



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA** | INSTITUTO DE  
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica

Por Maria de Fátima da Piedade Ferreira

LISBOA, Maio de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Maria de Fátima da Piedade Ferreira

Sob orientação de Mestre Manuela Madureira

LISBOA, Maio de 2012

## **RESUMO**

O presente relatório de estágio integra-se no Curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica de Lisboa.

A Unidade Curricular Estágio, é composta por três módulos, designadamente, Serviço de Urgência, Cuidados Intensivos/ Intermédios e Opcional.

Relativamente ao módulo Serviço de Urgência, realizei o estágio no Hospital de São José, com a finalidade de desenvolver os seguintes objetivos de estágio: Prestar cuidados especializados ao doente em situação urgente / emergente e respetiva família, destacando, o processo de avaliação do doente e respetiva família, a tomada de decisão em enfermagem, para efetuar intervenções especializadas de cuidados, formação informal no que concerne a várias temáticas; desenvolver competências na área da comunicação, com o enfoque na comunicação com o doente em situação crítica e respetiva família, assim como na transmissão de más notícias; contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados prestados ao doente e respetiva família, através de um panfleto de como administrar a alimentação e medicação por sonda nasogástrica no domicílio e encaminhamento para o Centro de Saúde, com objetivo de promover a, continuidade de cuidados, e sensibilização dos elementos da equipa de enfermagem para a temática.

Respeitante ao módulo de cuidados intensivos / intermédios, optei por estagiar na UCIP1 do Hospital de São José, de modo a desenvolver os objetivos: Prestar cuidados ao doente ventilado, salientando a avaliação sistemática do doente e respetiva família que permitisse a realização de tomada de decisão adequada e atempada; contribuir para a melhoria de cuidados sensibilizando a equipa de enfermagem para a utilização de técnicas de Comunicação Alternativa e Aumentativa entre o doente ventilado, enfermeiro e/ ou família, sendo a comunicação a principal ferramenta do enfermeiro na arte do cuidar; contribuir para a melhoria dos cuidados através da promoção de um momento de reflexão sobre “ Como transmitir más notícias” ao doente e respetiva família, colaborando na promoção profissional dos enfermeiros e melhoria contínua dos cuidados prestados.

No que ao concerne módulo opcional, este foi creditado ao abrigo do artigo 45º do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março na área de Enfermagem Geriátrica, pelo Conselho Científico da UCP – ICS e no qual dou visibilidade às competências adquiridas ao longo do percurso profissional.

Desta forma, o relatório faz referência ao processo evolutivo das competências diferenciadas adquiridas e desenvolvidas a nível da prestação de cuidados especializados do doente crítico e respetiva família, planeamento, e supervisão e gestão de cuidados, formação e investigação, liderança e motivação da equipa, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados especializados de enfermagem.

## **ABSTRACT**

This internship report is part of the Masters Course of Nature Professional in the area of specialization in Medical-Surgical Nursing, Institute of Health Sciences, Catholic University of Lisbon.

The Training Course is composed of three modules, namely, emergency department, intensive care / intermediate and optional.

For the Emergency Service module, realized the stage at São José Hospital, in order to develop the following objectives Internship: To provide specialized care to the patient in a situation urgent / emergent and their families, emphasizing the evaluation of the patient and their family decision making in nursing, to perform specialist care, informal training with regard to several issues, develop skills in communication, with focus on communication with the patient in critical condition and their families, as well as transmission of bad news, helping to improve the quality of care provided to patients and their families through a pamphlet on how to give food and medication through a nasogastric tube at home and forwarding to the Health Centre with the objective of promoting, continuity care, and awareness of the elements of the nursing team for the theme.

Regarding module intensive care / intermediate, I chose UCIP1 internship at the Hospital of São José in order to develop the objectives: Providing care to the ventilated patient, stressing the systematic evaluation of the patient and their family to allow the execution of decision making appropriate and timely, helping to improve care sensitizing the nursing staff for the use of techniques of Alternative and Augmentative Communication between the ventilated patient, nurse and / or family, being the main communication tool in the art of nursing care; Contribute for improving patient care by performing a moment of reflection on "How to transmit bad news" to patients and their families, cooperating on the promotion of professional nurses and the continuous improvement of care.

As far as concerns the optional module, this has been credited under Article 45 of Decree-Law n°. 74/2006 of 24 March in the area of Geriatric Nursing, by the Scientific Council UCP - ICS and which give visibility to the skills acquired throughout person's career.

Thus, the report refers to the evolutionary process of differentiated skills acquired and developed in the provision of specialized care of critically ill patients and their families, planning, and supervision and care management, training and research, leadership and motivation of the team, contributing to improve the quality of skilled nursing care.

*“ Formar-se não é instruir-se; é, antes de mais refletir, pensar numa  
experiência vivida (...)*

*Formar-se é aprender a construir uma distância face à sua própria  
experiência de vida, é aprender a contá-la através de palavras, é ser  
capaz de a conceptualizar.”*

***Rémy Hess (1985)***

## **AGRADECIMENTOS**

Ultimada esta etapa particularmente importante da minha vida, não poderia deixar de expressar o mais profundo agradecimento a todos os que me apoiaram nesta caminhada.

Especial agradecimento à minha Tutora Mestre Manuela Madureira, por todas as críticas construtivas, disponibilidade, valiosa orientação e apoio oferecido ao longo deste processo de crescimento profissional e pessoal.

A todos os colegas que foram agentes de transformação ao longo desta etapa, que com o seu saber, colaboração, apoio crítico, dispuseram do seu tempo para debater comigo orientações práticas.

Aos meus Pais que me apoiaram, motivando-me em momentos mais difíceis.

À Luísa que me disponibilizou um precioso apoio e atenção na concretização desta etapa.

A todos, **muito obrigado**

## **SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral de Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EPE – Entidade Pública Empresarial

Enf<sup>as</sup> – Enfermeiras

ESPS – Escola Superior Politécnica de Saúde

FA/RVR – Fibrilhação Auricular com Resposta Ventricular Rápida

HEPA – High Efficiency Particulate Air

HSAC – Hospital Santo António dos Capuchos

ICS – Instituto Ciências da Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

p. – página

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

RICHLC – Regulamento Interno Centro Hospitalar de Lisboa Central

RX – Raio X

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPMI – Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

SNG – Sonda Nasogástrica

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Salas de Observação

SU – Serviço de Urgência

TC – Tomografia Computorizada

UCL – Universidade Católica de Lisboa

UCIP1 – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes 1

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VNI – Ventilação Não Invasiva

## ÍNDICE

	p.
<b>0 - INTRODUÇÃO</b>	10
<b>1 – CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE – HOSPITAL DE SÃO JOSÉ</b>	13
1.1 – MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA	13
1.1.1 – Prestar Cuidados Especializados ao Doente em Situação Urgente / Emergente e Respetiva Família	15
1.1.2 – Desenvolver Competências na Área da Comunicação com o Doente em Situação Crítica e Respetiva Família.	22
1.1.3 – Contribuir para a Melhoria da Qualidade de Cuidados Prestados ao Doente e Respetiva Família, através de um Panfleto de como Administrar a Alimentação e Medicação por Sonda Nasogástrica no Domicílio e Encaminhamento para o Centro de Saúde.	25
1.2 – MÓDULO II - CUIDADOS INTENSIVOS/ INTERMÉDIOS	28
1.2.1 – Prestar Cuidados Especializados ao Doente Ventilado e Respetiva Família	29
1.2.2 – Contribuir para a Melhoria de Cuidados Sensibilizando a Equipa de Enfermagem para a Utilização de Técnicas de Comunicação Alternativa e Aumentativa entre o Doente Ventilado, Enfermeiro e/ ou Família	35
1.2.3 – Contribuir para a Melhoria dos Cuidados Através da Realização de um Momento de Reflexão Sobre “ Como Transmitir Más Notícias” ao Doente e Respetiva Família.	38
1.3 – MÓDULO III – ENFERMAGEM GERIÁTRICA – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS	41
<b>2- REFLEXÃO FINAL</b>	54
<b>3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	58

<b>APÊNDICES</b>	64
<b>APÊNCICE I – Guia de Orientação da Comunicação com Doentes e Familiares - Serviço de Urgência</b>	65
<b>APÊNCICE II – Fundamentação da Pertinência do Tema; Panfleto “Cuidados com Alimentação por Sonda Nasogástrica; Folha de Registo e Encaminhamento para o Centro de Saúde; Lista com Contactos dos Centros de Saúde do Concelho de Lisboa; Instrução de Trabalho “Alimentação por Sonda Nasogástrica Ensino e Encaminhamento”</b>	75
<b>APÊNCICE III – Procedimento sectorial “Comunicação Alternativa e Aumentativa”</b>	89
<b>APÊNCICE IV – Comunicação de Más Notícias</b>	93
<b>APÊNCICE V – Instrução de Trabalho “Comunicação de Más Notícias”</b>	103
<b>APÊNCICE VI – Plano de Sessão e Slides de Momento Reflexivo</b>	105
<b>APÊNCICE VII – Questionário de Avaliação de Sessão e Tratamento de Dados</b>	112
<b>ANEXOS</b>	1121
<b>ANEXO I – Estatística de Média de Idades do Serviço de Medicina III/ Dermatologia</b>	122

## 0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica de Lisboa, foi-nos proposto a elaboração de um relatório, cuja finalidade é relatar, de forma concisa e clara, os objetivos, as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, que integrou dois dos três módulos e a aquisição de competências na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica que “visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico” (UCP-REGULAMENTO GERAL, p. 8).

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, contempla para o estágio 540 horas as quais são repartidas equitativamente pelos três módulos de estágio: Módulo I - Serviço de Urgência; Módulo II - Cuidados Intensivos / Intermédios; Módulo III – Opcional, com carga horária de 180 horas cada.

Ao abrigo do artigo 45º do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março e tendo em conta as competências desenvolvidas ao longo de 13 anos de exercício profissional em contexto de medicina interna, foi-me creditado o Módulo III- Enfermagem Geriátrica, pelo Conselho Científico da UCP - ICS, mantendo na minha prática um aprofundar e mobilizar de conhecimentos que me permitiram, identificar situações em não conformidade e atuação sobre as mesmas, que contribuíram para aperfeiçoar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes e seus familiares, no serviço Medicina3/ Dermatologia, onde exerço funções.

Os módulos de estágio, foram realizados no Hospital de São José, integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE., O Modulo I, decorreu entre 26 de setembro de 2011 e 18 de novembro de 2011 e o Modulo II, decorreu entre o dia 21 de novembro de 2011 e o dia 27 de janeiro de 2012, ambos orientados por Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e sob orientação tutorial do Mestre Manuela Madureira.

A escolha pelo serviço de urgência do Hospital de São José foi motivada pelo facto de pertencer ao Centro Hospitalar em que exerço a minha atividade profissional, e principalmente por ser uma urgência polivalente, passível de ser um campo de estágio rico em experiências de aprendizagem, que me permitiriam prestar cuidados diferenciados a doentes com necessidades de saúde em diversos contextos: cirúrgicos; traumatológicos e médicos.

A compreensão do serviço de urgência, da sua dinâmica, assim como, do percurso integral do doente desde que é admitido até ser transferido para outro serviço e o desenvolver de competências técnicas, científicas e relacionais na abordagem ao doente urgente/ emergente em sala de trauma e reanimação, proporcionou-me dar resposta ao objetivo nuclear do curso, que visa a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação urgente / emergente e sua família.

A preferência da UCIP1 como campo de estágio pautou-se por esta ser uma unidade polivalente que me permitiria continuar a adquirir e desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados ao doente crítico e sua família; por ter uma equipa multidisciplinar recetiva ao ensino de estudantes; por possuir recursos materiais e equipamento atualizado que possibilitam o cuidar de acordo com os padrões de qualidade descritos no manual do programa de acreditação em vigor no CHLC.

No decurso deste relatório, quando faço referência à pessoa como alvo de cuidado, utilizo o termo “doente”: porém, poderá ser encontrada outra nomenclatura, que optei por não alterar de forma a manter o raciocínio dos autores que cito.

Na construção deste relatório estará presente a reflexão, pois, o processo de ensino, que aponta a construção do saber do indivíduo, deve estimular o ato reflexivo, proporcionando o desenvolvimento do potencial de observação, análise e crítica do indivíduo alargando os seus horizontes, tornando-o num agente ativo de mudança (SORDI; BAGNATO, 1998).

ALARCÃO e TAVARES (2010) referem-nos que o cenário reflexivo é uma abordagem de formação, que capacita os profissionais para analisarem a sua prática de construir e reconstruírem o seu conhecimento com base na ação, caracterizada por decisões contextualizadas, modificando assim o agir em situações futuras. A reflexão é

uma “janela, através da qual o profissional pode observar e posicionar-se na sua própria experiência de vida, de forma a proporcionar o confronto, compreensão e intervenção em situações específicas, informando tomadas de decisão mais conscientes” (JOHNS, 2000, in ABREU 2007, p. 156).

Segundo VIDAL HALL, um relatório é considerado um documento, onde é apresentada toda a informação resultante de um trabalho concretizado e deve ser visto não como o fim de um processo mas como o início de um outro (1977).

A construção deste relatório teve por base o projeto de estágio inicialmente delineado e alterações sofridas, diário de estágio, reflexões críticas, pesquisa bibliográfica, demonstrando a integração da exposição e reflexão sobre os acontecimentos vivenciados ao longo do percurso efetuado no decorrer da realização dos módulos de estágio e tem como objetivos:

- Apresentar os objetivos traçados para cada módulo de estágio;
- Descrever as atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo do percurso de estágio e percurso profissional;
- Refletir sobre o meu desempenho durante o estágio, as aprendizagens e as competências adquiridas.

A apresentação deste relatório, respeita as normas de referências bibliográficas e citações de metodologia científica preconizada no ICS da UCL.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se dividido em: Introdução, onde realizo o enquadramento dos estágios realizados, assim como as principais motivações que conduziram às escolhas dos campos de estágio atrás citados; Desenvolvimento, organizado por módulos, onde darei a conhecer o meu percurso, respeitando a ordem cronológica da realização dos estágios, deixando para último o módulo creditado. Caracterizarei os locais de estágio, mencionando os objetivos delineados, situações de não conformidade e estratégias implementadas e acompanhadas de análise reflexiva, competências adquiridas e apêndices. Concluirei com uma reflexão final.

## 1 – CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE – HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

A minha escolha incidiu no Hospital de São José, por pertencer ao mesmo centro hospitalar onde exerço a minha prática profissional há 13 anos (Hospital Santo António dos Capuchos - HSAC). Desta forma, encontro-me familiarizada e identifico-me com a sua missão “prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) ” REGULAMENTO INTERNO CHLC (2007,p.2), valores e objetivos. Podemos, ainda aferir no art.º 4 do Regulamento Interno do CHLC, que: ”O CHLC é um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecida pela excelência clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como instituição de referência”( 2007,p.3), tendo assim, capacidade de promover e proporcionar diversificados momentos de aprendizagem, devido às suas valências e excelência de serviços. Encontra-se também em processo de acreditação para a Melhoria da Qualidade pelo Programa de Acreditação Internacional CHKS para Organizações de Saúde, tendo como objetivo melhorar a eficácia e qualidade dos cuidados prestados. Pelo anterior exposto, e por considerar que é o local que me poderá proporcionar a aprendizagem e desenvolvimento de competências mais adequado na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, recaiu sobre este a minha escolha.

### 1.1 – MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência do Hospital de São José - Centro Hospitalar de Lisboa Central - EPE, é um serviço de urgência polivalente que presta cuidados gerais e/ ou diferenciados na área da emergência médica, cirúrgica e traumatologia, de acordo com a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/ Emergência (DGS, 2001). Sendo necessário conhecermos as definições: **Urgência** “São todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” e **Emergência** “São todas as situações clínicas de

estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente o compromisso de uma ou mais funções vitais”, para que possamos compreender a lógica de funcionamento do serviço de urgência. DGS (2001,p.7)

A equipa de enfermagem do Serviço de Urgência é constituída por 105 enfermeiros dos quais: 1 chefe; 4 enfermeiros em horário fixo, com funções de gestão; 4 enfermeiros em horário fixo, na prestação de cuidados; 96 enfermeiros em horário rotativo divididos por 5 equipas, existindo na equipa 12 enfermeiros com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, 3 enfermeiros com especialidade em enfermagem de reabilitação e 1 enfermeiro com especialidade em enfermagem de saúde comunitária. Em virtude de o número de doentes que ocorrem ao serviço de urgência ser diferente ao longo das 24 horas, como pude aferir na estatística existente no serviço, as equipas apresentam um número diferente de elementos nos vários turnos. É perceptível a preocupação da enfermeira chefe em fazer uma gestão equilibrada dos enfermeiros, consoante a sua maior ou menor experiência, existindo uma distribuição equitativa dos mesmos pelas equipas, assim como regras no que respeita a trocas entre os enfermeiros.

O método utilizado pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados é o método individual. Mas, sempre que necessário, o trabalho em equipa surge, mantendo sempre uma visão holística do doente e concordando com BERNARDINO (2003), quando diz que prestar cuidados de enfermagem em ambiente de urgência hospitalar é uma das realidades mais agressivas da prática de enfermagem, quer pela dinâmica do próprio serviço, quer pela relação que é estabelecida. Mas, ao ser adotada uma postura de cuidar profissional, com saberes, técnica e visão holística é possível promover a intervenção autónoma do enfermeiro e cuidados centrados na humanização, pois como nos refere SOUSA (2003.p1) “(...) só assim podemos honrar o nosso mandato social e fortalecer a nossa imagem e credibilidade profissional perante os cidadãos, as instituições, os outros profissionais de saúde e, ainda mais importante, perante a nossa consciência”.

Com agrado constatei, que a equipa de enfermagem presta cuidados visando a humanização, promovendo a individualidade e privacidade do doente, pela realização de gestos simples, como, correr a cortina quando procede a um cuidado de higiene ou

quando realiza alguma técnica ou procedimento mais invasivo, e para dar resposta às necessidades afetivas dos doentes e seus familiares, flexibiliza-se o horário de visita e permite-se a permanência de um acompanhante junto do doente, sempre que possível, contrariando o referido por ALMINHAS (2007,p.57) que o serviço de urgência “pelas suas características intrínsecas, a intensidade física e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação continua com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso, é por si só indutor da despersonalização e desumanização dos cuidados prestados”.

No meu projeto de estágio delineei três objetivos, que me conduziram à concretização de diversas atividades, proporcionando-me o atingir e o desenvolver de competências, na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados no âmbito da Especialidade Médico-Cirúrgica, que passo a expor, refletindo sobre as atividades, as experiências vivenciadas, suas implicações e qual o seu contributo para o desenvolver e consolidação das competências adquiridas.

### **1.1.1 – Objetivo I - Prestar Cuidados Especializados ao Doente em Situação Urgente / Emergente e Respetiva Família**

O meu processo de integração iniciou-se progressivamente através de uma visita guiada pelo serviço proporcionada pela Enfermeira Chefe, que me deu uma visão global do mesmo e me despertou para a necessidade de ter um conhecimento mais profundo sobre os diversos setores, pois só assim, poderia dar uma resposta eficaz e eficiente às diversas situações apresentadas pelos doentes com que me iria deparar, prestando cuidados de enfermagem diferenciados e mantendo padrões de qualidade elevados. Durante a visita observei o circuito do doente admitido no serviço de urgência, vindo do ambulatório, após ser acionada a via verde ou entrada direta do doente urgente/emergente em sala de trauma ou reanimação. Concomitantemente, fui conhecendo os protocolos e instruções de trabalho existentes. Efetuei consulta de diversos desses documentos, guidelines e orientações que proporcionam a

uniformização e fundamentação dos cuidados prestados nas diversas áreas de intervenção – registos referentes à troca de filtros HEPA, material nos diversos setores, registo de utilização de estupefacientes, folheto informativo (acolhimento do serviço de urgência) dirigido aos familiares, avaliação do risco de quedas e úlceras de pressão, triagem de Manchester, que é um sistema facilitador que promove o atendimento médico em função do critério clínico e não pela ordem de chegada dos doentes ao serviço de urgência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), via verde AVC e doente coronário, transporte de doentes críticos inter e intra hospitalar e ventilação não invasiva, bem como, a memorização da localização dos equipamentos e materiais mais frequentemente utilizados e qual o seu funcionamento, permitindo-me a apreensão de informação fundamental, que contribuiu para o processo de integração no Serviço de Urgência, elevando a minha capacidade priorização e de atuação atempada perante as diversas situações e prestando cuidados de enfermagem uniformizados e continuados.

Para conseguir compreender como era realizada a gestão dos elementos da equipa, dos recursos materiais, sua manutenção e verificação, passei por todos os setores do serviço de urgência acompanhando e colaborando com os enfermeiros. A observação das funções desempenhadas pelo chefe de equipa, proporcionou-me uma visão global da gestão do serviço, pois se há necessidade de acompanhar um doente crítico a um exame (por exemplo), têm de se proceder a uma reorganização da equipa de enfermagem, decisão essa que é tomada pelo chefe de equipa, só sendo esta decisão possível, porque este tem noção de todo o serviço e de todos os doentes que se encontram aí internados. Este conhecimento é-lhe transmitido durante a passagem de turno, a qual tive oportunidade de acompanhar algumas vezes. Assim, “ a passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria da qualidade dos cuidados (...)”ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001,p.9), e ainda ao longo do turno, pelos enfermeiros que se encontram nos diversos setores do Serviço de Urgência.

A minha integração decorreu sem intercorrências, pois fui recebida por todos – enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e administrativos - de uma forma

acolhedora, facilitando o meu percurso de aprendizagem, apesar da dinâmica de trabalho do serviço de urgência ter sido um fator a superar, uma vez que minha prática profissional tem sido desenvolvida em ambiente de enfermagem e mais recentemente em consulta externa, não estando habituada a uma realidade tão mutável, logo, não conseguia ter um conhecimento aprofundado sobre o doente e família, pois permanecem curtos períodos no serviço de urgência, sentindo que tudo se desenrolava rapidamente. Relaciono este sentimento com o facto do meu percurso profissional ser desenvolvido noutro contexto como acima referi. Todavia este contexto resultou em estímulo para conseguir compreender e funcionar adequadamente na dinâmica do SU prestando cuidados de enfermagem especializados. Para reverter esta situação, consultava os processos dos doentes de forma pormenorizada, conseguindo assim ter um conhecimento mais aprofundado e sentir-me englobada, no plano terapêutico do doente.

Foi-me permitido prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente e respetiva família nos diversos setores do SU, tendo tido oportunidade de cuidar de doentes com patologias variadas tanto do foro médico – edema agudo do pulmão, insuficiência respiratória aguda, depressão do estado de consciência, taquidismias, como do foro traumatológico vítimas de acidente de viação, atropelamento, queda, acidente de trabalho e queimados. O percurso através dos diversos setores permitiu-me conhecer o circuito do doente e família desde a admissão no SU até à transferência ou alta, bem como as necessidades expressas pelos mesmos.

Aperfeiçoei com subtilidade e eficácia, o processo de avaliação, tomada de decisão e intervenção junto do doente e família, detetando pequenas mudanças na situação de doença, assim como necessidades globais do doente e família. De uma forma natural consegui prever necessidades, com base em ténues sinais de mudança no quadro clínico dos doentes, tomando decisões atempadas de forma a evitar o agravamento do seu estado de saúde. SHEEHY (2001,p. 125) diz que “a experiência orienta o enfermeiro na identificação dos sistemas que devem ser examinados em função das queixas do doente. Bom senso, conhecimentos (...) capacidade de aplicar o conhecimento científico à situação em presença, são tudo instrumentos essenciais para o enfermeiro (...). Neste sentido comuniquei à equipa médica e de enfermagem, sinais e sintomas que valorizava

nos doentes a quem prestava cuidados de enfermagem especializados, apoiada em evidência científica, os quais foram reconhecidos como pertinentes, validando a minha atuação. Ao circular no balcão de doentes urgentes e muito urgentes, despertou-me a atenção, um doente sentado numa cadeira, que se apresentava inquieto, com sudorese profusa, inclinação do tronco e a mão sobre o peito e alguma dificuldade respiratória: era um doente crítico. Decidi avaliar sinais vitais (apresentava frequência cardíaca elevada 160 bat/min), informei o médico da situação do doente, da conveniência da realização de um ECG (apresentava uma FA/RVR). Instalei o doente numa maca, cateterizei um acesso periférico, equacionando com o médico para uma possível transferência para o SO no sentido de lhe serem prestados os cuidados necessários à resolução do seu problema de saúde, atempadamente.

Desde o momento da admissão de todos os doentes e respetiva família, com quem estabeleci contacto direto, até a transferência ou alta, desenvolvi a minha capacidade de avaliação decisão e intervenção, tendo identificado situações prioritárias, com base num cuidar holístico que me permitiu prestar cuidados de saúde sob “(...) uma abordagem individual, direcionada para a pessoa que integra todas as partes num todo unificado e significativo” WATSON (2002,p.52). Consegui prestar cuidados especializados a doentes pertencentes a minorias, evitando os estereótipos, adequando os cuidados aos doentes e respetivas famílias, indo ao encontro do que nos refere o artigo 81 da Lei nº do 111/2009 de 16 de setembro, que preconiza:

“O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de:

- a) Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa;
- c) Salvar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida;
- e) Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida;

f) Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”.

Em todos os setores, aos doentes a quem prestei cuidados recolhi dados junto das mais diversas fontes de informação disponíveis: o doente, pessoa que o acompanhava, o processo de transferência, a equipa da VMER ou tripulantes do INEM. Realizei o exame primário e secundário, avaliando e priorizando os cuidados a prestar. A aceitação por parte da equipa de enfermagem permitiu-me realizar diagnósticos e delinear intervenções direcionadas para os problemas identificados, colocando-as em prática, efetuando todas as minhas intervenções com segurança, fundamentando-as nos saberes já adquiridos possibilitando a mobilização de competências. Participei na prestação de cuidados a doentes em paragem cardio respiratória, colocando em prática as guidelines de suporte avançado de vida, indo ao encontro do que está consagrado na alínea 5 do Artigo 12º do Decreto-Lei 161/96 de 9 de setembro, que nos diz que devemos “ assegurar por todos os meios ao nosso alcance a manutenção da vida do utente em caso de emergência”, analisando e refletindo em equipa algumas questões ético-deontológicas no que concerne a esta temática.

Ao receber doentes em sala de reanimação ou trauma, local onde efetuei a maior parte dos turnos deste estágio, realizei todos os passos, desde receber o doente, colher e interpretar a informação transmitida pelos elementos da VMER ou tripulantes do INEM, ou ainda familiares que me auxiliassem na identificação dos problemas, realizando diagnósticos para o priorizar de intervenções, de modo a poder efetuar uma prestação de cuidados eficazes e eficientes. A abordagem destes doentes, é um momento em que o trabalho em equipa multidisciplinar é fundamental. É nesta sala, e durante o ato de triagem, que se realiza uma abordagem sistemática utilizando a metodologia ABCDE, permitindo a realização de atividades com rapidez e segurança, e fundamentadas em evidência científica, procedendo-se à estabilização ventilatória e hemodinâmica do doente, realizando todas as técnicas necessárias para tal: entubação orotraqueal, ventilação mecânica, colocação de drenagens torácicas, colocação de

cateteres centrais, linhas arteriais, trações cutâneas e esqueléticas, tratamento de feridas, entre outros.

