).

A preparação do regresso a casa é uma etapa importante do internamento, uma vez que o utente deixará de contar com o apoio e supervisão de Enfermagem, passando a depender de si próprio e do cuidador informal, por isso devem ser parceiros ativos neste processo (Boehnlein&Marek, 2003). Assim, as atividades de preparação para o regresso a casa devem ter início no primeiro dia de internamento.

A educação e o aconselhamento são indispensáveis no cuidado pós operatório a utentes submetidos a este tipo de cirurgia para fornecer conhecimento adequado bem como treino de capacidades para o autocuidado no ambiente domiciliar, e assim minimizar a ocorrência de complicações após a alta, melhorar a recuperação e o bem estar (Frederickset al, 2010).

Deste modo, a preparação dos utentes incluía Adesão do Regime Terapêutico (o regime medicamentoso, a ferida cirúrgica e o cateter urinário no domicílio) e a capacitação para gerirem a incontinência urinária e a impotência sexual, e o consequente sofrimento psicológico (Bicalho& Lopes, 2012).

Assim, é importante o enfermeiro estar atento a sinais de ansiedade, stresse e desconforto do utente, estando disponível para esclarecer as suas dúvidas, nomeadamente as que concernem à incontinência e sexualidade, dado o forte impacto que estas colocam na qualidade de vida dos

utentes, explicando sobre os métodos possíveis para minimizar e/ou tratar essas alterações pós-cirúrgicas (Presti, 2007).

O enfermeiro deve ter em atenção o teor de informação a fornecer a cada utente, de modo a facilitar a Aceitação do Estado de Saúde, ajudando na (re)construção de novos objetivos de vida adequados às suas expectativas e situação clínica.

Parece assim fundamental um programa de ensino/ capacitação que incida nas áreas onde os utentes apresentem mais dificuldade como gestão do cateter urinário, a prevenção de complicações associadas à ferida cirúrgica, de modo a promover a autonomia e autocuidado do utente e vida social o mais precocemente possível.

### **3- O PROBLEMA DO UTENTE COM CANCRO DA PRÓSTATA SUBMETIDO A PROSTATECTOMIA RADICAL NA UNIDADE**

Em Agosto de 2009, como referido, foi detetado múltiplos contactos não planeados dos utentes submetidos a prostatectomia radical com os enfermeiros da Unidade, após a alta para esclarecerem dúvidas sobre o regime terapêutico (regime medicamentoso, gestão do cateter urinário e ferida cirúrgica). Verificou-se ainda o recurso ao Serviço de Urgência por complicações do seu estado.

Este foi o ponto de partida para o projeto construído por um grupo de enfermeiros do Serviço de Urologia no âmbito da melhoria de cuidados de enfermagem, que teve os seguintes objetivos iniciais:

**Promover a adesão ao regime terapêutico e a continuidade de cuidados do utente submetido a prostatectomia radical, após a alta do serviço de Urologia.**

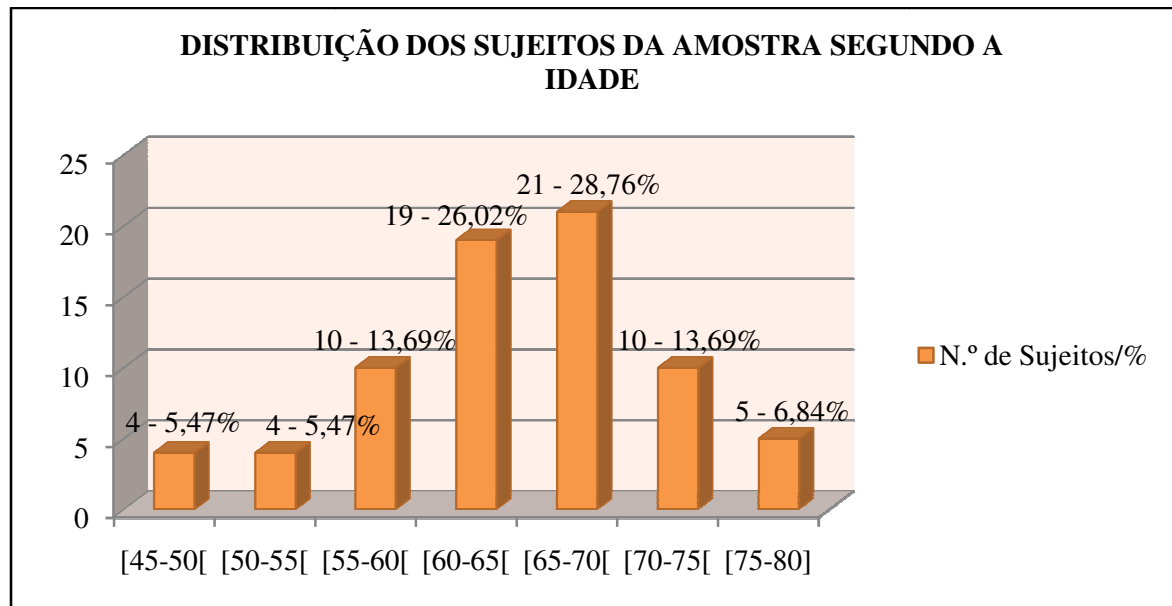
- Reforçar a articulação entre o Serviço de Urologia, Centros de Saúde e Consulta de Enfermagem do CHLC;
- Implementar a consulta de enfermagem de follow up telefónica.

#### **Agosto de 2009**

**Identificação do problema** - Foi realizada a análise a 73 processos clínicos de utentes submetidos a prostatectomia radical, entre Agosto 2008 a Agosto 2009, para conhecer a distribuição por faixa etária e identificar as principais complicações que motivaram o recurso à urgência (não existem dados sobre os contactos não planeados com os enfermeiros do serviço).

