



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

# (RE)DESCOBRIR A COMUNICAÇÃO NO CUIDAR

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

Por Vera Sofia Joaquim Cavaco

LISBOA, abril 2013





UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

# (RE)DESCOBRIR A COMUNICAÇÃO NO CUIDAR

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

Por Vera Sofia Joaquim Cavaco

Sob orientação de Patrícia Pontífice Sousa

LISBOA, abril 2013



*Ser capaz de fazer reconhecer o contributo insubstituível dos cuidados exige coragem,  
é verdade.*

Collière (2003, p.194)

*La formación difunde los conocimientos esenciales para la práctica,  
y la investigación los hace progresar.*

Kérouac *et al.* (2002, p.112)



## AGRADECIMENTOS

**Aos meus pais,**

*Que todos os dias me amam incondicionalmente.*

**À Ana Rita, Bruno e Raquel,**

*Que apesar de longe fizeram questão de estar sempre por perto.*

**Ao Nuno,**

*Que sempre suportou as minhas ausências, sem questionar.*

**À Tia Aliete, Marta e Diogo,**

*Que me acolheram durante todo este percurso.*

**À Carla José,**

*Por ser a minha amiga de sempre.*

**À Tânia Correia e Joana Figueira,**

*Por serem sempre entusiastas e fonte de força para continuar.*

**À Andrea Martins, Sandra Afonso, Isabel Vieira e Arlete Procópio,**

*Porque juntas conseguimos chegar a esta meta.*

**À Professora Patrícia Pontífice Sousa,**

*Por me inspirar e orientar na fase final deste percurso.*

**Às Professoras Helena José, Ilda Lourenço e Georgeana Gama,**

*Que acreditaram no meu trabalho.*

**Aos Enfermeiros Elias Santos, Sandra Neves e Ana Mirco,**

*Que me guiaram pelos locais de estágio.*

**À equipa de Enfermagem da Cirurgia I do Hospital de Faro,**

*Que sempre me facilitaram as minhas voltas por Lisboa.*



## RESUMO

*(Re)Descobrir a Comunicação no Cuidar* é um relatório que compila as aprendizagens inerentes ao meu desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica. O seu objetivo coaduna-se com o descrever de forma reflexiva, crítica e fundamentada, o desenvolvimento das atividades e competências ao longo dos estágios. Integrei uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, apoiado em recursos bibliográficos de bases de dados científicas, motores de busca ou pesquisas manuais em bibliotecas. A comunicação enfermeiro-pessoa foi o foco de enfermagem condutor e transversal ao longo dos três estágios que realizei e que explorei pela ordem cronológica de concretização: Cuidados Intensivos, Opcional (Paliativos) e Serviço de Urgência. Como suporte a este percurso seguiram-se as orientações teóricas de Ida Orlando e Jean Watson, numa simbiose de complementaridade entre diferentes paradigmas de enfermagem.

No estágio de Cuidados Intensivos destaco a minha integração no Projeto PQCE/CIPE do CHLC, no qual colaborei formando a equipa de enfermagem da Unidade, com a partilha da minha experiência profissional. Realço também a revisão sistemática da literatura, que se encontra em fase de análise por uma revista científica de enfermagem, e que serviu de sustentação na partilha dos resultados com a equipa de enfermagem e na elaboração de um “Quadro de Comunicação” como instrumento facilitador da comunicação não verbal na pessoa. Intrínseco à especificidade dos Cuidados Paliativos, direcionei o Módulo Opcional para a vertente psicossocial do cuidar. Desenvolvi a capacidade de relação de ajuda e comunicação, trabalhei a esperança na pessoa em fim de vida e transferi formalmente os conhecimentos adquiridos em terapêutica subcutânea e pessoa com *delirium* para o meu local de trabalho, com grande envolvimento da minha equipa de enfermagem. Revi o “Protocolo de Atuação no Delirium” do serviço de cuidados paliativos. Apresentei também uma Comunicação Poster num evento científico com o tema “Comunicar em Cuidados Paliativos”.

No que se refere ao estágio em Serviço de Urgência realço as situações novas e imprevistas que despoletaram desafios ao cuidar no imediato. Na melhoria contínua dos cuidados partilhei com os chefes de equipa uma reflexão acerca da passagem de turno, que compila simultaneamente práticas e evidência científica. No sentido da partilha de conhecimentos adquiridos acerca da eletrocardiografia e cuidados inerentes, realizei uma sessão de formação no meu local de trabalho. Na esfera da comunicação, criei um instrumento de trabalho que denominei “Roda da Comunicação”, onde disponibilizei orientações práticas aos enfermeiros e que foi apresentado em sessão de formação. Em curso está a realização de um estudo de caso que recentemente obteve parecer positivo da Comissão de Ética para a Saúde da Instituição.

Este é um percurso que não termina aqui, mas continuar em cada momento da minha prática profissional, contagiando os meus pares para o desabrochar da capacidade de cuidar com um novo olhar, o olhar da Enfermagem Avançada.

**Palavras-Chave:** Enfermeiro Especialista, Competências, Comunicação



## **ABSTRACT**

*(Re)Discovering Communication in Caring* is a report that compiles the learning in the development of my skills as a specialist nurse in medical-surgical nursing. Its purpose is describing in the reflective, critical and reasoned way the activities and skills developed throughout the stages. I integrated a descriptive, analytical and reflective methodology, supported by bibliographic resources of scientific databases, search engines and manual searches in libraries. The nurse-person communication was the focus of nursing that cross over the three stages that I have explored in the chronological order: Critical Care, Optional (Palliative Care) and Emergency Room. To support this route I followed the theoretical orientations of Ida Orlando and Jean Watson, into a symbiosis of complementary between different paradigms of nursing.

In stage Intensive Care I highlight my integration into PQCE / CIPE's CHLC Project, in which I collaborated with the formative part in the unit nursing team by sharing my experience. In this module, I highlight the systematic literature review under analysis for publication in a nursing scientific journal, which served as support in sharing the results with the nursing staff and the preparation of a "Communication Framework" as facilitator of nonverbal communication in person.

Intrinsic to the specificity of Palliative Care, I directed the Optional Module for the psychosocial aspects of care. I developed the ability to help relationship and communication, worked hope in the person in the end of life and formally transferred to my workplace the knowledge gained in subcutaneous therapy and in person with delirium, with great involvement of my nursing staff. I reviewed the "Protocol Performance in Delirium" of palliative care service. I have also presented a Poster Communication on a scientific event under the theme "Communication in Palliative Care."

In the Emergency Room stage I highlight the vast experience of new situations and unforeseen that triggered challenges in the care. For continuous improvement of care I shared with team leaders a reflection about the shift report, which compiles both practice and scientific evidence. In order to share the knowledge gained on electrocardiography and on inherent care, I have done a training session at my workplace. In the sphere of communication, I created a working tool which I called "Wheel of Communication", which features practical guidance to nurses and has been presented in the training session. Ongoing is a case study that I have already a positive decision from the Ethics Committee for Health of the Institution.

This is a journey that does not end here, but I have the ambition to continue at every moment of my professional practice, infecting my peers for the blossoming of the ability to care with a new look, the look of Advanced Nursing.

**Keywords:** Nurse Specialist, Nursing Skills, Communication



## ABREVIATURAS

Consult. – Consultado

*et al.* – e outros

h – hora

nº – número

p. – página

sic – conforme citado

Sr. – senhor

## ACRÓNIMOS

ACEPS – Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde

APACHE – *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*

ATLAS.ti – *The Qualitative Data Analysis*

BIA – Balão Intra-Aórtico

CAM-ICU – *Confusion Assessment Method-ICU*

CEC – Circulação Extracorporal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

PEEP – *Positive End-expiratory Pressure*

PICOS – Participantes, Intervenções, Comparações, Resultados (*Outcomes*), Desenho do Estudo (*Study Design*)

RASS – *Richmond Agitation and Sedation Scale*

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

SPEACS – *Study of Patient-Nurse Effectiveness with Assisted Communication Strategies*

SUC – Serviço de Urgência Central

REUOL – *Revista de Enfermagem UFPE On Line*

TISS – *Therapeutic Index of Severity Score*

TOT – Tubo Orotraqueal

VOCAs – *Voice Output Communication Aids*

## SÍMBOLOS

mmHg – milímetros de mercúrio

ph – potencial de hidrogénio



## SIGLAS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

AD – Aurícula Direita

AE – Aurícula Esquerda

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AP – Artéria Pulmonar

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

BPS – *Bevahioral Pain Scale*

Ca<sup>2+</sup> – Ião Cálcio

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CVC – Cateter Venoso Central

DSM IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*

ECG – Eletrocardiograma

ECS – *Ease of Communication Scale*

EIHSCP – Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EPE – Entidade Pública Empresarial

ETCO<sub>2</sub> – Fração Expirada de Dióxido de Carbono

EUA – Estados Unidos da América

FC – Frequência Cardíaca

FML – Faculdade de Medicina de Lisboa

GCS – Escala de Coma de Glasgow

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> – Ião Bicarbonato

HDL – *High-density Lipoprotein*

I:E – Relação Inspiração Expiração

ILC – Infeção do Local Cirúrgico

IPOLFG – Instituto Português de Oncologia De Lisboa Francisco Gentil

K<sup>+</sup> – Ião Potássio

Na<sup>+</sup> – Ião Sódio

PA – Pressão Arterial

PCO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção

PO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de Oxigénio

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PS – Pressão de Suporte

PVC – Pressão Venosa Central

SAS – *Statistical Analysis Software*

SF36 v2 – *36-Item Short Form Health Survey*

SIMV – Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada

SO – Sala de Observação

SOS – Emergência

SPO<sub>2</sub> – Saturação Parcial de Oxigénio

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

TC CE – Tomografia Computorizada Crânio-encefálica

UAD – Unidade de Assistência Domiciliária

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCI CCT – Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica

VC – Volume Controlado

VNI – Ventilação Não Invasiva



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
1.1. MÉTODO E ESTRATÉGIAS.....	20
1.2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	21
<b>2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA</b> .....	<b>29</b>
2.1. MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS.....	29
2.2. MÓDULO III – OPCIONAL.....	40
2.3. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	54
<b>3. CONCLUSÕES GERAIS</b> .....	<b>67</b>
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>69</b>
<b>5. APÊNDICES</b> .....	<b>79</b>
5.1. APÊNDICE I – Sessão de Formação “Apresentação do manual CIPE 1.0 do CHLC”.....	81
5.2. APÊNDICE II – Resultados da Sessão de Formação “Apresentação do manual CIPE 1.0 do CHLC”.....	87
5.3. APÊNDICE III – Sessão de Formação “Apresentação do SAPE – Projeto CIPE/PQCE do CHLC”.....	91
5.4. APÊNDICE IV – Resultados da Sessão de Formação “Apresentação do SAPE – Projeto CIPE/PQCE do CHLC”.....	99
5.5. APÊNDICE V – Sessão de Formação “Comunicar com a Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva: Que Estratégias?”.....	103
5.6. APÊNDICE VI – Resultados da Sessão de Formação “Comunicar com a Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva: Que Estratégias?”.....	109
5.7. APÊNDICE VII – Quadro de Comunicação.....	113
5.8. APÊNDICE VIII – Instrumento de Trabalho sobre Terapêutica Subcutânea.....	117
5.9. APÊNDICE IX – Sessão de Formação “Terapêutica Subcutânea”.....	127
5.10. APÊNDICE X – Resultados da Sessão de Formação “Terapêutica Subcutânea”....	135
5.11. APÊNDICE XI – Poster “Terapêutica Subcutânea em Cuidados Paliativos”.....	139
5.12. APÊNDICE XII – Protocolo de Atuação no <i>Delirium</i> .....	143
5.13. APÊNDICE XIII – Sessão de Formação “ <i>Delirium</i> , Melhores Práticas, Melhores Resultados”.....	153
5.14. APÊNDICE XIV – Resultados da Sessão de Formação “ <i>Delirium</i> , Melhores Práticas, Melhores Resultados”.....	159
5.15. APÊNDICE XV – <i>Journal Club</i> .....	163
5.16. APÊNDICE XVI – Resultados do <i>Journal Club</i> .....	169
5.17. APÊNDICE XVII – Comunicação Poster “Comunicar em Cuidados Paliativos”.....	173
5.18. APÊNDICE XVIII – Sessão de Formação “Noções Básicas de Eletrocardiografia”..	177

5.19. APÊNDICE XIX – Resultados da Sessão de Formação “Noções Básicas de Eletrocardiografia”.....	183
5.20. APÊNDICE XX – Reflexão sobre Passagem de Turno de Enfermagem no SO.....	187
5.21. APÊNDICE XXI – Roda da Comunicação.....	195
5.22. APÊNDICE XXII – Sessão de Formação “Comunicação enfermeiro-pessoa no SUC: Que desafios? Que estratégias?”.....	199
5.23. APÊNDICE XXIII – Resultados da Sessão de Formação “Comunicação enfermeiro-pessoa no SUC: Que desafios? Que estratégias?”.....	203
5.24. APÊNDICE XXIV – Projeto de Investigação.....	207

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos empíricos.....	20
Tabela 2 – Artigos selecionados segundo PICOS.....	23
Tabela 3 – Atitudes Facilitadoras e Ativas estabelecidas em contexto de estágio.....	43
Tabela 4 – Competências básicas de comunicação em Cuidados Paliativos estabelecidas em contexto de estágio.....	51
Tabela 5 – Aplicação da metodologia ABCDE.....	59

## ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – Representação das estratégias para comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.....	21
--	----

## INTRODUÇÃO

Para a prática de enfermagem é necessário que o enfermeiro desenvolva a capacidade de pensamento crítico, que se inicia com a formação inicial e se estabelece como meta nos graus académicos mais elevados (Heath, 1998; Bevis e Watson, 2005). Foi neste sentido que aceitei o desafio de reforçar a minha formação ao ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assim, com esta formação pós-graduada pretendi desenvolver a resolução avançada de problemas, através de julgamentos clínicos e de tomada de decisão, subjacentes às dimensões subjetivas da saúde, da doença ou do cuidar, considerando as investigações e conhecimentos mais atuais, tal como defende Bevis e Watson (2005). A escolha pela Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica coaduna-se com o meu percurso profissional, que se direcionou pela pessoa adulta em contexto cirúrgico. Atualmente exerço funções num Internamento de Cirurgia da região do Algarve.

Na alínea 2 do artigo 7º do Decreto-lei 104/98, de 21 de abril, é definido que “O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados [...]” (p.1742). Efetivamente, o Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem está previsto pelo Decreto-lei 353/99, de 3 de setembro, sendo posteriormente regulamentado pela Portaria 268/2002, de 13 de março. Mais tarde, o Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro, veio a acrescentar que o enfermeiro especialista é detentor de um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem [que lhe permitem efetuar] níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (p.8648). Através desta capacidade de resposta, a Ordem dos Enfermeiros (2009) acrescenta que o enfermeiro especialista acaba por instigar o cumprimento de regras de ética e deontologia profissional.