Após a realização de todos os procedimentos e exames necessários, é contactada uma unidade de cuidados intensivos para proceder à transferência do doente. Caso não exista vaga, o doente fica nesta sala até ser possível transferi-lo. Tive oportunidade de executar esta operação, (transferência do doente para o serviço de cuidados intensivos) efetivando todos os passos (decisão, planeamento e avaliação), pondo em prática o procedimento de transferência de doentes em estado crítico, que são aqueles que “por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica ”ORDEM DOS MÉDICOS e SPCI (2008,p.9). Participei no acompanhamento de doentes durante os transportes para unidades, realização de TC ou bloco operatório, demonstrando capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar e interdisciplinar de forma adequada. Efetuei registos e fiz transmissão oral de informação que permitisse a continuidade dos cuidados.

No meu desempenho estive sempre presente a adequada gestão dos cuidados prestados ao doente e respetiva família, pois atempadamente acedia ao processo para consultar resultados analíticos e de imagiologia, confirmando ou excluindo possíveis diagnósticos, articulando em seguida com a equipa médica qual a melhor abordagem a efetuar zelando pela qualidade dos cuidados. Geri atempadamente os pedidos de medicação prescrita e não existindo no serviço, providenciava junto da farmácia hospitalar o seu fornecimento, para que a sua administração fosse a mais breve possível. No que diz respeito às dietas fornecidas aos doentes, constatei igualmente a necessidade de promover junto das funcionárias da empresa alimentar o adequado fornecimento das mesmas com o intuito de minimizar incumprimentos no regime dietético que originassem atrasos na realização de exames complementares de diagnóstico ou cirurgias já marcadas.

Ao longo do estágio tive sempre presente uma prática reflexiva e de supervisão que se baseia “(...) em saberes reconfigurados a partir da interação dos saberes adquiridos e reconstruídos com os saberes emergentes resultante da análise das

situações” ALARCÃO (2001,p.19), refleti com a enfermeira orientadora e posteriormente com a equipa sobre a necessidade de sensibilização sobre o tema “infecção cruzada”, como a minorar. Assim, em momentos informais foi relembra da a necessidade da desinfeção das mãos ao passar de doente para doente, tendo sido colocados doseadores com solução alcoólica em locais onde não existiam e que a equipa achou pertinente passar a existir. Esta sensibilização foi alargada aos assistentes operacionais e sublinhada a importância dos doseadores se encontrarem repostos, verificando, posteriormente, que passaram a ter esse ponto em consideração.

Em alguns momentos senti-me elemento de “referência” pela minha prática em tratamento de feridas. Foi-me solicitada colaboração na tomada de decisão da intervenção mais adequada mediante a avaliação de algumas lesões cutâneas, o que fiz apoiando sempre a minha atuação com base em evidência científica. Em outras situações, pude observar intervenções de alguns enfermeiros que poderiam ser melhoradas; assim, preconizando uma formação qualificante, que como MAGALHÃES (2006,p.65) nos refere “é uma formação discreta que não se apoia em programas pré-determinados de formação, mas onde tem lugar a reflexão (...)”, efetuei intervenções pontuais, fundamentando a minha opinião, disponibilizando bibliografia atualizada sobre as temáticas debatidas ( feridas, infecção cruzada, nova bundle cateter central, entre outros) de modo a promover o desenvolvimento profissional e as boas práticas, tendo sempre em mente os padrões de qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros e as intervenções dos enfermeiros enunciadas no artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Sugeri mudanças que foram debatidas e refletidas em equipa.

Refletindo sobre a minha prestação de cuidados, penso que esta foi desempenhada da forma mais correta, conseguindo estabelecer prioridades, adequando os cuidados a cada tipo de doente e a cada situação individualmente, mantendo a humanização. Os cuidados de enfermagem foram sempre realizados de forma atempada e sempre que possível, antecipando o que era necessário, como por exemplo, preparação de material para efetuar alguma técnica.

Demonstrei capacidade de exercer funções de forma adequada na equipa multi e interdisciplinar, fundamentando a minha atuação em evidência científica, com capacidade de reação perante o inesperado gerindo os cuidados prestados, nunca descuidando a presença dos familiares, mantendo o respeito pelos valores ético-deontológicos legislados no Código Deontológico do Enfermeiro.

### **1.1.2 - Objetivo II - Desenvolver Competências na Área da Comunicação com o Doente em Situação Crítica e Respetiva Família.**

Na minha prática, as situações de emergência traumatológica foram até hoje inexistentes, pelo que se me configurava desconhecida a forma de como reagiriam os familiares a estas situações, e após ter observado como os enfermeiros do serviço estabeleciam essa comunicação, confirmei a necessidade de desenvolver competências na área da comunicação, como já tinha delineado no meu projeto de estágio, indo ao encontro do que o CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO preconiza no artigo 84 em relação ao respeito e ao direito à autodeterminação,

“o enfermeiro assume o dever de: a) Informar o indivíduo e a família no que respeita a cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter”,

Para conseguir efetuar uma comunicação adequada senti necessidade de estruturar o meu pensamento e de refletir sobre a minha atuação, assim, realizei um guia de orientação de comunicação (apêndice I), extraído do livro da autora PHANEUF (2002, p.17) que nos diz que “ a comunicação constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira uma vez que ela lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção do mundo que entrava, ou ao

contrário, motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento”. Refleti na comunicação estabelecida com os doentes e familiares, nas situações de stress que vivenciam por ocasiões de doença inesperada, tendo por base a utilização do guia de orientação de comunicação. São momentos em que o défice de conhecimento, dada a indefinição do diagnóstico e/ou prognóstico associado à ausência de informação clínica e alterações súbitas no normal funcionamento familiar, proporcionam o aparecimento de reações inesperadas nos indivíduos. Assim, é necessário desenvolver mecanismos adaptativos para que possamos dar resposta em momentos delicados e para que conseguisse efetua-los foi necessário manter um equilíbrio psicológico com base na autenticidade e congruência que PHANEUF (2002) nos diz ser a capacidade de ser espontânea e aberta, demonstrando consistência entre o que pensa, diz e transparece através do comportamento não-verbal. O conseguir encontrar esta harmonia interna permitiu-me atuar de forma terapêutica estabelecer uma relação com os doentes e família: na maioria das situações fui eu que procurei os familiares de forma a informá-los do que estava a acontecer, ora encaminhando os familiares para o médico para que desta forma fossem esclarecidas todas as dúvidas da parte clínica, ora dando todas as informações referentes a diagnósticos de enfermagem e intervenções a realizar, e logo que possível, acompanhava o familiar mais significativo até junto do doente, explicando-lhe antecipadamente, como este se encontrava, (monitorizado, ventilado, sedado, etc.), com a intenção de o contextualizar na situação, diminuir ansiedades e colhendo ao mesmo tempo o máximo de informação útil para coadjuvar a prestação de cuidados de qualidade. Assim, encaminhava o familiar para o local mais reservado e calmo que tinha disponível no momento, pois na estrutura física do serviço de urgência não foi contemplada nenhuma sala para esse fim, de forma a estabelecer um diálogo com o familiar significativo, esclarecendo as suas dúvidas e recolhendo dados no que concerne a antecedentes pessoais que pudessem ser facilitadores na tomada de decisão do tratamento a efetuar. Para que a comunicação fosse realizada de forma efetiva avaliava o grau de conhecimento existente, identificava se existia algum obstáculo ao processo

de apreensão de informação, para que os pudesse superar e validava se a informação tinha sido apreendida.

Deparei-me também com situações de morte de doentes. Em conjunto com o médico, delineei a melhor estratégia para efetuar a comunicação do óbito à família. Como num caso em que não havia familiares presentes e se tinha conhecimento que a esposa era uma pessoa idosa e que se encontraria sozinha em casa, fiz um telefonema pedindo-lhe o contacto telefónico do filho ou de outro familiar próximo. Obtive assim o número de telefone de um filho o qual foi contactado no sentido de se deslocar ao serviço de urgência, onde lhe foi transmitida a notícia pelo médico com a minha colaboração, tendo-o acompanhado de seguida para que se pudesse despedir do doente e dando-lhe espaço para que pudesse exprimir os seus sentimentos, mas demonstrando que estava presente para o que necessitasse. Atestei assim, a importância dos vários passos na relação de ajuda, podendo com estes auxiliar os familiares a lidar com a situação que se encontravam a vivenciar. As atitudes tomadas foram previamente discutidas com toda a equipa, e realizadas com o acordo da mesma.

Refletindo de forma crítica sobre o meu desempenho, consegui desenvolver competências na área da comunicação, apresentando um discurso fundamentado, demonstrando ter conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação, adequando a linguagem à singularidade da pessoa com quem interagia, demonstrando uma atitude reflexiva durante e sobre a prática. Pois como nos diz INABA, SILVA, TELLES (2005,p.428),

“ Comunicação adequada para os familiares é conversar e receber informações pertinentes ao que o indivíduo quer saber; é entender o que o outro quer transmitir e sentir-se bem atendido, tratado também com carinho e paciência. É aquela em que há informações claras e objetivas; há explicações sobre o estado do paciente e sobre os equipamentos, sondas, cateteres e drenos nele existentes. Existe a necessidade das famílias de se comunicar com a equipe de Enfermagem durante os horários de visita, receber orientações e esclarecer dúvidas, assim como, ter satisfeita sua necessidade de conforto, receber palavras carinhosas e atenção”.

Dizem-nos ainda os mesmos autores que “há necessidade de alguém da equipe de Enfermagem ser referência para os familiares; alguém a quem eles possam recorrer para uma conversa, esclarecimento de suas dúvidas e ser tranquilizados e orientados” (2005,p.429), necessidade que percebi existir no decorrer do estágio, e pelo desempenho fui reconhecida por toda a equipa multidisciplinar como esse elemento de referência.

### **1.1.3 - Objetivo III – Contribuir para a Melhoria da Qualidade de Cuidados Prestados ao Doente e Respetiva Família, através de um Panfleto de como Administrar a Alimentação e Medicação por Sonda Nasogástrica no Domicílio e Encaminhamento para o Centro de Saúde.**

Durante a primeira semana de estágio colaborei nos cuidados prestados aos doentes nos diversos setores, conseguindo também por este meio ter perceção de que áreas poderiam ser intervencionadas para melhorar os cuidados especializados prestados. Para que este diagnóstico de situação fosse mais fidedigno fui informalmente conversando com os diversos elementos da equipa de forma a ter o seu feedback no que concerne à sua perceção das áreas que beneficiariam com intervenção. Após ter realizado este diagnóstico de situação, verifiquei com agrado que, a maioria dos temas que sinalizei foram também identificados por diversos elementos da equipa, e que já se encontravam a ser trabalhados por elementos do serviço.

De entre algumas situações presenciadas, uma das que senti necessidade em que existisse intervenção para melhorar situações futuras, foi a de um doente enviado para o domicílio entubado nasogastricamente, tendo sido apenas feito um pequeno ensino ao cuidador informal, que para ANDRADE (2009,p.2) “ é aquela pessoa sobre a qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida da pessoa idosa dependente e que não é remunerada pelo que faz, nem possui formação específica”, de como manusear a SNG e sem encaminhamento para o Centro de Saúde, existindo assim uma quebra na continuidade

de cuidados necessária para capacitar o cuidador da técnica a executar. Como nos refere SEQUEIRA (2010,p.33) “ a informação e o treino de estratégias para lidar com determinadas situações stressantes afiguram-se como uma necessidade dos cuidadores, à qual os profissionais de saúde devem dar resposta”.

Em conversa informal com a equipa de enfermagem, confirmei que era uma situação que vinha a acontecer com regularidade, e que também eles, identificavam a falta de um meio de apoio para colmatar a necessidade de ensino ao cuidador informal bem como encaminhamento para o centro de saúde. Falei em seguida com a enfermeira orientadora e com a enfermeira responsável pela formação em serviço, que concordaram que este tema fosse abordado, com o objetivo de sensibilizar a equipa para esta temática, pois como nos refere SOUSA os relatórios oficiais indicam uma manutenção do envelhecimento demográfico com o conseqüente aumento de idosos muito idosos que necessitam de cuidados específicos por parte de terceiros (2011), e de proporcionar um instrumento que permitisse aos enfermeiros informar e esclarecer o cuidador principal, que acabou de ser confrontado com uma situação desconhecida e com a qual vai ter que lidar enfrentando enormes dificuldades. Como nos refere HERMANN e CRUZ (2008), a enfermagem tem um papel preponderante no sucesso para a administração de alimentação por sonda nasogástrica, para a sua manutenção e diminuição de riscos de utilização. Sendo assim, realizei um trabalho escrito justificativo da pertinência do tema (apêndice II), elaborei um panfleto elucidativo de como administrar alimentação e medicação por sonda nasogástrica (apêndice II), que permite de uma forma simples e sistemática realizar o primeiro ensino ao cuidador munindo-o de uma ferramenta que lhe possibilita esclarecer algumas dúvidas que possam surgir durante a técnica. Criei uma folha de registo para enviar para o Centro de Saúde (apêndice II), de forma a ser possível dar continuidade aos cuidados especializados iniciados no serviço de urgência, como avoga SOUSA, FRADE, MENDONÇA (2005, p.369) “otimizar o fluxo de informação numa instituição de saúde precisa de ser encarado como uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade de cuidados prestados ao cidadão”, e de forma que os cuidadores sintam segurança, pois percebem que podem contactar com o centro de saúde para colmatar as suas dificuldade,

diminuindo desta forma o stress do cuidador informal, vindo ao encontro do que nos diz SARMENTO,PINTO,MONTEIRO (2010,p. 67) “na visitação domiciliária ao idoso dependente, deverão ser tidos em conta alguns aspetos prioritários, também importantes para a gestão dos cuidados ao idoso e do stress do familiar cuidador”. Elaborei uma lista com os contactos dos Centros de Saúde do concelho de Lisboa pertencentes à área de influência do CHLC (apêndice II), permitindo eficácia no acesso a informação necessária para concretizar a continuidade dos cuidados, possibilitando uma otimização dos recursos humanos e temporais. Elaborei uma Instrução de Trabalho (apêndice II), que permitiu uniformizar procedimentos e melhorar a qualidade dos cuidados especializados prestados.

Elaborei um dossier e uma pasta em suporte informático aonde compilei toda esta informação de modo a ficar acessível à equipa alargada de enfermagem, com intuito de transmitir o máximo de informação. Em complemento a estas atividades realizadas, partilhei também alguns artigos científicos, sensibilizando a equipa para a temática e sua importância, promovendo o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e concomitantemente a melhoria dos cuidados.

Visando ainda a contribuição para a melhoria de cuidados prestados aos doentes, fui subsidiando a equipa com o meu conhecimento/experiência, como sendo: realização de pensos, aplicação de creme barreira, creme hidratante e posicionamentos, contributos, esses realizados em momentos informais de partilha e reflexão de conhecimentos adquiridos através da prática diária e artigos científicos disponibilizados, sensibilizando assim a equipa de enfermagem para as temáticas e promovendo crescimento profissional.

No respeitante aos registos, mais especificamente o registo da Escala de Quedas e da Escala de Braden, dois dos critérios de avaliação de qualidade de cuidados emanados pelo grupo de Padrões de Qualidade de Enfermagem do CHLC, analisei e refleti em equipa a sua importância para a visibilidade dos cuidados prestados aos doentes, constatei posteriormente uma maior adesão dos enfermeiros do serviço a estes registos.

A realização de um diagnóstico de situação correto sobre os déficits e necessidades sentidas pelos enfermeiros do serviço, permitiu-me demonstrar capacidade de intervir adequadamente sobre não conformidades da prática profissional, relacionados com o doente e família, desenvolvendo atividades que me permitiram contribuir para a melhoria dos cuidados.

Assim, como advoga WATSON (2002,p. 52), “o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”.

## 1.2 – MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS / INTERMÉDIOS

O serviço de cuidados intensivos (UCIP 1) do Hospital de São José - Centro Hospitalar de Lisboa Central - EPE, é um serviço polivalente que de acordo com a DGS 2003 é uma unidade de Nível III, pois possui equipas (médicas e de enfermagem) funcionalmente dedicadas, assistência médica qualificada 24horas em presença física, composta por medicina interna, cirurgia e anestesia. A UCIP 1 dispõe de meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, apresentando medidas de controlo de qualidade, sendo local de aprendizagem prática, tanto a nível de enfermagem como de medicina. A medicina intensiva “É uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis” (DGS, 2003.p. 5).

Assim, esta unidade de cuidados intensivos destina-se ao internamento de doentes críticos, do foro médico, cirúrgico e traumatológico dando resposta ao objetivo da medicina intensiva que, primordialmente, se concentra em suportar e recuperar as

funções vitais de modo a poder tratar a patologia que está subjacente para que se possa proporcionar uma vida futura com qualidade ao doente e família (DGS, 2003).

A UCIP1 é uma unidade equipada para receber doentes que necessitem de monitorização e vigilância hemodinâmica contínua, suporte ventilatório e/ou técnicas de substituição renal, recebendo doentes de todo o centro hospitalar, de outros hospitais ou pelo CODU, após contacto telefónico prévio e mediante a existência de vagas.

A equipa de enfermagem é composta por 1 enfermeira chefe, 2 enfermeiras em horário fixo com funções de gestão e 39 enfermeiros na prestação de cuidados em horário rotativo, divididos por 5 equipas, dos quais 8 elementos com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica e 1 em enfermagem de reabilitação. É uma equipa, em que a qualidade dos cuidados prestados se encontra muito presente na sua prática, colaborando ativamente nas três áreas prioritárias da qualidade emanadas pelo grupo de PQCE do CHLC, avaliação e monitorização da Dor, Risco de Quedas, Avaliação do Risco de Úlceras por Pressão.

Continuando o percurso de aquisição de competências e para que pudesse reagir a acontecimentos, situações inesperadas, indo para além do que está “protocolado”, conseguindo ter iniciativas adequadas capazes de acrescentar saberes na prestação de cuidados diferenciados ao doente em estado crítico e família, delineei objetivos para este módulo de estágio que vou passar a expor.

### **1.2.1 - Objetivo I - Prestar Cuidados Especializados ao Doente Ventilado e Respetiva Família**

Sempre tive consciência e confirmei-o desde o momento inicial de que um processo adequado de integração na equipa e no serviço, é facilitador para um bom desempenho profissional. Ao chegar ao serviço, fui recebida pelas Enf<sup>as</sup> Chefe e Responsável pela Formação, que me proporcionaram uma visita guiada ao serviço, na qual me foi apresentada a estrutura física do mesmo, as salas correspondentes aos cuidados nível III e cuidados intermédios e o local onde se encontravam armazenados os consumíveis e restantes equipamentos.

De início prestei cuidados de enfermagem especializados, colaborando na execução dos mesmos com a enfermeira orientadora e restante equipa, tendo sempre presente a imediata necessidade de tomar conhecimento do circuito do doente e respetiva família, diagnósticos de enfermagem e médicos mais frequentes, orgânica da equipa de enfermagem e dinâmica da unidade de cuidados intensivos, protocolos, procedimentos e instruções de trabalho existentes, atividades e projetos desenvolvidos, recursos disponíveis e interiorização dos locais que previamente me tinham sido apresentados.

Identifiquei também, quais as funções específicas desempenhadas por alguns elementos da equipa de enfermagem que vão para além da prestação de cuidados, como pedir medicação, realização de exames complementares de diagnóstico, e quais os elementos de referência para os efetuar, facilitando assim a minha prestação de cuidados mantendo os padrões de qualidade e proporcionando-me dar resposta, às necessidades dos doentes e sua família. Pude colaborar no registo de alguns dados a realizar como registos de tempos de saída dos enfermeiros que acompanham os doentes nos transportes intra e inter hospitalar de entre muitos outros, o que me proporcionou refletir em alguns momentos com elementos da equipa de enfermagem, compreendendo quais as aptidões que estão implícitas para que se efetue uma adequada gestão da unidade de cuidados intensivos, aptidões essas que poderei mobilizar para a minha prática contribuindo para aumentar as minhas competências na área da gestão.

Na prestação de cuidados ao doente em situação crítica e respetiva família realizei-a de uma forma holística e individual, nomeadamente a doentes submetidos a ventilação mecânica e ventilação não invasiva que é “uma técnica de pressão positiva, na qual não é utilizado qualquer tipo de prótese endotraqueal, sendo o interface ventilador/utente feita através do uso de uma máscara ou dispositivo semelhante” (VITAL,BENTO,DUQUE in SILVA,LAGE 2010, p.67), técnica que não me suscitou dúvidas, pois algumas das vivências do anterior campo de estágio proporcionaram-me o prestar cuidados a doentes submetidos a VNI, permitindo-me adquirir competências na área da ventilação não invasiva realizando a sua transferência para o atual contexto.

O facto de a unidade ser polivalente deu-me a oportunidade de cuidar de doentes com patologias do foro médico, cirúrgico e traumatológico, sendo estes últimos os doentes e seus familiares que me “desencadearam” mais stress. São doentes com uma idade bastante jovem, e em que a situação de doença é de causa aguda e com prognóstico reservado com possibilidades de poderem vir a ficar com sequelas permanentes, como se encontra descrito no Manual de trauma do INEM (2002,p.3)

“O trauma é um grave problema de saúde pública. Ele é a principal causa de morte entre o ano de idade e os 40 anos. Além de taxas de mortalidade elevadas, as lesões traumáticas condicionam taxas de morbilidade muito altas, com todas as repercussões pessoais e sociais que essas situações acarretam. Um outro aspeto importante deriva dos encargos económicos resultantes do trauma, quer pelos encargos diretos em gastos de saúde, quer pela diminuição da capacidade produtiva dos indivíduos afetados (o politraumatizado típico é um adulto jovem)”.

No que concerne aos doentes do foro médico e cirúrgico, são doentes perante os quais me senti de início mais apta na prestação de cuidados, porque são portadores de patologias com as quais tenho tido mais contacto ao longo do meu desempenho profissional. Durante todo o estágio tive oportunidade de cuidar de doentes em estado crítico com diversas patologias associadas que me proporcionaram adquirir competências técnicas e mobilizar conhecimentos e competências já adquiridas.

A maior dificuldade com que me deparei foi na interpretação dos parâmetros ventilatórios, na ventilação invasiva. Assim, fiz leituras sobre esta temática tendo em contexto esclarecido algumas dúvidas com a enfermeira orientadora, passando a não ter dificuldade na interpretação dos mesmos. A interpretação correta tanto dos parâmetros ventilatórios, como dos restantes parâmetros passíveis de interpretar, e o olhar global sobre doentes a quem prestei cuidados de enfermagem diferenciados permitiu-me detetar antecipadamente cuidados necessários para que a situação de doença não se agravasse, tendo demonstrado capacidade de zelar pelos cuidados prestados, pois como nos diz CALDAS et al in SILVA e LAGE a instabilidade e a gravidade da situação específica do doente de quem cuidamos determinam um juízo clínico em que as fases de

diagnóstico, intervenção e avaliação têm de ser realizados com a maior eficácia e no menor período de tempo, daí a relevância na aquisição de um conjunto de competências específicas necessárias na presença de dispositivos de monitorização invasivos.

Com o evoluir do estágio aumentei a capacidade de tomada de decisão nas intervenções especializadas ao doente crítico e respetiva família, indo ao encontro do que nos diz MENOITA (2011, p.84) “na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família ou comunidade) ”; melhorei a minha adaptação e intervenção em situações imprevistas e novas; senti maior segurança e autonomia na prestação de cuidados especializados. Estas foram algumas das competências que fui desenvolvendo com o progresso diário na prestação de cuidados de enfermagem especializados, realizando pesquisa bibliográfica atualizada e de acordo com as situações de doença que os doentes apresentavam.

A avaliação constante do doente e respetiva família contribuiu para o planeamento de intervenções especializadas de enfermagem a efetuar e, naturalmente, à satisfação dessas necessidades. Em doentes que apresentavam atelectasia pulmonar, antes de proceder aos posicionamentos observava o RX disponível no processo do doente, identificando qual a área pulmonar mais comprometida para realizar o posicionamento mais adequado, ficando alerta para confirmar que não existiam repercussões hemodinâmicas significativas que conduzissem à necessidade de reposicionamento do doente. Algumas vezes fui questionada sobre o facto de consultar o Rx de tórax, antes de procedimentos como aspiração de secreções e/ou posicionamentos. Perante estas situações recorri á minha capacidade de comunicação, baseada em resultados de investigação que me tinham sido apresentados em sala de aula, mobilizando conhecimentos anteriormente adquiridos de forma, a proporcionar também crescimento profissional na equipa de enfermagem e zelar pelos cuidados.

A formação integrada na prática clínica permite rentabilizar saberes e espaços por forma ao indivíduo formar-se pois experimenta, vive e reflete (BÁRTOLO, 2007). A mesma autora refere-nos ainda que “ a aprendizagem, integrada nas situações de trabalho de cada profissional de saúde, contribui para o desenvolvimento de

competências individuais e coletivas, e para o crescimento da equipa (...) a aprendizagem não se circunscreve a um indivíduo, e num processo dinâmico transfere-se para o grupo (...) (2007,p.19). Partilhando este pensamento, e à semelhança do estágio anterior perante situações específicas dos doentes, proporcionei à equipa de enfermagem subsídios com base na experiência /conhecimentos e em evidência científica na tomada de decisão de como realizar a melhor abordagem a determinado tipo de feridas, que foi mais uma vez a área em que fui reconhecida como elemento de referência.

A comunicação faz parte da natureza e desenvolvimento do ser humano, dando-nos a possibilidade de gerar conhecimento, entendimento, aceitação e comprometimento na ação, e como nos diz FERNANDES (2007,P.47) (...) constitui um ponto crucial na enfermagem, na medida em que permite o relacionamento entre o enfermeiro e os doentes, bem como entre os enfermeiros e os restantes profissionais”. Em toda a minha atuação consegui gerar um discurso fundamentado no que concerne às situações específicas dos doentes a quem prestei cuidados, conseguindo manter uma interação adequada com a equipa multidisciplinar cooperando com esta na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, intervenções autónomas ou interdependentes visando a qualidade dos mesmos.

O tempo de internamento na UCIP1 é muito variado, podendo ser de algumas horas até várias semanas. Maioritariamente os doentes, apresentam, um elevado grau de dependência e falta de autonomia, sem controlo de si mesmo. Encontram-se cercados de pessoas ativas e ocupadas, o que pode promover o aparecimento de sentimentos de isolamento, se agravam com o prolongar do internamento. Os sentimentos depressivos, acompanhados de imunodepressão, colocam o doente num estado de fragilidade e debilitação psicológica, (SOUZA,2004). Pelo que se torna impossível apenas ver a doença e desatender o doente como um todo.