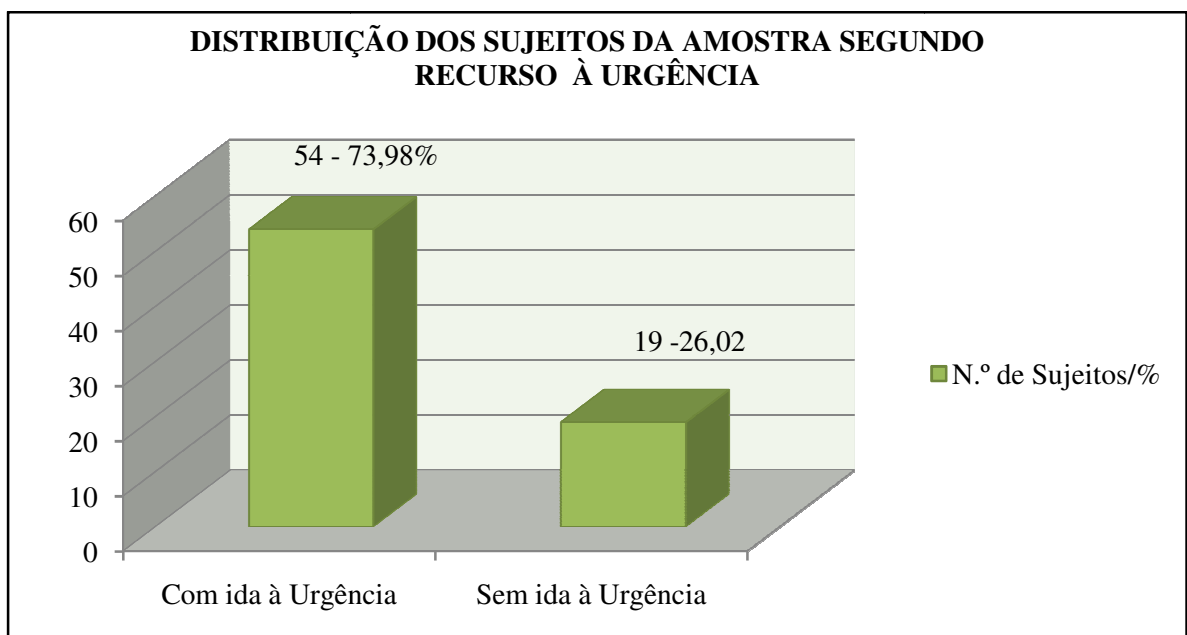
Resultado do estudo:

**Distribuição por faixa etária:**Relativamente á distribuição dos utentes por faixa etária, verificamos que cerca de 60 utentes (82, 16%) se encontram entre os 55 e os 74 anos.



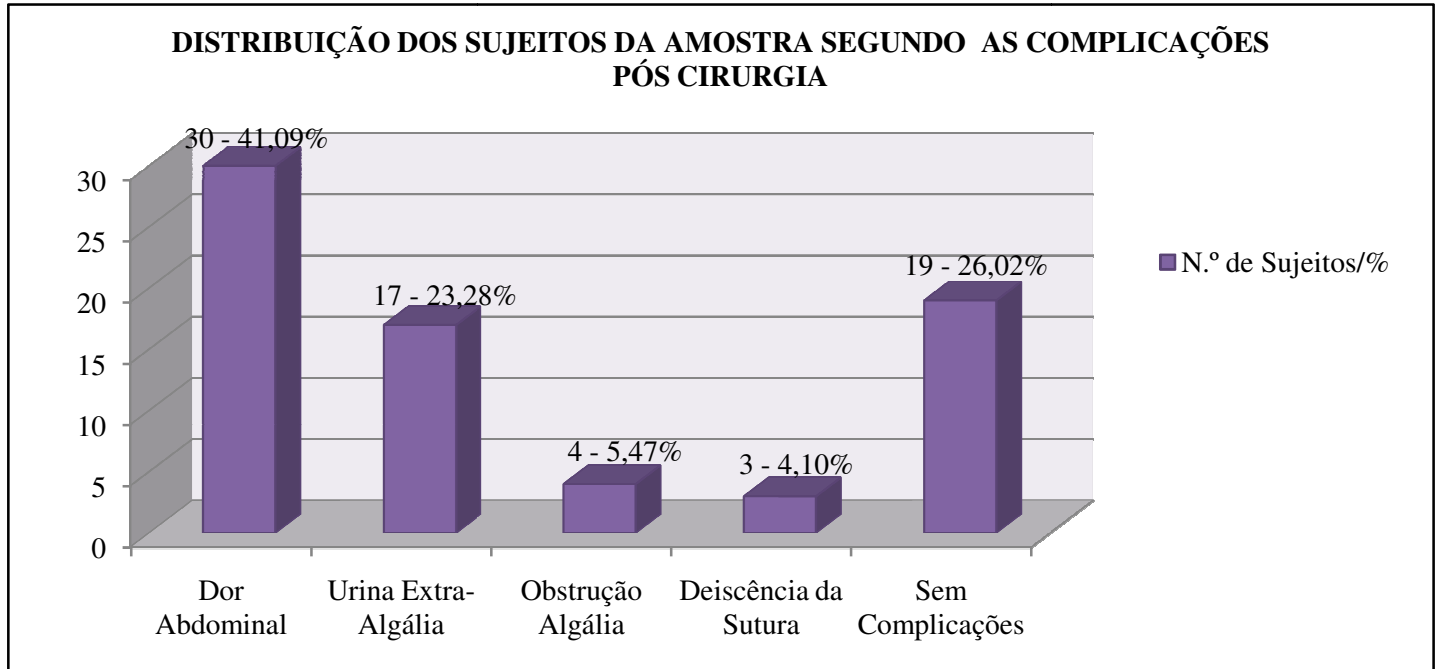
**Gráfico 1** - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo a idade.

Constatou-se que 54 utentes (73,99%) submetidos a prostatectomia radical **recorreram à Urgência** após a alta, e destes **2 utentes necessitaram de reinternamento**. Esta diferença numérica, entre o acesso à urgência e a necessidade de internamento poderia estar relacionado com o défice de conhecimento e de capacitação para o Adesão ao Regime Terapêutico do utente e cuidador informal, motivos que estiveram na origem deste projeto.



**Gráfico 2** - Distribuição dos sujeitos da amostra com recurso à urgência.

As principais complicações pós cirúrgica dos utentes, foram: a dor abdominal identificada em 30 utentes (41,09%), urina extra-algália em 17 utentes (23,28%); obstrução da algália em 4 utentes (5,47%), deiscência da sutura em 3 utentes (4,1%). Cerca de 19 utentes (26,02%) não apresentaram complicações pós cirúrgicas.



**Gráfico 3** -Distribuição dos sujeitos da amostra segundocomplicações pós cirurgia.

#### 4- PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA

De acordo com os resultados do estudo foram agrupados os motivos relacionados com a recorrência dos utentes à urgência:

- Adesão ao regime terapêutico estabelecido
  - Regime medicamentoso
  - Gestão do cateter urinário
- Aceitação do estado de saúde
- Conhecimento sobre a ferida cirúrgica/prevenção de complicações.

<b>Complicações pós cirúrgicas</b>	<b>Causa relacionadas com o utente/</b>	<b>Causas Externas</b>
Dor abdominal	Conhecimento sobre regime Medicamentoso Conhecimento sobre Adesão ao Regime Terapêutico	Vigilância insuficiente do estado do utente.
Urina extra algália Obstrução da algália	Conhecimento/ Treino na gestão do cateter urinário: Conhecimento/capacidade para prevenção de complicações do cateter urinário Conhecimento/ capacidade para autocuidado vestir e Despir com cateter urinário	Pouca rentabilização dos recursos oferecidos pelo centro de saúde/sistemas locais.
Deiscência da sutura	Conhecimento sobre a ferida cirúrgica/ prevenção de complicações não demonstrada	Pouco envolvimento do cuidado informal.
	Debilidade no estado físico e emocional decorrente da doença e da cirurgia.	
	Dificuldade na Aceitação do estado de saúde.	