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi realizado o relatório (*Re)Descobrir a Comunicação no Cuidar* que compila o conhecimento, as práticas e as competências desenvolvidas ao longo de todo o percurso académico, com especial enfoque nas Unidades Curriculares referentes ao Módulos de Estágio. Este trabalho académico pretende ser objeto de introspeção e de reflexão.

Foram três os Módulos de Estágio realizados pela seguinte ordem cronológica: Módulo II (Cuidados Intensivos na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Santa Marta do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE), Módulo III (Opcional nos Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE) e Módulo I (Serviço de Urgência no Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE). A ordem pela qual os estágios foram realizados seguiu a orientação da escola e a disponibilidade dos próprios locais de estágio. A escolha dos campos de estágio descritos justifica-se com a assunção de que essas instituições são consideradas como referências na implementação e desenvolvimento de práticas de cuidados atuais e inovadores, que me proporcionaram um aporte significativo de conhecimentos, práticas e diferentes perspetivas da ciência de enfermagem. Sendo o meu local de trabalho e

de residência no Algarve, esta escolha considerou ainda o fato de representar um momento único de aquisição de experiências fora da minha região. Relativamente ao Módulo III Opcional, justifico a minha escolha pelos Cuidados Paliativos por considerar que esta área está presente diariamente na minha prática profissional, dado a limitada capacidade de reposta institucional do Hospital onde exerço funções e ao crescente número de pessoas que são internadas no meu local de trabalho para fins paliativos.

*(Re)Descobrir a Comunicação no Cuidar* evidencia o meu percurso para chegar a profissional perito, que Nunes (2010), ao explorar diferentes teorias sobre o tema, define como aquele que detém credibilidade nas suas ações e é reconhecido e escutado por outros, quer sejam profissionais ou não. O eixo condutor está assente na temática da comunicação enfermeiro-pessoa, sendo que para tal recorri a paradigmas de enfermagem distintos, que Munhall (2001) afirma refletirem a forma como o enfermeiro conjuga os diferentes conhecimentos intrínsecos à sua profissão. Assim, foi adaptado o paradigma da Integração por Ida Orlando, com a Teoria do Processo de Enfermagem, e o paradigma da Transformação por Jean Watson, com a sua Filosofia e Ciência do Cuidar, por considerar que ambos se complementam e que atribuem subsídios significativos para a minha prática de cuidados. Deste modo, importa definir os conceitos ou metaparadigmas que serão descritos ao longo deste trabalho, à luz do referencial teórico referido, que Kérouac *et al.* (2007) enuncia como saúde, pessoa, ambiente e cuidado.

*Saúde* é definida por Orlando como sentimento de bem-estar físico e mental pela satisfação das necessidades, ao qual Watson se refere como a harmonia entre o corpo, a alma e o espírito. *Pessoa* é, de acordo com Orlando, um organismo humano com necessidades de ajuda e capacidades de se desenvolver, e Watson define como aquele que cresce, constituindo um corpo, alma e espírito. *Ambiente*, na visão de Orlando, compreende o tempo, espaço e contexto em que ocorrem os cuidados de enfermagem, ao passo que Watson considera-o como a realidade interna e externa. *Cuidado de Enfermagem* resulta, segundo Orlando, da interação entre o enfermeiro que pretende melhorar a saúde e diminuir a angústia da pessoa com necessidade de ajuda, e segundo Watson tem em conta um processo transpessoal dirigido à harmonia do corpo, alma e espírito (Tomey e Alligood, 2004; Kérouac *et al.*, 2007).

Para este relatório foi traçado o seguinte objetivo geral: Descrever de forma reflexiva, crítica e fundamentada, o desenvolvimento das atividades e competências ao longo dos estágios. A metodologia utilizada para a sua realização foi descritiva, analítica e reflexiva, recorrendo-se à pesquisa científica em bases de dados (EBSCOhost, B-On, SciELO e Web of Knowledge) pesquisa manual na Biblioteca da Unidade de Ensino de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa e recurso ao motor de pesquisa *Google Scholar*. Estruturalmente, encontra-se dividido em dois pontos fundamentais: Revisão Sistemática da Literatura – onde é apresentado o conhecimento científico sobre estratégias de comunicação entre enfermeiro-pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva – e Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas nos Contextos da Prática – onde se descrevem as atividades realizadas e as competências desenvolvidas em cada um dos estágios –.

## 1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Diariamente os enfermeiros são confrontados com questões e tomadas de decisão que carecem de evidência científica atualizada e que demonstram melhorar as suas práticas. É neste sentido que a revisão sistemática da literatura identifica, avalia e resume os achados de diversos estudos empíricos, tornando a prática baseada na evidência mais acessível, baseando-se, simultaneamente, num desenho científico rigoroso. Para esta revisão sistemática da literatura foram considerados os termos principais “comunicação” e “pessoa ventilada”, numa associação que resultou na pergunta de investigação “Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: Que estratégias?”. A questão é enquadrada em termos de população, intervenções, comparação, resultados e tipo de estudo, constituindo os elementos de PICOS, que atribui consistência a todo o trabalho e definem os critérios de inclusão (Needleman, 2002 e CRD, 2009).

A comunicação é considerada como o alicerce da enfermagem, a arte do cuidado holístico à pessoa e o centro de grande parte dos cuidados de saúde (Verity, 1996 e Anthonypillai, 1993). Briga (2010) acrescenta que a comunicação enfermeiro/pessoa direciona as intervenções de enfermagem para uma perspetiva científica, técnica, relacional e ética, contribuindo para a melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Efetivamente comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, segundo Menzel (1994), tem vindo a ser reconhecido como uma prioridade de investigação em cuidados intensivos, apesar da atual escassez de estudos empíricos, fato referido também por Rosário (2009) e Brindley e Reynolds (2011).

A pessoa com entubação orotraqueal está impossibilitada de comunicar verbalmente. Para além desta “barreira à comunicação”, durante o seu internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) a pessoa está igualmente submetida à ação de terapêutica farmacológica ou da própria doença, que podem limitar outras formas de comunicação não-verbais. Ashworth (1980) citada por Alasad e Ahmad (2005) e Batty (2009) alertam para o fato do ambiente da UCI a que estas pessoas estão submetidas, ser uma fonte geradora de *stress*, a que se soma a sua condição de saúde e as dificuldades em interagir socialmente e de comunicar as suas necessidades, vontades e/ou sentimentos. Por este motivo, Wurz *et al.* (2010) ressaltam que as pessoas entubadas orotraquealmente devem ser tranquilizadas acerca da temporalidade da incapacidade em falar e acrescentam que geralmente as interações de comunicação entre enfermeiro-pessoa entubada duram menos de trinta segundos e consistem em instruções, informação relacionada com os cuidados físicos, questões de sim-não e ordens, evidenciando que quanto menos comunicativa for a pessoa internada, menos comunicativos são os prestadores de cuidados. Efetivamente, no estudo de Hafsteindóttir (1996) é referido que as pessoas sujeitas a ventilação mecânica invasiva recordam a comunicação como um dos aspetos mais negativos do internamento.

A melhor fonte de informação sobre a pessoa internada é a própria pessoa, pelo que, segundo Hafsteindóttir (1996), o enfermeiro deverá estruturar as suas intervenções de modo a poder

comunicar eficazmente e, assim, obter informação que pode ser relevante para a prestação de cuidados. Assim, será possível, de acordo com Batty (2009), incrementar o bem-estar e evitar mal-entendidos. Além da relação estabelecida ser um pré-requisito fundamental para o estabelecimento de comunicação, Karlsson *et al.* (2012) alertam que a adequação das técnicas de comunicação têm igualmente um papel preponderante. Os mesmos autores (2012) acrescentam ainda que é vital que os enfermeiros de cuidados intensivos tenham formação acerca das diversas técnicas de comunicação, principalmente, em pessoas conscientes durante a ventilação mecânica invasiva, e que não se pode esperar que todos estes enfermeiros desenvolvam naturalmente esta aptidão ou que sejam hábeis no recurso às estratégias tecnológicas, que atualmente estão em expansão.

### 1.1. MÉTODO E ESTRATÉGIAS

O principal objetivo desta revisão sistemática de literatura é identificar as estratégias utilizadas para comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, através da questão “Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: Que estratégias?”. Para a pesquisa dos estudos empíricos relevantes foram selecionados os termos: comunicação, pessoa ventilada, cuidados intensivos, *communication, ventilated patient, intubated patient e intensive care*. As bases de dados utilizadas foram: B-On, EBSCOhost, SciELO e Web of Knowledge. Como complemento foi utilizado o motor de busca *Google Scholar* e consideradas as referências bibliográficas dos artigos consultados. Consideram-se os estudos empíricos pelos critérios de inclusão e exclusão descritos no Quadro 1.

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos artigos empíricos

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar as palavras comunicação no título e cuidados intensivos no <i>abstract</i>;</li> <li>- Ter participantes com “barreiras à comunicação”, internados em UCI;</li> <li>- Ser um estudo empírico de paradigma dedutivo ou indutivo;</li> <li>- Apresentar informação ao nível dos parâmetros: Participantes (P), Intervenções (I), Resultados (O), Tipo de Estudo (S), ano, país e autor(es);</li> <li>- Ter sido publicado entre janeiro de 2001 e abril de 2012.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser uma revisão e literatura (meta-síntese/meta-análise);</li> <li>- Ser uma dissertação ou tese;</li> <li>- Referir-se a crianças.</li> </ul>

Foram identificados, por título, 46 artigos relevantes para este estudo e por leitura do *Abstract* e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram eliminados 28. Com a leitura integral rejeitaram-se 8, tendo-se aceite 10 artigos. Dos 10 artigos selecionados foi identificado o ano, país, autor(es), participantes, intervenções, resultados e desenho do estudo, apresentando-os, mais adiante, em síntese na Tabela 1.

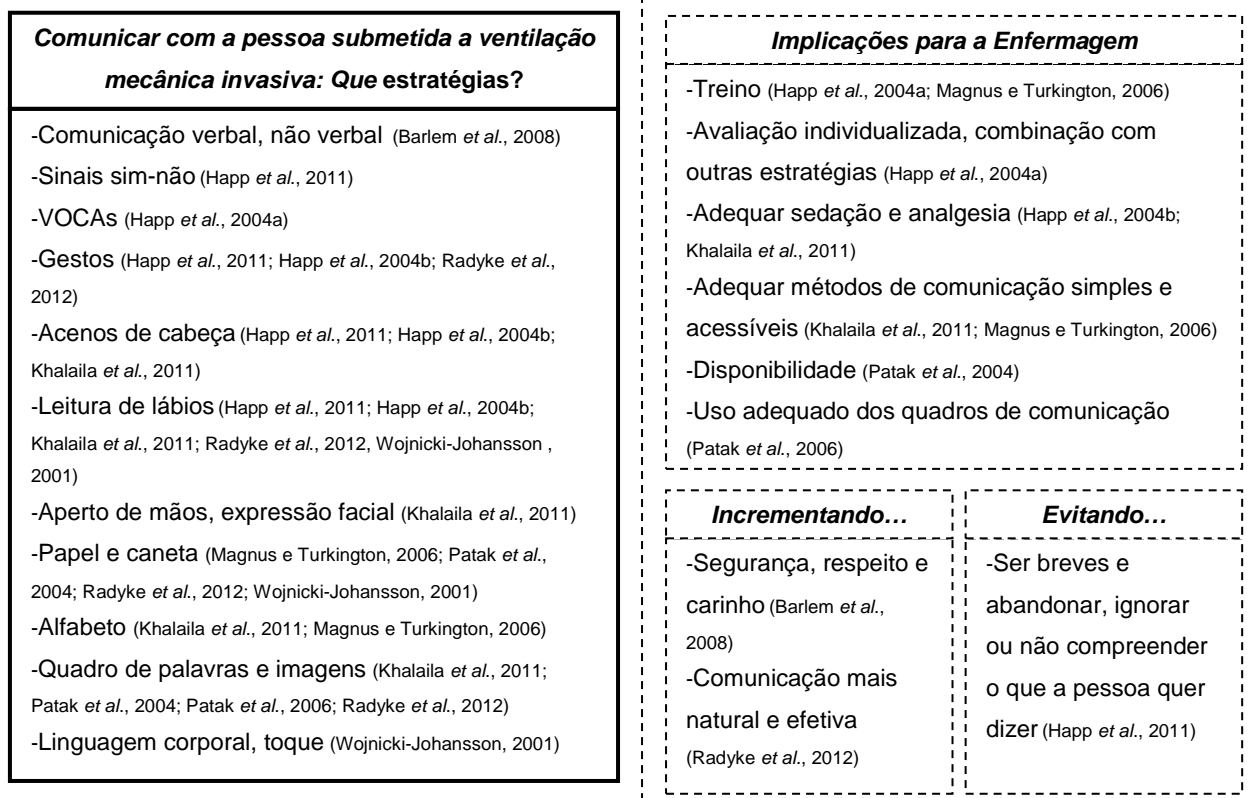
## 1.2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após a avaliação crítica dos estudos empíricos, quanto à credibilidade e à relevância dos dados, verificou-se que 2 se guiam por um paradigma dedutivo, 4 por um paradigma indutivo e 4 são *mixed study*.

No que concerne ao país, constata-se que foi nos Estados Unidos da América que se apresentou o maior número de estudos empíricos (6). O Brasil, Israel, Inglaterra e Suécia publicaram 1 estudo cada.

Dos artigos analisados verifica-se que o número de participantes no estudo dedutivo variou entre os 40 e os 65, nos indutivos variou entre os 6 e os 65 e nos *mixed study* entre os 11 e 50. Relativamente à orientação paradigmática e ao tamanho da amostra, nos diversos estudos, não se verificaram discrepâncias significativas nos resultados obtidos. Todos os estudos recolhidos evidenciam informações relevantes para a resposta à questão de partida desta pesquisa, uma vez que os dados obtidos revelaram as estratégias para comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva e as intervenções de enfermagem pertinentes, numa relação apresentada resumidamente no Diagrama 1.