Durante o estágio, reparei num doente que a cada dia que passava apresentava mais sinais de tristeza. Intei-me da sua situação clínica e pessoal mais profundamente, (pois não era um doente que estivesse aos meus cuidados diretamente), percebendo então que era um doente que já se encontrava hospitalizado há vários meses

num outro serviço e que para além disso não residia em Lisboa, era do Alentejo. Estabeleci contacto com o doente, num tom de voz suave iniciei uma conversação, tendo em mente os passos da relação de ajuda respeitando-o, demonstrando estar em relação (através da postura corporal que adotei e de resposta reflexo ao que ia expressando), mantendo e demonstrando disponibilidade intelectual e afetiva de forma a criar empatia com ele, para que expressasse os seus sentimentos. Disse-me então que tinha consciência de que o seu estado era bastante grave. O que verbalizou naquele momento e que sentia mesmo falta, era de ouvir música e de falar com a mãe. De imediato fiz diligências no sentido de lhe proporcionar esse tipo de conforto, falei com enfermeira orientadora que me disse que poderia utilizar a mini aparelhagem que se encontrava na sala de pausa, (coloquei-a junto da sua unidade e sintonizei-a no posto que me pediu), fui buscar o telefone portátil e fiz a ligação para que pudesse falar com a mãe. No final do turno foi gratificante ver no seu rosto um sorriso como nunca tinha visualizado, conseguindo perceber, através da sua expressão facial que se encontrava tranquilo, revelando um semblante sereno que não apresentava antes da minha intervenção.

Em todas as situações de aprendizagem em cenário clínico em que tive oportunidade de estar presente, mantive uma postura participativa de forma a adquirir conhecimentos e competências técnicas que me permitissem prestar cuidados de enfermagem diferenciados. Durante a realização pela cirurgia de um penso abdominal a um doente com lavagem peritoneal onde pude cooperar, para além de me encontrar concentrada na parte técnica, encontrava-me também atenta a todos os parâmetros visíveis nos monitores assim como o fácies de dor que o doente apresentava, informando o clínico, o qual pediu o apoio da anestesia para que a dor do doente naquele momento fosse minimizado.

No decorrer da prestação de cuidados, fui bem aceite pela equipa e mais uma vez como já tinha sido prática no estágio anterior, foi-me possível realizar a mobilização de competências que adquiri pela minha prática; em diversas ocasiões fui solicitada para ajudar na tomada de decisão em relação a qual a melhor abordagem para a realização de pensos específicos e de qual a melhor forma para realizar a proteção cutânea. Efetuei

sempre a minha apreciação baseada em evidência científica e documentando a minha atuação, sendo frequentemente abordada por enfermeiros do serviço em alturas posteriores ao efetuar um determinado tratamento, com intuito de perceberem o porquê dos apósitos escolhidos e a forma de os colocar, continuando assim a contribuir para a promoção do crescimento profissional dos enfermeiros.

### **1.2.2 - Objetivo II – Contribuir para a Melhoria de Cuidados Sensibilizando a Equipa de Enfermagem para a Utilização de Técnicas de Comunicação Alternativa e Aumentativa entre o Doente Ventilado, Enfermeiro e/ ou Família**

Nos doentes ventilados a comunicação verbal encontra-se dificultada pela presença do tubo orotraqueal. Assim, pretendi adquirir e desenvolver competências na área da comunicação não-verbal e saber de estratégias que permitissem ao doente comunicar com eficácia.

A comunicação é essencial para a realização de cuidados com qualidade, pois como nos diz FERNANDES (2007,p.48)

“A comunicação é (...) considerada como pedra angular dos cuidados de enfermagem e é a área onde os enfermeiros dedicam a maior parte do seu tempo. É essencial que esta seja calorosa e adaptada à situação particular do doente, pois é muito mais que a simples transmissão de informação, revelando-se o fulcro dos cuidados de enfermagem”.

Dada a impossibilidade dos doentes ventilados comunicarem oralmente, senti a necessidade de relembrar técnicas de comunicação descritas na literatura e já validadas, colocando-as em prática, indo ao encontro de necessidades também por mim percebidas no que toca à comunicação entre doente e família, a qual também manifesta dificuldades na expressão de comunicação com o seu doente. Concordando com MOLTER, (1979) citada por NOVAIS (2010) diz-nos que, a participação dos

familiares é uma mais-valia no processo terapêutico e indicativo de qualidade nos cuidados, daí a importância desta abordagem. Por isso, é importante a comunicação dos familiares com os profissionais bem como, os profissionais facilitarem a comunicação entre os familiares e o doente.

A dificuldade na comunicação por parte do doente ventilado é elevada, provocando ansiedade, podendo esta barreira ser ultrapassada utilizando uma linguagem verbal calma, pausada, suave, tranquila e com clareza na voz, assim como utilizando estratégias de comunicação alternativa e aumentativa, ou traçando algumas estratégias como sendo a otimização do ambiente envolvente (luminosidade, ruído, períodos de repouso); a descodificação da linguagem corporal (o piscar de olhos, o contorcer-se, o esboçar de um sorriso, um franzir de testa) e utilizando materiais já existentes no serviço, mas que por vezes não se aplicam como pranchetas, quadro mágico, alfabeto, cartões, computador. A aplicação da estratégia de comunicação variou consoante as características do doente e família, tendo em atenção os “deficits” que apresentava, idade, iliteracia..., auxiliando-me na manutenção de uma comunicação efetiva com o doente e proporcionei uma maior proximidade e interação entre os familiares e o doente. Neste sentido, PHANEUF (2005) recorda-nos de que devemos ser observadores em relação aos sinais físicos, criativos utilizando estratégias inovadoras, mantendo a assertividade e empatia para compreendermos e fazermos-nos compreender pela pessoa doente, utilizando técnicas de comunicação alternativa e aumentativa.

Ao interagir com os doentes ventilados a quem prestava cuidados, fui utilizando as várias estratégias possíveis, processos facilitadores, como a comunicação alternativa e aumentativa, na prestação especializada de cuidados, conseguindo perceber quais as suas necessidades e preocupações, conduzindo os cuidados para ir ao encontro destas. Assim sendo, demonstrei disponibilidade, permanecendo junto do doente, adotando uma atitude de compreensão e de escuta ativa. Recordando-me de uma situação, um doente jovem que tinha sofrido um acidente de viação, encontrando-se ventilado por traumatismo torácico. Ao despertar não conseguia perceber onde se encontrava, e não podendo falar por se encontrar entubado orotraquealmente, fiquei junto dele e avaliei qual a melhor estratégia de comunicação, assim percebi que o quadro mágico seria o

indicado, através do qual o doente foi formulando as suas perguntas e eu em tom calmo e pausado fui esclarecendo as suas dúvidas indo desta forma ao encontro das suas necessidades.

Elaborei um procedimento sectorial (apêndice III), realizando uma sistematização dos passos a seguir para a concretização de uma comunicação ajustada ao doente ventilado, no qual coligi a lista de material auxiliar de comunicação disponível no serviço. Apresentei o procedimento à equipa durante as passagens de turno, que como nos diz BÁRTOLO, são momentos que não se circunscrevem a uma simples reunião de enfermeiros, onde se transmitem informações clínicas, são momentos de destaque para partilha de informação técnica e científica, decorrente de participação exterior, que origina (re)definição de estratégias (2008), o qual permitiu relembrar a existência desse mesmo material auxiliar de comunicação que possibilita uma comunicação mais perceptível e fluente, aumentando a qualidade dos cuidados já existentes.

Ao longo do estágio percecionei que muitas das estratégias passaram a ser utilizadas com mais frequência, promovendo assim uma maior interação por parte do doente tanto com os profissionais como com os familiares e ainda um maior envolvimento do doente no seu processo terapêutico.

A capacidade de comunicação efetiva confere ao doente o poder de partilhar a mensagem desejada. Atestando esta ideia, e ao percecionar, que um doente e sua família não estavam a conseguir estabelecer relação por meio da conversação, aproximei-me, falei em tom calmo tentando tranquiliza-lo, paralelamente avaliei qual a estratégia adequada a utilizar, optei pelos cartões ilustrados. Proporcionei então este método alternativo de comunicação ao doente e família, explicando-lhe em simultâneo como funcionava. No final foi compensador apreender que os intervenientes em questão, conseguiram entrar em relação, pois o canal de comunicação foi adequado para a sua concretização, demonstrando sagacidade na avaliação e prestação de cuidados especializados.

Sinto que este estágio contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal, contribuindo para a aquisição de competências na área da comunicação e de especialista

em enfermagem médico-cirúrgica, tendo também, promovido o desenvolvimento profissional dos enfermeiros da UCIP 1, do Hospital de São José.

### **1.2.3 - Objetivo III – Contribuir para a Melhoria dos Cuidados Através da Promoção de Reflexão Sobre “ Como Transmitir Más Notícias ao Doente e Respetiva Família”.**

Os enfermeiros possuem um papel preponderante no cuidar, pois transmitimos motivação e ajudamos a encontrar um sentido para a vida que foi abruptamente alterada. Sabemos que mesmo com todo o nosso zelo não podemos alterar o curso de cronicidade da doença ou muitas vezes a evolução até ao último estadió a morte, corroborando com HESBEEN (2000,p. 28,29), “a representação que o prestador de cuidados tem da doença, da interpretação que faz dela, vai influenciar fortemente a sua prática, que consiste em acompanhar alguém na sua vida, por vezes até ao fim”. O conhecer das necessidades, a sua satisfação, o proporcionar conforto, muitas vezes numa primeira abordagem da situação sentimos que nada mais se pode fazer. Mas ao refletirmos na essência do nosso desempenho, há sempre algo mais para oferecer, assim como nos diz HESBEEN (2000,p. 47), “(...) os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas”.

Necessitando de cuidados encontram-se igualmente os familiares, pois o vivenciar do internamento do seu doente que se encontra em estado crítico pode comprometer a homeostase do sistema familiar, uma vez que a família tem de lidar com um ambiente desconhecido e de acesso restrito, tendo de comunicar com uma equipa multidisciplinar, com papéis na prestação de cuidados distintos que a família desconhece, com um prognóstico reservado e a possibilidade da morte de alguém que lhes é próximo CASARINI (2009), o que permitiu confirmar a pertinência de um dos meus objetivos “transmissão de más notícias”, que como diversos autores LEAL (2003); VITORINO, et.al (2007); LOPES e GRAVETO (2010) nos referem é

importante como a informação é transmitida e que esta seja sempre efetuada de forma uniforme por todos os profissionais.

Tendo como premissa que má notícia é “ sempre aquela que afeta negativamente as expectativas de vida da pessoa, devido a uma situação vivenciada diretamente ou com alguém próximo” PEREIRA (2008, p.30), estas notícias poderão ser devastadoras pelas repercussões físicas, sociais e familiares e constatei por meio de conversa informal com alguns elementos da equipa de enfermagem e pela minha minha perceção direta, que o ato de as realizar continua a ser uma área com muitas reservas por parte da equipa de enfermagem do serviço, desvinculando-se desses momentos, deixando ou para o chefe de equipa ou para os médicos, SOUZA (2004, p. 65) ilustra esta ideia ao afirmar que o enfermeiro

“(…) é submetido a diversas pressões: carga excessiva de trabalho, peso da responsabilidade de suas ações, episódios de extrema tensão, envolvimento constante com a dor, a perda, a morte. Muito poucos conseguem lidar com esse cotidiano de forma imparcial, e muitos desenvolvem mecanismos de defesa, entre eles a negação e a fuga. O resultado é uma atuação fria, distante, despersonalizada, que evita qualquer envolvimento emocional.”

Assim é necessário que este ciclo se desvaneça, para que se possa estabelecer um processo em que o enfermeiro, doente e família se escutem mutuamente validem os respetivos pontos de vista, para que se possa ajudar o doente e família a concretizar as necessidades que vão consciencializando, negociando e desenvolvendo em conjunto as estratégias que vão surgindo e colocando-as em curso.

Tendo sido uma área que percecionei como deficitária na equipa de enfermagem e após aferir a necessidade de intervenção junto da equipa de enfermagem, com a enfermeira chefe, responsável pela formação e orientadora, propus-me realizar uma abordagem que proporcionasse o desenvolvimento da equipa, para isso, fiz pesquisa bibliográfica sobre esta temática e realizei um trabalho escrito ilustrativo da mesma (apêndice IV), o qual se encontra acessível a toda a equipa de enfermagem. De forma a sistematizar e uniformizar os cuidados realizei uma instrução de trabalho (apêndice V) e em seguida promovi um momento de reflexão sobre o mesmo com a equipa de

enfermagem, que foi agendado para um dia e hora específica conferindo-lhe atributos de formação em serviço que se caracteriza, “ (...) por envolver uma dinâmica formativa de carácter formal, mas localizada no espaço do serviço; corresponde a uma descentralização da formação (dos centros de formação para as unidades de cuidados) (...)” ABREU (1994) citado por BARTOLO (2007, p.26). O momento de reflexão, por mim promovido na UCIP 1, consistiu na apresentação de uma estratégia facilitadora no que concerne à transmissão de más notícias (apêndice VI), pois esta pode ser encarada como uma técnica, tendo sido gratificante constatar que após a sua apresentação, existiu um momento de debate entre os elementos presentes, tendo emergido desde esse momento a necessidade de estabelecer estratégias pessoais para colocar a instrução de trabalho em prática, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados, confirmando desta forma a ideia transmitida por BARTOLO (2007,p.26) “(...) a reflexão conjunta de uma mesma equipa sobre os problemas globais de uma dada família ou individuo, a procura partilhada de soluções,(...) são modalidades a não desprezar, apesar das dificuldades de conciliação, com as exigências da atividade profissional diária”. Após este momento reflexivo, no qual participaram 10 elementos, foi realizada a avaliação do mesmo através de um questionário com perguntas fechadas, podendo afirmar pelos resultados obtidos, que o tema era de interesse e oportuno por parte da equipa, trazendo contributos para a prática diária melhorando os cuidados e que demostrei conhecimentos atualizados na área transmitindo-os de forma eficaz e eficiente (apêndice VII). Contudo não foi possível ter presentes mais elementos da equipa devido à orgânica do serviço, atravessava-se um tempo conturbado na UCIP1, com alguns elementos de férias, vários elementos de licença de parentalidade e outros impossibilitados de estar presente, pelo utilizei uma nova abordagem, optando por deixar os diapositivos em local acessível aos restantes elementos com conhecimento da enfermeira responsável pela formação, que ficou com a responsabilidade de realizar a divulgação do local onde se encontravam os diapositivos e ficou a minha disponibilidade para ir realizar novos momentos reflexivos em data que a equipa considerasse oportuna.

### 1.3 – MÓDULO III – ENFERMAGEM GERIÁTRICA – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

Iniciei a minha atividade profissional, a 1 de setembro de 1998, no Hospital Santo António dos Capuchos, no serviço de Medicina II, onde me mantenho até à data, no entanto o serviço mudou de nome, dada a incorporação do serviço de Dermatologia do Hospital do Desterro em outubro de 2005, passando a chamar-se Medicina III/ Dermatologia englobando as duas áreas de atuação em internamento no mesmo espaço físico, incluindo igualmente a Consulta Externa de Dermatologia e a Unidade Cirúrgica de Ambulatório Dermatológica, em espaço complementar.

Paralelamente durante o período de outubro de 2004 a março de 2009, exerci funções no centro de saúde Coração de Jesus em regime de acumulação de funções.

No centro de saúde desempenhei funções de acordo com as competências do Enfermeiro graduado, em todas as valências na prestação direta de cuidados.

Balizando a minha atuação, esteve sempre o conhecimento e respeito pelos valores, políticas e procedimentos da instituição.

- Promoção da qualidade dos cuidados: atuei de forma a mobilizar os conhecimentos científicos e práticos, desenvolvidos ao longo dos anos, adequadamente avaliando e responsabilizando-me pelas minhas intervenções, tendo sempre capacidade de iniciativa e criatividade para dar resposta mesmo nas situações inesperadas, mantendo sempre a calma e assertividade.
- Promoção do interesse da restante equipa para que esta se tornasse cada vez mais coesa, fomentando a harmonia, a cooperação e a comunicação.
- Promoção de troca de experiências e saberes por meio de ações de formação tanto como formadora como formanda.

A nível hospitalar concomitantemente com a prestação direta de cuidados tendo desde o ano 2000, assumido a função de responsável de turno por não existir equipas fixas no serviço e passei a 1º elemento de uma equipa a quando da criação das mesmas em setembro de 2005. Mantive-me nesta função até março de 2009, alterando-se esta

situação por ter passado a horário fixo, passando a colaborar mais na área da consulta externa de dermatologia na prestação de cuidados e colaboração na área de gestão de recurso materiais e elementos da equipa, mas mantendo sempre ligação ao serviço de internamento.

Concordando com BENNER (2001) A experiência é necessária para a perícia e é com a observação direta do doente ao longo dos tempos que proporcionam o desenvolver de capacidades minuciosas, que permitem reconhecer mudanças fisiológicas e antecipar situações irreversíveis. Segundo LE BOTERF (2003,p.22) "Aquele que domina um ofício possui um conjunto de conhecimentos e habilidades específicos provados pela experiência. O conjunto de saberes funda a identidade profissional, e o futuro de quem domina um ofício se inscreve na perspectiva de uma orientação profissional à qual ele aspira progredir".

Ao longo de 12 anos de exercício profissional em contexto de um serviço de internamento de medicina, que segundo COSTA (2005) in CABETE (2005,p.XIX) "os idosos são tradicionalmente "localizados" nos serviços de medicina dos hospitais (...) os números não enganam e confirmam esta afirmação", foi-me possível evoluir e desenvolver competências que possibilitaram a creditação do Módulo III na vertente Geriatria pelo Conselho Científico da UCP-ICS. Ao longo dos anos, o percurso que fui desenvolvendo tanto a nível da prestação de cuidados como da formação, têm-me proporcionado realizar a minha atividade de forma dinâmica, aprofundando conhecimentos, proporcionando-me o desenvolvimento de competências e saberes na área de especialização médico-cirúrgica, pois tenho desenvolvido várias atividades e demonstrado competências do conteúdo funcional do enfermeiro especialista (Artigo 7º do capítulo II do Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro)

- a) Prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando especificamente junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco (...);
- b) estabelecer prioridades de intervenção do enfermeiro no atendimento do doente em situação de urgência;
- c) definir e utilizar indicadores que lhe permitam assim como à equipa de enfermagem, avaliar, de forma

sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (indivíduo, família, grupos e comunidades) e introduzir as medidas corretivas julgadas necessárias; h) elaborar o relatório das atividades de formação em serviço; i) colaborar nos projetos de formação realizados no estabelecimento ou serviço; j) realizar ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem.

A equipa multidisciplinar do serviço de medicina interna e dermatologia orienta a sua prestação de cuidados de acordo com a missão do CHLC

“A atividade do CHLC assegura a cada doente, cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente”, com o objetivo de “prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado” RICHLC (2007,p.3).

O Serviço de Internamento de Medicina<sup>3</sup>/Dermatologia recebe doentes provenientes do serviço de Urgência do Hospital de São José e da Consulta Externa de Dermatologia e com acordo prévio, doentes de outros serviços ou Urgências nomeadamente Urgência de Hematologia e Oncologia do Hospital Santo António dos Capuchos. Assim, os doentes apresentam patologias bastante diversificadas, sendo as mais comuns a doença cardíaca, neoplásica, respiratória, cérebro vascular, infecciosa, dermatológica e hematológica. Os doentes internados no serviço apresentam uma média de idades total de 72.3 anos, em que a dos homens é de 67.8 anos e a das mulheres é de 75 anos. A faixa etária dos doentes pode variar dos jovens com mais de 17 anos até aos idosos, sendo as idades predominantes entre os superiores ou igual a 80 anos, conforme podemos constatar na estatística de internamento do serviço (anexo I).

Os idosos passam por períodos de internamento motivados por doença aguda ou por situações crónicas agudizadas, colocando-os em situação crítica, necessitando de cuidados especializados em que os enfermeiros atuam com a segurança de que “ tudo o

que resta de capacidade de vida pede e exige ser constantemente mobilizado – isto é até ao limiar da morte – a fim de que as energias vitais prevaleçam sobre os obstáculos da vida.” COLLIÈRE (1999, p.239)

Ao longo do meu percurso, a minha atividade profissional englobou a prestação de cuidados, a colaboração na área de supervisão e gestão de elementos da equipa, gestão de cuidados e recursos materiais, assim como na área de formação em contexto de trabalho. Todas estas atividades pautaram-se de dinamismo que me proporcionaram inúmeras oportunidades de aprendizagem, aprofundamento de conhecimentos, consolidação e desenvolvimento de competências na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A medicina Interna “Deve ser considerada como valência básica entre as básicas, tendo como função reintegrar conhecimentos dispersos pelas diferentes especialidades ou subespecialidades que dela nasceram; a Medicina Interna deve permitir integrar e coordenar patologias, tratando o doente como um todo”. (SPMI,1986), tendo “três papéis fundamentais no hospital de agudos:

- a)Diagnóstico e tratamento de doentes do foro médico da responsabilidade do serviço;
- b)Colaboração e aconselhamento no tratamento dos doentes tratados por outras especialidades médicas e cirúrgicas;
- c)Participação, com papel nuclear e integrado na equipa de tratamento intensivo”. (SPMI,1986)

Advindo desta premissa, são as equipas multidisciplinares dos serviços de medicina interna as mais capacitadas para cuidarem de idosos, para o realizar de uma forma holística como o idoso deve ser abordado no seu processo de doença, pois, o idoso possui “formas diferentes de enfrentar a vida/doença, já que têm consciência que o fim pode estar perto e cada um enfrenta esta realidade de forma distinta, o que exige do enfermeiro, ainda mais, o aprender a “cuidar” ” (RABIAIS,2011).

É necessário que cada profissional que no serviço exerce funções tenha consciência da necessidade constante de atualização da formação de base, para assim desenvolver conhecimentos teóricos e práticos, para que se tornem saberes e

competências que auxiliem e fundamentem as tomadas de decisão, e com eles que possam ser prestados cuidados individualizados aos doentes visando a qualidade dos mesmos. Como nos diz HESBEEN (2000, p.139) “desenvolver o saber-tornar-se e alimentar a capacidade de inferência do artífice inscreve-se num processo permanente que permite à enfermeira e ao enfermeiro aumentar as suas competências pessoais na prestação de cuidados a doentes e seus familiares”.

No meu desempenho diário, os cuidados prestados aos doentes e suas famílias são administrados de forma global e holística e com uma metodologia individual de trabalho, pois é esta a que está implementada no serviço.

Num serviço de medicina onde se encontram internados idosos em situação de doença aguda com variadas patologias e faixas etárias, é necessário que todo o desempenho seja balizado pelo crescimento de saberes e competências visando a qualidade dos cuidados que concordando com MEZOMO (2001,p.73) é “um conjunto de propriedades de um serviço que o tornam adequado à missão de uma organização concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas dos seus clientes”, e também visando a humanização e como nos diz BERMEJO (2008,p.10)

“ O mundo formado pela área de saúde e pelo sofrimento produzido pela enfermidade é um lugar onde se sente essa necessidade mais agudamente. Talvez seja justamente a vulnerabilidade imposta pela natureza e a fragilidade experimentada diante da enfermidade, que desencadeia o desejo são de responder ante o outro à *medida do homem*”.

Desta forma, diz-nos o artigo 89º do Código Deontológico que “ O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;
- b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.”

Quando nos encontramos perante uma pessoa internada, devemos vê-la como um ser único integrado numa família e sociedade, a qual poderá ter ou não recursos para a acolher.

O doente que se encontra fragilizado, assustado, em desconforto e sofrimento espera, que da parte do pessoal que dele cuida haja atenção, competência, respeito e dignidade. Concordando com RENAUD (2010,p.6)

“ Uma das características do trabalho de enfermagem, (...), é a presença contínua, sempre pronta a responder o mais cedo possível a qualquer pedido do doente. (...) Desta permanência temporal nasce também a possibilidade de uma proximidade mais do que especial, como se o tempo objetivo da permanência no serviço de enfermagem possibilitasse uma presença ativa, silenciosa, mas carregada de uma atenção ética.”

Partindo deste pressuposto, toda a minha atividade é desenvolvida, com o envolvimento dos familiares nos cuidados a prestar aos doentes, promovendo ensinamentos, tendo em vista a sua autonomia, pois são estes muitas vezes que vão cuidar dos seus familiares que estabilizam a sua situação de doença mas que ficam com déficits que não possuíam.

Assim, a minha prestação de cuidados para além da satisfação de necessidades orgânicas tem visado a satisfação das necessidades emocionais (inclusão, controlo e afeição), proporcionando com a maior brevidade a vinda dos seus pertences pessoais para que a despersonalização que poderão ter sentido no momento do internamento com o despojar dos seus bens seja minimizada ou anulada. O preservar da sua autonomia, mantendo o direito que lhe assiste em tomarem decisões sobre si próprio e sobre o plano terapêutico preconizados para si. Foi também contemplado o alargamento do período de visitas.

Surgiu em mim a necessidade de estruturar uma prática que já desenvolvia no que concerne ao ensino dos cuidadores principais que devem ser inseridos segundo SARMENTO,PINTO,MONTEIRO (2010, p.54) “ (...) na perspetiva holística da família, (...) integrado na equipa de saúde como recetor de cuidados e parceiro no cuidar do seu ente querido”, assim, visando a preparação do regresso a casa dos idosos não autónomos, pois como nos referem os mesmos autores, nos hospitais não existe lugar para o completo restabelecimento da pessoa doente e “com o aumento do envelhecimento demográfico e consequente procura de apoios hospitalares, cada vez

mais são dadas altas precoces, o que leva muitas vezes à saída de doentes de instituições hospitalares, com graus de dependência muito marcados” (2010, p.65).

Desta forma, e em colaboração com alguns elementos da equipa de enfermagem foi elaborado um guia de apoio ao idoso dependente no domicílio, e inclusão do cuidador principal nos cuidados. Esta inclusão do cuidador principal a nível dos cuidados prestados durante o internamento, precisava ser validada. Assim, foi criada uma grelha de avaliação e validação dos ensinamentos realizados, pois cada vez mais se preconiza ser esta uma área, em que devemos aprofundar os nossos conhecimentos e demonstrar consistência crítica sobre a problemática do idoso dependente no domicílio.