**QUADRO 1** – Causas do Problema.

## 5- DEFINIR OBJECTIVOS, PLANEAR E EXECUTAR ACTIVIDADES

De acordo com o problema e causas encontrados, foram delineados os seguintes objetivos:

### Objetivo geral:

- **Promover a adesão ao regime terapêutico e a continuidade de cuidados do utente submetido a prostatectomia radical, após a alta na especialidade de Urologia.**

### Objetivos específicos:

- Implementar o programa de ensino para o utente submetido a prostatectomia radical e cuidador informal;
- Estabelecer parceria com o utente, cuidador informal e formal;
- Reforçar a articulação entre a Unidade, os Cuidados de Saúde Primários/ Sistemas locais e Consulta de Enfermagem do CHLC;
- Implementar a consulta de follow up telefónica.

Foram traçadas várias estratégias para atingir cada um dos objetivos:

**Objetivo 1** – Implementar programa de ensino para o utente submetido a prostatectomia radical e cuidador informal /Promover a adesão ao regime terapêutico.

### Estratégias:

- Conhecer as necessidades afetadas e nível de dependência do utente e os recursos familiares e sociais disponíveis existentes;
- Desenvolver um programa de ensino/ capacitação estruturado direccionado para o utente e cuidador informal;
- Validar ensino e treino desenvolvido ao utente e cuidador informal, durante o internamento e após a alta até à recuperação cirúrgica do utente,
- Fornecer guia de ensino na admissão no Serviço de Urologia (Anexo 1);
- Estabelecer uma relação de empatia com o utente.

**Objetivo 2** - Implementar a consulta de enfermagem de follow up telefónica ao utente submetido a prostatectomia radical.

**Estratégias:**

- Realizar consulta de follow up telefónica ao utente/cuidador informal, às 48h e 72h após a alta para validar se o ensino/ treino realizado está a ser eficaz; esclarecer dúvidas e/ ou reajuste de técnicas e procedimentos face às necessidades do utente e ao contexto do domicílio, através de formulário (Anexo2);
- Realizar consultade follow up presencial, ao 10.º dia pós-operatório com o intuito referido anteriormente, através de formulário (Anexo 3);
- Identificar eventuais complicações e referenciar o utente para o Médico Assistente, Psicóloga, Consulta de Enfermagem e outros técnicos de acordo com as necessidades identificadas;
- Realizar ensino de acordo com as complicações tardias resultante da cirurgia.

**Objetivo 3** -Estabelecer parceria com o cuidador informal de referência, na preparação para a alta.

**Estratégias:**

- Envolver o cuidador informal no processo de cuidados, desde a admissão do utente na Unidade, estabelecendo uma relação de empatia;
- Realizar ensino, demonstração e treino, de acordo com o programa de ensino;
- Encorajar a expressão de dúvidas e medos.

**Objetivo 4** – Reforçar a articulação com os Cuidados de SaúdePrimários/ Sistemas Locais/ Consulta de Enfermagem.

**Estratégias:**

- Referenciar o utente via telefónica, para os Cuidados de Saúde Primários/Sistemas Locais atempadamente;
- Referenciar o utente ao Serviço Social atempadamente;



- Fornecer carta de alta ao utente (com a data da consulta agendada no Centro de Saúde e ou CHLC).

### **Setembro de 2009**

O projeto foi reestruturado de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros. De acordo com as causas identificadas no ponto anterior foi elaborado um Programa de Ensino/Treino “Capacitação do utente submetido a prostatectomia radical: parceria com outente e cuidador informal” (Anexo 4) que visa a sistematização do ensino/ treino de capacidades para promover a Adesão ao Regime Terapêutico, que inclui os seguintes diagnósticos: Aceitação do Estado de Saúde, Autocuidado Vestir e Despir, Conhecimento Sobre o Regime Medicamentoso; Conhecimento Sobre a Prevenção de Complicações da Ferida Cirúrgica e do Cateter Urinário. No âmbito do Processo Qualidade institucional, foi igualmente elaborado um Procedimento Sectorial que suporta este projeto (Anexo 5), que engloba os formulários, programa de ensino e folheto.

No início da implementação do projeto, a documentação dos cuidados de enfermagem no internamento era produzida em suporte papel, atualmente é em suporte digital no *SClinico* (que é alimentado pela linguagem β2). A ChekList do Programa de Ensino/Capacitação e os formulários das consultas de followup telefónico mantem-se em papel, sendo arquivadas em pasta própria.

O desenvolvimento do projeto encontra-se estruturado de acordo com a CHECK LIST para uma avaliação da Qualidade (Heather Palmer).

#### **a) Identificação das dimensões do estudo**

As dimensões do estudo são a efetividade resultante da redução da taxa de reinternamento/recorrências à urgência e a adequação técnico científica.

#### **b) Unidades de Estudo**

As unidades de estudo consideradas são:

#### **Utilizadores incluídos na avaliação**

- Todos os Utentes submetidos a prostatectomia radical e Cuidador Informal com conhecimento não demonstrado.

### **Profissionais incluídos na avaliação**

- Enfermeiros do Serviço de Urologia, no Internamento;
- Dinamizadores do projeto, nas Consultas de follow up (telefónica e presencial);

### **Período de tempo da avaliação:**

- Setembro de 2009 a Setembro de 2015.

### **c) Tipo de dados**

Os dados obtidos permitem a obtenção de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultado.

### **d) Fonte de dados**

As fontes de dados a utilizar são:

#### **Internamento**

- Processo Clínico:
  - O Programa de Ensino (em suporte papel) no processo clínico e uma cópia colocada na pasta específica do Projeto para ser dada continuidade nas consultas de follow up (telefónica e presencial);
  - Carta de alta fornecida ao utente, anteriormente uma cópia no processo em suporte papel (atualmente no SClinico).

#### **Após a alta**

- Consulta follow-up telefónica segundo o formulário;
- Programa de Ensino (cópia).

### **e) Tipo de avaliação**

A avaliação será: Interna, realizada pelos dinamizadores do projeto.

### **f) Critérios de avaliação**

Interna: segundo os critérios implícitos e explícitos que constam no Procedimento Sectorial e no Programa de Ensino.