Diagrama 1 – Representação das estratégias para comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva



As estratégias de comunicação com a pessoa com “barreira à comunicação” internado em UCI, identificados nos estudos considerados foram a comunicação verbal e não verbal (Barlem *et al.*, 2008), sinais sim-não (Happ *et al.*, 2011), VOCAs (Happ *et al.*, 2004a), gestos (Happ *et al.*, 2011; Happ *et al.*, 2004b; Radtke *et al.*, 2012), acenos de cabeça (Happ *et al.*, 2011; Happ *et al.*, 2004b; Khalaila *et al.*, 2011), leitura de lábios (Happ *et al.*, 2011; Happ *et al.*, 2004b; Khalaila *et al.*, 2011; Radtke *et al.*, 2012, Wojnicki-Johansson , 2001), aperto de mãos, expressão facial (Khalaila *et al.*, 2011), papel e caneta (Magnus e Turkington, 2006; Patak *et al.*, 2004; Radtke *et al.*, 2012; Wojnicki-Johansson, 2001), uso de letras do alfabeto (Khalaila *et al.*, 2011; Magnus e Turkington, 2006), quadro de palavras e imagens (Khalaila *et al.*, 2011; Patak *et al.*, 2004; Patak *et al.*, 2006; Radtke *et al.*, 2012), linguagem corporal e o toque (Wojnicki-Johansson, 2001). Estas estratégias são concordantes com o que é evidenciado na literatura, por autores como Wurz *et al.* (2010), Rosário (2009), Briga (2010), Verity (1996) e Grossbach *et al.* (2011). VOCAs descrito no estudo de Happ *et al.* (2004a) corresponde a *Voice Output Communication Aids* e é considerada uma estratégia tecnológica alternativa em que a pessoa escreve uma mensagem digitalizada, com recurso a um teclado, que o computador reproduz em voz. Relativamente aos quadros de comunicação, Patak *et al.* (2006) acrescentam que o conteúdo, formato e materiais aconselhados para a sua criação incluem letras e imagens grandes e uso de cores fortes.

Apesar de atualmente haver uma grande aposta em estratégias de comunicação mais sofisticadas, o uso de estratégias simples e efetivas (escrita, gestos e imagens) proporcionam, segundo Batty (2009), uma grande melhoria no processo de comunicação, aumento do bem-estar e diminuição do tempo de internamento. A autora (2009) sugere ainda que as pessoas devem ser incentivadas a articular corretamente as palavras para que se possa interpretar a leitura de lábios e que os enfermeiros devem estar posicionados adequadamente, para que a interpretação seja facilitada, e devem reduzir as distrações visuais ou sonoras durante a comunicação.

Para que o recurso a estas estratégias possa ser bem-sucedido, os estudos empíricos considerados revelaram que os enfermeiros devem estar treinados na sua aplicação (Happ *et al.*, 2004a; Magnus e Turkington, 2006), fazer uma avaliação individualizada de cada pessoa, combinando, se necessário, várias estratégias (Happ *et al.*, 2004a), adequar sedação e analgesia, de modo a melhorar o conforto e sem ter receio de que a capacidade de comunicação da pessoa fique alterada (Happ *et al.*, 2004b; Khalaila *et al.*, 2011), adequar métodos de comunicação simples e acessíveis (Khalaila *et al.*, 2011; Magnus e Turkington, 2006), ter disponibilidade (Patak *et al.*, 2004) e usar adequadamente os quadros de comunicação (Patak *et al.*, 2006). No mesmo sentido, Hagland (1995) concorda que a qualidade da comunicação depende da experiência e da formação dos enfermeiros e Grossbach *et al.* (2011) evidenciam a importância da identificação das necessidades de comunicação, adequação de estratégias de comunicação e de um plano de cuidados, e acrescentam o incentivo à colaboração de outros elementos da equipa multidisciplinar e sensibilização e apoio aos familiares para o estabelecimento de uma comunicação eficaz. Briga

(2010) acrescenta que no seu estudo verificou que os enfermeiros tentam validar a informação, repetindo as mensagens não-verbais e, durante a comunicação, fazem-no de forma breve, clara, simples e adaptada à pessoa.

Nesta revisão sistemática da literatura verifica-se que os enfermeiros devem evitar ser breves e abandonar, ignorar ou não compreender o que a pessoa tenta expressar (Happ *et al.*, 2011), fato evidenciado pelos estudos de Briga (2010) e Rosário (2009) ao referirem que alguns enfermeiros abandonam a comunicação por dificuldade de entendimento, não disponibilizando tempo para os perceberem.

Perante o uso adequado de cada estratégia, tendo em conta a personalização de cada pessoa internada em UCI e submetida a ventilação mecânica invasiva, o enfermeiro incrementa segurança, respeito e carinho (Barlem *et al.*, 2008) e promove uma comunicação mais natural e efetiva (Radtke *et al.*, 2012), tal com o é descrito por Hagland (1995) e Alasad e Ahmad (2005).

Tabela 2 – Artigos selecionados segundo PICOS

<b>Autor(es) / ano / país</b>	<b>Participantes (P)</b>	<b>Intervenções (I)</b>	<b>Resultados (O)</b>	<b>Tipo de Estudo (S)</b>
Barlem, Rosenhein, Lunardi e Filho (2008) Brasil	7 pessoas que estiveram internadas em UCI Geral, com idades compreendidas entre os 21 e os 73 anos, residentes em meio urbano, orientadas no tempo e no espaço e com capacidade de comunicar.	Para compreender a importância da comunicação como instrumento para humanizar os cuidados de enfermagem numa UCI, recolheram-se dados clínicos do livro de registos das altas da UCI, selecionaram-se aleatoriamente os participantes e foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, gravadas em áudio. Os dados foram submetidos a análise de discurso.	Os enfermeiros adotam diferentes estratégias de comunicação com as pessoas internadas em UCI – verbais e não-verbais – transmitindo-os segurança, respeito e carinho.	Qualitativo
Happ, Garrett, Thomas, Tate, George, Houze, Radtke e Sereika (2011) EUA	40 participantes. 10 enfermeiros da UCI Médicos e UCI de Cirurgia Cardiorácica, com mínimo de 1 ano de experiência em UCI, falam inglês e fizeram 2 semanas seguidas de turnos diurnos. 30 pessoas com idade superior a 18 anos, com tubo endotraqueal ou traqueostomia com	Para descrever as interações de comunicação, métodos e estratégias entre os enfermeiros e as pessoas em situação crítica com “barreiras à comunicação” internados em UCI, foram gravadas em vídeo 4 sessões de interação espontânea enfermeiro-pessoa, durante 2 dias consecutivos. Foram ainda recolhidos dados como o ambiente hospitalar, rotinas, interrupções na interação, uso de equipamento ou quadros de comunicação. Os dados sobre demografia,	As interações enfermeiro-pessoa foram consideradas muito breves e ¼ foram abandonadas, ignoradas ou não compreendidas. As técnicas de comunicação mais usadas foram sinais de sim/não, acenos com a cabeça, leitura de lábios e gestos. Houve falhas no contato pelo olhar, discurso demasiado rápido e atribuição de informação em excesso. Foi escasso o uso de papel e caneta e os	Quasi-experimental

Autor(es) / ano / país	Participantes (P)	Intervenções (I)	Resultados (O)	Tipo de Estudo (S)
	<p>probabilidade de permanecer nas 48 horas seguintes ao estudo, que compreendem inglês e com um score da <i>Escala de Coma de Glasgow</i> (GCS) igual ou superior a 13.</p>	<p>severidade da doença, delírio e agitação-confusão foram recolhidos, respetivamente pelo: <i>Center for Research in Chronic Disorders at the University of Pittsburg School of Nursing, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation</i> (APACHE) III, <i>Confusion Assessment Method-ICU</i> (CAM-ICU) e <i>Richmond Agitation and Sedation Scale</i> (RASS). Os dados foram analisados recorrendo ao <i>Statistical Analysis Software</i> (SAS) for Windows versão 9.2.</p>	<p>enfermeiros nunca utilizaram quadros ou outros instrumentos para otimizar a comunicação. Os enfermeiros demonstraram défice de habilidade para aplicar estratégias adequadas na comunicação.</p>	
<p>Happ, Roesch, e Garrett (2004) EUA</p>	<p>11 pessoas em situação crítica entubadas, que respondem a estímulos verbais, capazes de seguir ordens simples, de atingir o nível 6/8 da <i>Cognitive Linguistic Screening Tasks</i> e que compreendem inglês.</p>	<p>Para descrever as características das pessoas entubadas via endotraqueal que utilizam VOCAs (<i>Voice Output Communication Aids</i>), o padrão de utilização, a qualidade da comunicação e as barreiras intrínsecas a este método, foram colhidos os dados clínicos e demográficos, aplicadas as escalas APACHE III, <i>Therapeutic Index of Severity Score</i> (TISS), GCS e <i>Ease of Communication Scale</i> (ECS). Foi explicado aos participantes o funcionamento do VOCAs (<i>MessageMate</i> e <i>DynaMyte</i>) e realizadas entrevistas semi-estruturadas e questionários. Os dados quantitativos foram analisados por via estatística (media, frequência, derivação standard). As características das interações de comunicações foram codificadas pelo <i>Observation of Communication Event Record</i>.</p>	<p>O uso do método de VOCAs nas pessoas em situação crítica com entubação endotraqueal é possível, sendo considerado como facilitador da comunicação, principalmente entre a pessoa e a sua família. Contudo, existem melhorias a serem implementadas como o design, treinar a equipa multidisciplinar, fazer uma avaliação individualizada de cada pessoa e combinar o VOCAs com outras estratégias.</p>	<p><i>Mixed Study</i></p>
<p>Happ, Tuite, Dobbin, DiVirgilio-Thomas e Kitutu</p>	<p>50 pessoas internadas em 8 UCI (médica, cirurgia cardiotorácica, coronária,</p>	<p>Para descrever a habilidade, métodos e conteúdo da comunicação com pessoas ventiladas em UCI e que acabaram por falecer, foi obtida informação clínica e</p>	<p>A maioria das pessoas em estadio terminal, internadas em UCI, e ventiladas mecanicamente comunicaram através de gestos, acenos de cabeça</p>	<p><i>Mixed Study</i></p>

Autor(es) / ano / país	Participantes (P)	Intervenções (I)	Resultados (O)	Tipo de Estudo (S)
(2004) EUA	transplante hepático, intermédios, cirurgia geral, trauma e neurocirúrgica), com média de idades de 62,3 anos, que receberam ventilação mecânica e morreram durante a hospitalização.	demográfica pelos registos eletrónicos e em papel. Foram consideradas as interações de comunicação entre a pessoa e os enfermeiros, médicos, família e outros profissionais de saúde, recolhido nos primeiros 10 episódios de comunicação por cada pessoa. Para identificar a diferença entre o conteúdo e o método de comunicação, a presença de sedação ou de restrição física recorreu-se ao <i>Statistical Package for the Social Science</i> (SPSS) software versão 11.5. Para a análise do conteúdo da comunicação recorreu-se ao <i>The Qualitative Data Analysis</i> (ATLAS.ti) software e à análise de conteúdo.	e movimento de lábios. Os enfermeiros podem administrar sedação e analgésicos, melhorando o conforto destas pessoas, sem que a capacidade de comunicação seja dificultada.	
Khalaila, Zbidat, Anwar, Bayya, Linton e Svir (2011) Israel	65 pessoas em situação crítica submetidas durante pelo menos 24 horas a ventilação mecânica invasiva e extubadas nas últimas 72 horas. Idade igual ou superior a 18 anos, orientadas na pessoa, espaço, tempo e situação clínica.	Para verificar a associação entre as características de comunicação e o stress nas pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva foram colhidos dados clínicos e demográficos e realizadas entrevistas estruturadas, durante o internamento na UCI. A angústia psicológica e a perceção de dificuldade em comunicar foram avaliadas, respetivamente, pela <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> e pela ECS. O número de métodos de comunicação foi medido pela <i>Menzel Communication Checklist</i> e as experiências stressantes associadas ao uso do tubo endotraqueal pela <i>ICU-Stressful Experiences Questionnaire</i> . Os dados foram analisados recorrendo ao software SPSS versão 17.	As pessoas submetidas a ventilação invasiva revelam nível moderado/elevado de stress psicológico e emocional ao tentarem comunicar. Os enfermeiros devem estar mais sensíveis a estas dificuldades e adequar a sedação, a analgesia e os métodos de comunicação fáceis e acessíveis (quadros de palavras ou imagens, uso de alfabeto, aperto de mãos, abano de cabeça, leitura de lábios e expressão facial).	Quantitativo
Magnus e Turkington	17 participantes. 8 pessoas internadas	Para investigar a perceção e a experiência de comunicação	As falhas na comunicação com a pessoa e o stress	<i>Grounded-theory</i>

Autor(es) / ano / país	Participantes (P)	Intervenções (I)	Resultados (O)	Tipo de Estudo (S)
(2006) Inglaterra	em UCI, com idade igual ou superior a 18 anos. 9 membros da equipa multidisciplinar da UCI, com experiência recente em pessoa em situação crítica.	das pessoas internadas em UCI e dos membros da equipa multidisciplinar, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com recurso a triangulação para comparações e possíveis corroborações entre os dados obtidos de ambos os grupos de participantes. Foi feita análise de discurso.	associado nem sempre são detectados pelos membros da equipa multidisciplinar. As estratégias de comunicação devem ser simples e acessíveis (papel e caneta e quadro com alfabeto) e os profissionais devem ser treinados a usá-las.	
Patak, Gawlinski, Fung, Doering e Berg (2004) EUA	29 pessoas em situação crítica internados em UCI, com idades entre os 18 e os 85 anos, que falam inglês, orientadas no tempo, espaço, pessoa e situação clínica, entubadas no mínimo durante 18 horas e extubadas nas últimas 72 horas.	Para compreender o nível de frustração das pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva e verificar a utilidade dos métodos de comunicação usados pelos profissionais de saúde, foram colhidos os dados clínicos e demográficos e feitas entrevistas de 20-60 minutos, gravadas em áudio e submetidas a análise de conteúdo. Os dados foram analisados recorrendo ao <i>software</i> SPSS versão 10.0 e NUDIST.	As pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva experimentam elevados níveis de frustração quando tentam comunicar as suas necessidades. Os profissionais devem estar sensibilizados com o nível de frustração destas pessoas, contribuir para melhorar a sua experiência através da disponibilidade e fornecer material para ler e escrever de modo a facilitar a comunicação.	<i>Mixed Study</i>
Patak, Gawlinski, Fung, Doering, Berg e Henneman (2006) USA	29 pessoas em estado crítico internados em UCI, submetidas a ventilação mecânica, com idades entre os 18 e os 85 anos, que falam inglês, orientadas no tempo, espaço, pessoa e situação clínica e que estiveram ventiladas no mínimo durante 18 horas, sendo extubadas nas 72 horas seguintes.	Para identificar o nível de frustração e a perceção da adequação da comunicação da pessoa ventilada, foram feitas entrevistas de 20-60 minutos, usando um questionário com questões abertas e questões com recurso à Escala de <i>Likert</i> , que foram gravadas em áudio. Foi feita análise de conteúdo das entrevistas. Os dados demográficos foram recolhidos através dos registos médicos e questionando as pessoas. Ao longo do estudo foi utilizado o quadro de comunicação <i>Vidatak EZ Board</i> e o <i>Wilcoxon Signed-Ranks Test</i> para comparar o nível de frustração com e sem o uso do quadro de comunicação. Os dados qualitativos e	Um quadro de comunicação, quando usado adequadamente durante a ventilação mecânica, diminui a frustração da pessoa no que se refere à comunicação e melhora a eficiência da transmissão do que pensam, necessitam ou sentem. O conteúdo, formato e materiais aconselhados para a criação de quadros de comunicação incluem letras e imagens grandes e uso de cores fortes.	<i>Mixed Study</i>