Na consulta externa de dermatologia os doentes que são alvo dos meus cuidados, são doentes em que a faixa etária em média tem uma amplitude maior do que no internamento mas no caso de doentes de úlcera de perna “a sua prevalência aumenta com a idade, sendo superior a 4% em pessoas acima dos 65 anos” ABBADE, LARTORIA (2006, p. 510). São doentes que passam meses seguidos a deslocar-se ao serviço entre duas a três vezes por semana, encontrando-se a maioria das vezes em sofrimento físico mas principalmente em sofrimento psicológico. A pele além de ser o maior órgão do corpo humano é o principal órgão de relação com o outro. Por este motivo é necessário que ao despenhar as minhas atividades, e para além das minhas competências científicas e técnicas a minha competência relacional esteja presente, abordando questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família.

São doentes que têm uma necessidade crescente de comunicar, uma vez que são muitas vezes marginalizados, quer nas suas relações pessoais, quer profissionais, o que os leva a questionar sobre a sua doença, quais as implicações que esta terá a longo prazo, se levará muito tempo a melhorar e se vai ficar curado. A atestar estes sentimentos refere-nos NEIL (2001) citado por SOUSA (2009,p. 29) ” A pele danificada pode ser questionável aos outros, estando, por vezes, conotada às noções de contágio, falta de higiene, e resultar em sentimentos auto depreciativos, de vergonha e isolamento”.

Perante esta realidade, é necessário que a relação interpessoal que com eles estabeleço seja pautada por uma comunicação adequada, para que assim, sem que estes percam a esperança, possa estabelecer uma relação de ajuda com base nas suas atitudes fundamentais, para que possam encontrar mecanismos para ultrapassar as situações de doença em que se encontram e para que tenham uma melhor qualidade de vida. Para que a interação com o doente e família seja possível, a produção de um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara e apresentar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área, são competências que estão presentes no meu agir diário.

Desta forma, para além da componente técnica dos cuidados, tento que a humanização dos mesmos nunca seja descurada, pois como nos diz PEREIRA (2009,p.21)

”A dimensão humanista dos cuidados da ciência de enfermagem está intimamente relacionada com o aspeto central dos cuidados: a interação da pessoa enfermeiro com a(s) pessoa(s) cliente(s). É um facto que sem interação entre o enfermeiro e o cliente, num determinado ambiente (físico, social, político, cultural...) não existem cuidados de enfermagem”.

Assim, e pensando nos atributos do enfermeiro graduado, a excelência dos cuidados preconizados pelos padrões de qualidade da instituição para o desempenho dos enfermeiros, enumero as atividades relacionadas com os cuidados de enfermagem que penso traduzirem melhor o meu desempenho diário:

- Acolhimento no serviço do doente e pessoa significativa;
- Obtenção e interpretação de dados que me permitam a identificação das necessidades do doente que se traduzem em cuidados de enfermagem;
- Realização de planos de cuidados após identificação das necessidades do doente;
- Execução das intervenções constantes no plano, para atingir os resultados esperados e realização do registo das mesmas;
- Avaliação da eficácia das intervenções realizadas
- Observação e análise de condicionantes que possam influenciar os resultados;
- Reestruturação do plano de cuidados sempre que se justifique;

- Prestação de cuidados específicos com rigor técnico e científico (realização de pensos específicos, fototerapia, colaboração na realização de toracocentese, colocação de dreno torácico, mielograma e biopsia óssea, punção lombar, entubação orotraqueal, apoio na realização de diversas técnicas dermatológicas como sendo biopsia cutânea, laser, excisões, shaving, infiltrações por dermojet ...)

Demonstrando assim capacidade de gestão e interpretação, adequada da informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na assistência do doente e respetiva família.

- Participação em manobras de reanimação cardiorrespiratórias, medidas de suporte básico e avançado de vida segundo as recomendações 2010 para a reanimação do European Resuscitation Council, algumas das quais como team-leader por ser considerada pela equipa com mais competência para tal.

Demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização, e decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas;

- Transporte de doentes em situação agudizada/crítica para unidades de cuidados intensivos, seguindo os procedimentos internos do CHLC, pondo em prática o procedimento de transporte de doentes críticos intra e inter hospitalar

Demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar

- Avaliação da dor como 5º sinal vital, interpretação e aplicação de medidas, tanto farmacológicas como não farmacológicas para a diminuir ou erradicar
- Informação e apoio aos familiares dos doentes internados;
- Estabelecimento de uma relação terapêutica com doente/ família com base na comunicação, relação interpessoal com vista à humanização:
  - ◆ Comunicando sempre tendo em consideração o ser único com quem queremos estabelecer uma relação

- ◆ Estabelecendo uma relação empática com doente/família (familiar significativo)
  - ◆ Observando a comunicação não verbal
  - ◆ Envolvendo a família no processo de doença do doente
  - ◆ Respeitando o doente/família como um ser único com as suas expectativas, cultura e crenças.
- Elaboração de registos;
  - Participação na transmissão de ocorrências tanto escritas como oralmente;

Demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas crenças e pela sua cultura;

- Conhecimento e cumprimento de procedimentos e normas hospitalares;
- Continuidade dos cuidados de saúde:
  - ◆ Capacitação do doente/família da situação atual através de ensinios
  - ◆ Validação dos ensinios realizados
  - ◆ Preparação para a alta desde o momento da entrada, incentivando o envolvimento do doente e família
  - ◆ Realização de todas as diligências de encaminhamento do doente para o centro de saúde, ou para os apoios existentes na comunidade que possam ser úteis ao doente e família, realização da carta de alta.

Zelando pela qualidade continuidade e dos cuidados prestados

Refletir na e sobre a prática, de forma crítica é uma competência que tenho sempre muito presente que ponho em prática todos os dias, levando-me a realizar pesquisa bibliográfica adequada à situação concreta que me proporcionou a reflexão, proporcionando o meu autodesenvolvimento, e em momento posterior partilho a minha reflexão com a restante equipa conseguindo desta forma estimular os restantes elementos a refletirem sobre diversas temáticas, para que assim, possam evoluir tanto pessoal como profissionalmente.

Na área da gestão, o meu principal desempenho foi desde muito cedo ter ficado como elemento responsável de turno e de seguida com a coordenação de uma equipa de enfermeiros e no momento como responsável pelo setor de fototerapia.

Com o evoluir do tempo fui conseguindo, de maneira responsável, superar este grande desafio que me proporcionou desenvolver competências em várias áreas como sendo, liderança, supervisão e gestão de cuidados e integração de novos elementos. E que especificamente são:

”Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização; Exercer supervisão do exercício profissional na área de especialização; Realizar a gestão dos cuidados na área de especialização; Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, no âmbito da área de especialização; Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; Colaborar no processo de integração de novos elementos; Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de especialização.”

(regulamento geral da UCP-ICS/ESPS)

Passo a enumerar as atividades que realizo durante o meu desempenho que possam ser ilustrativas do adquirir as competências nas áreas acima referidas:

- Colaboração na distribuição dos elementos da equipa de acordo com as necessidades dos doentes;
- Colaboração e orientação dos cuidados prestados aos doentes pelos meus pares, apoio na prestação dos mesmos e esclarecimento de dúvidas;
- Orientação e supervisão dos cuidados prestados e tarefas realizadas pelos assistentes operacionais;
- Supervisão de tarefas realizadas por elementos que colaboram no serviço nomeadamente copeira e equipa de higiene e limpeza;
- Supervisão de normas e procedimentos institucionais na prevenção e controlo da infeção hospitalar;
- Promoção do meu desenvolvimento e crescimento e dos meus pares;
- Promoção de iniciativas, mudança e melhoria na qualidade;

- Promoção dos valores, ética e respeito pela prática profissional;
- Motivação, organização e assertividade para a realização do meu desempenho e para lidar com situações inesperadas;
- Transmissão de otimismo e autoconfiança mesmo sob stress, assumindo sempre total responsabilidade pelas minhas opções e ações;
- Colaboração com novos elementos no serviço;
- Promoção do trabalho em equipa com todas as gestões de conflitos que daí possam advir, com vista a qualidade dos cuidados e o bem-estar de todos os elementos;
- Promoção da continuidade dos cuidados com base numa adequada comunicação e vendo o doente/família como uma unidade funcional e única.

Na área de gestão de recursos materiais tinha a responsabilidade da sua correta gestão de acordo com a necessidade dos cuidados e reposição de stock, durante os meus turnos e também a verificação do adequado manuseamento dos equipamentos e se não se encontrassem em conformidade providenciava a sua substituição ou manutenção. Na consulta externa colaboração na supervisão do adequado funcionamento e manutenção dos equipamentos. Colaboração na correta gestão e reposição de consumíveis.

Na área da formação em contexto de trabalho mantive-me em constante atualização, realizando-a através da leitura de artigos pertinentes que partilhei com os meus pares.

Realizando ainda outras atividades, como sendo:

- Realização de ações de formação no serviço como forma de partilha e reflexão de saberes tanto como formadora como formanda;
- Elaboração do guia de integração de novos elementos;
- Participação em ações de formação como formanda no Centro de Formação do HSAC, bem como em congressos sobre diversos temas;
- Colaboração na orientação de alunos do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem (atividade desenvolvida no centro de saúde em que exerci funções)

Estas atividades desenvolvidas conjugadas com o meu empenho individual de desenvolvimento permitiram-me adquirir as seguintes competências descritas no regulamento geral da UCP-ICS/ESPS.

“Manter, de forma contínua e autónoma, o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica; Comunicar aspetos complexos no âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral; Identificar as necessidades formativas na área de especialidade; Promover formação em serviço na área de especialização; “

Considero que ao longo da minha prática profissional existiu um crescimento profissional e pessoal. Pois concordando com HESBEEN (2000,p.37) “ Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos do conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”.

Assim, penso que as atividades anteriormente referidas serão ilustrativas do meu desenvolvimento, da minha identidade, proporcionando-me ser um elemento de referência no serviço onde exerço funções, pois com o meu desempenho contribuí para que uma competência coletiva surgisse na equipa de enfermagem, sendo esta “ uma resultante que emerge a partir da cooperação e da sinergia existente entre as competências individuais” LE BOTERF (2003,p.229)

## 2 – REFLEXÃO FINAL

A aquisição e desenvolvimento de competências advieram de situações vivenciadas em contexto de trabalho e de estágio, complementadas simultaneamente com a minha capacidade de refletir na e sobre a prática. A atenção constante para o doente como ser único, inserido na família também alvo de cuidados, a fundamentação das intervenções em evidência científica, a tomada de decisão, os momentos reflexivos com elementos da equipa multidisciplinar, a interação e partilha de conhecimentos com o grupo proporcionando melhoria nas práticas, foram características que me proporcionaram a aquisição e/ou desenvolvimento de conhecimentos e competências de forma a compreender as necessidades do doente em situação crítica e respetiva família perante ou processo de doença vivenciados, assim como o atuar com elevado grau de adequação nas intervenções realizadas, na responsabilidade profissional, ético-deontológicas. Elucida-nos HESBEEN (2000), que é a partir do doente e das suas necessidades e envolvente familiar, que se pode incutir nos contextos de trabalho uma nova atmosfera de humanidade e melhorar a qualidade real dos cuidados prestados. Orientando a minha prestação de cuidados tendo presente o doente e família, como um ser unificado com necessidades específicas sentidas por estes de forma única.

A diversidade de situações vivenciadas em ambos os campos de estágio e no serviço onde exerço funções, a contínua interação estabelecida com os profissionais desses serviços e a possibilidade de tomar contacto com materiais específicos aí existentes, acrescentaram saberes às minhas competências. Estagiar no mesmo centro hospitalar onde estou inserida profissionalmente, foi um fator positivo, facilitador da integração no hospital e equipa, possibilitando ao mesmo tempo uma melhor gestão do tempo, superlativando assim a minha aprendizagem.

A reformulação de algumas estratégias previamente estruturadas para proporcionar o atingir dos objetivos delineados e o redefinir de objetivos após o início de estágio, não invalidou o meu percurso, tornando-o ainda mais estimulante e gratificante, conduzindo a uma otimização dos meus conhecimentos, permitindo demonstrar capacidade de adaptação e análise crítica. Como nos diz MENOITA (2011,p. 60)

“ A reflexão sobre a situação de trabalho efetuada pelos próprios atores que realizam esse trabalho implica a sua participação ativa, passando estes a assumir um estatuto de objeto e de meio nos processos de transformação em curso. Esta implicação dos próprios profissionais exige que se efetue uma análise retrospectiva do trabalho realmente desenvolvido, o que fomenta o reconhecimento de saberes, de práticas e de capacidades até aí desconhecidas.”

Na minha opinião, os objetivos estabelecidos para a realização deste relatório, foram totalmente atingidos, porque descrevi e analisei as atividades que desenvolvi para atingir os objetivos delineados, bem como, as atividades desenvolvidas ao longo do meu percurso profissional, tendo aprofundado o processo de reflexão sobre os meus conhecimentos, comportamentos, capacidades e limitações, conseguido assim obter as competências preconizadas para o exercício do conteúdo funcional do enfermeiro especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica.

O percurso da minha aprendizagem na prática especializada de cuidados de enfermagem na área enfermagem médico-cirúrgica, encontra-se refletido neste relatório como um sistema de aperfeiçoamento e evolução do meu desempenho, analisando os objetivos delineados, atividades desenvolvidas das quais advieram competências, pois, corroborando com ABREU (2003, p. 9) “ a clínica é um espaço insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais. Implicam a articulação de processos de reflexão na e sobre a ação.”

Elevando a consciencialização que tenho da pertinência da reflexão crítica na forma como avalio a minha prestação, reequaciono os aspetos mais e menos positivos, adquirindo novas estratégias de intervenção, potenciando assim os ganhos em saúde dos doentes e seus familiares e para além destas, justificando, valorizando, interiorizando e desenvolvendo o papel fundamental do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica no crescimento de competências coletivas no seio de uma organização qualificante, no sistema nacional de saúde e políticas de saúde. O processo de introspeção tácito inerente à realização deste relatório, foi de extrema utilidade para ampliar a minha autoconfiança, criatividade, autonomia, responsabilidade, pensamento

crítico, organização de trabalho e satisfação pessoal, habilidades que mobilizarei na execução de futuros relatórios críticos.

Dediquei a todas as atividades realizadas para a concretização do relatório de estágio uma especial atenção de modo dar visibilidade e sustentabilidade do meu comportamento profissional, como futura enfermeira especialista, num contexto de interação com a equipa que potencialize o meu desenvolvimento e da equipa na aquisição e desenvolvimento de competências, impulsionadoras de qualidade.

O presente relatório impeliu-me para horizontes mais vastos na minha aprendizagem profissional e pessoal no que concerne a competências, comportamentos e valores, que atesta o que LE BOTERF (2003) realça: o indivíduo que consegue retirar lições da experiência, transformando a sua atuação em experiência, não se satisfazendo em fazer agir, efetua do seu desempenho uma oportunidade de produção de saber, da forma como gere o seu tempo em função das atividades a efetuar, mas também transformando-o em tempo de aprendizagem, transformação e autorrealização.

A elaboração do relatório permitiu-me a consciencialização dos contributos proporcionados pelas vivências no meu desempenho profissional e nos campos de estágio, caracterizando-se pela transferência de competências. Este facto terá influência na procura diária da sublimação do meu desempenho profissional e concomitantemente repercutindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados especializados prestados ao doente e respetiva família, confirmando em ABREU (2003, p. 23) que a aprendizagem implica “(...) processar a informação e transferibilidade – os saberes adquiridos num determinado contexto podem ser mobilizados em situações distintas (forward reaching transfer, para ações futuras, ou backward reaching transfer, de situações passadas) ”.

Considero que a metodologia utilizada para a execução deste relatório foi adequada e eficaz, tendo-me proporcionado o atingir dos objetivos do mesmo, referindo bibliografia pertinente e recente de forma a fundamentar as competências adquiridas, auxiliando a preparação e estruturação deste trabalho escrito.

No decorrer da execução deste relatório crítico senti inicialmente alguma dificuldade em estruturar o pensamento de forma a transmitir as experiências vivenciadas e as competências adquiridas. O curto espaço de tempo para a realização do

mesmo, foi sentido como uma dificuldade, pois o conciliar da minha atividade laboral com momentos para reunir uma compilação de dados bibliográficos e para a elaboração do relatório foi reduzido, reconhecendo contudo, ser este um auxiliar precioso na correta apreciação e valoração da minha aprendizagem.

Como sugestão, gostaria de propor que nos futuros estágios fossem reduzidos os campos de estágio para dois e aumentado o número de horas de contacto nos mesmos proporcionando desta forma uma interação ainda mais proveitosa no campo da aprendizagem e mobilização de conhecimentos.

A realização do relatório ofereceu uma boa oportunidade de verificação de que a interligação da formação teórica com a prática, a realização de cuidados especializados visando a qualidade, a consagração da evidência científica na práxis, a tomada de decisão de enfermagem de forma coerente, a interação com a equipa...se manifestou em ganhos de saúde para o doente e respetiva família e no reconhecimento e desenvolvimento da enfermagem pela equipa de saúde e comunidade, encaminhando a minha aprendizagem para o culminar de uma etapa e início de outra nova como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

### 3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBADE, Luciana Patrícia Fernandes; LASTÓRIA, Sidnei – **Abordagem de pacientes com úlcera de perna de etiologia venosa.** an Bras Dermatol.2006. 81(6) p.509-522 [Em linha] [Consultado em 05/02/2012] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n6/v81n06a02.pdf>

ABREU, Wilson Correia de – **Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas.** Coimbra: Formasau, formação e saúde, 2007. 295p. ISBN 978-972-8485-87-0.

ABREU, Wilson Correia de – **SUPERVISÃO, QUALIDADE E ENSINOS CLÍNICOS: Que parcerias para a excelência em saúde?.** Coimbra: Formasau, formação e saúde, 2003. 70p. ISBN 972-8485-35-2.

ALARCÃO, Isabel – **ESCOLA REFLEXIVA E SUPERVISÃO: uma escola em desenvolvimento e aprendizagem.** Porto:Porto Editora, 2001.108p. ISBN 972-0-34734-1.

ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José – **Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem.** 2ª ed. Coimbra: Almedina, 2010. 166p. ISBN 978-972-40-1852-2.

ALMINHAS, Sílvia Manuela Pação – **Cuidar da pessoa no serviço de urgência.** Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844; 75, (novembro 2007); 57-60.

ANDRADE, Fernanda Maria Mendes de - **O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal** Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação (área de especialização em Educação para a Saúde), Repositório Universidade do Minho, 2009, [Em linha] [Consultado em 14-11-2011] Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/1046>

BÁRTOLO, Emília – **Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar.** 1ª ed. Lisboa: Climepsi. 2007. 201p. ISBN 978-972-796-270-9.

BENNER, Patrícia - **De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem.** Coimbra: Quarteto Editora, 2001.294p. ISBN: 972-8535-97-X.

BERMEJO, José C - **Humanizar a saúde: cuidado relações e valores.** Petrópolis: Editora Vozes. 2008. 119p. ISBN: 978-85-326-3713-0.

BERNARDINO, Dina - **O enfermeiro da urgência: perfil.** Enfermagem. Lisboa. ISSN 0871-0775. 31/32 :2ª série (julho/ dezembro 2003),5-9.

CABETE, Dulce Gaspar – **O IDOSO, A DOENÇA E O HOSPITAL: O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas.** Loures: Lusociência. 2005. 175p. ISBN 972-8383-89-4.

CALDAS, Ana Paula Rodrigues; et al – **Monitorização Hemodinâmica.** In SILVA, Ana Raquel; LAGE, Maria José – ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS. Coimbra: Formasau, formação e saúde, 2010. P 9-30. ISBN: 987-989-8269-11-9.

CASARINI, K.; GORAYEB, R.; FILHO, A. - **Coping by Relatives of Critical Care Patients. Heart & lung.** ISSN 0147-9563. 38: 3(2009) 217-227.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida.** 3ª Lisboa: LIDEL. 1999. 385p. ISBN 272-96-0009-4.

Decreto – Lei nº 161/96 - **Diário da República.** Série I-A, nº 205 de 4 de setembro

Decreto – Lei nº 437/91 - **Diário da República.** Série I-A, nº 257, de 8 de novembro

Decreto – Lei nº 74/2006 – **Diário da República.** nº 60, Série I-A de 24 de março

Direção-Geral da Saúde - **Direção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos:** Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Ministério da Saúde, 2003. 72p. ISBN: 972-675-097-0.

Direção-Geral da Saúde - **Rede Hospitalar de Urgência/Emergência.** Direção de serviços de Planeamento. Lisboa. Direção-Geral da Saúde. 2001.24p ISBN 972-9425-99-X.

FERNANDES, Isabel Maria Ribeiro – **Fatores influenciadores da perceção dos comportamentos do cuidar dos enfermeiros.** Coimbra: Fornasau. 2007. 166p. ISBN 978-972-8485-88-7.

HERMANN, Ana Paula; CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida- **Enfermagem em nutrição enteral: investigação do conhecimento e da prática assistencial em hospital de ensino.** Cogitare Enfermagem. ISSN.1414-8536. 13: 4. (outubro - dezembro2008). 520-525

HESBEEN, Walter – **CUIDAR NO HOSPITAL:** Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures: Lusociência. 2000. 201p. ISBN 972-8383-11-8.

INABA, Luciana Cintra; SILVA, Maria Júlia Paes da; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro - **Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação**

**pela equipe de enfermagem.** Revista Escola Enfermagem USP. São Paulo. ISSN 1980-220X. 39:4. (dezembro 2005). 423-429.

LE BOTEREF, Guy - **Desenvolvendo a Competência dos Profissionais.** 3ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2003. 178p. ISBN: 85-363-0129-5.

LEAL, Fátima - **Transmissão de más notícias.** Revista Portuguesa Clínica Geral 2003.19 40-3 [Em linha] [Consultado em 31-11-2011] Disponível em [http://www.apmgf.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=33562&contId=486](http://www.apmgf.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=33562&contId=486)

Lei nº 111/2009 - Diário da República Série I-A, nº 180 de 16 de setembro

LOPES, Carine dos Reis; GRAVETO, João Manuel Garcia do Nascimento - **Comunicação de notícias: receios em quem transmite e mudanças nos que recebem.** Revista Mineira de Enfermagem. ISSN 1415-2762. 14:2 (abril / junho 2010). [Em linha] [Consultado em 31-11-2011] Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19543&indexSearch=ID>

MAGALHÃES, Maria Manuela Almendra – **A Invisibilidade da Prática de Enfermagem e a Face qualificante do Hospital.** Pensar em Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-8904. 10: 1 (1º semestre 2006), 58-66 [Em linha] [Consultado em 05/02/2012] Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/11772>

MENOITA, Elsa Cristina Paz Caravela – **FORMAÇÃO EM SERVIÇO: Um contributo para o desenvolvimento de competências.** Coimbra: Formasau. 2011. 206p. ISBN 978-989-8269-15-7.

MEZOMO, João C - **Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos.** 1ª ed. Barueri: Manole. 2001. 301p. ISBN: 85-204-1263-7.

Ministério da Saúde – **Manual de Trauma.** Porto: Centro de Formação INEM. 2002. 97p. [Em linha] [Consultado em 05/02/2012] Disponível em [www.scribd.com/doc/49466166/TraumaINEM-1](http://www.scribd.com/doc/49466166/TraumaINEM-1)

Ministério da Saúde - **O Serviço de Urgência recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes.** Grupo de Trabalho das Urgências. 2004 [Em linha] [Consultado em 14-11-2011] Disponível em [www.hospitalsepe.min-saude.pt/.../livro%20urgencias%202006.pdf](http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/.../livro%20urgencias%202006.pdf)

NOVAIS, Sónia – **Da Incerteza ...A Experiência da Família Numa Unidade de Cuidados Intensivos.** In SILVA, Ana Raquel; LAGE, Maria José – ENFERMAGEM

EM CUIDADOS INTENSIVOS. Coimbra: Formasau, formação e saúde, 2010.1p 167-183. ISBN. 987-989-8269-11-9.

Ordem dos Enfermeiros - **Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias.** Conselho jurisdicional. Lisboa. 4. (outubro 2001) 9-10.

Ordem dos Médicos; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos - **Transporte de Doentes Críticos Recomendações.** Ordem dos Médicos. 2008.48p. [Em linha] [Consultado em 14-11-2011] Disponível em <https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=b0f2ad44d26e1a6f244201fe0fd864d1>

PEREIRA, Filipe – **INFORMAÇÃO E QUALIDADE: do exercício profissional dos enfermeiros.** Coimbra: Formasau. 2009. 209p. ISBN 978-989-8269-06-5.

PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves - **Comunicação de más notícias e gestão do luto.** Coimbra: Formasau. 2008.446p. ISBN: 978-972-8485-92-4.

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** Lusociência. Loures. 2005. 633 p. ISBN 972-8383-84-3

RABIAIS, Isabel – “ **Geriatría**”. Apontamentos fornecidos no âmbito da unidade curricular de enfermagem médico-cirúrgica II módulo II, pela professora Isabel Rabiais, ao Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional – Enfermagem Médico-Cirúrgica, do ICS da Universidade Católica de Lisboa, no ano Letivo 2010/2012.

**Regulamento Interno do CHLC,EPE 2007** [em linha] [consulta em 30/01/2012] disponível em: Intranet do CHLC, EPE.

RENAUD, Isabel C R - **O Cuidado em Enfermagem.** Pensar Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-8904.14: 1 (1º Semestre 2010) 2-8.

SARMENTO, Emília; PINTO, Paula; MONTEIRO, Sónia – **CUIDAR DO IDOSO: dificuldades dos familiares.** Coimbra: Formasau. 2010.168p. ISBN: 978-989-8269-14-0.

SEQUEIRA, Carlos - **Cuidar de Idosos com dependência física e mental.** Lisboa: LIDEL. 2010. 360 p. ISBN 978-972-757-717-0

SHEEHY, Susan – **Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática.** 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001. 877p. ISBN 972-8383-16-9.

SORDI, Maria Regina Lemes de; BAGNATO, Maria Helena Salgado – **Subsídios para uma formação profissional Crítico-Reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século**. Revista latino-americana enfermagem. Ribeirão Preto. 6:2. (abril 1998). 83-88. [em linha] [consulta em 01/02/2012]. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0104...](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104...)

SOUSA, Fábio Alexandre Melo do Rego - **O corpo que não cura-Vivências das pessoas com ulcera venosa crónica de perna**, Mestrado em Ciências de Enfermagem, Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. [Em linha] [Consultado em 05-02-2011] Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/19159>

SOUSA, Maria Manuela – **Formação para Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas**. Parede: Principia. 2011. 129p. ISBN 978-989-716-028-8.

SOUSA, Paulino Artur Ferreira de; FRADE, Marta Hansen Lima Bastos Correia; MENDONÇA, Denisa Maria de Melo Vasques - **Um modelo de organização e partilha de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo Delphi**. Ata Paulista Enfermagem. São Paulo. ISSN 0103-2100. 2005.18:4. 368-381 [Em linha] [Consultado em 14-11-2011] Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000400005>

SOUZA, Raquel Pusch de – **Humanização em Cuidados Intensivos**. Rio de Janeiro: Revinter. 2004. 117p. ISBN 85-7309-786-8.