<b>CrITÉRIOS</b>	<b>Excepções</b>	<b>Esclarecimentos</b>
1. Identificação do Conhecimento e de aprendizagem de capacidades a todos os utentes submetidos a prostatectomia radical e cuidador informal.	1. Uteses com alteração da capacidade cognitiva e utentes com conhecimento prévio demonstrado sobre a prevenção das complicações.	1. Avaliação efetuada através da entrevista inicial
2 Aplicação a todos os utentes e cuidador informal com conhecimento não demonstrado de programa de ensino estruturado e individualizado, de acordo com a Norma Sectorial.		2- O Ensino individual e estruturado efetuado ao utente/cuidador informal, centra-se nas áreas do conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferida cirúrgica/prevenção de complicações;</li> <li>• Vestir e Despir;</li> <li>• Prevenção de complicações do cateter urinário;</li> <li>• Regime medicamentoso;</li> <li>• Fornecimento de folheto informativo.</li> </ul>
3. Todos os utentes e cuidador informal tem a avaliação do conhecimento em vários momentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante o internamento;</li> <li>• Consulta telefónica de follow-up;</li> <li>• Consulta presencial de follow-up.</li> </ul>		3. Registo da avaliação do conhecimento nas áreas que estavam anteriormente comprometidas do utente e cuidador informal.
4. Todos os utentes e cuidador informal tem a avaliação da evolução da aprendizagem de capacidades, nos momentos referidos.		4. Registo da avaliação do treino de capacidades que estavam anteriormente comprometidas do utente e cuidador informal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção de complicações da ferida cirúrgica;</li> <li>• Prevenção de complicações do cateter urinário;</li> <li>• Adesão ao regime medicamentoso.</li> </ul>
5. Todos os utentes tem registo do contacto com Centro de Saúde e ou Consulta Externa de Urologia.		5. Informar o utente da data da consulta para realização de penso e extração de pontos. Fornecer carta de alta ao utente.

**QUADRO 2** - Critérios implícitos e explícitos no Procedimento Sectorial e no Programa de Ensino.

**g) Colheita de dados**

A colheita de dados é realizada semestralmente pelos dinamizadores do projeto, através da consulta do programa de ensino e formulários da consulta de followup telefónica.

**h) Relação temporal**

A avaliação é Retrospectiva.

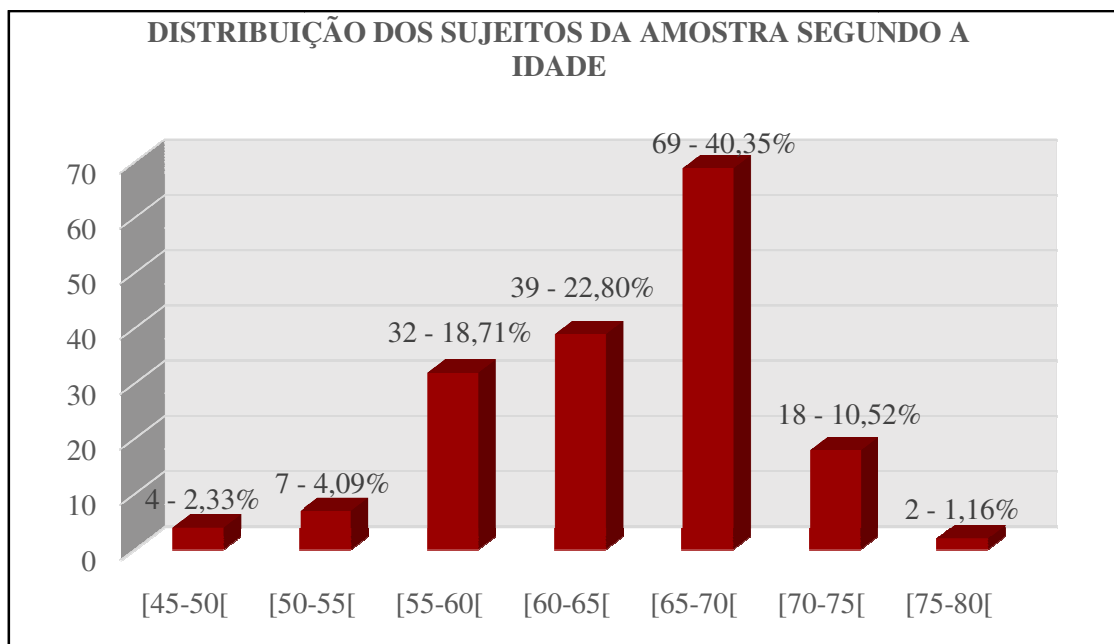
**i) Seleção da amostra**

Todos os utentes submetidos a prostatectomia radical com conhecimento não demonstrado sobre a adesão ao regime terapêutico e cuidador informal.

## 6- VERIFICAR OS RESULTADOS

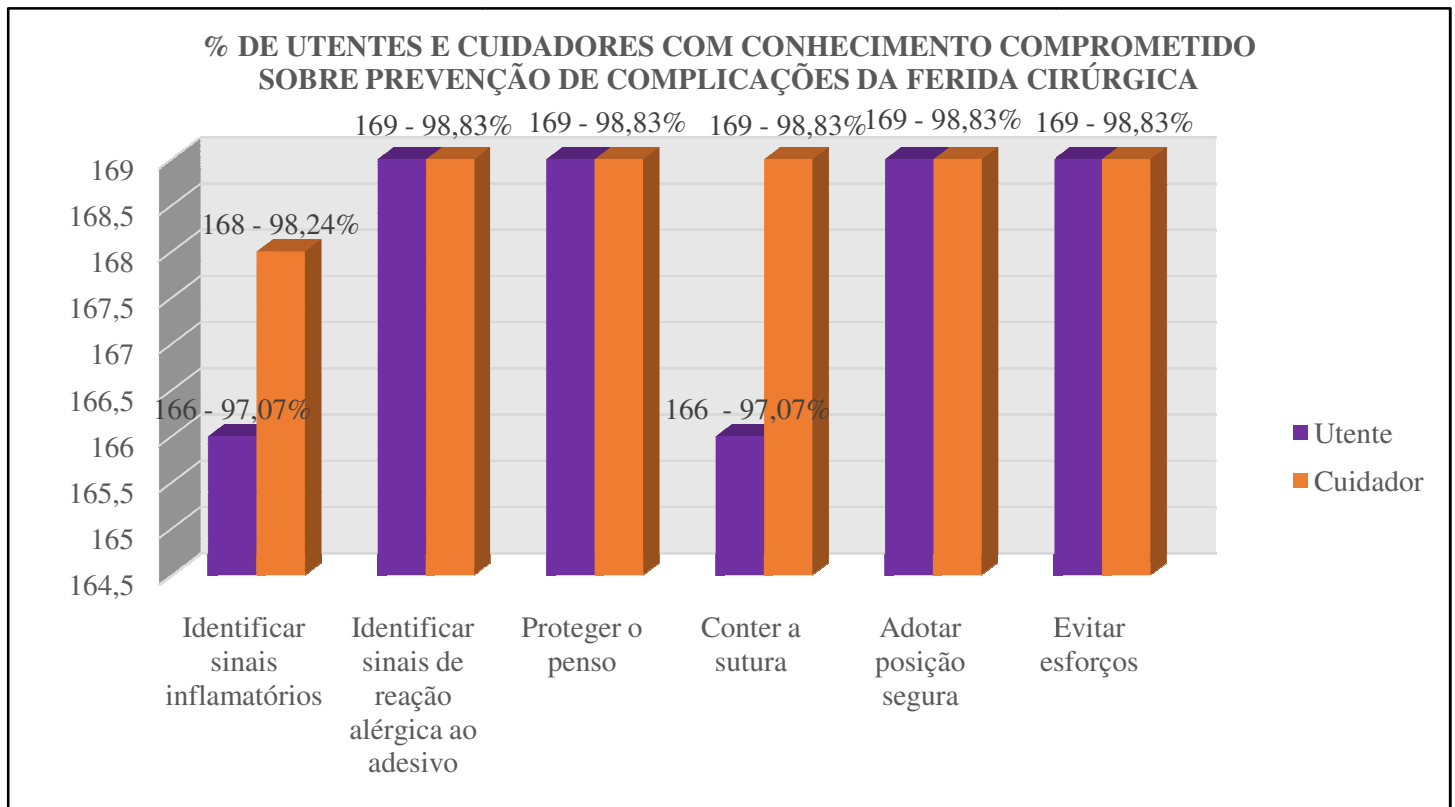
Esta análise inclui 171 utentes submetidos a prostatectomia radical desde Setembro de 2009 até Setembro de 2015. Os resultados basearam-se na aplicação da checklist de ensino/capacitação ao utente/cuidador informal na admissão, alta e consultas de followup telefónico.