Autor(es) / ano / país	Participantes (P)	Intervenções (I)	Resultados (O)	Tipo de Estudo (S)
		quantitativos foram analisados recorrendo, respetivamente, ao <i>software</i> NUDIST e SPSS versão 10.0.		
Radtke, Tate e Happ (2012) EUA	6 enfermeiros de UCI Médicos e UCI de Cirurgia Cardiorácica.	Para descrever a experiência e a perceção dos enfermeiros acerca das intervenções de comunicação com a pessoa em situação crítica com “barreiras à comunicação”, na fase 3 do estudo do SPEACS ( <i>Study of Patient-Nurse Effectiveness with Assisted Communication Strategies</i> ), foi feita uma entrevista semi-estruturada, gravada em áudio e submetida a análise de conteúdo. Nesta fase, os enfermeiros foram treinados a usar materiais electrónicos.	Os enfermeiros revelaram que, no geral, as estratégias utilizadas aumentaram a sua capacidade e confiança em comunicar com a pessoa com “barreiras à comunicação” e perceberam benefícios na pessoa com o seu uso, pela comunicação mais natural e efetiva. Os enfermeiros consideraram que o recurso aos materiais de comunicação electrónicos era interessante, mas requerem mais tempo para serem aplicados, pelo que continuam a preferir a escrita, leitura de lábios, gestos e os quadros de imagens e frases simples.	Qualitativo
Wojnicki-Johansson (2001) Suécia	44 participantes. 22 pessoas, com idades entre os 8 e os 78 anos, ventiladas artificialmente durante pelo menos 6 horas numa UCI Polivalente, conscientes e acordadas nas últimas 4 horas de ventilação invasiva. 22 enfermeiros com experiência em cuidados intensivos, com idades entre os 29 e os 57 anos.	Para compreender os problemas de comunicação das pessoas submetidas a ventilação invasiva foram realizadas 3 entrevistas semi-estruturadas: logo após o tratamento com ventilação mecânica, uma semana depois da primeira entrevista e dois meses após a segunda entrevista. Os questionários aplicados tinham questões abertas e fechadas.	De modo geral, os enfermeiros consideram as estratégias de comunicação mais eficazes do que as pessoas. Os métodos mais utilizados para estabelecimento de comunicação foram: linguagem corporal, toque, leitura de lábios/mímica e uso de papel e caneta. A linguagem corporal e o toque são os métodos preferenciais destes pessoas. Em alternativa, referem o papel e caneta como método útil e simples no estabelecimento de comunicação.	Qualitativo

Existem diversas estratégias para comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, passíveis de serem criteriosamente escolhidas e adaptadas às necessidades e potencialidades da pessoa em situação crítica. Perante as diferentes formas de comunicação – verbal e não verbal – o enfermeiro poderá identificar a estratégia que melhor se adapta à circunstância atual da pessoa com “barreira à comunicação”: sinais sim-não, VOCAs, gestos, acenos de cabeça, leitura de lábios, aperto de mãos, expressão facial, papel e caneta, uso do alfabeto, quadro de palavras e imagens, linguagem corporal e toque. A formação e a disponibilidade para a aplicação de cada uma das estratégias referidas assumem-se como prioridades a que os enfermeiros de cuidados intensivos devem estar sensíveis. Será o uso eficiente e eficaz de cada uma destas estratégias que contribuirá inequivocamente para o bem-estar, segurança e respeito pela pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. Só assim os enfermeiros aproximarão, cada vez mais, a sua prática aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, sugere-se que exista um maior investimento na sensibilização e formação dos enfermeiros acerca das diferentes formas de comunicação com a pessoa com “barreiras à comunicação”, principalmente em contexto de UCI.

## **2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA**

O desenvolvimento de competências desemboca num conjunto de habilidades, experiências e comportamentos que se dirigem no sentido de melhorar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, com a conjugação da qualidade, segurança e boas práticas dos cuidados prestados (Dunn *et al.* 2000; Ordem dos Enfermeiros, 2009). Esta formação pós-graduada representa o desenvolvimento de competências, aprofundadas em diferentes níveis, considerando as experiências com que fui contactando. Pelo cuidar em enfermagem requerer teoria e prática, conforme refere Watson (2002a), ao longo deste capítulo são destacados os episódios que melhor ilustram e justificam as competências propostas pelo Plano de Estudos deste Curso. Realço no entanto, que todas essas competências estiveram presentes ao longo dos três estágios. Baseada nos próprios conhecimentos da enfermagem, pretendo integrar uma visão de Enfermagem Avançada, tal como defende Silva (2007).

Os módulos de estágios são apresentados pela ordem cronológica de realização: Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Santa Marta, Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil e Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria. É feita uma análise crítica e reflexiva, considerando o referencial teórico de Ida Orlando e de Jean Watson.

### **2.1. MÓDULO II – CUIDADOS INTENSIVOS**

Realizei o Módulo II referente a Cuidados Intensivos de 23 de abril a 23 de junho de 2012, na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica (UCI CCT) que se insere no Hospital de Santa Marta do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), EPE. O Hospital de Santa Marta é considerado um hospital central e especializado na área cardiovascular. A UCI CCT dispõe de nove unidades para a pessoa adulta, cinco unidades para crianças e três unidades para a pessoa transplantada com especificidade de isolamento protetor, num espaço contíguo e equipado com a tecnologia necessária à prestação de cuidados de qualidade. De acordo com Centro Hospitalar de Lisboa Central (2012), a atividade assistencial, no que se refere à Cirurgia Cardiorácica, foi de 1191 cirurgias em 2011, que inclui as cirurgias convencional programada e urgente. O clima organizacional é mais ou menos favorável, tendo em conta Bispo (2006), por se detetar uma motivação e satisfação média nos seus colaboradores.

A UCI CCT está integrada no Serviço de Cirurgia Cardiorácica que inclui igualmente, o Bloco Operatório (BO), a Unidade de Cuidados Intermédios, a Enfermaria e a Consulta Externa, liderado por uma Enfermeira Chefe. O estilo de liderança é democrático conforme definido por Lewin (1975). Na UCI CCT existem cinco equipas de enfermagem, cada uma com um chefe de equipa, que exercem funções em turnos de oito horas por *roulement*. O método de trabalho

estabelecido é o cuidado de enfermagem individual, que de acordo com Costa (2004), significa a afetação de um enfermeiro que se responsabiliza, avalia e coordena todos os cuidados a uma ou mais pessoas, durante o seu turno de trabalho. O rácio enfermeiro-pessoa é de 1:2 ou 1:1, dependendo da gravidade clínica da pessoa internada, tal como é sugerido por Rao e Suhasini (2003). Os mesmos autores (2003) referem que uma UCI não deve ter menos de quatro ou mais de vinte camas e deve estar próximo do BO, Imagiologia e Serviço de Urgência, bem como existirem elevadores necessários para o transporte da pessoa em situação crítica. O BO encontra-se ao lado da UCI CCT, contudo o Serviço de Imagiologia e de Urgência encontram-se a dois pisos de diferença, devido às estruturas antigas que abrigam o Hospital. Para a realização deste estágio defini três objetivos específicos: “prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca em contexto de cuidados intensivos”, “colaborar na implementação da CIPE/SAPE na UCI CCT” e “desenvolver estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica”. De seguida faço uma contextualização destes objetivos.

O primeiro objetivo específico *prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca* reveste-se de algumas particularidades que descreverei de modo sucinto, tendo em conta o meu percurso de estágio. Começarei pela admissão da pessoa na UCI CCT. A admissão da pessoa submetida a cirurgia cardíaca tem características próprias, estando criteriosamente definidas as intervenções de dois enfermeiros, que deverão estar presentes, e as quais pude experienciar. O enfermeiro à direita da pessoa assume a responsabilidade por: verificar a permeabilidade do acesso venoso central e perfusão dos fluídos e medicação endovenosa; e adequar o transdutor da pressão venosa central (PVC ou AD), pressão arterial (PA) invasiva, pressão da aurícula esquerda (AE), ou pressão da artéria pulmonar (AP) ao nível da linha média axilar da pessoa internada. O enfermeiro posicionado à esquerda, responsável pela pessoa admitida, deve: colaborar com o anestesista no processo de conexão/adaptação da pessoa ao ventilador; monitorizar os valores de PA, ritmo cardíaco, frequência cardíaca (FC), saturação parcial de oxigénio (SPO<sub>2</sub>) e temperatura; facultar os cabos de avaliação da PVC, PA invasiva, AE ou AP ao enfermeiro da direita; calibrar valores hemodinâmicos e monitorizar; e verificar pensos cirúrgicos e permeabilidade de drenos. Havendo um terceiro elemento, este assume responsabilidade por realizar todos os registos: hora de chegada e parâmetros vitais; medicações em perfusão endovenosa contínua (fármaco, dose, ritmo perfusional), respetivos níveis e velocidade de administração; valor e características das drenagens (drenos torácicos e outros sistemas de drenagem); modalidade e parâmetros ventilatórios instituídos; e promover também medidas de aquecimento externo, se necessário. O primeiro enfermeiro a estar livre deve ainda: colher sangue para análise (exames laboratoriais e gasimetria); e assegurar a colaboração dos técnicos de radiologia para realização de radiografia de tórax. Relembrando que a UCI CCT integra o método de trabalho de cuidados de enfermagem individual, surgem algumas dúvidas perante o descrito. De fato, os cuidados de enfermagem funcionais, onde se integra o trabalho parcelado em tarefas, conforme descreve Costa (2004), podem estar aqui presentes. No entanto, e após reflexão,

verifico que somente no momento da admissão da pessoa na UCI CCT é que os enfermeiros adquirem este método, o que me faz crer que a padronização dos cuidados e conseqüências a ela intrínseca, referido por Amendoeira (2000), não corresponde à prática local. Atendendo que em todos os outros momentos os enfermeiros prestam cuidados individuais, considero que pela complexidade e estado crítico da pessoa que é admitida na UCI CCT, aliado aos inúmeros dispositivos médicos, a equipa recorre a esta organização de modo a ser mais rápida e eficaz a adaptação da pessoa à sua unidade. Efetivamente, depois da avaliação primária e de (re)estabilização hemodinâmica e ventilatória, a pessoa é alvo de cuidados personalizados pelo enfermeiro responsável, que adequa intervenções com recurso a escalas apropriadas para o pós-operatório imediato, nomeadamente escala de sedação (RASS) e escala de dor (*Behavioral Pain Scale* – BPS). Neste sentido, de acordo com estado de consciência, orientei a pessoa no tempo/espaço, tranquilizei acerca das intervenções a que estava a ser submetida e adequiei os cuidados, considerando os *scores* das escalas referidas, não descorando que o tratamento analgésico e sedativo na pessoa em situação crítica têm de ser, segundo Thong (2008), monitorizado de modo a que os objetivos de conforto, adaptação ao ventilador e cooperação da pessoa, sejam mantidos e haja redução de complicação devido à sobredosagem destes medicamentos. Orientando o enfoque no conforto da pessoa, Ribeiro e Costa (2012) referem que este é influenciado de modo dinâmico pelo contexto e intervenientes envolvidos, motivo pelo qual considero que a presença da família poderá ser um veículo facilitador de bem estar na pessoa, não fosse o conforto um dos focos de atenção da disciplina de enfermagem. O exposto permite-me demonstrar a competência desenvolvida **avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada.**

Existem inúmeras intervenções não farmacológicas que se podem aplicar na gestão da dor da pessoa submetida a cirurgia cardíaca como o posicionamento, massagem corporal, técnicas de relaxamento ou adequação do ambiente circundante. Estas são alguns dos cuidados que diariamente fui realizando, sem desvalorizar as medidas farmacológicas, que em algumas situações são imprescindíveis, atendendo que num procedimento cirúrgico existe, inevitavelmente, trauma dos tecidos, libertação do processo inflamatório e, conseqüentemente, dor (Inwood, 2002). A família é um recurso significativo na gestão qualitativa da dor, medo e incapacidade de orientação da pessoa, tal como referem Castro *et al.* (2011). Na UCI CCT a presença da família está limitada pelo horário restrito, contudo é notório o esforço de alargar esporadicamente a hora da visita, mediante pedido formal à instituição, na qual pude colaborar. Durante o horário da visita verifiquei que, de modo geral, os familiares receiam aproximar-se da pessoa internada pelo ambiente agressivo que a rodeia (materiais, máquinas, ruídos, entre outros). Por este motivo incentivei os familiares a aproximarem-se, de forma a ser agente de comunicação/interligação entre ambos e fomentar o apoio mútuo. Contudo, tal como refere Watson (2002a) na era pós-moderna verifica-se a movimentação dos conceitos cuidar, conforto, compaixão ou apoio da periferia para o centro, ou seja, numa UCI onde o modelo dominante da cura ressalta indiscriminadamente, é possível interiorizar a prática cuidar-curar.

As patologias das pessoas internadas nesta UCI são predominantemente doenças valvulares e coronárias, motivo pelo qual tive necessidade a aprofundar conhecimentos, de modo a melhor adequar o planeamento de cuidados. A alteração da válvula aórtica, nomeadamente a estenose aórtica tem, segundo Rangel *et al.* (2006), implicações severas no esvaziamento do ventrículo esquerdo, pelo acumulo de carga, aumento da pressão no mesmo e hipertrofia do miocárdio. Relativamente à doença das artérias coronárias, Lennep *et al.* (2002) afirmam que esta é uma das mais frequentes doenças cardíacas, ocorrendo quando se acumulam placas de atheroma ou coágulos nas paredes coronárias que impedem a normal passagem de sangue e consequente perfusão de oxigénio e nutrientes do músculo cardíaco. Para além do diagnóstico médico principal da pessoa internada na UCI CCT, existem patologias associadas como a hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, tabagismo e hipercolesterolemia, que como enfermeira mereceu especial destaque, por representar um aspeto essencial para a educação para a saúde, que pude realizar informalmente durante a prestação de cuidados (Kamalesh *et al.*, 2009; Falcão-Pires *et al.*, 2011 e Escobar, 2002). Assim pude realizar educações para a saúde as pessoas internadas e familiares, consciencializando-os a hábitos mais saudáveis, principalmente no que se refere à alimentação e atividade física. Integrei os familiares neste processo, como forma de serem também impulsionadores de novas estratégias de vida mais saudáveis, uma vez que a maioria serão os prestadores de cuidados informais. Obtive boa receptividade, com a colocação de dúvidas pertinentes como “Com a operação ao coração ele pode fazer caminhadas?” (sic) ou “Que tipo de alimentos aconselha a evitar?” (sic). Desta forma, contribui para o desenvolvimento da competência **comunica aspetos complexos de âmbito profissional e académico ao público em geral**, direcionado especificamente à educação para a saúde.