SPMI - **Caracterização da medicina interna, dimensionamento dos serviços e quadros médicos**. 1986. [Em linha] [Consultado em 19-09-2011] Disponível em [http://www.spmi.pt/legislacao\\_02.asp](http://www.spmi.pt/legislacao_02.asp)

UCP - **Regulamento Geral Mestrado em enfermagem de Natureza Profissional**. ICS. Lisboa.2010. p. 14

VICTORINO, AB et al . **Como comunicar más notícias**: revisão bibliográfica. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, 10:1 (junho 2007) [Em linha] [Consultado em 31-11-2011] Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516085820070001000&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516085820070001000&lng=pt&nrm=iso)

VIDAL-HALL, Judith – **Elaborar Relatórios**. Mem Martins: Publicações Europa América, Lda.,1977,62p. ISBN 972-1-03408-8.

VITAL, Clara; BENTO, Clotilde; DUQUE, Helena – **Ventilação não invasiva e invasiva**. In SILVA, Ana Raquel; LAGE, Maria José – ENFERMAGEM EM

CUIDADOS INTENSIVOS. Coimbra: Formasau, formação e saúde, 2010. p.60-98  
ISBN: 987-989-8269-11-9.

WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem.** Loures: Lusociência, 2002. 182p. ISBN 972-8383-33-9.

## APÊNDICES

APÊNDICE I

**GUIA DE ORIENTAÇÃO DA COMUNICAÇÃO COM DOENTES E  
FAMILIARES - SERVIÇO DE URGÊNCIA**



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA** | INSTITUTO DE  
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

### **GUIA DE ORIENTAÇÃO DA COMUNICAÇÃO COM DOENTES E FAMILIARES - SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**Aluno:** Maria de Fátima da Piedade Ferreira

**Orientadora local de estágio:** Enf<sup>ª</sup> Vera Piçarreira

**Lisboa,**

**Outubro de 2011**

# **GUIA DE ORIENTAÇÃO DA COMUNICAÇÃO COM DOENTES E FAMILIARES - SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Desenvolver competências na área da comunicação com o doente em situação crítica e sua família

Nos cuidados de enfermagem a comunicação é uma ferramenta base. Sendo esta uma competência que se adquire e desenvolve.

Assim, a comunicação é um processo de criação e de reciprocidade de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a aprender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.

Uma relação de cuidar baseia-se no respeito pelo outro e na compreensão do que ele é e do meio que o rodeia. O reconhecer a pessoa como ser humano a quem se atribui importância. Esta atitude manifesta-se em primeiro lugar pela escuta.

A enfermeira demonstra sensibilidade em relação aos sentimentos das pessoas que cuida, que lhe permite manifestar empatia adotando uma postura que demonstre compreensão. Com o aprofundamento da relação atingiremos um patamar mais elevado desenvolvendo uma relação de ajuda e confiança.

O contexto situacional e emocional em que se desenrola a comunicação é importante, bem como o manter da verdade sem retirar a esperança e o calor da troca que pode ser desenvolvido em vários níveis em que no mais elevado a enfermeira demonstra total disponibilidade e aceitação da pessoa que tem na sua frente.

Para que possamos desenvolver uma comunicação efetiva e funcional a observação e a escuta são duas ferramentas essenciais.

## **Observação**

Processo ativo que põe em contribuição a capacidade de concentração da enfermeira e que a leva a considerar a pessoa e o seu ambiente com uma atenção contínua, sistematicamente dirigida, primeiro globalmente e em seguida mais profunda em relação ao que se passa. É também um estado de alerta, de expectativa quanto aos acontecimentos.

Vários são os fatores capazes de influenciar a capacidade de observação, tanto ligados a quem está a observar, como quem é observado e em que contexto está a ser observado.

### **Fatores ligados à enfermeira**

Diversos fatores podem influenciar a observação e comprometer assim o seu julgamento sendo os principais: a desatenção; os pensamentos paralelos que possam manter; os hábitos de observação estereotipados; os valores, as crenças e os preconceitos; a vivência pessoal anterior; a persistência da percepção, não conseguindo sair do registo que percebeu a quando o primeiro contacto; a atitude defensiva ou negativa; a abundância de estímulos.

### **Fatores de influência ligados ao objeto de observação**

Neste campo os maiores impedimentos a considerar são principalmente ligados às pessoas de que ela cuida. Assim, a má vontade da pessoa ou da sua família provoca uma obstrução à observação prejudicando deste modo a qualidade e extensão das informações passíveis de recolher. Também a sua vontade de enganar a observadora pode induzir o erro ou a negligência de aspetos relevantes.

### **Fatores de influência ligados à situação de cuidados**

Diversos fatores ligados à envolvimento dos cuidados podem constituir obstáculos, sendo os principais o ambiente e a falta de intimidade.

O ambiente porque muitas vezes o que rodeia o doente não é um ambiente calmo, mas sim um ambiente agitado que propicia a existência de muitas distrações.

A falta de intimidade porque em qualquer das valências de um hospital, são locais onde a intimidade não existe. São locais onde a solicitação da enfermeira é sempre constante tanto pelos seus pares como por outros doentes permitindo assim que exista uma perda importante de informação.

### **Escuta**

É ao mesmo tempo olhar e observação, a apreensão das palavras e do seu significado, entoações da voz e emoções subjacentes. Mas ela não é apenas espera passiva, torna-se também palavra e questionário para melhor descobrir o sofrimento do outro. É de alguma maneira o dom de um momento de vida da enfermeira ao doente e de um pouco da sua energia para lhe oferecer a sua

disponibilidade e prestar atenção ao que ele exprime. Pelo seu dom de atenção, a enfermeira restabelece o equilíbrio das forças na relação, ela devolve poder ao doente.

A escuta é um processo complexo em três etapas que são a apreensão da mensagem, entender a mensagem e por último manifestação de uma reação pertinente que demonstre à pessoa que a compreendemos, que o seu sofrimento foi entendido.

A escuta é um processo complexo mas simplificado quando é estruturado, assim, devemos incitar a pessoa a exprimir as suas experiências, sobre o que ela vive, sobre os seus comportamentos e sobre as ações que ela faz, sobre o que ela pensa e sente.

### **Escuta Ativa**

Método de condução da entrevista em que os interlocutores estão em pé de igualdade. Por meio do questionamento e, sobretudo, da reformulação constante, esta forma de escuta permite à enfermeira chegar a uma boa compreensão dos factos. Ela não julga a pessoa cuidada e não a embaraça. Ela manifesta-lhe a sua compreensão constante oferecendo-lhe o reflexo do que ela crê compreender do que é dito, o que favorece o seu aprofundamento e precisão. Esta maneira de proceder facilita a instauração de uma relação ganhador - ganhador onde ambos ganham.

### **Especificidade**

Para que a comunicação seja possível e também necessário desenvolver a especificidade que é a capacidade que manifesta a enfermeira de manter uma comunicação clara, concreta e eficaz que lhe permite tomar conhecimento com a pessoa cuidada e apreender as suas dificuldades. É uma via de dois sentidos: a enfermeira exprime-se de maneira a ser compreendida, ou seja numa linguagem simples, concisa e precisa, ela leva o doente a exprimir-se de maneira a que ela compreenda bem as suas dificuldades a fim de poder em seguida ajudá-lo

Existem comportamentos que favorecem a especificidade, tudo o que chegar a uma troca clara onde os interlocutores se compreendem é um desses comportamentos. Assim devemos: utilizar palavras simples; fazer frases curtas, pouco enfáticas; fazer frases completas; falar no presente; utilizar as frases em «eu»; fazer focalizar a pessoa nos pontos importantes da troca; colocar questões claras (abertas, fechadas, de clarificação, de validação, etc.); fazer reformulações a fim de que a pessoa possa confirmar ou infirmar o que cremos apreender do que ela diz ou vive; não falar por alusões; manter-se em ligação com as preocupações da pessoa e o assunto que ela aborda; ter em conta o conjunto da mensagem da pessoa; permitir à pessoa colocar questões, suscita-las, mesmo, e responder-lhes simplesmente; validar as suas percepções e as da pessoa.

Por outro lado existem comportamentos que formam obstáculos à especificidade. Tudo o que é elemento de confusão entre os dois interlocutores compromete a especificidade, como sendo: utilizar termos abstratos ou imprecisos; recorrer a generalizações; intelectualizar o discurso; utilizar termos globais tal como «sempre», «nunca»; ter medo de não poder fazer face ao que podemos descobrir se pedirmos mais detalhe; desviarmo-nos do assunto que a pessoa aborda por distração ou falta de jeito; esquecermo-nos de verificar se ela compreendeu o que lhe dissermos; dar por adquirido que tudo que dizemos é claro; utilizar, de ambos os lados, mecanismos de defesa tais como a intelectualização, a racionalização, a projeção, etc.

A comunicação para ser funcional tem de apresentar diversas características que são: A simplicidade; A concisão; A precisão; A clareza; A pertinência; A flexibilidade; A adaptação ao contexto e às preocupações e interesses da pessoa.

### **Saber apresentar-se, uma premissa da comunicação**

O primeiro passo para que se possa iniciar uma comunicação funcional é realizar a nossa apresentação, saudando e referindo as nossas funções. O mundo hospitalar encontra-se povoado de “ batas brancas” e na maioria das vezes o doente não sabe quem são nem o que fazem. Saudar o doente com quem vamos falar ou prestar cuidados faz com que o doente fique mais integrado no meio desconhecido em que se encontra, dando-lhe uma sensação de segurança. Se assim se proporcionar é importante dar a mão. Este facto promove um contacto caloroso que inicia bem a relação.

### **Relação de Ajuda**

Trata-se de uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma. Esta relação ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante da adversidade, e mesmo diante da morte.

#### **Apresenta os seguintes conceitos base:**

A confiança no ser humano e o respeito pela sua dignidade

A tendência actualizante que o impulsiona a explorar as suas potencialidades

A importância da autonomia na evolução pessoal

A necessidade da relação como húmus favorecedor do desenvolvimento do ser humano

A utilidade da enfermeira como instrumento e modelo de mudança.

Para que se possa atingir a relação de ajuda é necessário que se verifiquem várias condicionantes previamente.

### **Presença**

Trata-se de um estado de proximidade física e de disponibilidade afetiva e calorosa graças ao qual a pessoa que ajuda fica em alerta às necessidades da pessoa a ajudar. Trata-se também da impressão de força serena e de competência que ela lhe comunica e que suscita a sua confiança e a tranquiliza.

### **Vontade de não julgar**

Qualidade da escuta própria da relação de ajuda que conduz a enfermeira a deixar-se penetrar, sem preconceito nem reserva, pelo que exprime a pessoa ajudada pelo seu comportamento verbal e não verbal, sem estimar o valor das suas palavras e dos seus comportamentos. Esta atitude assenta na aceitação incondicional do outro, no respeito pela sua dignidade e numa compreensão profunda dos seus comportamentos e motivações. Mas a ausência de julgamentos não significa o encorajamento a sentimentos negativos, a ações repreensíveis.

### **Não directividade da entrevista**

Qualidade da relação de ajuda que se traduz pela vontade da pessoa que ajuda de não usar autoridade ou poder sobre a pessoa ajudada. Durante este momento privilegiado que é a entrevista de ajuda, a enfermeira não procura convencer o doente, dar-lhe conselhos ou propor-lhe soluções para as suas dificuldades. Esta característica apoia-se na aceitação incondicional da pessoa e no respeito pela sua autonomia.

### **Centração na pessoa**

Qualidade da relação de ajuda que faz com que a pessoa que ajuda se preocupe em primeiro lugar com a própria pessoa, com as suas emoções e os seus sentimentos, as suas reações, as suas necessidades e os seus desejos, mais do que interessar-se prioritariamente com a sua doença ou os seus problemas existenciais.

### **Escuta**

Estado de disponibilidade intelectual e afetiva da enfermeira, é a oferenda, a partilha de um momento da sua vida com a pessoa ajudada. O ouvido ouve as palavras do doente, o olho percebe a sua expressão facial; todo o corpo da pessoa que ajuda está na expectativa do que o doente revela para captar as emoções e os não ditos. A escuta é ao mesmo tempo silêncio e palavra a fim de levar a pessoa a exprimir-se.

### **Consideração positiva**

Sentimento de respeito e de confiança que a pessoa que ajuda manifesta à pessoa ajudada a fim de a levar a perceber-se em todo o seu valor e dignidade. Esta atitude é como um nutriente que ajuda a pessoa a crescer, a demonstrar coragem para enfrentar as dificuldades e, se necessário, a mudar.

Para se desenvolver uma relação de ajuda é necessário que as enfermeiras sejam portadoras de diversas atitudes/ habilidades e que estejam na predisposição de promover a sua evolução.

### **Principais atitudes/ habilidades da relação de ajuda**

#### **A aceitação**

Sentimento de abertura à experiência do outro, ao seu sofrimento e à sua maneira de ser sem exigência de mudança, o que constitui a primeira condição para o estabelecimento de uma relação de ajuda. A pessoa que ajuda reconhece a ajudada em toda a sua dignidade apesar do seu aspeto físico, do seu carácter, dos seus valores e da sua conduta e consente em se ocupar dela de maneira ativa e calorosa.

#### **O respeito**

Qualidade pela qual a pessoa que ajuda reconhece a enorme dignidade e o enorme valor da pessoa ajudada apesar da sua aparência física, do seu carácter, dos seus comportamentos e dos seus hábitos de vida. O respeito caracteriza-se por:

Uma atitude de deferência e de consideração positiva;

O reconhecimento de que uma pessoa ajudada é capaz de demonstrar coragem, de suportar a adversidade, de evoluir e de mudar o seu modo de vida, e conforme o caso, de se responsabilizar por si, de modificar os seus comportamentos e de tomar as suas próprias decisões.

#### **A empatia**

Profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como vive, e que lhe leva o reconforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções.

### **Meios de manifestar a empatia**

O comportamento não verbal ajustado ao estado de alma da pessoa ajudada  
O tocar que exprime a compreensão, a vontade de reconfortar a pessoa  
As palavras que exprimem a vontade de partilhar a dificuldade  
A utilização das respostas - reflexo para mostrar a sua compreensão sobre o que vive a pessoa.  
Um tom de voz sincronizado com as emoções do momento

A empatia é um sentimento que por vezes tem de ser colocado em questão para que possa evoluir e melhorar.

#### Meios de melhorar a empatia

Desenvolver a sua capacidade de introspeção; lembrar-se que a empatia é uma maneira de ser e não somente um papel profissional momentâneo; cultivar a sua qualidade de presença física e psicológica; desconfiar dos seus erros de percepção, pensar em pôr de lado os seus preconceitos; procurar sempre o essencial da mensagem da pessoa, quer seja verbal ou não verbal; começar gradualmente a abordar os sentimentos difíceis; após ter respondido com empatia, estar atento aos índices que mostram a pertinência da sua resposta.

A enfermeira tem de apresentar um equilíbrio psicológico e este manifesta-se através da autenticidade e da congruência.

#### **A Autenticidade**

Capacidade da pessoa que ajuda a permanecer sinceramente ela própria no decurso da relação com a pessoa ajudada. Graças à autenticidade, a enfermeira mantém-se espontânea e aberta, não procura apresentar uma fachada artificial e não se apresenta como uma perita da situação do outro. Esta capacidade é essencial ao estabelecimento do clima de confiança e de simplicidade necessária à criação de uma sã aliança terapêutica entre quem ajuda e quem é ajudado.

#### **A Congruência**

Maneira de ser da enfermeira que manifesta uma certa consistência entre o que ela sente, o que ela pensa, o que ela diz e o que ela faz, e entre o seu comportamento verbal e o seu comportamento não verbal. Agindo assim, ela cria uma harmonia entre as suas emoções, os seus pensamentos e as suas ações. Esta harmonia interna permite-lhe exprimir o que pensa de

maneira terapêutica ou fazer o que ela crê apropriado a fim de facilitar uma tomada de consciência pela parte da pessoa ajudada ou uma evolução da relação que mantém com ela.

PHANEUF, Margot – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência, 2005. 633. ISBN 972-8383-84-3

## APÊNDICE II

### **Fundamentação da Pertinência do Tema**

**Panfleto “ Cuidados com Alimentação por Sonda Nasogástrica”**

**Folha de Registo e Encaminhamento para o Centro de Saúde**

**Lista com Contactos dos Centros de Saúde do Concelho de Lisboa**

**Instrução de Trabalho - “Alimentação por Sonda Nasogástrica Ensino e Encaminhamento”**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Alimentação por Sonda Nasogástrica**

**Ensino e Encaminhamento do Doente e Cuidador Principal para  
o Domicílio**

**Aluno:** Maria de Fátima da Piedade Ferreira

**Orientadora local de estágio:** Enf<sup>a</sup> Vera Piçarreira

**Lisboa, outubro de 2011**

## SUMÁRIO

	Pag.
0 - INTRODUÇÃO	3
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
2 - CONCLUSÃO	6
3 - BIBLIOGRAFIA	7

## **0 - INTRODUÇÃO**

No âmbito da Unidade Curricular Estágio, Módulo I – Serviço de Urgência Polivalente do HSJ que realizei de 26 de setembro a 18 de novembro de 2011, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização Médico-Cirúrgica, lecionado na Universidade Católica Portuguesa (2010/2012), propus-me abordar uma temática que contribuísse para a melhoria dos cuidados.

Durante a primeira semana de estágio observei os cuidados que são prestados nos diversos setores, tendo identificado cuidados passíveis de serem melhorados. Devido há componente tempo (180 horas de estágio), irei trabalhar um deles.

Identifiquei uma situação em que um doente idoso recorreu ao serviço de urgência por possível aspiração de conteúdo alimentar para a árvore brônquica. O qual foi avaliado clinicamente tendo sido descartada essa hipótese. Mas por continuar a apresentar disfagia foi entubado nasogastricamente e em seguida teve alta para o domicílio, tendo sido feito apenas um pequeno ensino ao cuidador como manusear a SNG e percebi que não existe nenhuma ponte com o centro de saúde no sentido de existir uma continuidade de cuidados.

Em conversa informal com diversos elementos da equipa de enfermagem, percebi que era uma situação que acontecia com alguma regularidade, que também estes identificavam que faltava algum meio de apoio para colmatar esta situação, falei com a enfermeira orientadora e com a enfermeira responsável pela formação em serviço, que concordaram ser um tema pertinente. Irei assim, aborda-lo de forma a promover a qualidade dos cuidados.

Com base em revisão bibliográfica e no meu conhecimento técnico irei elaborar um panfleto para entregar ao cuidador principal, bem como uma folha de registo para enviar para o centro de saúde, lista com contactos do centro de saúde e Instrução de Serviço para uniformizar cuidados.

## I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os cuidados de saúde encontram-se em mudança, preconizando-se cada vez mais os cuidados em ambulatório como referem vários autores, mas para que estes sejam prestados com qualidade, a articulação entre as diversas instituições de saúde tem de ser uma realidade cada vez mais presente.

Atualmente a população em Portugal é uma população envelhecida, como nos revela os dados estatísticos do INE em 2009. Estes demonstram em termos evolutivos continuar a existir um envelhecimento da população residente, prevendo-se o aumento do envelhecimento da população até 2060.

Perante este fenómeno “o aumento do número de pessoas com doenças crónicas na população portuguesa é uma realidade “(OE, 2010), necessitando esta população cada vez mais de um cuidador informal , estes são representados principalmente por um membro da família ou da comunidade realizando cuidados parciais ou integrais(Marques; Dixe 2010)

Para Andrade (2009,p.2) “O cuidador principal é aquela pessoa sobre a qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida da pessoa idosa dependente e que não é remunerada pelo que faz, nem possui formação específica” assim, é necessário capacitar e apoiar os cuidadores informais de forma adequada para que estes tenham capacidade para gerir os cuidados e manter a qualidade dos mesmos.

A alimentação é uma das necessidades que o ser vivo tem que satisfazer de modo a conseguir um aporte de nutrientes equilibrados para que possa sobreviver.

Se a capacidade de ingerir alimentos está comprometida, existe a necessidade de implementar um conjunto de medidas que promovam o aporte de nutrientes necessários a um adequado estado nutricional.

A alimentação entérica por sonda nasogástrica é o método de eleição para proporcionar esse aporte de nutrientes.

Como nos refere Hermann e Cruz (2008) a enfermagem tem um papel preponderante no sucesso para a administração de alimentação por sonda nasogástrica, para a sua manutenção e diminuição dos riscos de utilização.

Desta forma, como se trata de doentes em que o tempo de internamento no serviço de urgência é curto, existe a necessidade de disponibilizar informação adequada aos seus

cuidadores principais, de modo a que estes não se sintam desamparados ao cuidarem do seu doente no domicílio.

Por outro lado, é necessário que existam canais de comunicação entre os serviços hospitalares e os cuidados de saúde primários, para que a informação seja transmitida de forma rápida e eficaz.

No momento atual, segundo (Sousa; Frade; Mendonça 2005) a troca de informação entre “hospitais” e “centros de saúde” é reduzida ou inexistente o que condiciona a tomada de decisão, comprometendo a continuidade dos cuidados.

Assim como nos referem os mesmos autores (2005,p.369) “otimizar o fluxo de informação numa instituição de saúde precisa de ser encarado como uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade de cuidados prestados ao cidadão”.

## 2 - CONCLUSÃO

A entubação nasogástrica trata-se de uma técnica realizada de acordo com o quadro de competências interdependentes, mas todo o ensino que é necessário realizar para a capacitação do cuidador principal na sua utilização e manutenção enquadram-se nas competências autónomas consagradas no artigo 9º do REPE, ponto 4 alínea b) que nos diz “ decidirem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade.”

Diversos fatores podem influir na capacidade do cuidador principal, cuidar do doente dependente com necessidades de alimentação entérica por sonda nasogástrica. Gomes; Henriques 2011 referenciam que o cuidador principal enfrenta dificuldades extremas devido a nenhuma ou pouca preparação para a prestação dos cuidados que lhe são impostos pelas circunstâncias.

Assim, torna-se pertinente o trabalho desenvolvido, pois:

- O panfleto auxilia na orientação e estruturação do ensino e é um auxílio escrito que o cuidador leva consigo para esclarecer dúvidas, quando presta este cuidado específico ao doente;
- O contacto realizado com o centro de saúde proporciona o transmitir de informação atempadamente, de modo a promover a continuidade de cuidados com qualidade;
- A Instrução de Serviço, permite a uniformização e melhoria dos cuidados prestados no serviço de urgência a este grupo de doentes;
- O registo das atividades realizadas proporciona a visibilidade dos cuidados prestados.

### 3 - BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, Fernanda Maria Mendes de - O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal Dissertação de mestrado em Ciências da Educação (área de especialização em Educação para a Saúde), Repositório Universidade do Minho, 2009, <http://hdl.handle.net/1822/1046>

Decreto – Lei nº 161/96 - Diário da República Série I-A, nº 205 de 4 de setembro de 1996.

GAUDÊNCIO, M<sup>a</sup> de Deus; et al - O Desafio das Doenças Crónicas. Ordem dos Enfermeiros. 2010[em linha] [consulta em 17/10/11] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/ODesafioDasDoen%C3%A7asCronicas.aspx>

GOMES, Nisa Célia de Sousa; HENRIQUES, Sara Helena dos Santos - A Família no Hospital. A Perceção da Prática do Enfermeiro na Preparação para a Alta Hospitalar. Enformação. Lisboa. março 2011.Vol 14. p. 14-19 <http://hdl.handle.net/10400.17/242>

HERMANN, Ana Paula; CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida- Enfermagem em nutrição enteral: investigação do conhecimento e da prática assistencial em hospital de ensino. Cogitare Enfermagem. ISSN.1414-8536 (outubro - dezembro2008)Vol. 13, (4). p. 520-525

INDICADORES SOCIAIS 2009 - Instituto Nacional de estatística.Destaque.2010. [em linha] [consulta em 17/10/11] Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_pesquisa&frm\\_acciao=PESQUISAR&frm\\_show\\_page\\_num=9&frm\\_modos\\_pesquisa=PESQUISA\\_SIMPLES&frm\\_texto=destaque+2010&frm\\_modos\\_texto=MODO\\_TEXTO\\_ALL&frm\\_data\\_ini=&frm\\_data\\_fim=&frm\\_tema=QUALQUER\\_TEMA&frm\\_area=QUALQUER\\_AREA](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_acciao=PESQUISAR&frm_show_page_num=9&frm_modos_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_texto=destaque+2010&frm_modos_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_data_ini=&frm_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_area=QUALQUER_AREA)

MARQUES, Rita Margarida Dourado; DIXE, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues. CUIDAR EM CASA: CONHECIMENTOS E DIFICULDADES DO CUIDADOR DO DOENTE DEPENDENTE. CuidArte Enfermagem. Catanduva,SP.ISSN 1982-1166.(julho - dezembro2010).4(2).p.66-73

SOUSA, Paulino Artur Ferreira de; FRADE, Marta Hansen Lima Bastos Correia; MENDONÇA, Denisa Maria de Melo Vasques - Um modelo de organização e partilha de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo Delphi. Ata Paulista Enfermagem. São Paulo. ISSN 0103-2100. 2005, vol.18. (4). p. 368-381 <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002005000400005>



CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL EPE

**Importante:**

- ✘ A sonda deve encontrar-se sempre tapada quando não está a ser utilizada
- ✘ Evitar a entrada de ar na sonda quando se administra alimentação e medicação
- ✘ Lavar os dentes com pasta ou solução desinfetante três vezes ao dia
- ✘ Colocar creme hidratante nos lábios sempre que necessário (vaselina)



- ✘ Administrar pequenas porções de água entre as refeições



- ✘ Afastar a sonda do alcance do doente, quando se encontra confuso ou agitado



- ✘ Deve falar com o seu médico para passar a terapêutica para xaropes e suspensões, os comprimidos têm de ser desfeitos em cerca de 20ml de água morna

Contactar o clínico se:

Vômitos

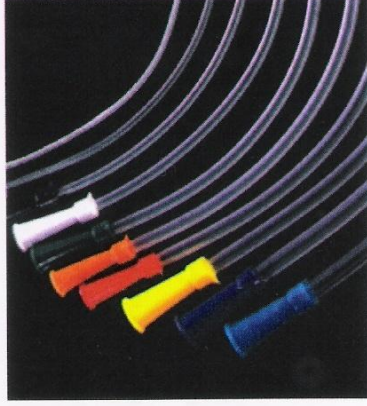
Diarreia

Não administrar alimentação sem que o doente seja observado

Ensino realizado por: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

## GUIA DE ORIENTAÇÃO



### Cuidados com: Alimentação por sonda nasogástrica (SNG)

**Informação para o cuidador principal no domicílio**



ELABORADO POR:  
Vera Pícarreira En<sup>da</sup> Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Fátima Ferreira aluna de Mestrado em Enfermagem com área de Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica  
Outubro 2011

HOSPITAL DE SÃO JOSÉ  
Rua José António Serrano  
Tel: 218841000

HOSPITAL DE SÃO JOSÉ  
SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE  
Revisão em Outubro 2014

**Entubação Nasogástrica** — Introdução de uma sonda através do nariz até ao estômago, com a finalidade de alimentar, hidratar e administrar medicação.