**Distribuição por faixa etária:** 158 utentes (70,74%) encontram-se entre os 55 e os 74 anos. Os valores encontrados nesta faixa etária estão de acordo com estatísticas nacionais e internacionais.



**Gráfico 4** - Distribuição dos sujeitos da amostra atual segundo a idade.

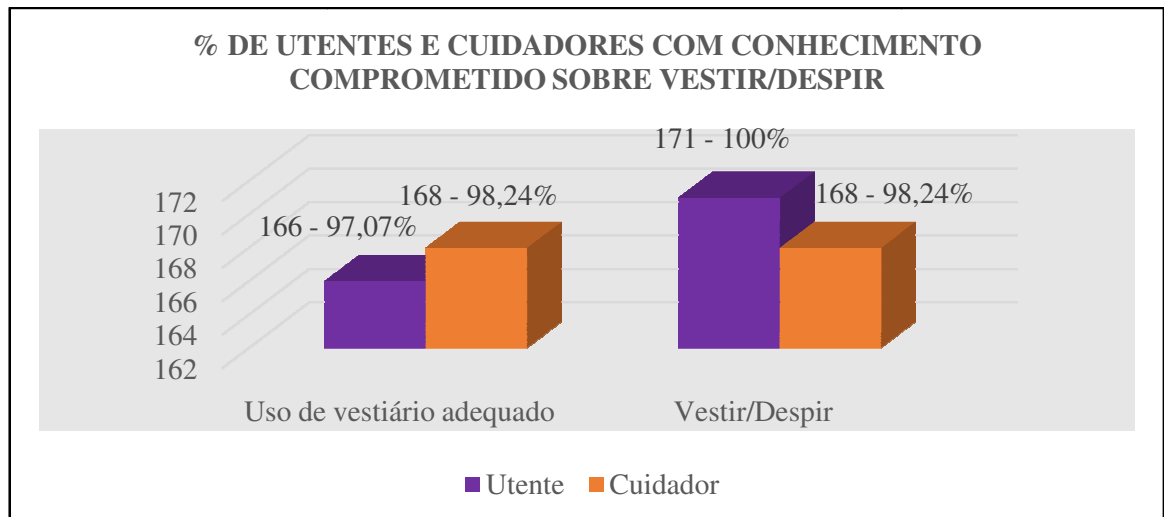
**Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica:** A maioria dos utentes e cuidadores apresentaram conhecimento comprometido sobre complicações da ferida cirúrgica: identificação de reação alérgica ao adesivo, proteger o penso antes do banho, adotar posição segura e evitar esforços. Relativamente ao item identificar sinais inflamatórios e conter a sutura verificou-se que o utente tinha uma taxa de conhecimento superior relativamente ao cuidador informal.



**Gráfico 5** - Percentagem de utentes e cuidadores com conhecimento comprometido sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica.

**Constatamos uma taxa de eficácia de 100% no Utente/Cuidador Informal, visto não existirem complicações relacionadas com a ferida cirúrgica.**

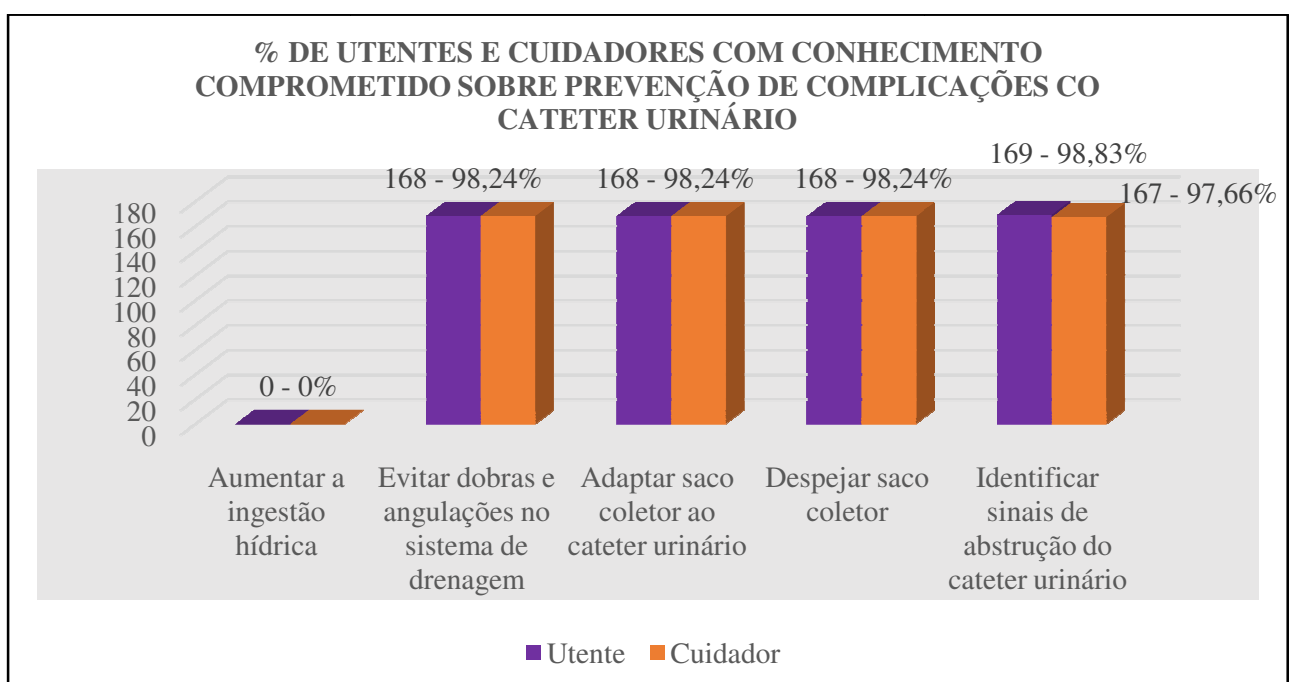
**Conhecimento sobre vestir/despir com a presença de cateter urinário:** Constatamos que o utente apresenta uma taxa de conhecimento ligeiramente superior ao cuidador informal relativamente ao uso de vestuário adequado, verificando-se o inverso ao modo como deve executar este autocuidado. Estes resultados encontram-se relacionados com o facto de alguns utentes já terem tido a experiência anterior de terem cateter urinário em contexto hospitalar.