Para se prestarem cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a cirurgia cardíaca considerei ainda necessário compreender algumas técnicas específicas, de modo a adequar o planeamento, implementação e avaliação de cuidados. Foi possível a prestação de cuidados a uma pessoa com Balão Intra-Aórtico (BIA), que Souza e Elias (2006) descrevem como uma medida farmacológica nas pessoas com baixo débito cardíaco, pela assistência circulatória por contrapulsção que aumenta a perfusão coronária, melhora a função contrátil do miocárdio, diminui a resistência à ejeção ventricular ou seja reduz o trabalho ventricular e o consumo de oxigénio. Assim, apoiada nos mesmos autores (2006), colaborei ativamente na: avaliação de sinais de isquémia no membro usado na inserção do balão, pela possibilidade de trombose ou lacerações da camada íntima; avaliação de sinais de disseção aórtica; avaliação da onda de PA, para despiste de migração do balão para um ramo arterial do arco aórtico; monitorização do débito urinário, para despiste de migração do balão para a aorta descendente e/ou torácica; observação do funcionamento do BIA, através do respetivo monitor; explicação à pessoa da necessidade de evitar a flexão da articulação coxo-femural do lado da inserção do balão; e observação da incisão de entrada do cateter, para despiste de sinais de infeção. Outra técnica específica desta especialidade cirúrgica é a Circulação Extracorporal (CEC). Para a definição da CEC, Hessel e Edmunds (2003) descrevem que o sangue venoso é desviado do

coração e dos pulmões ao chegar à aurícula direita da pessoa durante a cirurgia cardíaca, através de cânulas colocadas nas veias cavas superior e inferior e daí o sangue venoso é levado ao oxigenador, onde recebe oxigênio, elimina dióxido de carbono e, em seguida, é coletado para ser reinfundido à pessoa, geralmente na aorta ascendente. É, segundo Souza e Elias (2006), um processo mantido pelo tempo necessário à cirurgia cardíaca e dele depende a preservação da integridade de todos os órgãos da pessoa. Integrando estes conhecimentos, é necessário compreender as complicações de pós-operatório, intrínsecas ao procedimento, que como enfermeira tive em consideração: alteração da PA por baixo débito cardíaco, arritmias cardíacas, alteração do padrão respiratório por insuficiência respiratória, monitorização do débito urinário pelo despiste de insuficiência renal, alteração do estado neurológico, alteração hidroeletrólítica com recurso aos valores de gasimetria e deteção de sinais de hemorragia. Em duas pessoas submetidas a este procedimento consegui identificar a complicação de hemorragia, visível através da majoração de líquido hemático eliminado pelos drenos torácicos e alteração do valor da PA invasiva, e pedir a colaboração médica para o seu controlo. Através de medidas farmacológicas foi possível estabilizar estas pessoas, mantendo um elevado nível de qualidade dos cuidados prestados. Uma das medidas de controlo da hemorragia perioperatória disponíveis na UCI CCT é o dispositivo *Cell Saver* ou autotransusão onde, de acordo com Potério e Magueiros (2006), o sangue perdido no campo cirúrgico é aspirado, lavado e re-infundido na pessoa. Está indicado em cirurgias com perda de sangue superior a 10% da volémia da pessoa. Na UCI CCT é ainda realizado em todas as pessoas re-operadas, pelo risco aumentado de hemorragia. Mediante os aspetos religiosos/culturais da pessoa Testemunha de Jeová o *Cell Saver* também constitui uma opção.

Ao longo de todo este percurso de estágio existiram experiências novas e enriquecedoras, que suscitaram dúvidas e reflexões pertinentes. Um dos exemplos dessas experiências é a atribuição de *positive end-expiratory pressure* (PEEP) de valor zero, à maioria das pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, que promoveu a clarificação com a equipa de enfermagem e evidência científica. De fato, Dyhr *et al.* (2004) referem que as pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva após cirurgia cardíaca apresentam, geralmente, uma oxigenação dificultada devido ao colapso pulmonar, pelo que a manobra de recrutamento alveolar sem PEEP não tem efeito sustentável. Também, Auler *et al.* (2000) afirmam que o aumento de PEEP resulta na redução da resistência e elasticidade respiratória, ressaltando que devido à instabilidade hemodinâmica que pode despoletar, o seu valor deve ser cuidadosamente ajustado. Contudo, pela justificação da instabilidade hemodinâmica e do aumento da pressão intratorácica da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, na UCI CCT o valor de PEEP mantém-se geralmente em 0mmHg e não são referidas, pela equipa, evidências de complicações respiratórias associadas a este fator. Ressalto que este é um exemplo de reflexão sobre e na prática que pode proporcionar à equipa de enfermagem, que apesar de não alterar práticas, suscitou interesse e discussão reflexiva no seio da equipa, desenvolvendo assim a competência **formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.**

A gasimetria arterial fornece dados que permitem analisar o equilíbrio ácido-base (exemplo: pH,  $\text{PCO}_2$ ,  $\text{PO}_2$ ,  $\text{HCO}_3^-$ , excesso de base), co-oximetria (exemplo: hematócrito, hemoglobina), metabólicos (exemplo: glucose, lactato) e eletrólitos (exemplo: iões  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{2+}$ ), constituindo um excelente meio complementar de diagnóstico. Conforme refere Sood *et al.* (2010) na literatura existem diferentes métodos de interpretação de gasimetria. Na pessoa submetida a cirurgia cardíaca os objetivos que se pretendem com a sua interpretação são, segundo Myers e Browne (2007), tomar decisões relativas à ventilação, manter o equilíbrio ácido-base, avaliar a necessidade de transfusão sanguínea e gerir valores de glicemia, aos quais pude colaborar ao longo de todo o estágio. São os valores de gasimetria que contribuem para o ajuste de parâmetros e modalidade ventilatória. Os modos ventilatórios mais comuns na pessoa internada na UCI CCT são Volume Controlado (VC) e Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada com Pressão de Suporte (SIMV + PS), associado, este último, ao processo terapêutico de desmame ventilatório. Os parâmetros ventilatórios são, de acordo com Inwood (2002), ajustados conforme as necessidades da pessoa e correspondem a: fração inspiratória de oxigénio ( $\text{FiO}_2$ ), volume corrente, volume minuto, frequência respiratória, PEEP, pressão de pico, pressão assistida e relação I:E (inspiração-expiração). A monitorização hemodinâmica contínua inclui o traçado eletrocardiográfico contínuo, FC, PA invasiva e/ou não invasiva, PVC, pressão da AE,  $\text{SPO}_2$  e temperatura. Estes valores são monitorizados continuamente e contribuem para o ajuste de medicação que se figure necessária, bem como gestão da ventilação invasiva na pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Consegui gerir articuladamente a ventilação mecânica invasiva e a monitorização contínua, com os valores de gasimetria e medicação instituída. Esta articulação revela-se complexa, na medida em que tive sempre em consideração que ao alterar determinada atitude terapêutica, poderiam haver repercussões sistémicas, para além do esperado.

O desmame de ventilação mecânica invasiva é feito pelo enfermeiro, tendo em conta o protocolo respetivo e, segundo Alían e Esteban (2000), é um processo de remoção gradual ou abrupta do suporte ventilatório, implicando dois aspetos essenciais: descontinuação de ventilação mecânica e remoção de uma via aérea artificial. Durante este estágio pude colaborar na execução deste processo. Assim, quando a pessoa começava a “superficializar” o estado de consciência ia-lhe explicando os cuidados que estavam a ser realizados, adequando a analgesia e as medidas de conforto. Concomitantemente, mantive monitorizado vários parâmetros como a estabilidade hemodinâmica, dependência de medicação, nível de perdas hemáticas, avaliação do estado de consciência da pessoa e valores de gasimetria. Na decisão de desmame, Alían e Esteban (2000) acrescentam aspetos como a capacidade da pessoa em tossir, características das secreções, estabilidade da função cardíaca e *status* neurológico e muscular apropriado, que fui tendo em consideração. Pude igualmente colaborar na remoção do tubo orotraqueal. Coloquei a máscara de oxigénio na pessoa extubada, e mantive as avaliações periódicas de gasimetria e estabilidade hemodinâmica da pessoa.

Tendo em conta o protocolo de desmame do ventilador foi feita uma reflexão e avaliação prévia na execução do mesmo, tendo em consideração a especificidade da pessoa. É neste sentido

que se revela pertinente questionarmo-nos acerca da decisão clínica em enfermagem: cumprir protocolos ou ajustar decisões baseadas em evidência? Banning (2007) refere que o processo de decisão clínica corresponde à escolha de uma entre várias alternativas, que surgem diariamente na vida profissional do enfermeiro. Lake *et. al.* (2009) e Ramezani-Badr *et. al.* (2009) acrescentam que o estabelecimento de prioridades nas necessidades das pessoas internadas se relaciona com a escolha e com a habilidade de reconhecer as várias opções de escolha. Para o desenvolvimento dessa habilidade estes autores defendem que a experiência profissional é o fator que melhor o incrementa, facilitando simultaneamente o processo de tomada de decisão. Também na regulamentação da profissão de enfermagem a tomada de decisão não é deixada ao acaso, considerando-a como fundamental na prática profissional ao assumir que no processo de tomada de decisão das intervenções de enfermagem existem três aspetos essenciais: evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e minimizar os problemas identificados (Conselho de Enfermagem, 2002). Na UCI CCT muitas são as decisões que têm de ser tomadas. Numa pessoa em situação crítica, como a pessoa em pós-operatório que foi submetida a cirúrgica cardíaca, a tomada de decisão deverá assentar na melhor evidência direcionada para os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste sentido acrescento as assunções de Orlando (1987) e de Orlando e Dugan (1989) que já no século passado defendiam que a enfermagem detinha condições para se emancipar da dependência de outras profissões, fato que hoje se comprova pelas intervenções autónomas e decisão clínica, evidenciado pela aplicação criteriosa e fundamentada de qualquer protocolo ou prescrição de outros profissionais de saúde. Mais recentemente, Watson (2002b) acrescenta que o conhecimento médico e de enfermagem são distintos, mas complementares. É na dicotomia entre o autónomo e o interdependente que o pensamento crítico do enfermeiro se estabelece e suporta a tomada de decisão. Atendendo a esta reflexão, integro a competência **toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas**, como comum a todo o meu percurso de estágios.

Na realidade das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), intrínseca ao planeamento dos cuidados de enfermagem, assumi a “Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde” como o primeiro passo para a segurança da pessoa internada, aplicando-o nos cinco momentos descritos na Circular Normativa nº13/DQS/DSD de 14/06/2012. De fato, diariamente pude verificar o comprometimento da equipa multidisciplinar da UCI CCT na aplicação destas orientações. Considerando que este estágio foi realizado numa UCI de especialidade cirúrgica, importa igualmente fazer uma breve alusão à Infecção Respiratória em Doente Ventilado e Infecção do Local Cirúrgico (ILC). No que se refere à “Prevenção da Infecção Respiratória em Doente Ventilado”, considerando os pressupostos de que o tubo traqueal facilita a colonização da árvore traqueo-brônquica e que na UCI a maioria das pessoas internadas estão submetidas a ventilação mecânica invasiva, tive em consideração as recomendações de PNCI (2004b), e integrei na minha prestação de cuidados: manutenção da cabeceira da pessoa entre 30 a 45 graus; colaboração na remoção do tubo traqueal tão precocemente quanto possível; avaliação regular do resíduo gástrico e

ajuste o volume da nutrição entérica, de acordo com o protocolo de alimentação entérica da UCI CCT; utilizar um humidificador de ar inspirado através de filtro; substituição de circuitos externos dos ventiladores entre pessoas; recurso ao balão ressuscitador de uso individualizado; uso de luvas para aspiração de secreções ou manipulação de objetos contaminados com secreções; e no sistema de aspiração aberto, utilização de sonda estéril e de uso único, bem como manutenção de cuidados de higiene oral. Relativamente à *Prevenção da ILC*, o PNCI (2004a) considera-a como uma das infeções nosocomiais mais frequentes e concebe um conjunto de recomendações que considerarei pertinentes para a prestação de cuidados à pessoa internada na UCI CCT. As recomendações referidas em PNCI (2004a), e aplicadas em estágio, foram essencialmente: proteger a incisão encerrada com penso estéril e técnica asséptica, durante as primeiras 48 horas; lavar as mãos antes e após as mudanças de penso ou de qualquer contato com o local da incisão; substituir o penso com técnica asséptica após as 72h da intervenção cirúrgica e/ou em SOS; controlar os valores de glicemia capilar; e identificar as infeções do local cirúrgico nas pessoas internadas ou na Consulta Externa (local onde pude realizar um turno). Considerando que a ILC é um tema transversal à minha prática profissional, considero pertinente fazer uma breve referência ao tema, integrando valores estatísticos. Efetivamente, nos dados de 2011 apresentados pelo CCIH do HSM (2012) verificou-se que a taxa de ILC Incisional Superficial foi de 63,0%, a ILC Incisional Profunda foi de 14,8% e a ILC de Órgão ou Espaço foi de 7,4%. No total a taxa de ILC no ano de 2011 foi de 4,4%, verificando-se uma discreta diminuição, quando comparado com os dados de 2008 que demonstravam uma taxa de 4,8%. Apesar de não encontrar dados comparativos com populações ou instituições semelhantes, Miranda (2010) afirma que estes são valores significativos. A sensibilização dos enfermeiros para os dados epidemiológicos relativos a este tema, poderão suscitar uma melhor reflexão sobre a prática, bem como o incentivo na realização de estudos quantitativos. Efetivamente, a instituição prevê a partilha destes dados em plataforma informática própria, ao alcance de todos os seus profissionais, que considero essencial para a consciencialização das contribuições que o enfermeiro pode ter na prevenção e controlo da ILC. Ao me debruçar perante o tema considero ser um exemplo de desenvolvimento da competência **demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização**, que neste caso particular se cruza com a temática das IACS, transversal a qualquer área de trabalho de enfermagem.

Foi realizado um turno no BO com o objetivo de adquirir conhecimentos do período de intraoperatório da pessoa submetida a cirurgia cardíaca, de forma a articula-los para os cuidados de pós-operatório. Efetivamente, tal como descrito por Inwood (2002), desde a toracotomia à CEC, verifica-se que a pessoa está submetida a um diverso leque de intervenções agressivas que invariavelmente contribuem para a situação crítica do pós-operatório, fornecendo-me um aporte de conhecimentos importantes para o ajuste e compreensão dos cuidados de enfermagem na UCI CCT.