#### Como administrar alimentos e medicamentos por SNG?

- ◆ Lavar as mãos antes de iniciar o procedimento
- ◆ Triturar os alimentos de modo a ficarem com uma consistência líquida;
- ◆ Verificar se os alimentos não se encontram muito frios nem muito quentes
- ◆ Colocar a pessoa em posição sentada ou com uma inclinação de 45° na qual deve permanecer cerca de 30 minutos após a administração



- ◆ Verificar se a sonda se encontra correctamente colocada
- ◆ Retirar a tampa da sonda, ( dobre a ponta da mesma para evitar a entrada de ar) adapte a seringa de alimentação na extremidade da sonda
- ◆ Aspirar lentamente o conteúdo do estômago; Se aspirar 100ml ou mais introduzir de novo o conteúdo e esperar 1hora, repetir os passos anteriores novamente



- ◆ Se o que aspirar for inferior a 100ml, administrar cerca de 50ml de água fria e de seguida a alimentação lentamente (300ml ao peq. almoço, almoço e jantar ; 180ml meio da manhã e lanche; 120ml à ceia)
- ◆ Após administrar os alimentos e os medicamentos administrar sempre cerca de 50ml de água .Deste modo a sonda ficará limpa e com menos probabilidade de entupir.



- ◆ No final da administração lavar e secar a seringa de alimentação.

#### Como evitar a saída da sonda?

- ◆ A sonda deve ser fixa ao nariz com adesivo antialérgico, este deve ser trocado todos os dias ou sempre que estiver sujo.

⇒ Segure a sonda

⇒ Retire a fixação antiga

⇒ Limpe o nariz com água e sabão

⇒ Seque bem

⇒ Fixe a sonda conforme figuras



A sonda não deve ficar dobrada ou a puxar a narina

#### Como ver se a sonda saiu da posição correcta?

- ◆ Introduzir suavemente cerca de 10ml de ar com a seringa na sonda, enquanto põe a mão em cima do estômago de modo a sentir o ar entrar.

#### O que fazer em caso de obstrução ?

- ◆ Administrar pela sonda cerca de 20ml de água morna, se não resultar contactar o enfermeiro do centro de saúde
- ⇒ O enfermeiro do centro de saúde também deve ser contactado caso a sonda se encontre danificada (furo, corte, saída total ou parcial da sonda)

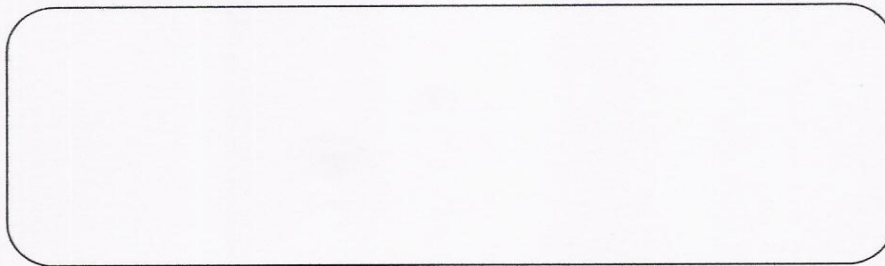


CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL, EPE

URGÊNCIA POLIVALENTE

ENTUBAÇÃO NASOGÁSTRICA

GUIA PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS



Foi entubado nasogastricamente com sonda nº \_\_\_\_\_

Foi feito o primeiro ensino de administração de alimentação, medicação e manutenção de sonda nasogástrica

Disponibilizado panfleto de principais recomendações

Pede-se colaboração para realização de validação de conhecimentos aprendidos bem como para reforço de ensinoss necessários.

Lisboa, de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

O(A) Enfermeiro(a)



Realizado por Maria de Fátima da Piedade Ferreira Aluna de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfª Vera Piçarreira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**NÚMEROS DE TELEFONE E FAX DOS CENTROS DE SAÚDE  
DO CONCELHO DE LISBOA PERTENCENTES À ÁREA DE INFLUÊNCIA DO  
SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE Sã JOSE**

FREGUESIA	CENTRO DE SAÚDE	Nº TELEFONE	Nº FAX
Alto Pina	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da <b>Alameda</b>	218105000	218122146
Anjos	C. S. Penha de França	218164100	218164139
Beato	C. S. São João	218101010	21812219624
Castelo	C. S. Graça <b>Ext. das Mónicas</b>	213240810 <b>218806000</b>	213476125 <b>218860841</b>
Coração Jesus	Extensão de Saúde Duque de Loulé	213513050	213513058
Encarnação	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados <b>Luz Soriano</b>	213466246 213466247	213421006
Graça	C. S. Graça <b>Ext. das Mónicas</b>	213240810 <b>218806000</b>	213476125 <b>218860841</b>
Lapa	Unidade de Cuidados de Saúde personalizados da <b>Lapa</b>	213931250	213957979
Madalena	C. S. Graça <b>Ext. São Nicolau</b>	213240810 <b>218843000</b>	213476125 <b>218868204</b>
Mártires	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados <b>Luz Soriano</b>	213466246 213466247	213421006
Marvila	C. S. Marvila	218620750 218620751	218686951
Mercês	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados <b>Luz Soriano</b>	213466246 213466247	213421006
N. Sra. Fátima	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados <b>Coração de Jesus</b>	213808446	213871879
Olivais	C. S. Olivais	218507000	218539078
Pena	C. S. Penha de França	218164100	218164139
Penha França	C. S. Penha de França	218164100	218164139
Prazeres	Unidade de Cuidados de Saúde personalizados da <b>Lapa</b>	213931250	213957979
S. Cristóvão	C. S. Graça <b>Ext. São Nicolau</b>	213240810 <b>218843000</b>	213476125 <b>218868204</b>
S. João	C. S. São João	218101010	21812219624
S. João Deus	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da <b>Alameda</b>	218105000	218122146
S. Jorge Arroios	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da <b>Alameda</b>	218105000	218122146
S. José	Extensão de Saúde Duque de Loulé	213513050	213513058
S. Mamede	Unidade de cuidados de Saúde Personalizados de São <b>Mamede/Santa Isabel</b>	213947310	213947318



**NÚMEROS DE TELEFONE E FAX DOS CENTROS DE SAÚDE  
DO CONCELHO DE LISBOA PERTENCENTES À ÁREA DE INFLUÊNCIA DO  
SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE SÃO JOSÉ**

FREGUESIA	CENTRO DE SAÚDE	Nº TELEFONE	Nº FAX
S. Miguel	C. S. Graça <b>Ext. São Nicolau</b>	213240810 <b>218843000</b>	213476125 <b>218868204</b>
S. Nicolau	C. S. Graça <b>Ext. São Nicolau</b>	213240810 <b>218843000</b>	213476125 <b>218868204</b>
S. Paulo	C. S. Graça <b>Ext. das Mónicas</b> <b>Ext. São Nicolau</b>	213240810 <b>218806000</b> <b>218843000</b>	213476125 <b>218860841</b> <b>218868204</b>
S. Sebastião Pedreira	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados <b>Coração de Jesus</b>	213808446	213871879
Santiago	C. S. Graça <b>Ext. São Nicolau</b>	213240810 <b>218843000</b>	213476125 <b>218868204</b>
S. Vicente Fora	C. S. Graça <b>Ext. das Mónicas</b>	213240810 <b>218806000</b>	213476125 <b>218860841</b>
Sacramento	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados <b>Luz Soriano</b>	213466246 213466247	213421006
Sta. Catarina	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados <b>Luz Soriano</b>	213466246 213466247	213421006
Sta. Engrácia	C. S. São João	218101010	21812219624
Sta. Isabel	Unidade de cuidados de Saúde Personalizados de São <b>Mamede/Santa Isabel</b>	213947310	213947318
Sta. Justa	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados <b>Luz Soriano</b>	213466246 213466247	213421006
Sto. Estevão	C. S. Graça <b>Ext. das Mónicas</b>	213240810 <b>218806000</b>	213476125 <b>218860841</b>
Santos-o-Velho	Unidade de Cuidados de Saúde personalizados da <b>Lapa</b>	213931250	213957979
Sé	C. S. Graça <b>Ext. São Nicolau</b>	213240810 <b>218843000</b>	213476125 <b>218868204</b>
Socorro	C. S. Graça <b>Ext. das Mónicas</b> <b>Ext. São Nicolau</b>	213240810 <b>218806000</b> <b>218843000</b>	213476125 <b>218860841</b> <b>218868204</b>



### 1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

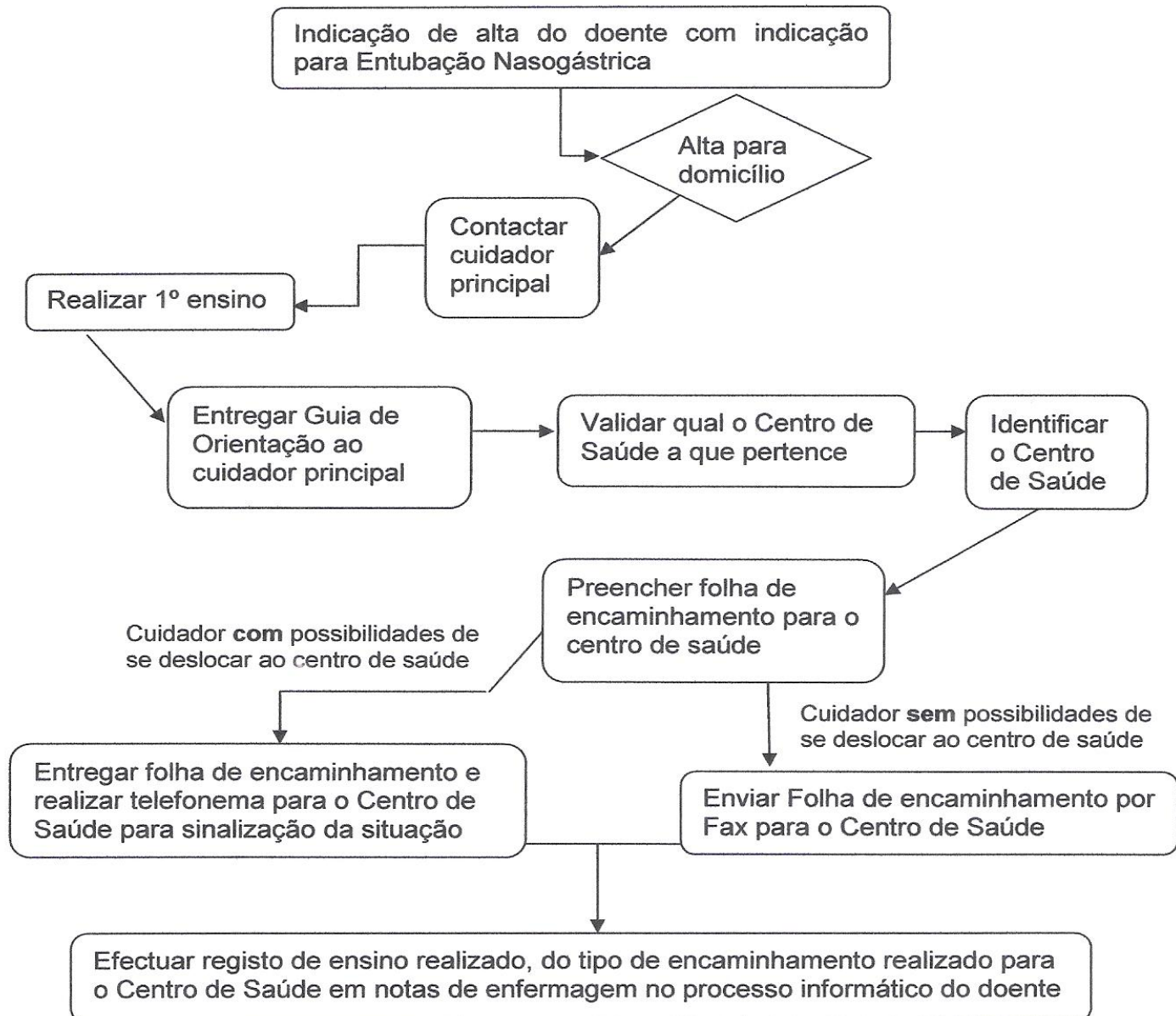
#### ALT 103 - Alta do Doente

**Objectivo** - Promover o ensino ao cuidador principal sobre os cuidados na alimentação por sonda nasogástrica e encaminhamento para o centro de saúde

### 2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se por Enfermeiros, nos diversos sectores do Serviço de Urgência

### 3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO




APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	____/____/____	Vera Piçarreira Enfª Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Fátima Ferreira aluna de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (UCP)		1/1

APÊNDICE III

**Procedimento sectorial**

**“Comunicação Alternativa e Aumentativa”**

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS</b> <b>POLIVALENTE 1</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E</b> <b>AUMENTATIVA</b>	

<b>APROVAÇÃO</b>

### 1. OBJECTIVO

Melhorar capacidade de comunicação entre doente - família - enfermeiro. Tendo como finalidade facilitar a participação e interacção entre o doente - família - enfermeiro.

### 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os doentes com via aérea artificial, que não possuam capacidade de se expressar pela oralidade internados na UCIP 1

### 3. RESPONSABILIDADES

**3.1. Pela implementação do Procedimento:** Enfermeira Chefe e Equipa de Enfermagem da UCIP 1


**3.2. Pela revisão do procedimento:** Direcção da Área de Cuidados Intensivos.

### 4. DEFINIÇÕES

- A comunicação é um processo de compreender e partilhar mensagens enviadas e recebidas, e estas mensagens exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas.

<b>ELABORAÇÃO</b>	
Enfª. Andreia Fernandes;	_____
Enfª. Luísa Mendonça;	_____
Estudante de Mestrado em enfermagem com especialidade em enfermagem médico -cirúrgica (UCP) Fátima Ferreira	_____
<b>VERIFICAÇÃO</b>	
CQSD	_____

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Janeiro 2012	2014	1/3

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS</b> <b>POLIVALENTE 1</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E</b> <b>AUMENTATIVA</b>	

- Comunicação Alternativa e Aumentativa compõem-se de um grupo integrado de componentes, incluindo símbolos, estratégias e técnicas utilizadas pelos intervenientes para realizar a sua comunicação.

## 5. SIGLAS E ABREVIATURAS

CAA- Comunicação Alternativa e Aumentativa

## 6. REFERÊNCIAS

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2010:


NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
37	Tratamentos e Cuidados de Saúde	37.12

- BRAGA, Eliana Mara; SILVA, Maria Júlia Paes da - Comunicação competente - visão de enfermeiros especialistas em comunicação - Acta Paulista Enfermagem. São Paulo. 2007;nº20,vol.4. p. 410-414. (em linha) (consulta em 27/12/2011). Disponível em: [www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/03.pdf)

- GONÇALVES, Maria de Jesus - O significado da comunicação no atendimento ao paciente em UTI: como o fonoaudiólogo pode ajudar? - O Mundo da Saúde São Paulo. São Paulo. 2008; nº 32 (Janeiro/ Março) vol.1 p. 79-84 (em linha) (consulta em 20/12/2011). Disponível em: [www.scamilo.edu.br/pdf/mundo\\_saude/58/79a84.pdf](http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/58/79a84.pdf)

- MOTA, Gizele Pereira; FRANÇA, Fabiana Cláudia de Vasconcelos - Comunicação não verbal em unidade de terapia intensiva: validação de um método alternativo - - - - -

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
Janeiro 2012	2014	2/3

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Sectorial</b> <b>UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS</b> <b>POLIVALENTE 1</b>	<b>COD.0000</b>
	<b>COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E</b> <b>AUMENTATIVA</b>	

- Comunicação em Ciências da Saúde. Brasília. 2010; nº21 vol 1. p. 39-48 (em linha) (consulta em 20/12/2011). Disponível em:

[www.fepecs.edu.br/revista/Vol21\\_1\\_06comunicacaonaoverbal.pdf](http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol21_1_06comunicacaonaoverbal.pdf)

## 7. DESCRIÇÃO

Material auxiliar de CAA disponível na UCIP 1

Computador

Cartões para CAA

Book auxiliar para CAA

Quadro Mágico

Pranchetas

Alfabetos

### Execução:

- Avaliar estado de consciência do doente
- Avaliar capacidade de escrita ou não do doente
- Orientar o doente no tempo é muito importante pois, dentro de uma unidade de cuidados intensivos é difícil de se conseguir perceber se é de manhã ou de tarde. Ex. Utilizar o bom dia, boa tarde ou por meio de um relógio.
- Escolher método de CAA adequado ao doente, para que desta forma o doente se possa expressar e interagir com os profissionais e familiares
- Explicar ao doente como funciona a CAA para que este a possa utilizar
- Posicionar o doente de modo a poder utilizar o método de CAA seleccionado
- Explicar aos familiares a importância da comunicação e como funciona a CAA para que possam interagir com o seu familiar doente
- Registrar em notas de enfermagem qual o método utilizado de CAA e qual a interacção do doente

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Janeiro 2012	2014	3/3

APÊNDICE IV

**Comunicação de Más Notícias**

**(trabalho escrito)**



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA** | INSTITUTO DE  
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

### **Transmissão de Más Notícias**

**Aluno:** Maria de Fátima da Piedade Ferreira

**Orientadora local de estágio:** Enf<sup>ª</sup> Luísa Mendonça

Enf<sup>ª</sup> Andreia Fernandes

**Lisboa, janeiro de 2012**

## Sumário

	Pag
0 - INTRODUÇÃO	3
1 - DESENVOLVIMENTO	5
2 - CONCLUSÃO	9
3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

## 0 - INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio, Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do HSJ que realizei de 21 de novembro a 27 de janeiro de 2012, do Curso de Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização Médico-cirúrgica, lecionado na Universidade Católica Portuguesa (2010/2012), foi-me proposto a elaboração de um trabalho no âmbito da transmissão de más notícias por ser uma das necessidades sentidas pela equipe e sinalizadas pela Sr<sup>a</sup> Enf<sup>ª</sup> Chefe a quando da reunião informal realizada para a elaboração do projeto de estágio e que eu pude confirmar pela minha observação no início do estágio.

A comunicação de más notícias, é uma área que se integra nas relações interpessoais, concordando com (PEREIRA, 2008, p.17) “ (...) importa ter consciencializado que o doente e o profissional de saúde são pessoas que interagem. (...) é imprescindível aos profissionais de saúde serem conhecedores e peritos em relações humanas, tornando-se a comunicação o instrumento básico para a prestação de cuidados de saúde.”

Deste modo a comunicação têm de ser utilizada como um recurso importante para promover a qualidade dos cuidados prestados, tendo sempre em conta a relação existente entre o doente e família. Não nos esquecendo também do que está inscrito na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes

*“O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde. Esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente. (...) a informação deve conter elementos relativos ao diagnóstico (...), ao prognóstico (...), tratamentos a efetuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos. O doente pode desejar não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar, caso o entenda, quem deve receber a informação em seu lugar.”*

Pensando que cada pessoa é um ser único, a comunicação de más notícias torna-se um ato complexo, pois gera em cada profissional conflitos internos de como o realizar pois conjugar os direitos que o doente/ família têm com o facto de não abolir a esperança tem de estar sempre em mente para que a humanização dos cuidados seja mantida.

Como nos diz BERMEJO, 2008, p.13 “Razão e coração precisam de dialogar sabiamente com uma inteligência ética integrada, que supere o racionalismo e o emotivismo para humanizar a vida, pois não é a mesma coisa ser *humano* e viver *humanamente*, e justo esta última é a tarefa que nos foi confiada – a todos nós que vivemos.”

Assim, com este trabalho pretendo com base em revisão bibliográfica elaborar um fio condutor de como um profissional poderá dar uma má notícia de modo mais eficiente com o menor dano possível.

## I - DESENVOLVIMENTO

Tendo como premissa o princípio o ponto 6 da carta dos direitos e deveres dos doentes “O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde”, a transmissão de más notícias tem sido um tema explanado por vários autores.

Sendo má notícia segundo PEREIRA (2008,p.30) “(...)aquela que afeta negativamente as expectativas de vida da pessoa, devido a uma situação vivenciada diretamente ou com alguém próximo.”

O doente ou quem o represente tem o direito de saber a verdade sobre a sua situação de saúde/doença, mas sem nunca lhe ser retirada a esperança, pois concordando com Pereira (2008) a comunicação de uma má notícia poderá ser devastadora pelas alterações físicas, familiares e sociais que daí poderão advir.

Para que possa existir comunicação é necessário que exista uma interação entre os profissionais de saúde, doente e família, tornando-se ainda uma tarefa difícil de cumprir, pois é uma tarefa complexa no contexto das relações interpessoais.

Por este motivo podemos adotar o modelo criado por Buckman em seis passos, como guia orientador para transmissão de más notícias. (Buckman, 1998) citado por Querido.A; Salzar.H; Neto.IG; in manual de cuidados paliativos, 2010

### **Protocolo de Buckman**

- 1 Preparar o ambiente
- 2 Perceber o que o doente sabe
- 3 Saber o que o doente quer saber
- 4 Partilhar a informação
- 5 Responder as reações do doente e família
- 6 Validar e planear acompanhamento

#### I Preparar o ambiente

O enfermeiro planeia qual a informação a transmitir e o local onde a transmitir. Preferencialmente a informação deve ser dada ao doente e se possível que este esteja acompanhado pela pessoa significativa de modo a ter algum apoio neste momento. O ambiente escolhido deve ser calmo, isento de ruídos se possível e que não seja passível de muitas interrupções, que permita intimidade e privacidade.

Esta transmissão de informação só deve ser realizada após existir confirmação do diagnóstico, devemos estar cientes de que para a realizarmos, temos que nos encontrar totalmente

disponíveis. Esta disponibilidade pode ser demonstrada se forem utilizadas algumas técnicas de comunicação não verbal, como sendo, sentarmo-nos ao mesmo nível do doente sem barreiras físicas entre doente e profissional, manter o contacto visual utilizando um tom de voz pausado e sereno.

É importante o que se diz mas como se diz nesta situação é muito mais importante por isso devemos começar o diálogo com frases como “Como se sente hoje?” “Concorda que falemos hoje um pouco?” “Se não se sente capacitado hoje não há problema falarmos amanhã.”

## 2 Perceber o que o doente sabe

Nesta fase o enfermeiro tem de se aperceber do que o doente/família sabe realmente sobre a sua doença ou se tem alguma suspeita sobre a situação. Para termos esta perceção podemos realizar algumas perguntas: “ O que é que os médicos lhe disseram sobre a sua doença?; já lhe disseram que a sua situação poderia ser grave?; já falou com algum colega meu sobre a sua situação?” Todas as respostas dadas pelos doentes e família às questões realizadas, proporcionam-nos a obtenção de informações valiosas sobre o conhecimento que o doente e família têm sobre a situação. A informação aprendida pelos enfermeiros deve ser enquadrada nas diversas vertentes, assim, é importante não descurar a linguagem não verbal, o estilo de comunicação e o conteúdo emocional que nos transmitem em conjunto com a mensagem verbal.

## 3 Saber o que o doente quer saber

O enfermeiro tem de perceber que tipo de informação o doente/família quer ter acesso. Por vezes não querem ter acesso a informação aprofundada e essa decisão tem de ser respeitada. Deve ser validada a necessidade e que tipo de informação necessita em entrevistas periódicas, proporcionando sempre autonomia ao doente para escolher o tipo de informação que deseja receber. O doente pode encontrar-se bastante assustado, preferindo apenas ser tranquilizado e verbalizar as suas emoções não esperando qualquer esclarecimento aprofundado sobre a sua situação real.

A avaliação pode ser feita através de várias questões como: “ Se piorar, qual o seu interesse em saber exatamente o que se está a passar?”; “ Deseja falar hoje sobre o seu diagnóstico em pormenor ou apenas deseja saber qual o plano terapêutico que está delineado para si?”.

## 4 Partilhar a informação

É nesta fase que nos encontramos capazes de dar informação, que poderá ser o diagnóstico ou prognóstico por exemplo. Esta é possivelmente a fase mais delicada de todo o protocolo, mas, se todos os passos forem cumpridos ao chegar a esta fase estará criado um contexto adequado, que fará com que este momento não seja tão difícil. É muito utilizada nesta fase a técnica “Tiro de Aviso”, que permite a introdução de algumas pistas de que alguma coisa não está bem. “ Os exames mostram algumas alterações preocupantes” “Como está a referenciar não tem notado evolução”. É necessário da nossa parte dosear a informação a dar, esta não deve ser transmitida toda num primeiro momento.

O transmitir da verdade deve ser um caminho a percorrer de maneira faseada para desta forma tentar aumentar o “tempo de transição” sendo este tempo o necessário para que o doente e família interiorizem as alterações do estado de saúde.

Durante a transmissão de informação devemos evitar a falsa esperança, devemos sim transmitir a verdade sem levar o doente e família à desesperança pois, a verdade também engloba o tipo de tratamento e as opções terapêuticas a instituir para que se diminua o sofrimento e se aumente a qualidade de vida. Todo este processo deve ser validado várias vezes para que tenhamos a perceção real de que o doente e família estão a compreender o que lhes é dito e não ter nada como certo e sabido.

#### 5 Responder as reações do doente e família

Após a receção de uma má notícia é passível de que seja despoletada uma reação de ira, que pode ser direcionada aos profissionais de saúde, derivado ao desgosto e preocupação que a situação possa trazer.

Os profissionais de saúde nesta fase devem adotar uma posição de compreensão e apoio, corroborando que essa reação emocional é plausível derivado á situação que está a vivenciar.

Devemos nesta fase demonstrar empatia “compreendo como deve estar a sentir-se; é natural que a notícia o deixe perturbado” ou ainda ficar em silêncio mas demonstrando estar presente enquanto o doente expressa os seus sentimentos seja pelo choro, ira, revolta, etc. é neste momento em que o toque pode ser muito importante.

#### 6 Validar e planear acompanhamento

É durante esta fase que se deve realizar um resumo de toda a informação transmitida e também delinear um plano tendo sempre presente as necessidades do doente e família, de acordo com as suas prioridades. Este plano deve conter todas as alternativas passíveis de ser implementadas para prevenir o sofrimento e manter a qualidade de vida. Nesta fase é

importante identificar quais as estratégias que o doente e família utilizam para lidar com a situação bem como os apoios que têm disponíveis a nível da sociedade e família alargada.

Não nos devemos esquecer de marcar novo contacto, ou de realizarmos o encaminhamento para outro profissional se for a situação mais adequada de forma personalizada preferencialmente.

## 2 - CONCLUSÃO

Tendo como base o direito de o doente á verdade, esta deve ser transmitida sem retirar a esperança.