**Gráfico 6** – Percentagem de utentes e cuidadores com conhecimento comprometido sobre vestir/despir.

**Obtivemos uma taxa de eficácia de 100% relativamente ao utente/cuidador informal.**

**Conhecimento sobre prevenção de complicações com o cateter urinário:** Todos os utentes/cuidadores tinham conhecimento sobre a necessidade de aumentar a ingestão hídrica, em contra partida relativamente aos itens: evitar dobras e angulações no sistema de drenagem; adaptar saco colector ao cateter urinário; despejar saco colector e identificar sinais de obstrução do cateter urinário, encontrámos valores elevados de desconhecimento do utente e cuidador informal.

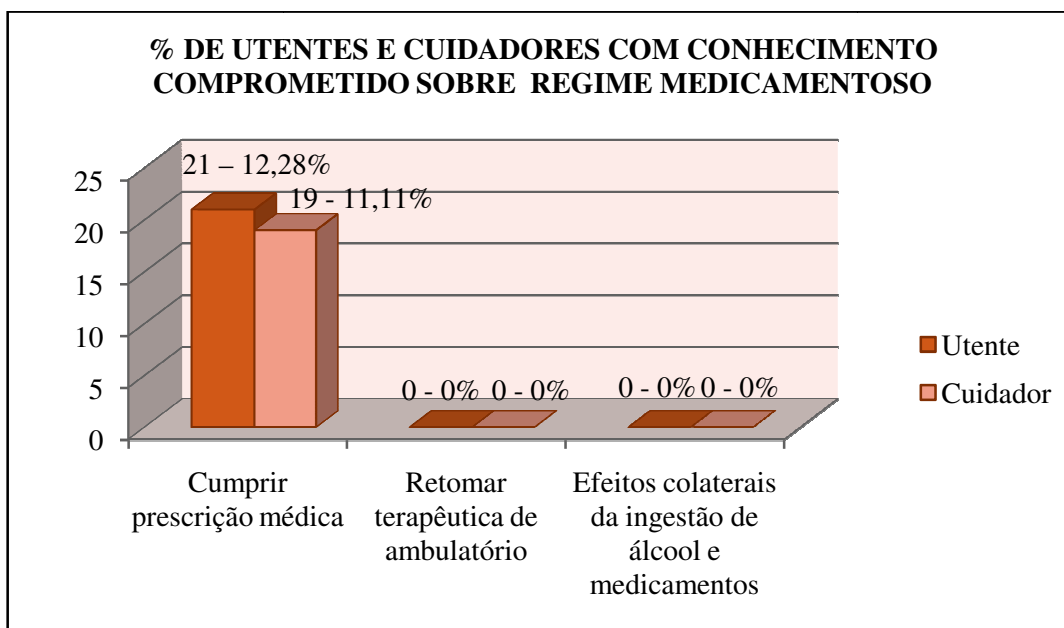


**Gráfico 7** - Percentagem de utentes e cuidadores com conhecimento comprometido sobre prevenção de complicações co cateter urinário.

**Obtivemos uma taxa de eficácia de 100% relativamente ao utente/cuidador informal.**

**Conhecimento sobre regime medicamentoso:** A maioria dos utentes e cuidadores informais tinham conhecimento sobre a necessidade de retomar a terapêutica de ambulatório e do efeito colateral da ingestão de álcool com a medicação. Relativamente ao cumprimento da prescrição médica verificámos que 21 utentes (12,28%) e 19 cuidadores informais (11,11%)desconheciam.

Nas consultas de follow up telefónica constatámos que os utentes polimedicados,têm tendência a cumprir a antibioterapia mas evitavam a analgesia prescrita (por desvalorizarem esta medicação e/ ou por dificuldade económica na sua aquisição).