Houve igualmente oportunidade de fazer o acolhimento da pessoa em pós-operatório imediato de transplante bipulmonar. Devido à demora e complexidade da cirurgia, a probabilidade de instabilidade hemodinâmica é maior, pelo que a vigilância e os cuidados intensivos de enfermagem são bastante criteriosos. Deste modo a razão enfermeiro-pessoa submetida a transplante é de 1:1. Tal como realizei neste estágio, Catela *et al.* (2009) descrevem os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a transplante pulmonar: monitorização de parâmetros ventilatórios, hemodinâmicos e drenado torácico; avaliação e controlo da dor e sinais neurológicos; manutenção do equilíbrio hidro-eletrolítico, função renal e sistema gastro-intestinal; integração da família; e implementação de medidas de segurança para a pessoa, nomeadamente o isolamento protetor. No isolamento protetor, tal como refere Humphreys (2004), a pessoa é separada do restante ambiente por ser mais suscetível à aquisição de infeções, bloqueando-se a via de transmissão, através da renovação do ar em número e frequência adequados à situação, pressão positiva do ar ambiente e existência de uma antecâmara no acesso ao quarto da pessoa.

Outra das oportunidades que me foi proporcionada foi realizar um turno na Consulta Externa de Enfermagem. Na recente investigação portuguesa “Pós-alta: ganhos em saúde nos doentes submetidos a cirurgia cardíaca”, referenciada pela Ordem dos Enfermeiros (2012), está descrito que o seguimento de enfermagem no período de pós alta-hospitalar surge como um apoio à realidade diária destas pessoas, contribuindo para identificar focos de cuidados de enfermagem, resolver os problemas identificados e reforçar a adesão a comportamentos e estilos de vida saudáveis. Nesta investigação as pessoas submetidas a cirurgia cardíaca em domicílio referem sentir-se mais confiantes e satisfeitas pelo domínio de temas como a alimentação adequada, exercícios seguros e medicação instituída. Na Consulta de Enfermagem de Cirurgia Cardíaca são aplicadas, em momentos pré-definidos, as escalas de Adesão Terapêutica e a SF36 v2 (*36-Item Short Form Health Survey*). A Escala de Adesão Terapêutica é um questionário guia para a Consulta de Enfermagem. O SF-36 é, segundo Ferreira *et al.* (2008), um questionário de avaliação do Estado de Saúde e da Qualidade de Vida, baseado na autoavaliação da funcionalidade, que inclui 36 itens distribuídos por oito dimensões: Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Perceção de Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental. Deste modo, verifiquei que existe uma preocupação em criar indicadores de qualidade que avaliem a evolução das pessoas submetidas a cirurgia cardíaca e em monitorizar de que modo a cirurgia contribuiu para melhorar a sua qualidade de vida. Além da Consulta de Enfermagem presencial, existe o *follow-up* telefónico, que Borges *et al.* (2009) referem que o seu objetivo é incrementar a qualidade de vida da pessoa operada, através do acompanhamento e aconselhamento acerca dos hábitos de vida diários, adesão terapêutica e controlo da dor. Apesar de não ter sido possível a realização de Consulta de Enfermagem presencial, realizei três *follow-up* telefónicos, onde verifiquei o agradecimento das pessoas na disponibilidade do enfermeiro em saber como estão e em esclarecer questões como sintomas, exercício físico ou

medicação, tornando-se evidente que existe uma mais-valia nos cuidados de enfermagem, que não se esgotam no momento do internamento da pessoa.

Indo ao encontro de outra esfera dos cuidados de enfermagem, integro agora a gestão. Na UCI CCT a pessoa internada tem necessidade de diversos recursos materiais, imprescindíveis para a prestação de cuidados, motivo pelo qual o enfermeiro de apoio à gestão deve assegurar que a reposição de *stocks* seja feita, evitando que existam falhas ou desperdícios. Por este motivo, considereei pertinente a realização de um turno direcionado para a gestão, constituindo uma mais-valia na valorização de todo o trabalho intrínseco a esta área da enfermagem. Relativamente aos medicamentos, é feito um pedido à Farmácia Hospitalar, que assegura a sua entrega de modo célere. Além da medicação, o material de consumo clínico, consumo hoteleiro e consumo administrativo também é revisto e encomendado ao Armazém Hospitalar ou Aprovisionamento. É interessante verificar que o valor de cada unidade de consumo está discriminada, quer unitário, quer total da encomenda, sensibilizando o enfermeiro para esses gastos. Efetivamente, de acordo com o estudo de BIQConsulting (2009) citados por Serôdio (2010), 46% do orçamento operacional de um hospital português é despendido em atividades relacionadas com a logística. Embora o trabalho do enfermeiro de apoio à gestão constitua uma pequena parcela desse valor, é evidente que estas atividades têm um peso substancialmente elevado no funcionamento de um hospital, sendo meritórias de melhor divulgação. A qualidade assume-se como um dos pontos mais importantes na área da gestão. De fato, a disciplina de enfermagem desenvolve-se e reinventa-se sobre a qualidade. Os enfermeiros gestores, segundo Lageson (2004), precisam de estar cientes da noção de qualidade, de como essa noção é transmitida aos enfermeiros prestadores de cuidados diretos e, acrescentam que para que os ganhos em saúde sejam atingidos, o enfoque na qualidade precisa de ser viável, estável e produtivo, de modo a potenciar cuidados de elevada qualidade e que o custo-benefício seja equilibrado. Perante o descrito considero o desenvolvimento da competência **realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização**, que aqui foi exemplificado com a observação e colaboração da enfermagem de apoio à gestão.

O segundo objetivo específico que tracei para este estágio foi “colaborar na implementação da CIPE/SAPE na UCI CCT”. No CHLC foi recentemente construído por Gaudêncio *et al.* (2012) um manual cujo objetivo é criar um instrumento facilitador no desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, ao construir um padrão de documentação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) para inclusão no Sistema de Informação em Enfermagem. Apesar do projeto PQCE/CIPE se encontrar em diferentes estadios de desenvolvimento nos quatro pólos do CHLC, existem estratégias de implementação comuns, tal como nos enunciam Oliveira *et al.* (2011): a formação; o planeamento, desenvolvimento e monitorização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; e a construção de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade Específicos, em cada contexto do CHLC. Para além do padrão de documentação já construído, no CHLC existem alguns serviços que estão a testá-lo e outros que já consolidaram a fase de teste, aguardando o aplicativo informático para os registos. A UCI CCT

ainda não estava a testar o programa, no entanto identifiquei que haviam necessidades formativas, motivo pelo qual integrei esta equipa de trabalho. Evidenciando a minha experiência profissional na utilização da CIPE e do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) realizei duas sessões de formação, em colaboração com a colega de estágio, para apresentar o Manual de CIPE 1.0 do CHLC e para demonstrar a aplicação prática dos focos de enfermagem trabalhados com recurso à aplicação informática SAPE. Para tal, realizamos duas reuniões com um dos elementos da equipa do CHLC que estava a implementar o projeto PQCE/CIPE, afim de se definirem conteúdos e fornecer dados acerca da nossa experiência prévia. Assim, para tornar as sessões mais dinâmicas, integramos os focos de enfermagem *hemorragia* e a *dor*, tendo em conta a pessoa submetida a cirurgia cardíaca em pós-operatório imediato. Na primeira sessão de formação intitulada “Apresentação do Manual CIPE 1.0 do CHLC” determinamos os objetivos: identificar a CIPE como um sistema de linguagem de enfermagem universal; compreender a importância do Manual CIPE 1.0 do CHLC; reconhecer o Manual CIPE 1.0 do CHLC como uma ferramenta de trabalho; e contribuir para a reflexão pessoal de cada enfermeiro acerca da melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao nível dos registos de Enfermagem (APÊNDICE I). Os resultados desta sessão de formação foram bastante positivos conforme descrito no APÊNDICE II. Na sessão de formação “Apresentação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) – Projeto CIPE/PQCE do CHLC” (APÊNDICE III) estabelecemos os objetivos: relacionar a CIPE com o SAPE; identificar as principais funcionalidades do SAPE; e construir um plano de cuidados de uma pessoa internada na UCI CCT, integrando a informação do Manual de CIPE 1.0 do CHLC, sendo que os resultados, que considero bastante positivos, estão expostos no APÊNDICE IV. A introdução do tema CIPE/SAPE na UCI CCT, o recurso à experiência profissional, o esclarecimento de dúvidas durante as sessões e a interação que proporcionei com um exemplo da aplicação informática, permite-me considerar o desenvolvimento da competência **lidera equipas de prestação de cuidados especializadas na sua área de especialização**.

Por fim, o terceiro objetivo específico deste estágio foi “desenvolver estratégias de comunicação com a pessoa em situação crítica”. Empiricamente verifiquei que, durante a comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, os enfermeiros da UCI CCT utilizavam maioritariamente gestos, sinais sim-não, leitura de lábios e papel e caneta. Durante o estágio apliquei as mesmas estratégias de comunicação com as pessoas a quem prestei cuidados, contudo nem sempre foi fácil a interpretação do que a pessoa queria dizer, pelo que muitas vezes foi necessário a associação de várias estratégias. De fato, Habermas (1997) afirma que o modo de expressão na comunicação deve ser aceite e compreensível por ambos os intervenientes, pois só assim é possível um discurso verossímil. Também a teoria de Orlando (1961) citada por Meleis (1997) vai ao encontro deste pressuposto ao defender que o enfermeiro deve ajudar a pessoa com necessidades de comunicação, acrescentando que a relação enfermeiro-pessoa é dinâmica e influenciada pelas reações de ambos. Por este motivo decidi desenvolver a revisão sistemática da literatura intitulada “Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: Que estratégias?”, que apresentei no capítulo

anterior e que se encontra em fase de análise para publicação numa revista internacional de enfermagem. Com os resultados e as conclusões retiradas deste estudo realizei uma sessão de formação na UCI CCT intitulada “Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: Que estratégias?” que teve como objetivos: identificar as estratégias de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva; adequar a melhor estratégia de comunicação à especificidade da pessoa com “barreira à comunicação”; utilizar o quadro de comunicação de imagens e palavras apresentado; e desenvolver competências comunicacionais que permitam a melhoria da qualidade assistencial à pessoa internada na UCI (APÊNDICE V). Os resultados decorrentes desta sessão de formação encontram-se no APÊNDICE VI, realçando a avaliação positiva realizada pelos participantes. Na sessão formativa apresentei o “Quadro de Comunicação”, construído para a língua portuguesa e língua inglesa, que amplia o leque de instrumentos disponíveis para os cuidados de enfermagem dos profissionais da UCI CCT, que poderá agora ser aplicado à pessoa internada com “barreira à comunicação” e “barreira linguística” (APÊNDICE VII). A equipa mostrou interesse, expondo dúvidas pertinentes e inclusive acrescentaram que era uma mais-valia também para a Unidade de Cuidados Intermédios do mesmo serviço. O fato de incluir a língua inglesa foi considerado um dos aspetos mais positivos, com ilustrações pelos enfermeiros participantes de episódios em que não conseguiram comunicar com uma pessoa estrangeira por barreiras de compreensão de língua. Este instrumento ficou disponível para os enfermeiros em local próprio no *open space* da UCI CCT. Neste sentido considero desenvolvidas as seguintes competências: **promove a formação em serviço na sua área de especialização e incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.**

## 2.2. MÓDULO III – OPCIONAL

O friso temporal no qual realizei o Módulo III Opcional foi de 23 de setembro a 9 de novembro de 2012. Realizei o estágio na Unidade de Assistência Domiciliária (UAD) e na Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), ambos integrados no Núcleo de Cuidados de Suporte do Departamento de Suporte e Oncologia Psicossocial do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil (IPOLFG) EPE. O IPOLFG é considerado um centro de referência para a prestação de cuidados de saúde do foro oncológico. Os elementos da UAD e da EIHSCP são praticamente os mesmos, e as instalações situam-se numa pequena sala do Edifício do Lar. O clima organizacional é favorável, de acordo com Bispo (2006), considerado a grande motivação e satisfação da equipa. A equipa de enfermagem é composta por quatro enfermeiras na prestação de cuidados e uma enfermeira chefe, em permanente colaboração com outros elementos da equipa multidisciplinar. O estilo de liderança é democrático, integrando a teoria de Lewin (1975).

O horário de trabalho é fixo das 8h às 16h, todos os dias do ano. O método de trabalho é o cuidado de enfermagem em equipa, que Costa (2004) caracteriza como um trabalho de colaboração, respeito mútuo, responsabilidade partilhada e centrada na pessoa, com realização de reuniões diárias, onde se discutem as necessidades da pessoa/família e se planeiam cuidados. Estas reuniões são realizadas no início de cada dia, a que a equipa chama “passagem de turno”. Uma das enfermeiras é informalmente distinguida como líder, que supervisiona o trabalho diário e ajuda a equipa a melhor efetuar os seus cuidados, atendendo à capacidade de cada um, tal como advoga o mesmo autor (2004).

A UAD é constituída por uma equipa multidisciplinar (diretora de serviço, que corresponde à médica assistente, enfermeira chefe, quatro enfermeiras, uma assistente social, uma assistente técnica e uma assistente operacional), que presta cuidados médicos e de enfermagem à pessoa doente oncológica em cuidados paliativos que, tenham mais de 18 anos, estejam inscritos no IPOLFG, sejam referenciados pelo médico assistente, tenham um cuidador principal identificado, residam na cidade de Lisboa e aceitem o apoio da UAD. O período de acompanhamento domiciliário vai desde a admissão da pessoa e seus familiares, estendendo-se até ao período de luto e funciona todos os dias do ano, com o horário entre as 8h e as 16h, incluindo contato telefónico permanente com uma enfermeira, durante este horário. Acrescenta-se que a admissão é realizada de acordo com as prioridades de resposta da UAD, sendo atribuída prioridade de admissão se existir descontrolo sintomático, situações clínicas complexas e situações de últimos dias.

A EIHS CP atua mediante solicitação, para prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos diversos Serviços do IPOLFG, mediante a orientação de um plano individual de intervenção na pessoa internada, com necessidade de cuidados paliativos, e seus familiares/cuidadores, podendo, em condições excecionais prestar cuidados diretos. A equipa atribui prioridade de resposta mediante a sua avaliação, evidenciando as situações que envolvam maior dificuldade e cuja complexidade exija uma maior diferenciação nos cuidados, e fará recomendações/sugestões de alteração de plano de cuidados à equipa prestadora. A EIHS CP pode ainda prescrever terapêutica, requisição de exames e receituário para ambulatório, mantendo responsabilidade sobre a pessoa até à data de alta, salvaguardando casos excecionais. A equipa multidisciplinar que constitui a EIHS CP inclui: dois médicos, duas enfermeiras, uma assistente técnica, uma assistente operacional, um psicólogo e um assistente social. O horário de funcionamento da EIHS CP é das 8h às 16h, todos os dias úteis e a referência deverá ser feita pelo médico assistente da pessoa até às 13h, para intervenção no próprio dia. A primeira visita à pessoa é, em dias úteis, feita nas primeiras 24h após receção do pedido, e no máximo de 72 horas em casos de pedidos efetuados à sexta-feira, dias de descanso ou feriados.