Sendo a transmissão de más notícias uma área delicada existente na comunicação, existe também por parte dos profissionais, enfermeiros e outros, dificuldade em realiza-la. Deste modo devemos seguir um guia orientador de trabalho que nos facilite a comunicação nesta área. Não nos podemos esquecer que cada pessoa é única assim, a interação a estabelecer também deve ser ajustada há mesma. Este guia deve conter os seis passos nunca abolindo nenhum deles, mas dever ser suficientemente flexível e adaptável a cada situação em particular. Como nos refere Caldeira, N; Ribeiro, p (2008.p.47) “ (...) esta transmissão de informação pode ser facilitada se for encarada como uma técnica, (...). Deverá existir em todos nós a necessidade de a aprender, aprofundar e desenvolver, de modo a que se torne parte integrante e natural da nossa atuação na vida profissional.”

A aquisição de competências nesta área é uma mais-valia, podendo permitir ultrapassar as dificuldades existentes de modo a que os doentes e familiares sejam apoiados da forma mais correta nesta fase da vida.

### 3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, António; NETO, Isabel Gracinda - **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2010. 814p. ISBN: 978-972-9349-22-5.

BERMEJO, José C - **Humanizar a saúde: cuidado relações e valores**. Petrópolis: Editora Vozes. 2008. 119p. ISBN: 978-85-326-3713-0.

CALDEIRA, Nádía; RIBEIRO, Patrícia - **A Transmissão de Más Notícias Baseada no Protocolo de Buckman**. Revista de Amado Lusitano. Castelo Branco. ISSN: 0873-5441. N° 25 (3° Semestre 2008) p. 44-47.

DJS - **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes**. (em linha) (consultado em 22/11/11) disponível em:  
[www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA](http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA)

PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves - **Comunicação de más notícias e gestão do luto**. Coimbra: Formasau. 2008.446p. ISBN: 978-972-8485-92-4.

APÊNDICE V

**Instrução de Trabalho**

**“Transmissão de Más Notícias”**



### 1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

**Norma 56:** Serviço de cuidados especiais

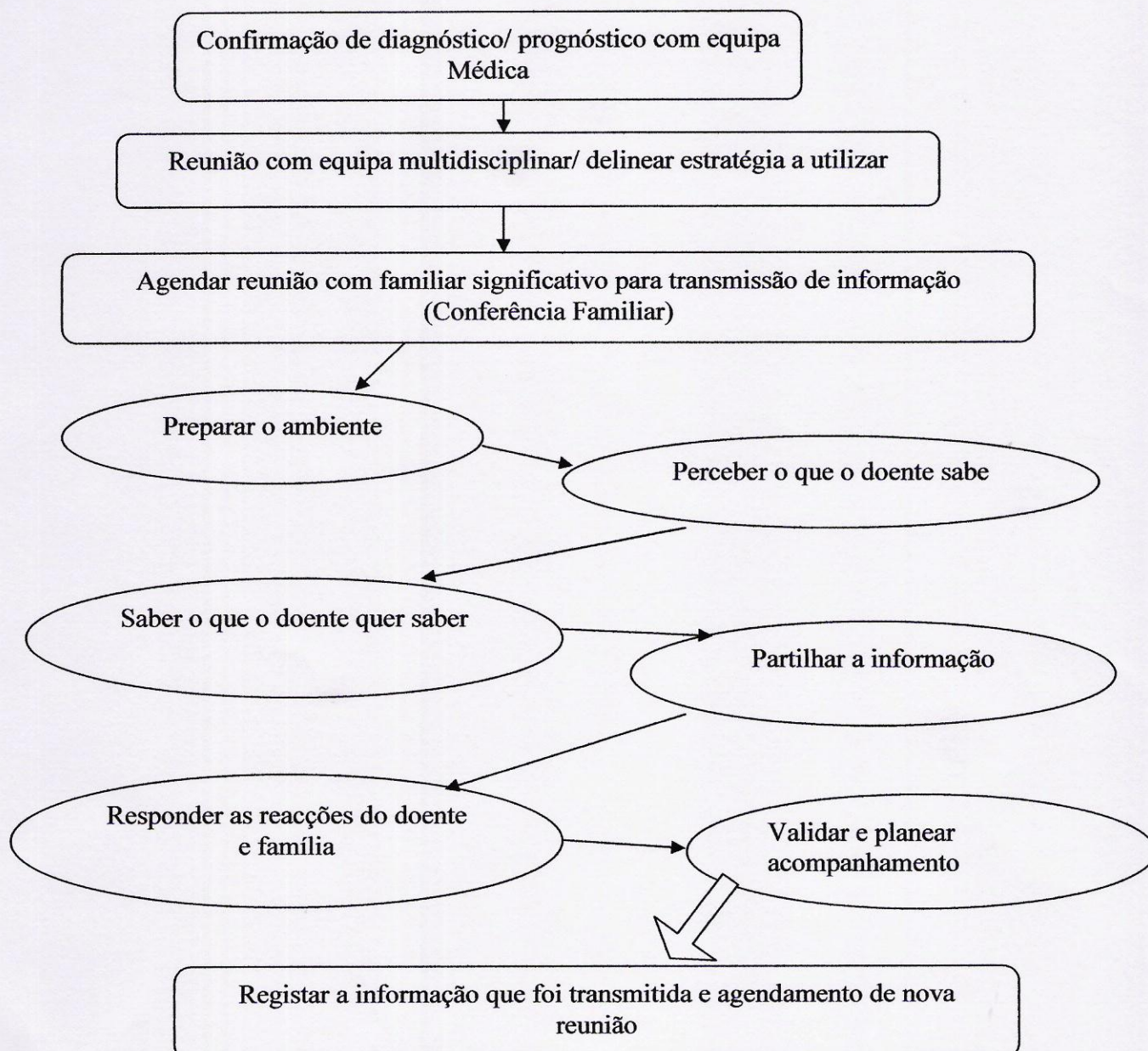
**Norma 27:** Prestação de cuidados aos doentes em fase terminal, critério 27.34

**Objectivo:** Promover a uniformização relativa à transmissão de más notícias

### 2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os Enfermeiros, da UCIP1

### 3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO



APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
_/_/_		Enf. Andreia Fernandes; Enf. Luísa Mendonça; Estudante de Mestrado em enfermagem com especialidade em enfermagem médico -cirúrgica (UCP) Fátima Ferreira		1/1

APÊNDICE VI

**Plano de Sessão e Slides de Momento Reflexivo**

## CURSO DE Mestrado de Natureza Profissional Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Tema:** "Transmissão de Ms Noticias"

**Objectivo Geral:** Desenvolver/ rever conhecimentos sobre o tema

Apresentao de Instruo de Trabalho

**Data:** 20 de Janeiro de 2012

**Local:** Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP 1), do Hospital de São José - Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE.

**Grupo Alvo:** Enfermeiros da UCIP 1

OBJECTIVOS	CONTEÚDO	DURAO	ESTATGIAS		AVALIAO
			Métodos	M. A. E	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflectir sobre estratégias como ms transmitir noticias.</li> <li>- Motivar para a tomada de decisão que evidencie na prática, resoluoes bem fundamentadas na transmissão de ms noticias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentao/ Justificao/ Introduo do tema</li> <li>- Definio de Más Noticias</li> <li>- Protocolo de Buckman</li> <li>- Consideraoes finais</li> <li>- Instruo de trabalho</li> </ul>	30 - 45 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo com distribuo de informao escrita - "Power Point da sessão".</li> <li>- Interactivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Folhetos impressos do "Power Point da sessão" apresentada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliao Formativa através de:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>» Questionário dirigido aos enfermeiros presentes sobre a avaliao da sessão apresentada.</li> <li>» Feedback dos profissionais de enfermagem.</li> </ul> </li> </ul>

**Realizado por:** Maria de Fátima da Piedade Ferreira, estudante do Curso de Mestrado de Natureza Profissional em Enfermagem Médico-cirúrgica.



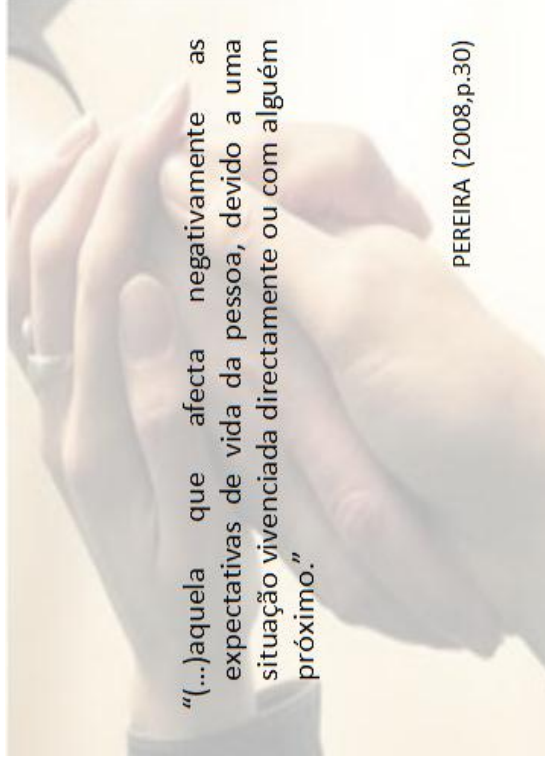
**Más notícias**

Uma abordagem

**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL**

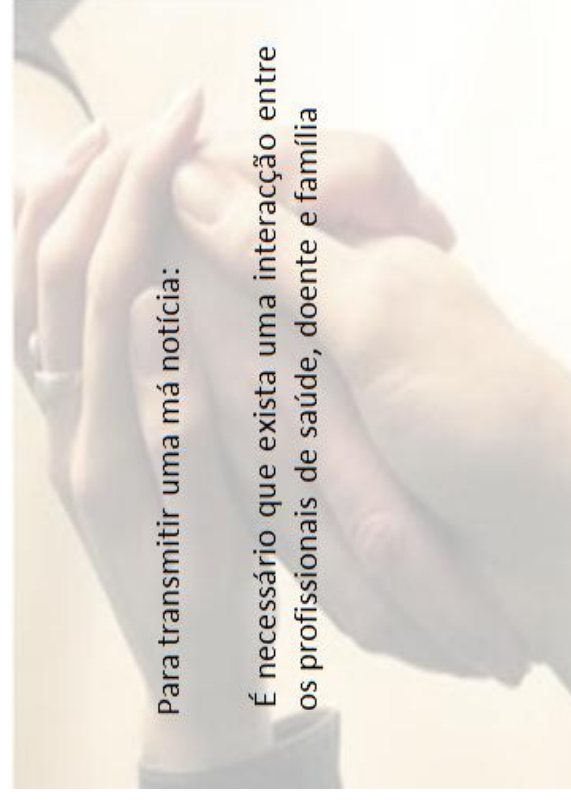


Fátima Ferreira  
Janeiro 2012



“(…)aquela que afecta negativamente as expectativas de vida da pessoa, devido a uma situação vivenciada directamente ou com alguém próximo.”

PEREIRA (2008,p.30)



Para transmitir uma má notícia:

É necessário que exista uma interacção entre os profissionais de saúde, doente e família



**Protocolo de Buckman**

- 1 Preparar o ambiente
- 2 Perceber o que o doente sabe
- 3 Saber o que o doente quer saber
- 4 Partilhar a informação
- 5 Responder as reacções do doente e família
- 6 Validar e planear acompanhamento

## 1 Preparar o ambiente

- Planeia qual a informação a transmitir e o local onde a transmitir
- O ambiente escolhido deve ser calmo, isento de ruídos se possível e que não seja passível de muitas interrupções, que permita intimidade e privacidade.

- Demonstrar total disponibilidade

### Técnicas de comunicação não verbal:

- sentarmo-nos ao mesmo nível do doente sem barreiras físicas entre doente e profissional
- manter o contacto visual
- utilizar um tom de voz pausado e sereno.

## 2 Perceber o que o doente sabe

- Aperceber do que o doente/família sabe realmente sobre a sua doença ou se tem alguma suspeita sobre a situação

## 3 Saber o que o doente quer saber

- O enfermeiro tem de perceber que tipo de informação o doente/família quer ter acesso.
- Deve ser validada a necessidade e que tipo de informação necessita em entrevistas periódicas, proporcionando sempre autonomia ao doente/família para escolher o tipo de informação que deseja receber.

#### 4 Partilhar a informação

- Esta é possivelmente a fase mais delicada
- Passível de se efectuar mais facilmente se forem seguidos todos os passos, criando um contexto adequado

#### ➤ Técnica “Tiro de Aviso”

- Permite a introdução de algumas pistas de que alguma coisa não está bem
- É necessário da nossa parte dosear a informação a dar, esta não deve ser transmitida toda num primeiro momento.

- Evitar a falsa esperança

- Transmitir a verdade sem levar o doente e família à desesperança

#### 5 Responder as reacções do doente e família

##### ❖ Reacção de ira

##### Os profissionais devem:

- ✓ Adoptar uma posição de compreensão e apoio
- ✓ Demonstrar empatia
- ✓ Ficar em silêncio mas demonstrando estar presente
- ✓ O **toque** pode ser muito importante nesta fase

## 6 Validar e planear acompanhamento

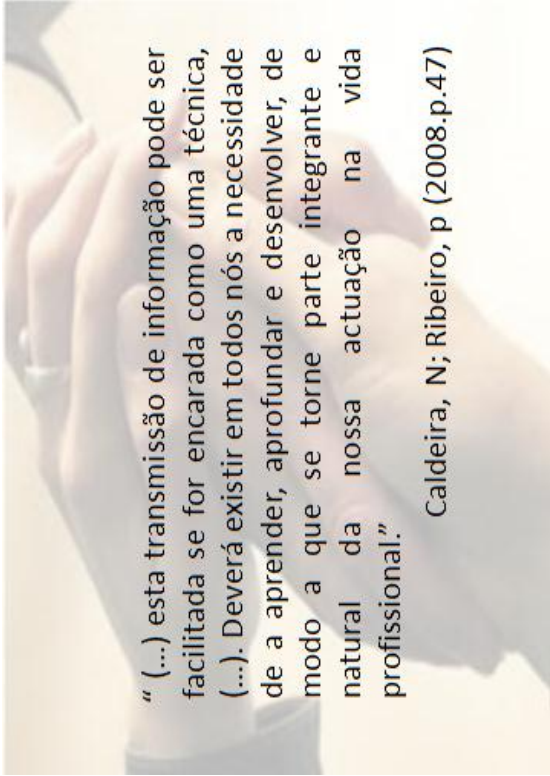
- realizar um resumo de toda a informação transmitida
- delinear um plano tendo sempre presente as necessidades do doente e família, de acordo com as suas prioridades.

- Identificar quais as estratégias que o doente e família utilizam para lidar com a situação bem como os apoios que têm disponíveis a nível da sociedade e família alargada.
- Marcar novo contacto, ou de realizarmos o encaminhamento para outro profissional se for a situação mais adequada de forma personalizada

## CONCLUSÃO

- ✓ Direito de o doente à verdade
- ✓ Deve ser transmitida sem retirar a esperança.
- ✓ Devemos seguir um guia orientador de trabalho que nos facilite a comunicação nesta área

- ✓ Interação a estabelecer também deve ser ajustada ( cada pessoa é um ser diferente e único)
- ✓ Não abolir nenhum dos 6 passos do protocolo
- ✓ Deve ser suficientemente flexível e adaptável a cada situação em particular.



“ (...) esta transmissão de informação pode ser facilitada se for encarada como uma técnica, (...). Deverá existir em todos nós a necessidade de a aprender, aprofundar e desenvolver, de modo a que se torne parte integrante e natural da nossa actuação na vida profissional.”

Caldeira, N; Ribeiro, p (2008.p.47)

## Referências bibliográficas

- BARBOSA, António; NETO, Isabel Gracinda - *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2010. 814p. ISBN: 978-972-9349-22-5.
- BERMEO, José C - *Humanizar a saúde: cuidado relações e valores*. Petrópolis: Editora Vozes. 2008. 115p. ISBN: 978-85-326-3713-0.
- CALDEIRA, Nádia; RIBEIRO, Patrícia - *A Transmissão de Más Notícias Baseada no Protocolo de Buckman*. *Revista de Amado Lusitano*. Castelo Branco. ISSN: 0873-5441. Nº 25 (3ª Semestre 2008) p. 44-47.
- DJS - *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*. [em linha] (consultado em 22/11/11) disponível em: [www.des.pt/default.aspx?cd=55065716AAAAAAAAAAAAAAAA](http://www.des.pt/default.aspx?cd=55065716AAAAAAAAAAAAAAAA)
- PEREIRA, Maria Aurora Gonçalves - *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau. 2008. 446p. ISBN: 978-972-8485-92-4.



**OBRIGADO**

## APÊNDICE VII

### **Questionário de Avaliação de Sessão e Tratamento de Dados**



## Avaliação da Sessão Questionário do formando

Uma vez terminado este momento de partilha importa reflectir sobre a aprendizagem e apreensão de conhecimentos de modo, a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim solicito o preenchimento deste questionário que é anónimo e confidencial. Responda a cada pergunta, colocando uma cruz na coluna do número que melhor indicar o que pensa. O nº1 corresponde pouco importante e o nº5 muito importante, em que o nº3 não emite opinião.

1 - Pertinência do tema?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 – A sessão foi esclarecedora relativamente ao tema proposto?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 – O conteúdo partilhado revelou-se de utilidade para a sua actividade profissional?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 – Motivou a participação do grupo?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5 – Utilizou uma metodologia que facilitou a interiorização de conhecimentos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6 – Despertou interesse?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

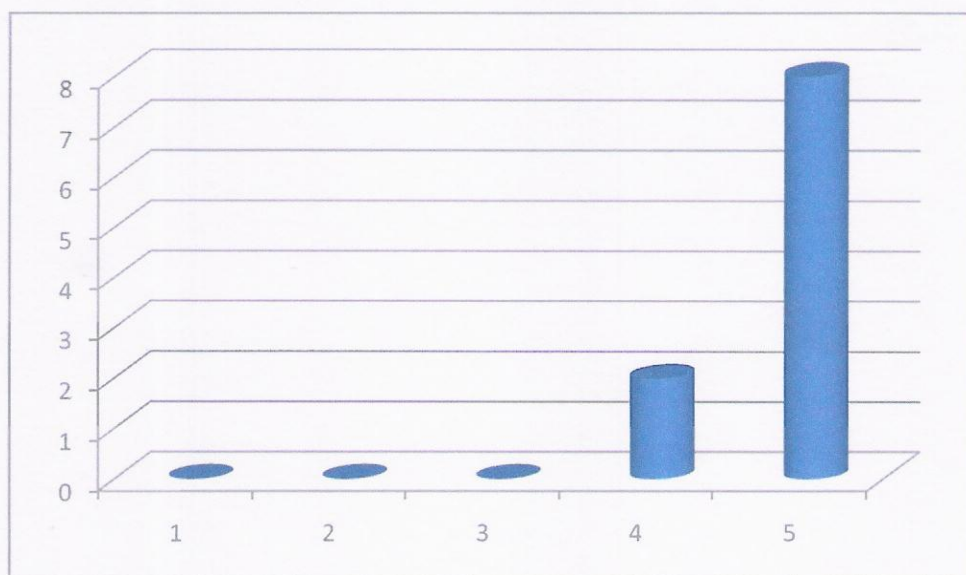
7 – Classifique os contributos para a sua prática diária?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Obrigado pela sua colaboração

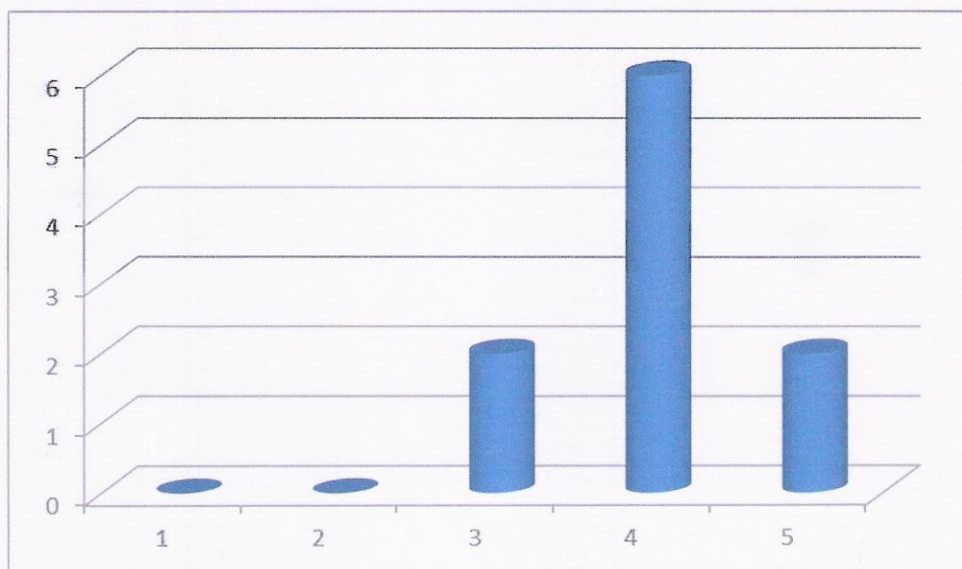
**Pertinência do tema**

Questionário	Escala likert				
	1	2	3	4	5
1					1
2					1
3					1
4					1
5					1
6					1
7				1	
8					1
9					1
10				1	
<b>Contagem</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>8</b>



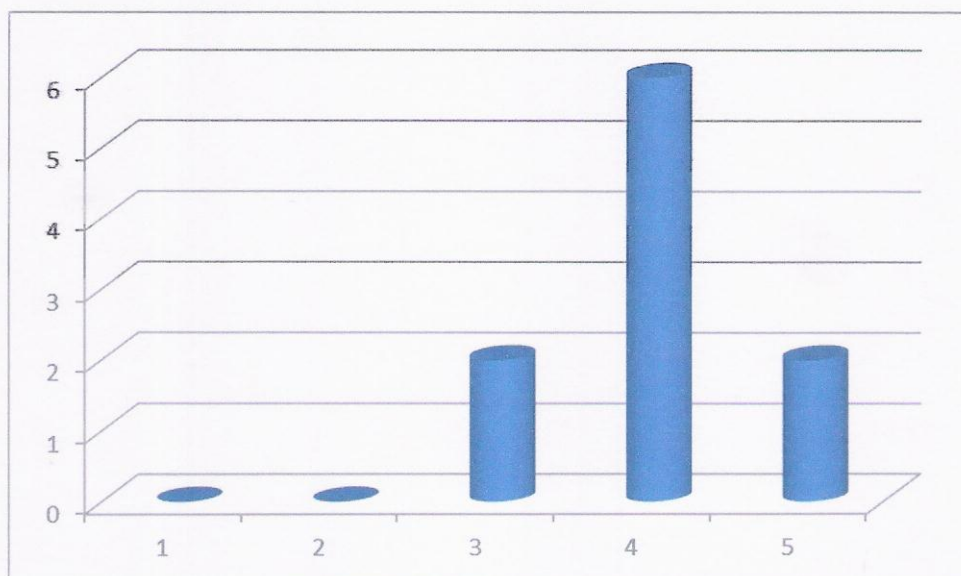
**A sessão foi esclarecedora relativamente ao tema proposto**

Questionário	Escala de likert				
	1	2	3	4	5
1				1	
2				1	
3					1
4				1	
5				1	
6			1		
7			1		
8				1	
9					1
10				1	
<b>Contagem</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>



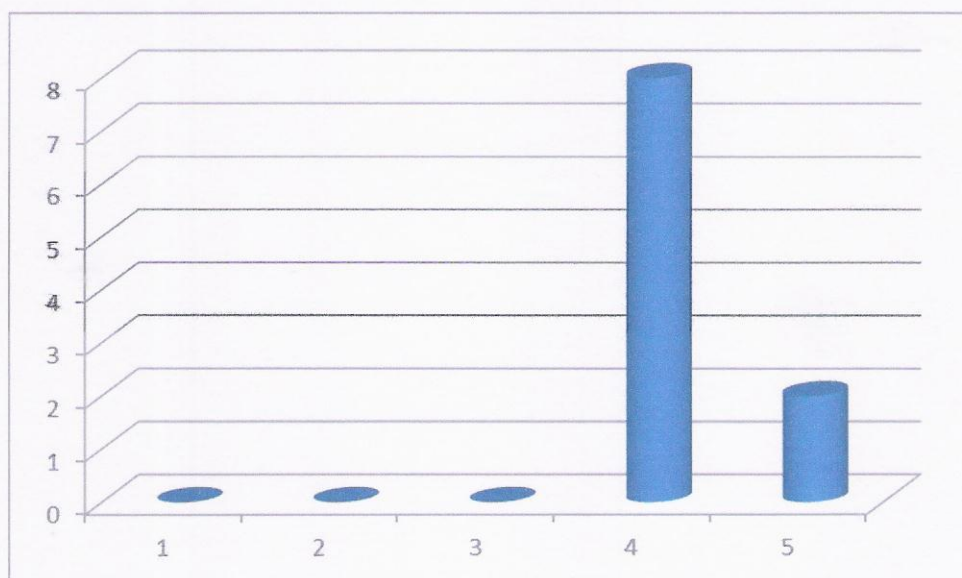
**O conteúdo partilhado revelou-se de utilidade para a sua actividade profissional**

Questionário	Escala de likert				
	1	2	3	4	5
1				1	
2				1	
3					1
4				1	
5				1	
6			1		
7			1		
8				1	
9					1
10				1	
<b>Contagem</b>	0	0	2	6	2



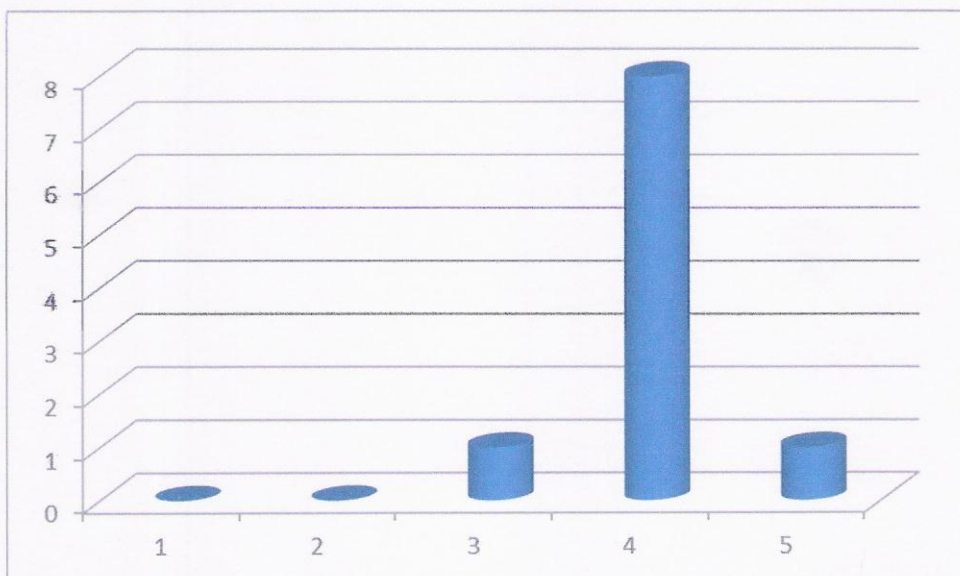
### Motivou a participação do grupo

Questionário	Escala de likert				
	1	2	3	4	5
1				1	
2				1	
3					1
4				1	
5				1	
6					1
7				1	
8				1	
9				1	
10				1	
<b>Contagem</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>2</b>