**Gráfico 8** – Percentagem de utentes e cuidadores com conhecimento comprometido sobre regime medicamentoso.

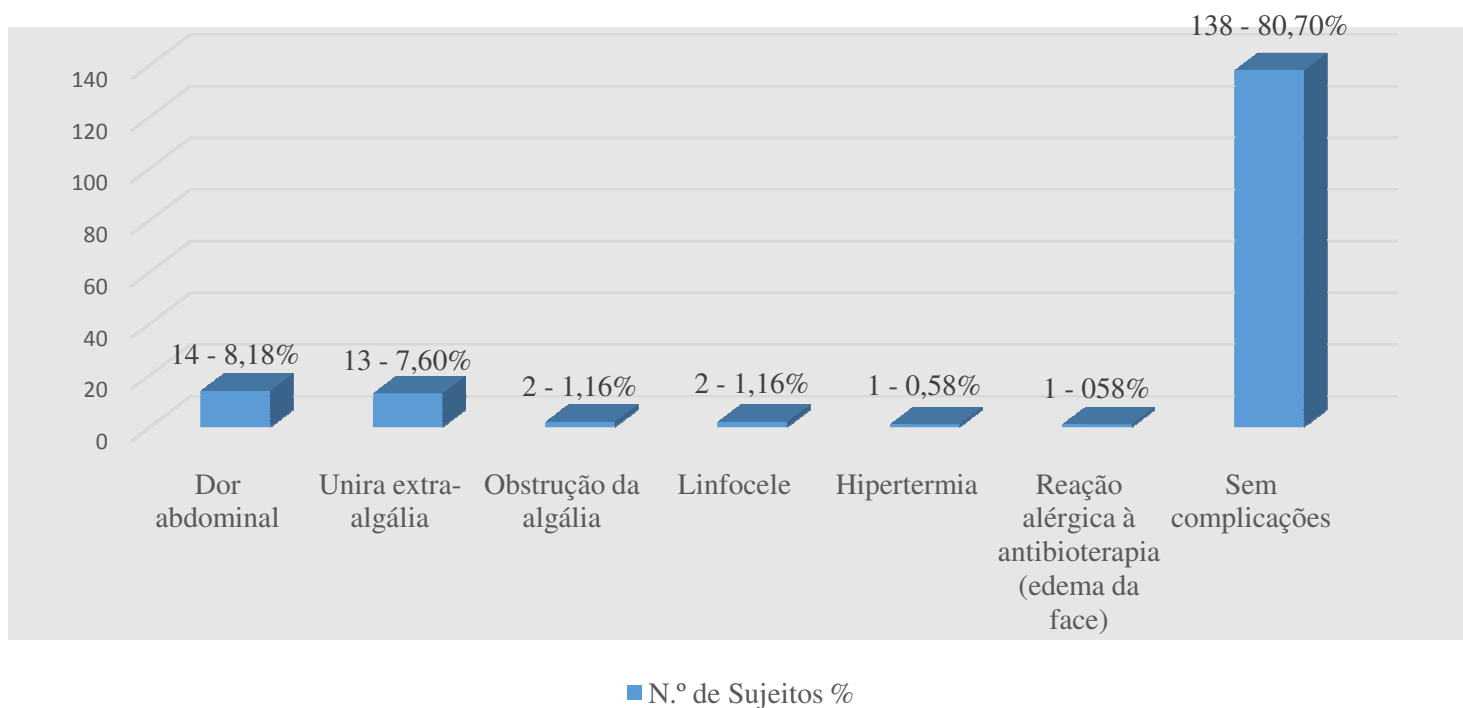
**Obtivemos uma taxa de eficácia de 87,71% nos utentes e de 88,88% nos cuidadores informais.**

**Complicações pós cirurgia identificadas nas consultas de followup telefónicas:**



- **Dor abdominal** - 14 utentes (8,18%)– consequência do não cumprimento da frequência e duração do tempo da prescrição da analgesia;
- **Urina extra-algália** - 13 utentes (7,6%) – a urina extra-algália é uma consequência da algaliação prolongada ou do não cumprimento dos cuidados a ter com o cateter urinário (angulações ou dobras). Neste estudo esteve relacionada com o facto de alguns utentes não estarem a cumprir o protocolo terapêutico;
- **Obstrução da algália** - 2 utentes (1,16%) apresentaram obstrução da algália devido ao excesso de sedimento, apesar de nas consultas de followup telefónico manifestar que faziam reforço da ingestão hídrica;
- **Linfocele** – é uma complicação inerente a este procedimento cirúrgico que se manifestou em 2 utentes (1,16%) que necessitaram de internamento;
- **Hipertermia** – manifestada por 1 dos utentes (0,58%) devido a um problema respiratório. Excluiu-se a hipótese de infeção urinária após realização de culturas;
- **Reação alérgica ao antibiótico** – manifestada em 1 utente (0,58%) através de edema da face. Neste caso, após contacto médico foi suspensa a antibioterapia.

#### DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO COMPLICAÇÕES PÓS-CIRURGIA

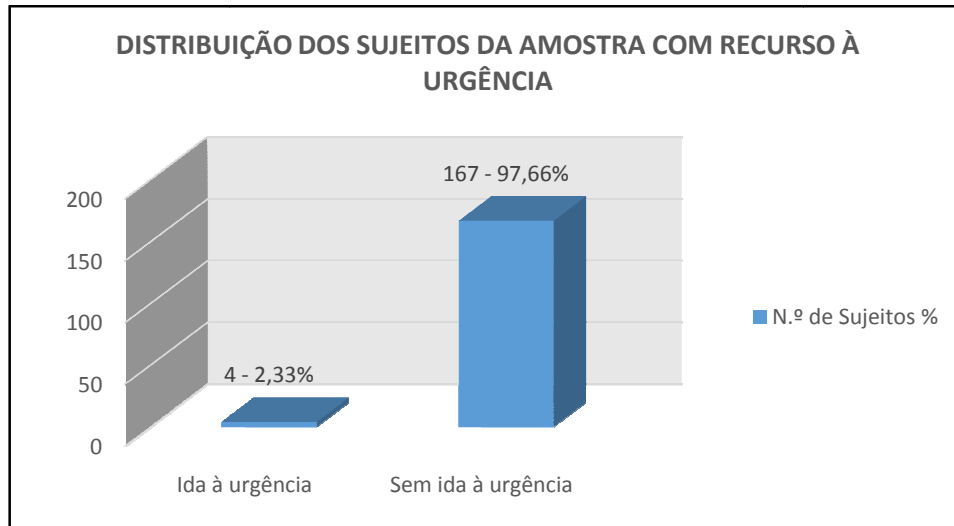


**Gráfico 9** – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo complicações pós-cirurgia.

**Cerca de 80,70% dos utentes não manifestaram complicações pós cirúrgicas.**

#### **Recurso à Urgência:**

Verificamos que 4 utentes (2,33%) recorreram à urgência (utentes na situação de linfocele e obstrução da algália).

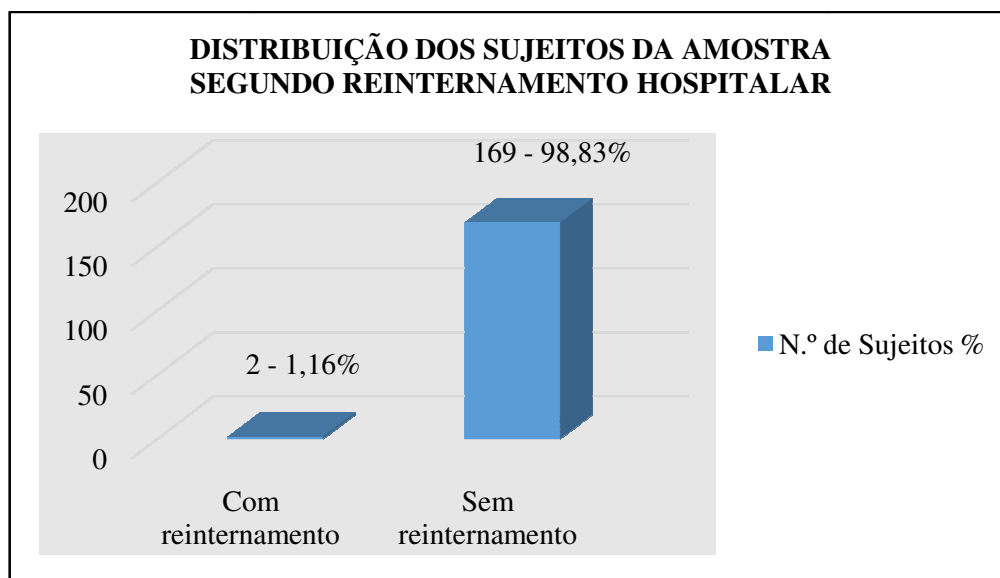


**Gráfico 10** – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo recurso à urgência.

Embora a amostra seja significativamente maior, **constatámos uma diminuição significativa no recurso à urgência de 73,98% dos participantes do estudo inicial, para 2,33%**. Este dado, permite concluir que as medidas adotadas no contexto do projeto foram ao encontro das necessidades dos utentes e cuidadores informais.