Atendendo à especificidade deste estágio determinei dois objetivos específicos: “prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em fim de vida, em contexto de cuidados paliativos”, e “desenvolver estratégias de comunicação com a pessoa em fim de vida”, que passarei a descrever de seguida.

Começarei pelo primeiro objetivo específico “prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em fim de vida, em contexto de cuidados paliativos”. O meio hospitalar integra inúmeras pessoas em fim de vida. Por este motivo, despoletou-me particular interesse observar a intervenção consultora da EIHSCP. De fato, desenvolvi um papel essencialmente reflexivo através da observação, interpretação e orientação da minha prática atual e futura. O controlo sintomático destas pessoas foi a principal causa da solicitação da intervenção da EIHSCP, que incluía maioritariamente dor, *delirium*, insónia, dispneia, obstipação, sonolência diurna, náuseas/vómitos e agonia, tendo-se associado o apoio psicossocial em todos as pessoas e seus familiares, quando possível. Efetivamente, Finlay *et al.* (2002) defendem que as equipas de cuidados paliativos reduzem o tempo de internamento hospitalar, através da resposta efetiva às necessidades da pessoa. Apesar de verificar que na maioria das situações a pessoa não chega a ter alta hospitalar, o fato é que a EIHSCP permite oferecer ou manobrar recursos que vão ao encontro do conforto, acabando por se verificar uma morte tranquila e serena. A equipa constitui uma mais-valia para aqueles cujos sintomas são de difícil controlo e que necessitam de um olhar mais profundo e realista das suas necessidades, que frequentemente se perdem na azáfama das intervenções rotineira de um hospital. Da mesma forma, compreendi que os cuidados por mim prestados em meio hospitalar, com as pessoas submetidas a cuidados paliativos precisava de ser (re)avaliada, e passa agora a incorporar a pesquisa sistemática das necessidades da pessoa, atribuindo disponibilidade para que melhor defina prognósticos, diagnósticos no sentido do conforto e da qualidade de vida. Em contexto de domicílio alteram-se algumas disposições. A pessoa está no seu espaço, rodeada por aqueles que considera próximos e pelos objetos de grande valor sentimental, e é a equipa da UAD que entra no espaço intimista da sua casa. Neste contexto, muitas vezes o enfoque deixa de ser os sintomas descontrolados e passa a ser o apoio psicossocial. Naturalmente existem pessoas com necessidade de ajuste terapêutico para controlo de um ou outro sintoma, contudo a grande maioria está perfeitamente controlada. Apesar da pessoa ser a protagonista dos cuidados paliativos ao domicílio, a família assume neste contexto uma importância acrescida, principalmente por serem cuidadores informais na maior parte do dia e, frequentemente manifestarem sentimentos como o medo, tristeza, frustração e exaustão, perante a proximidade da morte. Quando a morte da pessoa se aproxima, as visitas domiciliárias passam a ser diárias, ajudando a manter o seu conforto com a gestão terapêutica e o apoio à família que se tenta adaptar à mudança do estado de consciência, respiração ruidosa ou outros sintomas terminais. Tive de refletir sobre o limite que me impunha e que me era imposto e de delinear estratégias para ir mais além e ter sucesso no que pretendia. Integrando os diferentes contextos, aquilo que concluo é que independentemente do local onde as pessoas escolhem/tenham que morrer, as equipas tendem a atender os desejos da pessoa e seus familiares, que normalmente se coaduna com uma morte serena, rodeada por aqueles que lhes são próximos. E assim deveria ser em qualquer local de prestação de cuidados.

A relação de ajuda é uma das capacidades imprescindíveis do enfermeiro e, por este motivo, decidi aprofundá-las considerando o referencial teórico de Chalifour (1989). Aqui é possível

fazer uma ligação com o cuidar transpessoal de Watson (2002b), pela união de sentimentos e comunicação no cuidar que se projetam numa maior harmonia na pessoa, como é visível nos exemplos a seguir descritos. Efetivamente, foram várias as visitas domiciliares que realizei à pessoa e seus familiares, motivo pelo qual consegui ser uma prestadora de cuidados presente, com os quais estabeleci a empatia passível de se transformar em relação terapêutica. Para melhor elucidar o modo como o consegui, decidi resumir três casos na Tabela 3, com a descrição das atitudes facilitadoras e ativas estabelecidas, com base nas seguintes pessoas:

Pessoa cuidada A – Senhora com cerca de 60 anos, com diagnóstico médico de neoplasia da mama e que vive sem cuidador formal ou informal, mas está sempre acompanhada pelos seus sete gatos e um cão. Encontra-se a fazer quimioterapia paliativa;

Pessoa cuidada B – Senhora de 70 anos, com diagnóstico médico de neoplasia da mama com linfangite carcinomatosa. Vive com o marido (cuidador informal) e a cunhada;

Pessoa cuidada C – Senhor de 74 anos, com diagnóstico médico de mieloma múltiplo. É um militar reformado, que vive com a esposa.

Tabela 3 – Atitudes Facilitadoras e Ativas estabelecidas em contexto de estágio.

<i>Relação de Ajuda em Cuidados de Enfermagem de Chalifour</i>		<b>Pessoa cuidada A</b>	<b>Pessoa cuidada B</b>	<b>Pessoa cuidada C</b>
<b>Atitudes Facilitadoras</b>	<b>Compreensão Empática</b>	Partilho da mesma característica (pessoa também é enfermeira), acolho a pessoa tal como é, manifestando interesse pelos seus animais de estimação, evitando juízos de valor.	Reconheço a pessoa como ser único e diferente, atribuo disponibilidade interior e interesse pela sua trajetória de vida: "Tem uma família muito grande, esta fotografia é da sua neta?"	Manifesto interesse e satisfação em compreender a sua experiência de vida: escuto a pessoa a descrever episódios da sua vida militar.
	<b>Respeito Caloroso</b>	Considero as suas experiências, vivências e potencial: "Compreendo que não deve ser fácil ter de tratar de tantos problemas ao mesmo tempo [encaminhar os animais de estimação para outras pessoas ou instituições de animais]. Não há problema em se ter esquecido da data da consulta, é para lembrar-lhe disso que nós estamos aqui."	Manifesto que a pessoa possui em si meios necessários para fazer opções: "Compreendo que não tenha vontade ir outra vez ao hospital, mas com as náuseas e vômitos que tem tido nos últimos dias, seria importante ir até ao IPOLFG fazer outros exames, que aqui não temos acesso, para que possamos perceber a causa desse mal-estar".	Identifico com a pessoa os seus recursos e explorando-os: "Vejo que teve uma vida muito ativa e cheia de obstáculos [cumprir dever militar em guerras no estrangeiro] que conseguiu ir ultrapassando.", que a pessoa contrapõe "E agora estou noutra luta, mas a vida é assim..." (sic)
	<b>Autenticidade</b>	Acordo entre aquilo que penso, sinto e comunico: acenos de cabeça, mostrar interesse.		

<b>Atitudes Ativas</b>	<b>Especificidade</b>	Encorajo a pessoa a ser precisa: “Deixe-me ver se percebi: disse-me que colocou 2 pensos [opióide transdémico] e que tem feito 2 a 3 SOS por dia, desde o último dia que cá estivemos.”.	Encorajo a pessoa a ser precisa: “Qual é o seu significado de que «a dor está melhor nestes dias»? Usou menos SOS? [...] Conseguiu fazer melhor as suas atividades? [...] Esteve menos tempo deitada?”	Encorajo a pessoa a ser precisa: “Mostre-me qual o medicamento que está a tomar para a insónia”.
	<b>Imediaticidade</b>	Recorro a síntese/resumo para ajudar a pessoa a perceber o que se passa com o seu organismo: “Eu sei que os valores das análises [marcadores tumorais] têm aumentado, apesar de continuar a fazer quimioterapia” (sic).	Recorro a síntese/resumo para ajudar a pessoa a perceber o que se passa com o seu organismo: “A dor muito forte está relacionada com a gravidade da doença, mas para a dor nós estamos a tentar encontrar a melhor solução [gestão de terapêutica farmacológica]”.	Recorro a síntese/resumo para ajudar a pessoa a perceber as informações comunicadas: “Agora gostaria que fosse o Sr. C a me explicar como é que vai tomar todos os medicamentos que tem aqui, para termos a certeza que fomos claras no que dissemos.”
	<b>Confrontação</b>	Não foi realizado. Considero que seria pertinente abordar esta esfera relativamente à limpeza da sua casa. A equipa da UAD tentou introduzir uma ajuda externa na limpeza do domicílio, que a senhora recusou discutir.	Não foi realizado.	Não foi realizado.

Tendo em consideração o descrito, consegui aprofundar o estabelecimento de uma relação de ajuda, com base no treino e na reflexão, que Bermejo (1996) assume como a melhor estratégia para melhorar as relações interpessoais de ajuda. Muitas vezes o diálogo não fluía de modo espontâneo, mas sim mediante um pensamento elaborado e por vezes demorado, o que fazia com que a pessoa direcionasse a comunicação num sentido que se afastava dos objetivos que tinha planeado. Por isso, frequentemente tive que reorganizar o pensamento de modo a direcionar o diálogo no sentido do objetivo terapêutico que planeava. Contudo, foi trabalhando esta limitação, e recorrendo a casos de menor complexidade (pessoas abertas à comunicação), que consegui com que o discurso fluísse de modo natural. No mesmo sentido, a teórica de enfermagem Orlando defende que as interações de enfermagem devem ser efetivas de modo a incrementar o conforto e diminuir o *stress* da pessoa, de modo a que esta consiga comunicar as suas necessidades de modo claro, o que deverá ser conseguido quando a relação enfermeiro-pessoa é estável (Meleis, 1997). Da minha formação inicial tinha noções da “Teoria de Relação de Ajuda” de Hélène Lazure, mas escolhendo outro teórico que trabalhou a “Relação de Ajuda na Enfermagem” (Jacques Chalifour), possibilitou-me adequar melhor os

meus cuidados, que hoje consigo transferir para o meu contexto de trabalho. Deste modo considero que desenvolvi a competência **mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.**

A esperança é um foco de enfermagem que recentemente têm vindo a despoletar interesse no seio da profissão e que, de acordo com Cavaco *et al.* (2010) facilita a saída do ciclo do sofrimento da pessoa, incrementa a capacidade da pessoa em lidar com situações de crise, permite a determinação de objetivos saudáveis e da manutenção da qualidade de vida, e é experienciada como um conforto. Também Watson (2002b) inclui a fé-esperança como uma intervenção relacionada com o processo de cuidar, que deverá assentar no conhecimento e competência clínica. Como forma de aprofundar conhecimentos inerentes a esta questão estive presente no Ciclo de Conferências da Universidade Católica Portuguesa onde foi apresentado o tema “Promoção da Esperança nos Processos de Saúde-Doença”, que me proporcionou um bom aporte na consolidação de conhecimentos. Jevne (1994) citada por Charepe (2012) define esperança como uma ajuda que permite capacitar a pessoa para concretizar os seus objetivos. A doença crónica é definida como uma crise de vida, uma transição que inclui momentos que “roubam” a esperança e que tornam a pessoa sensível à influência externa, conferindo aos profissionais de saúde um momento excecional para obter um impacto positivo (Moos, 1986, e Thompson e Gustafson, 1996, citados por Magão, 2000). A par com outros teóricos, Querido (2005) é uma investigadora nacional que em muito contribui para o estudo da esperança na pessoa em fim de vida. Tendo em conta a sua teoria, integrei a sua aplicação em contexto de estágio. Para tal, assumo a *Pessoa cuidada* A descrita anteriormente aquando falava da Relação de Ajuda. Nesta pessoa identifiquei a esfera particularizada da esperança, manifestada em todas as visitas domiciliárias, quando faz referência ao seu objeto de esperança: “é sempre uma preocupação... tenho de arranjar uma nova casa para eles [sete gatos e um cão], mas não tem sido fácil” (sic). Numa das visitas a senhora afirmou que, inclusivamente, já tinha recusado a entrada numa Unidade de Cuidados Paliativos por causa dos animais de estimação, por eles não terem um destino certo. Deste modo, implicitamente a senhora encara isto como uma missão a cumprir, preservando-lhe o significado da vida e encorajando-a para o investimento e compromisso do seu objetivo. Reúne as energias necessárias nessa direção e só depois se pode entregar aos cuidados de outros. Relembro que esta pessoa vive só com estes “companheiros”, e que passou a maior parte da sua vida assim, evidenciando-se o enorme laço vincutivo que os animais de estimação têm para ela. De forma ilustrativa descreve-se que numa das visitas, a pessoa esqueceu-se que tinha consulta de Oncologia Médica nessa tarde, referindo que estava muito preocupada com uma das gatas que tinha dejeções diarreicas há mais de 24 horas e que tinha, inclusive, programado ir ao veterinário nessa mesma tarde. Aqui a dimensão cognitiva (objeto de esperança) e comportamental (orientação para a ação) são perfeitamente identificáveis. Integrando agora a orientação teórica de Querido (2005), foi trabalhado nesta pessoa a escuta ativa, ajuda na identificação de objetos de esperança e suporte na redefinição dos objetos de esperança, incluídos na categoria de *perceção da esperança*. No que se refere ao suporte na redefinição