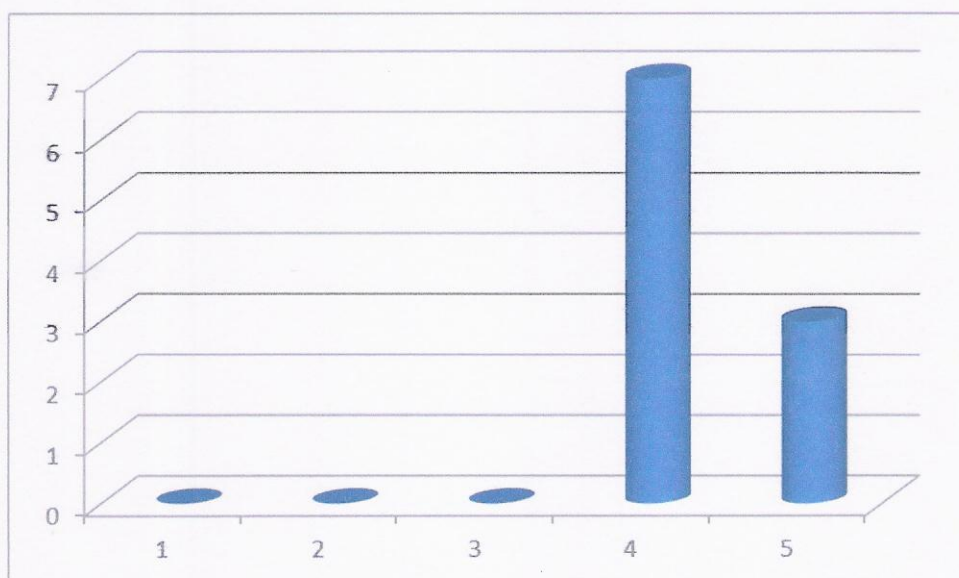
**Utilizou uma metodologia que facilitou a interiorização de conhecimentos**

Escala de likert					
Questionário	1	2	3	4	5
1				1	
2				1	
3					1
4				1	
5				1	
6			1		
7				1	
8				1	
9				1	
10				1	
<b>Contagem</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>1</b>



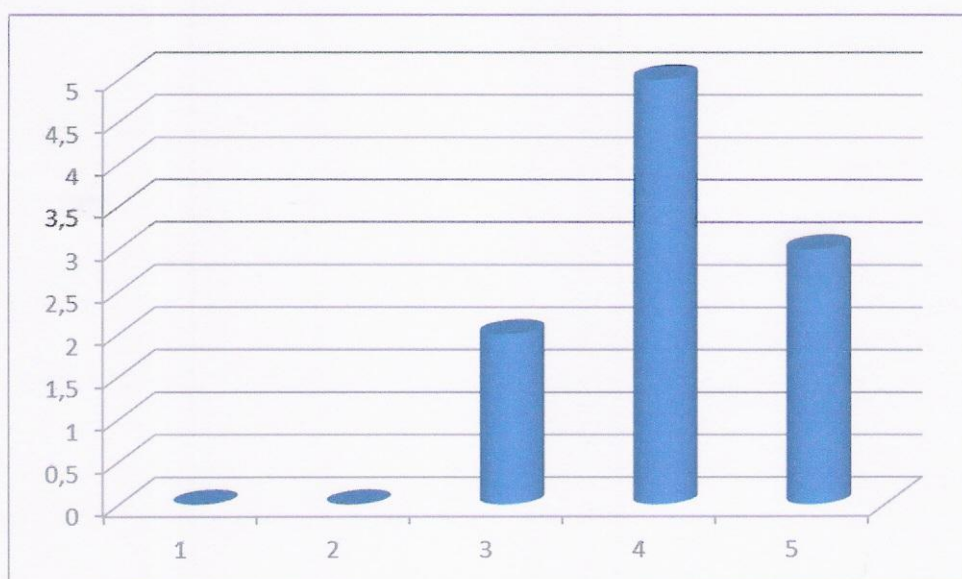
**Despertou interesse**

Questionário	Escala de likert				
	1	2	3	4	5
1				1	
2				1	
3					1
4				1	
5				1	
6					1
7				1	
8				1	
9					1
10				1	
<b>Contagem</b>	0	0	0	7	3



### Classifique os contributos para a sua prática diária

Escala de likert					
Questionário	1	2	3	4	5
1				1	
2				1	
3					1
4					1
5				1	
6			1		
7			1		
8				1	
9					1
10				1	
<b>Contagem</b>	0	0	2	5	3



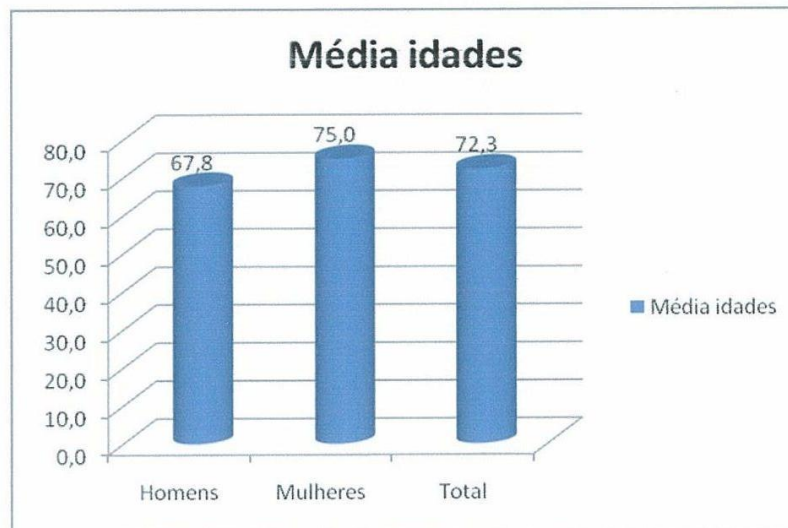
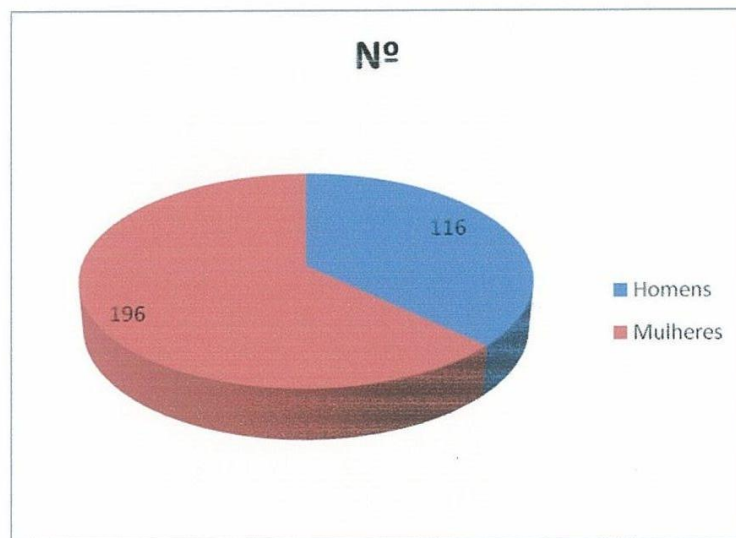
**ANEXOS**

ANEXO I

**Estatística de Média de Idades do Serviço de Medicina III/ Dermatologia**

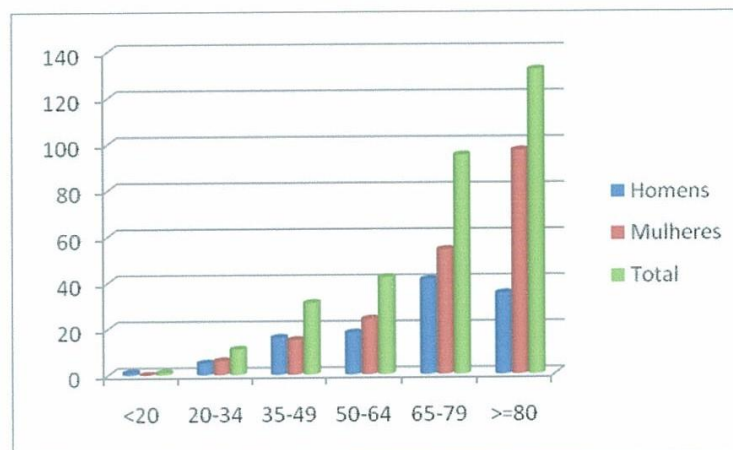
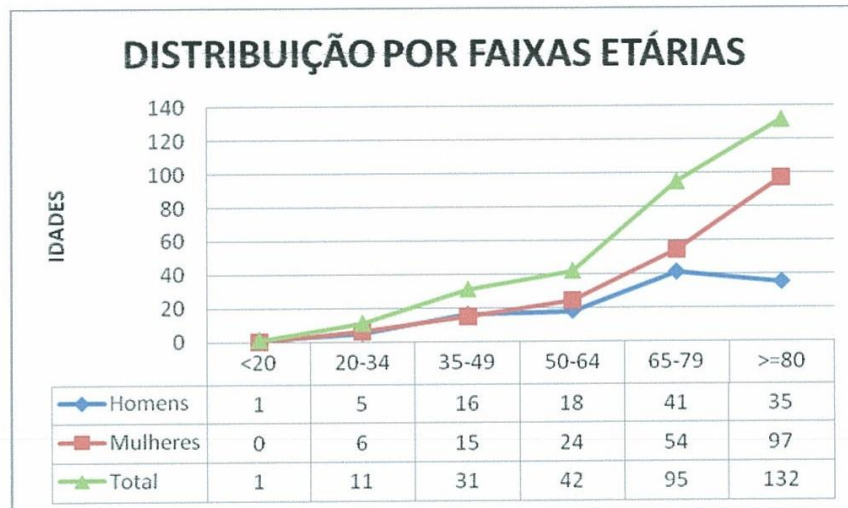
**Resultados de número total de doentes e média de idades**

	Homens	Mulheres	Total
Nº	116	196	312
Média idades	67,8	75,0	72,3



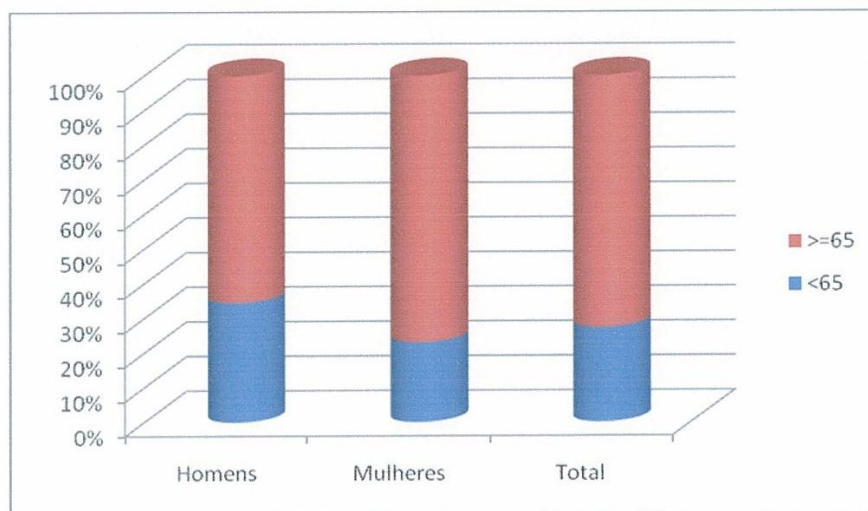
### Resultados de distribuição de doentes por faixas etárias

	Homens	Mulheres	Total
<20	1	0	1
20-34	5	6	11
35-49	16	15	31
50-64	18	24	42
65-79	41	54	95
>=80	35	97	132



**Resultados de percentagem de doentes com idade superior ou igual a 65 anos**

	Homens	Mulheres	Total
<65	40	45	85
>=65	76	151	227



ESTATÍSTICA DOS DOENTES INTERNADOS COM ALTA POR MEDICINA INTERNA NO  
SERVIÇO DE MEDICINA3/DERMATOLOGIA DO ANO 2010  
IDADES  
MULHERES

número ordem	data de admissão	data de nascimento	idade
	30-12-2009	16-09-1919	90
2	29-12-2009	28-11-1923	86
3	02-01-2010	30-05-1926	83
5	27-12-2009	09-10-1924	85
8	02-01-2010	28-09-1939	70
9	05-01-2010	24-01-1925	84
10	30-12-2009	05-09-1919	90
11	03-01-2010	01-10-1916	93
12	30-12-2009	02-09-1943	66
14	15-01-2010	21-07-1955	54
17	20-12-2009	08-02-1929	80
18	11-01-2010	22-01-1930	79
19	15-12-2009	02-01-1930	79
21	23-01-2010	28-02-1908	101
22	07-01-2010	09-10-1916	93
23	04-01-2010	13-02-1917	92
24	12-01-2010	30-09-1946	63
26	25-01-2010	25-09-1919	90
27	12-01-2010	14-09-1933	76
28	23-01-2010	23-06-1945	64
29	02-02-2010	18-05-1962	47
33	01-02-2010	03-04-1936	73
34	25-01-2010	24-01-1925	85
35	31-12-2009	17-03-1952	57
36	02-02-2010	05-06-1921	88
37	25-01-2010	25-07-1929	80
38	10-02-2010	26-04-1930	79
40	12-02-2010	11-09-1928	81
41	10-02-2010	24-06-1935	74
43	08-02-2010	12-08-1946	63
44	15-02-2010	29-01-1925	85
46	19-02-2010	10-04-1918	91
48	23-02-2010	20-04-1913	96
50	24-02-2010	18-04-1932	77
51	17-02-2010	29-08-1920	89
52	18-02-2010	03-03-1933	76
53	22-02-2010	24-04-1924	85
54	26-02-2010	17-11-1929	80

57	21-02-2010	08-04-1921	88
58	06-03-2010	14-11-1944	65
59	02-03-2010	19-03-1933	76
60	07-03-2010	04-02-1926	84
62	12-03-2010	07-11-1930	79
63	07-03-2010	18-08-1925	84
64	15-03-2010	08-07-1924	85
68	10-03-2010	05-01-1963	47
69	14-03-2010	08-03-1923	87
71	06-03-2010	16-12-1935	74
73	28-02-2010	18-01-1924	86
75	17-03-2010	16-09-1922	87
76	02-03-2010	30-12-1943	66
78	17-03-2010	04-05-1926	83
79	24-03-2010	02-04-1930	79
80	22-01-2010	23-12-1933	76
81	28-03-2010	03-01-1921	89
83	04-03-2010	25-01-1977	33
84	15-01-2010	10-10-1925	84
85	09-04-2010	23-12-1933	76
89	10-04-2010	03-12-1911	98
90	06-04-2010	27-10-1927	82
93	10-04-2010	24-02-1926	84
94	19-04-2010	12-12-1922	87
95	18-04-2010	23-03-1935	75
96	01-04-2010	16-09-1922	87
97	06-04-2010	22-05-1922	89
98	01-04-2010	19-02-1928	82
100	05-04-2010	26-03-1927	83
102	26-04-2010	28-01-1946	64
106	23-04-2010	16-09-1922	87
109	24-04-2010	12-05-1926	83
111	21-04-2010	30-12-1943	66
112	28-04-2010	25-10-1939	70
114	21-04-2010	03-05-1955	54
115	03-05-2010	23-03-1935	75
117	27-04-2010	03-06-1930	79
119	09-05-2010	02-05-1946	64
124	03-05-2010	26-03-1932	79
125	04-05-2010	07-01-1922	88
127	05-05-2010	06-10-1970	39
128	14-05-2010	14-08-1925	84
129	11-05-2010	09-02-1932	78
130	29-03-2010	18-02-1929	81
132	20-05-2010	29-05-1951	58
134	18-05-2010	01-10-1916	91
136	29-05-2010	15-01-1931	79
137	23-05-2010	25-02-1924	86
139	20-05-2010	25-12-1935	74

140	31-05-2010	25-07-1985	24
141	02-06-2010	25-12-1927	82
143	31-05-2010	23-10-1953	56
144	03-06-2010	18-02-1929	81
145	27-05-2010	16-02-1915	95
146	21-05-2010	11-04-1950	60
148	19-05-2010	13-09-1919	90
149	14-06-2010	23-10-1915	94
150	02-06-2010	26-04-1930	80
151	14-06-2010	16-11-1932	77
152	09-05-2010	03-07-1934	77
154	19-06-2010	22-05-1922	88
156	26-06-2010	27-03-1970	40
160	18-06-2010	11-12-1936	73
161	25-05-2010	14-05-1924	86
163	28-06-2010	01-10-1916	91
164	19-06-2010	29-07-1960	49
165	02-07-2010	26-08-1982	27
168	08-07-2010	31-10-1950	59
170	11-07-2010	28-09-1939	70
171	08-07-2010	14-03-1932	78
174	22-06-2010	25-01-1977	33
177	27-07-2010	29-07-1930	79
179	29-07-2010	09-06-1928	82
180	25-07-2010	18-05-1962	48
181	28-07-2010	06-02-1943	67
182	25-06-2010	11-02-1935	75
184	25-07-2010	18-02-1929	81
185	27-07-2010	12-06-1918	92
186	04-08-2010	28-11-1921	88
187	03-08-2010	07-02-1920	90
188	09-08-2010	06-01-1948	62
189	10-08-2010	23-11-1938	71
190	12-08-2010	04-05-1972	38
191	11-08-2010	31-07-1922	88
192	15-08-2010	11-12-1936	73
193	10-08-2010	14-01-1947	63
194	16-08-2010	23-02-1924	86
197	13-08-2010	10-06-1974	36
198	30-07-2010	06-03-1949	61
201	02-11-2010	08-02-1929	80
202	03-08-2010	06-02-1972	39
204	17-08-2010	14-08-1957	53
205	26-08-2010	08-10-1924	85
206	30-08-2010	08-10-1916	93
209	01-09-2010	27-06-1929	81
210	03-09-2010	19-11-1941	68
211	08-09-2010	14-11-1924	85
214	07-09-2010	25-01-1977	33

215	31-08-2010	28-07-1921	89
216	25-08-2010	16-08-1930	80
219	03-09-2010	15-01-1941	69
220	03-09-2010	10-07-1960	50
221	13-09-2010	03-11-1968	41
222	14-09-2010	19-11-1941	68
223	13-09-2010	05-01-1905	105
224	22-09-2010	09-09-1925	85
225	20-09-2010	10-06-1974	36
226	16-09-2010	22-11-1931	79
228	17-09-2010	02-12-1933	76
230	28-09-2010	14-11-1948	61
231	27-09-2010	06-07-1928	82
233	04-10-2010	14-05-1935	75
237	12-10-2010	11-04-1915	95
239	16-09-2010	26-06-1931	79
240	05-10-2010	28-07-1925	85
243	05-10-2010	05-12-1926	83
245	08-10-2010	02-05-1946	64
246	20-10-2010	31-12-1981	28
247	12-10-2010	10-10-1928	82
248	21-09-2010	27-02-1928	82
250	21-10-2010	08-08-1935	75
251	25-10-2010	07-03-1947	63
252	06-09-2010	21-11-1951	58
254	24-09-2010	05-02-1967	43
256	03-11-2010	28-12-1929	80
259	15-10-2010	08-02-1932	78
261	26-10-2010	25-07-1924	85
262	09-11-2010	27-09-1933	77
263	11-11-2010	09-04-1973	37
265	22-10-2010	24-01-1934	76
266	18-10-2010	07-01-1941	69
268	02-11-2010	07-03-1947	63
269	13-11-2010	30-12-1933	76
270	22-11-2010	30-09-1953	57
273	13-11-2010	21-01-1917	93
275	16-11-2010	05-02-1937	72
276	09-11-2010	08-06-1941	69
277	26-11-2010	20-08-1921	89
280	12-11-2010	22-11-1931	78
281	31-10-2010	17-12-1924	85
282	26-11-2010	10-03-1916	94
283	26-11-2010	02-11-1923	87
284	25-11-2010	24-12-1920	89
285	23-11-2010	12-03-1924	86
286	01-12-2010	20-08-1937	73
287	05-12-2010	15-04-1921	89
290	21-11-2010	18-08-1915	95

291	27-11-2010	17-12-1926	83
293	02-12-2010	05-03-1957	53
294	02-12-2010	26-08-1929	81
295	25-11-2010	15-08-1922	88
297	05-12-2010	06-09-1961	49
299	28-11-2010	12-01-1927	83
301	11-12-2010	03-07-1915	95
302	17-11-2010	02-05-1916	94
303	18-12-2010	24-01-1925	84
307	16-12-2010	25-07-1961	49
310	16-12-2010	12-10-1911	99
313			

Medicina 3/ Dermatologia	
Nº Total de Camas	26
Nº Camas Mulheres	15
Nº Camas Homens	11

CENTRO HOSPITALAR  
DE LISBOA CENTRAL, EPE  
C. Custo 1110171  
Medicina Interna 2.3

ESTATISTICA DOS DOENTES INTERNADOS COM ALTA POR MEDICINA INTERNA NO  
SERVIÇO DE MEDICINA3/DERMATOLOGIA DO ANO 2010

IDADES  
HOMENS

número ordem	data de admissão	data de nascimento	idade
	11-12-2009	03-05-1926	83
1	08-12-2009	10-08-1939	70
4	04-01-2010	31-12-1992	17
6	03-01-2010	06-09-1921	88
7	12-01-2010	29-06-2010	79
13	20-10-2009	30-04-1967	42
15	16-01-2010	29-12-1933	76
16	15-12-2009	17-09-1923	86
20	22-01-2010	21-07-1966	43
25	14-01-2010	28-01-1932	77
30	10-01-2010	04-02-1926	83
31	11-01-2010	03-11-1966	43
32	13-02-2010	02-01-1938	72
39	14-02-2010	09-02-1946	64
42	16-02-2010	01-09-1943	66
45	12-02-2010	14-07-1925	86
47	16-02-2010	06-11-1940	69
49	24-02-2010	23-11-1944	65
55	15-02-2010	12-07-1962	47
56	21-06-2009	05-07-1920	88
61	27-02-2010	02-05-1922	87
65	11-03-2010	16-01-1935	75
66	03-03-2010	12-03-1931	78
67	16-02-2010	15-11-1919	90
70	05-03-2010	11-10-1922	87
72	18-03-2010	09-06-1975	34
74	16-03-2010	27-03-1938	71
77	18-03-2010	06-04-1922	87
82	17-03-2010	12-02-1925	85
86	31-03-2010	03-09-1928	81
87	04-04-2010	26-05-1957	52
88	05-04-2010	04-03-1929	81
91	05-05-2010	25-06-1962	47
92	14-02-2010	01-12-1955	54
99	07-04-2010	15-05-1936	73
101	22-03-2010	17-10-1919	90
103	22-04-2010	16-02-1932	78
104	17-04-2010	08-02-1934	76

105	26-04-2010	30-04-1928	81
107	30-03-2010	12-08-1967	42
108	17-04-2010	25-05-1964	45
110	22-04-2010	13-03-1947	63
113	28-04-2010	17-07-1984	25
116	06-05-2010	11-01-1918	92
118	04-05-2010	28-10-1939	70
120	22-04-2010	19-02-1946	64
121	04-05-2010	19-02-1979	31
122	09-05-2010	30-05-1955	54
123	07-05-2010	24-01-1944	66
126	20-05-2010	28-11-1959	50
131	13-05-2010	12-01-1949	61
133	21-05-2010	15-12-1948	61
135	03-03-2010	22-12-1925	84
138	28-05-2010	05-11-1979	30
142	24-05-2010	05-11-1931	78
147	02-06-2010	16-12-1927	82
153	26-05-2010	22-08-1936	73
155	20-06-2010	23-01-1957	53
157	24-05-2010	26-09-1932	77
158	21-06-2010	01-12-1955	54
159	28-06-2010	12-12-1972	36
162	22-06-2010	14-01-1973	37
166	17-06-2010	05-09-1941	68
167	05-07-2010	20-04-1966	44
169	29-06-2010	23-12-1929	79
172	15-07-2010	29-12-1928	81
173	08-06-2010	09-04-1947	63
175	28-07-2010	03-01-1924	86
178	28-07-2010	06-09-1921	88
183	03-08-2010	17-03-1944	66
195	09-08-2010	06-07-1920	90
196	11-08-2010	19-06-1928	82
199	20-08-2010	16-03-1932	78
200	22-08-2010	23-12-1930	79
203	09-08-2010	22-01-1967	43
207	02-09-2010	22-06-1952	58
208	27-05-2010	16-12-1970	39
212	20-08-2010	23-01-1935	75
213	26-08-2010	17-03-1944	66
217	10-07-2010	14-06-1931	79
218	04-08-2010	22-05-1926	84
227	24-08-2010	08-01-1923	87
229	27-09-2010	10-04-1939	71
232	22-09-2010	22-06-1931	79
234	01-10-2010	06-09-1945	65
235	15-09-2010	19-12-1922	87
236	03-10-2010	19-10-1965	44

238	24-09-2010	13-05-1948	62
241	30-09-2010	14-04-1962	48
242	10-10-2010	06-11-1934	75
244	20-10-2010	27-07-1945	65
249	10-10-2010	18-01-1944	66
253	19-10-2010	11-04-1915	95
255	15-10-2010	29-01-1957	53
257	21-10-2010	07-01-1971	39
258	02-11-2010	26-05-1942	68
260	08-11-2010	30-09-1931	79
264	13-11-2010	28-02-1928	82
267	05-11-2010	20-03-1923	87
271	08-10-2010	13-12-1942	67
272	23-11-2010	14-06-1931	79
274	15-11-2010	16-08-1976	34
278	30-11-2010	15-03-1957	53
279	30-09-2010	28-04-1928	82
288	13-11-2010	19-03-1936	74
289	23-11-2010	17-01-1927	83
292	08-12-2010	09-07-1924	86
296	09-12-2010	01-12-1938	72
298	11-12-2010	13-06-1947	63
300	17-02-2010	01-01-1969	41
304	27-11-2010	05-09-1943	67
305	14-12-2010	05-06-1924	86
306	22-11-2010	28-02-1928	82
308	26-12-2010	16-05-1955	55
309	08-12-2010	28-02-1935	75
311	27-12-2010	17-03-1925	85
312			

Medicina 3/ Dermatologia	
Nº Total de Camas	26
Nº Camas Mulheres	15
Nº Camas Homens	11

CENTRO HOSPITALAR  
DE LISBOA CENTRAL, EPE  
C. Custo 1110171  
Medicina Interna 2.3