#### **Reinternamento Hospitalar:**

Verificamos que 2 utentes (1,16%) tiveram necessidade de reinternamento hospitalar (utentes na situação de linfocele).



**Gráfico 11** – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo reinternamento hospitalar.

## **7- PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA**

Perante a análise dos dados compreendidos no período de Agosto de 2008 a Agosto de 2009 consideramos importante implementar o projeto que incluiu as seguintes medidas corretivas:

### **Medidas educacionais**

- Sensibilização/ Formação da equipa de enfermagem;
- Transmissão dos resultados à equipa

### **Medidas estruturais**

- Elaboração do procedimento sectorial acerca do projeto;
- Elaboração de programa de ensino/ capacitação para o utente prostatectomizado/cuidador informal;
- Elaboração de folheto informativo;
- Implementação da consulta de followup telefónica (48 e 72h após a alta) e presencial (10ª dia após a alta).
- Organização de pasta do projeto: documentos de apoio e formulários

### **2ª Etapa (Outubro 2015)**

Após um ano e meio da documentação dos cuidados no SClinico, parece adequado a conversão do atual “Programa de ensino/ capacitação para o utente prostatectomizado/cuidador informal, em linguagem CIPE 1.0 para a ß2, e o ajuste dos diagnósticos atualmente usados, para posteriormente se abandonar o seu uso em suporte papel.

Parece importante, que a Avaliação Interna do projeto (segundo a Checklist para uma avaliação da Qualidade de Heather Palmer) realizada atualmente pelos dinamizadores internos, seja complementada com avaliação externa realizada anualmente pela dinamizadora dos Padrões de Qualidade.

A obtenção automática de indicadores seria igualmente uma mais-valia porque permite a avaliação contínua da prática desenvolvida e a introdução de medidas corretivas quando necessário. Paralelamente, dar visibilidade aos contributos do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, constituindo um estímulo para os mesmos.

Relativamente á utilização do SClinico, seria importante a tradução da complexidade de cada projeto e a possibilidade de migração dos planos de cuidados entre o módulo de internamento e o das consultas, isto é, ao longo processo de cuidados do utente no intuito de se obter automaticamente os resultados alcançados.

Sugerimos a revisão do core de focos incluídos no “Resumo mínimo de dados”, seria útil outros, nomeadamente a Gestão do Regime Terapêutico, adequado ao programa de ensino/capacitação, dando assim visibilidade aos ganhos em saúde dos utentes.

## **8- RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO**

Concluímos que a uniformização do processo de ensino/capacitação ao utente/cuidador informal e a realização das consultas de follow up telefónicas contribuiu para a adesão ao regime terapêutico, diminuiu as complicações e o acesso dos utentes ao Serviço de Urgência e de Internamento para esclarecimento de dúvidas, pelo que consideramos ter atingido os objetos propostos.

Inicialmente 54 utentes (73,98%) recorreram ao Serviço de Urgência. Atualmente apenas 4 utentes (2,33%) tiveram necessidade de o fazer.

O reforço da articulação com os Cuidados de Saúde Primários através do agendamento da consulta/tratamento durante o internamento facilitou o acesso, eliminou o tempo de espera e permitiu a continuidade de cuidados.

Com a consulta de follow up telefónica foi possível acompanhar a recuperação cirúrgica do utente, minimizando complicações, validando e reajustando o plano de ensino. Foi possível ainda, resolver complicações sem necessidade de recorrência ao Serviço de Urgência, diminuindo desta forma os custos para o utente e Serviço Nacional de Saúde.

Permitiu-nos ainda dar visibilidade aos contributos dos Enfermeiros do Serviço de Urologia para os ganhos em saúde dos utentes submetidos a prostatectomia radical e cuidadores informais, neste processo de promoção de autonomia e auto-responsabilização do mesmos através da capacitação do utente no seu processo de saúde.

## 9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATISTA, R. (2010) – Patologia Prostática - Cuidados de Enfermagem a doentes submetidos a cirurgia prostática. Porto: Faculdade de Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde;
- BICALHO, M. B.; LOPES, M. H. B. de M. (2012) - Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: revisão integrativa. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 1009-14;
- BOEHNLEIN, Mary Jo e MAREK, Jane F. (2003) – Enfermagem Pós-Operatória. In: PHIPPS, Wilma J.; SANDS Judith K.; MAREK, Jane F. – Enfermagem Médicocirúrgica Conceitos e Prática Clínica. 6ª edição. Loures: Lusociência. vol. I, p. 588, p. 602– 603, p. 607 – 608, p. 613 – 614;
- CARVALHO, J. & CRISTÃO, A. (2012) - O valor dos cuidados de Enfermagem: a consulta de Enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*, n.º 7;
- COUPER, J. W.; LOVE. A. W.; DUNAI, J. V.; DUCHESNE, G. M, BLOCH, S.; COSTELLO, A. J.; KISSANE, D. W. (2009) - The psychological aftermath of prostate cancer treatment choices: a comparison of depression, anxiety and quality of life outcomes over the 12 months following diagnosis. *The Medical Journal of Australia*, Pyrmont, v. 190, n. 7, p. 86-9;
- DALE, W; BILIR, P; HAN, M, MELTZER D. (2005) - The role of anxiety in prostate carcinoma. *Cancer*, New York, v. 104, n.3, p. 467-78;
- DAVISON B. J.; MOORE K. N.; MACMILLAN, H.; BISAILLON A, WIENS K. (2004) - Patient evaluation of a discharge program following a radical prostatectomy. *Urologic Nursing*, Portland, v. 24, n. 6, p. 483-9.;
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013)- PORTUGAL Doenças Oncológicas em Números Programa Nacional para as Doenças Oncológicas; Lisboa
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2014) - PORTUGAL Doenças Oncológicas em Números Programa Nacional para as Doenças Oncológicas; Lisboa

- ORDEM DOS ENFERMEIROS- Conselho de Enfermagem (2001) Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem- Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Divulgar;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS- Conselho de Enfermagem (2007) Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados em Saúde.