de objetos de esperança, acrescenta-se que inicialmente a senhora referia que iria doar os animais a pessoas individuais, colocando de parte qualquer instituição do gênero canil ou gatil, por considerar que não tinham boas condições gerais. Devido à inexistente procura face à sua oferta, a senhora começou a perceber que aquele objetivo não era atingível e redefiniu outra forma de concretização: “levá-los ao veterinário e dar uma injeção, com eles a dormir” (sic). Na categoria *percepção da dimensão temporal* de Querido (2005), confirmou-se que as pequenas alegrias do presente voltavam a ser os seus animais, em que a senhora dizia entre sorrisos e satisfação: “Quando eu estou ali deitada vêm estes dois [gatos] para cima de mim e enchem-me de beijos... eles são muito carinhosos” (sic). A pessoa apenas falava de uma prima, que a visita uma vez por semana, mas sem colocar a expressão facial iluminada, que adota quando fala dos seus animais de estimação. Assim sendo, tentou-se despertar o sentido positivo deste fato, através do interesse manifestado em se saber mais acerca seus animais. Ao longo das visitas fui verificando a existência de livros em cima da cómoda da pessoa, com títulos que faziam referência à morte e ao morrer como por exemplo “O que vem depois da morte”. A pessoa olhando para eles referia: “Vou lendo estes livros... vamos ver...” (sic). Neste caso, e incluindo as *vivências da esperança*, seria pertinente o encorajar a expressão de emoções e sentimentos, pegando como ponto de partida aquele título, questionando “o que significa esse livro para si?” ou “O que quer dizer com «vamos ver»?”, e assim, teria fomentado um momento de partilha, podendo até identificar medos, angústia e sofrimento que ainda não tivessem sido abordados. Talvez tenha tido a consciência interpretativa de olhar para aquele livro e perceber que poderia ser um ótimo ponto de partida para o aprofundamento da relação de ajuda e promoção da esperança desta pessoa, mas faltou-me a iniciativa para abordar a questão, faltou-me a pró-atividade. Por outro lado, no que se refere à *manutenção da esperança*, foi possível a partilha de informação acerca da morte e morrer explicitando o decurso evolutivo da doença e transmitindo opções válidas para um futuro próximo, como o internamento numa Unidade de Cuidados Paliativos, onde tivesse sempre alguém disponível para prestar os cuidados que fossem ao encontro das suas necessidades. A pessoa mostrou compreender que iria existir uma altura em que não conseguiria cuidar dela e quando foi questionada “Se amanhã lhe telefonassem a dizer que tinha uma vaga numa dessas unidades, o que responderia?”, ela pensou por breves instantes e afirmou “Eu ia.” (sic). No caso desta pessoa posso concluir que a esperança reside em encontrar um novo lar para os “companheiros” de toda a vida: os animais de estimação. Como tal, houve necessidade de realçar esse amparo psicológico e emocional que é evidenciado em todas as visitas domiciliárias. Contudo, a pessoa refere compreender que haverá um dia em que terá de fazer a separação, mas coloca-se a questão: estará preparada para o dia em que o telefone toca com a notícia de uma vaga numa Unidade de Cuidados Paliativos e ela tenha de fazer a escolha? Que repercussão teria esta separação? Será um processo de luto certamente, que para já a pessoa evidencia estar a preparar-se. E se tal acontecer, qual será o seu novo objeto de esperança? Seria nesta última questão, que se deveria continuar a trabalhar, para que a resposta emocional, comportamental, social e funcional dessa perda, seja o mais espontâneo e natural possível. Considerando que

identifiquei de modo criativo o objeto de esperança da pessoa e diariamente fui definindo cuidados para que, de acordo com Watson (2002b), a pessoa conseguisse mobilizar os seus recursos internos e externos no sentido desse mesmo objeto, desenvolvi a competência **toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização**.

Em Cuidados Paliativos é igualmente importante demonstrar competências no recurso a técnicas para procedimentos específicos da área. No que se refere ao cateter venoso central (CVC) com reservatório subcutâneo ou totalmente implantado pude manipular dois para colheita de sangue, treinando a habilidade no procedimento e realizei a respetiva heparinização. No meu local de trabalho, são internadas pessoas com este tipo de acesso venoso, tornando-se pertinente esta aquisição de conhecimentos. A hipodermóclise é um método de hidratação por via subcutânea, que constitui uma opção segura, com poucos riscos e é eficaz, contudo ainda são poucos os profissionais de saúde que recorrem a esta via de hidratação (Barbosa e Galriça, 2006). Apliquei a hipodermóclise em pessoas internadas no meu local de trabalho, nas situações em que havia impossibilidade de acesso venoso periférico, partilhando informalmente esta mais-valia com os enfermeiros e médicos assistentes, tendo obtido de ambos boa receptividade. No que se refere à terapêutica farmacológica, face á necessidades que diagnostiquei no meu local de trabalho, elaborei um instrumento de trabalho de enfermagem com informações acerca da preparação e administração de terapêutica subcutânea, considerando os recursos materiais, experiência da equipa de enfermagem e as necessidades da pessoa em fim de vida internada no meu local de trabalho. O controlo de sintomas em contexto de cuidados paliativos pode ser considerado um desafio, pelo que o domínio dos fármacos mais usuais permitirá um melhor ajuste do bem-estar físico e, assim, (re)direcionar energias noutros aspetos, como a componente psicossocial. Deste modo, seleccionaram-se os seguintes fármacos: butilescopolamina, ceftriaxone, ceterolac, dexametasona, diclofenac, furosemida, haloperidol, metoclopramida, midazolam, morfina, octreotido, ondansetron, ranitidina e tramadol. Explorei aspetos como a ação terapêutica, período de tempo até ao efeito esperado, efeitos secundários comuns, dose habitual em 24 horas, solvente indicado, estabilidade da diluição e outras informações. Considerei as combinações de fármacos para o tratamento paliativo do *delirium*, hipersecreção brônquica, dor e náuseas/vómitos, que identifiquei empiricamente como mais prevalentes no internamento enunciado. Posteriormente, partilhei o documento com os diretores de serviço, bem como com a médica responsável pelos Cuidados Paliativos da Instituição, que o acolheram positivamente (APÊNDICE VIII). A 22 de janeiro de 2013 apresentei formalmente aos enfermeiros do meu local de trabalho em sessão de formação intitulada “Terapêutica Subcutânea”, afim de uniformizar os cuidados à pessoa em fim de vida, internada num serviço direcionado para a doença aguda (APÊNDICE IX). Os resultados da sessão de formação forma muito positivos conforme pormenorizado no APÊNDICE X. Apresentei ainda o poster “Terapêutica Subcutânea em Cuidados Paliativos”, com a compilação da informação mais pertinente, e afixei-o em local próprio para um rápido e fácil acesso por toda a equipa multidisciplinar (APÊNDICE XI). O

*feedback* foi muito positivo, com toda a equipa motivada e colaborante na partilha de questões e com elementos a referirem que os conhecimentos adquiridos estavam bem direcionados para a prática diária, permitindo-me considerar que desenvolvi as competências **demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização e colabora na integração de novos profissionais**. Esta última competência relaciona-se com o cartaz que deixo no meu local de trabalho, que permitirá que novos profissionais e até alunos de enfermagem possam esclarecer dúvidas pertinentes relacionadas com o tema, contribuindo assim para a sua integração.

O controlo de sintomas na pessoa com doença progressiva/avançada é conseguido através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Como forma de exemplificação da forma como consegui colaborar no controlo sintomático, passo a descrever os três casos, que foram anteriormente referenciados com o tema da *Relação de Ajuda*.

*Pessoa cuidada A* – Além do ajuste terapêutico, foi feito incentivo à manutenção e planeamento de atividades, como o seu passeio diário, que a senhora manteve. Assim, pretendeu-se estimular a mobilização ativa para controlo da dor, acrescentando-se que pelo exercício e atividade física também o humor, a qualidade de vida, a função intelectual, a capacidade de auto-cuidado e o padrão de sono tendem a melhorar, e a diminuir a ansiedade (Sousa, 2009). Confirma-se que esta medida física é profilática no alívio da dor quando a pessoa afirma “depois de ir dar a minha volta, a dor fica mais branda” (sic).

*Pessoa cuidada B* – Como medida não farmacológica para controlo da dor, e considerando os momentos em que a pessoa permanecia deitada no leito, foram asseguradas intervenções de suporte emocional como o segurar a mão e o toque, demonstrando um comportamento de interesse que transmitem apoio e segurança, e de acordo com Sousa (2009) e Ordem dos Enfermeiros (2008), tende a promover o relaxamento, reduzir a ansiedade e a maximizar o controlo da dor. De fato, houve um momento em que a própria pessoa estendeu a mão, como que a procurar consolo no contato pele a pele, confirmando que, apesar de não lhe tirar completamente a dor, aquele momento confortava-lhe.

*Pessoa cuidada C* – A disponibilidade que ele sentia na escuta das suas histórias constituía um momento terapêutico importante “Desculpem se estou a tomar o vosso tempo, mas vocês são realmente uns anjos da guarda.” (sic), incorporando intervenções cognitivo-comportamentais, enunciadas por Ordem dos Enfermeiros (2008). Apesar de este guia fornecer orientações para o controlo da dor, considero poder-se aplicar a outros sintomas, como neste caso específico, ao distrair e desviar a atenção da pessoa para momentos passados e felizes, colocando momentaneamente de parte, a sua condição de pessoa em cuidados paliativos.

De fato realço a capacidade de interpretar/validar aquilo que a pessoa transparece como as suas necessidades de ajuda ou seja, tal como Orlando enuncia, é com base na validação dos sentimentos, perceções e pensamentos da pessoa que se consegue conjugar as suas necessidades com os cuidados de enfermagem prestados (Meleis, 1997). Assim, concluo que consegui contribuir para o controlo sintomático, mediante as respostas da pessoa face as estratégias não farmacológicas que implementei. Com base no exposto considero ter

aprofundado a competência **desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.**

Um dos sintomas frequentes em cuidados paliativos é o *delirium*. Pela sua importância fiz a revisão do “Protocolo de Atuação no *Delirium*” da UAD (APÊNDICE XII). Está reportado que o *delirium* varia entre 15-30% nas pessoas internadas em serviços de medicina, aumentando para 40% em pessoas em pós-operatório e 70% nas pessoas em fim de vida (Vidán *et al*, 2009 e Ghandour *et al*, 2011). De acordo com Agar *et al* (2011), os enfermeiros são aqueles que se encontram numa posição privilegiada na deteção de sintomas de *delirium*, apesar de frequentemente serem citadas falhas na sua identificação como: défice de conhecimentos dos critérios de identificação, falha na comunicação e na relação com a pessoa, falha na correta observação e interpretação do comportamento da pessoa e pouca confiança ou medo na avaliação cognitiva. Os critérios de diagnóstico para o *Delirium*, definidos pelo DSM-IV: alterações do nível de consciência, perturbações de funções cognitivas ou da percepção, instalação rápida com flutuações ao longo do dia e justificável pela condição clínica ou indução de fármacos (American Psychiatric Association, 2002). No que se refere ao tratamento, Gama e Barbosa (2006) definem a intervenção não farmacológica como aquela que garante um ambiente calmo, familiar e seguro à pessoa, através da implementação de estratégias relativas à pessoa, ambiente e família, de modo a diminuir o impacto do sintoma, e a intervenção farmacológica que garante o controlo sintomático, através da introdução de fármacos de forma gradual e em escalada até ser possível melhorar a sintomatologia. A combinação destes dois tipos de intervenção constitui a melhor estratégia na prevenção e tratamento do *delirium* (Milisen *et al*, 2005). Face aos conhecimentos adquiridos, concluo que a minha prática foi substancialmente melhorada, com a desmistificação do que é o *delirium* e com a percepção dos inúmeros cuidados que podem ser tomados para a sua prevenção e tratamento. Como forma de partilha dos conhecimentos adquiridos realizei uma sessão de formação no meu local de trabalho, intitulada “*Delirium*, Melhores Práticas, Melhores Resultados.”, no dia 6 de fevereiro de 2013 (APÊNDICE XIII). Esta formação enquadra-se na teoria de Watson (2002b) no sentido em que devemos compreender e distinguir o outro como ser individual único, motivo pelo qual considere que os enfermeiros careciam de compreender melhor o fenómeno do *delirium*, para assim conseguirem cuidar de modo mais sensível para com o outro. Os resultados inerentes a esta sessão de formação encontram-se em APÊNDICE XIV, que foram bons. O *feedback* final foi bastante positivo, contribuindo assim para o desenvolvimento das competências **promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada.**

Durante este estágio foi possível estar presente no “Simpósio e Cuidados Paliativos nas Demências” realizado pelo Hospital da Luz, a 25 de setembro de 2012. De acordo com Lynn (2001) citado por Booth *et al*. (2008), como doença crónica e degenerativa, a demência apresenta uma evolução de perda funcional mais acentuada do que, por exemplo, o cancro, compreendendo-se a repercussão negativa que esta doença tem na pessoa e nos seus

familiares e pessoas significativas. Tendo em consideração o que foi partilhado no Simpósio, confirmo as diferenças entre esta doença insidiosa e progressiva e o *delirium*, que se imiscuíam no meu pensamento. Deste modo, também os meus cuidados enquanto enfermeira serão substancialmente melhorados e adaptados às reais necessidades de cada uma destas pessoas.

Sanders (1999) descreve o luto como a resposta a um processo de perda através da sua tomada de consciência. É neste sentido que se encontram delimitados os objetivos do protocolo de apoio ao luto da UAD: ajudar o outro a perceber a perda, esclarecer sobre o processo de luto, facilitar a identificação e expressão de sentimentos, estimular a identificação e mobilização das estratégias de *coping*, promover a adaptação à nova situação e identificar fatores de risco, procedendo, sempre que necessário, ao encaminhamento para profissionais especializados. É importante referir que o apoio no luto inicia-se aquando da admissão da pessoa e sua família, pois tal como afirmam Barbosa (2006) e Twycross (2003), existem vários tipos de perda durante o processo de aproximação da morte, que devem ser identificados e trabalhados para que o processo de luto seja realizado progressiva e harmoniosamente. Efetivamente foi possível identificar a noção de perda nas pessoas acompanhadas na UAD, com expressões “Eu tinha o cabelo forte e grande, e agora é só isto” (sic) (luto relativo à autoimagem – emocional e psicológico), “Desde que tenho esta doença e tomo estes medicamentos, que não consigo concentrar-me como dantes” (sic) (luto relativo ao funcionamento cognitivo – intelectual) ou “Não consigo encher os meus soutiens, eu que tinha um peito tão bonito” (sic) (luto relativo a parte do corpo – físico). Com a aproximação da morte surgem cuidados específicos da fase agónica. Pude estar presente numa destas situações onde colaborei nos cuidados: promoção e garantia do adequado controlo de sintomas, informação sobre a progressão da doença, reforço dos objetivos terapêuticos, facilitador de partilha de dúvidas e angústias, legitimação sobre a normalidade dos sentimentos vivenciados, facilitador da vivência espiritual, orientação e promoção da despedida, esclarecimento de aspetos burocráticos, certificação do local onde deseja falecer e reforço da disponibilidade da equipa. A visita que assisti na fase agónica, foi de uma pessoa doente oncológica de 99 anos em fase terminal, cujo prestador de cuidados era formal, e a família era bastante presente e preocupada, principalmente a filha. Durante a visita a carga emocional da filha aumentou consideravelmente, com expressões de tristeza. Foi feito um ajuste dos objetivos terapêuticos e, conseqüentemente, um ajuste dos cuidados realmente necessários naquela fase, que todos concordaram. Foi ainda valorizado o trabalho desenvolvido pela filha “O seu pai sempre esteve muito bem cuidado. Está de parabéns pelo seu trabalho e dedicação.”, garantindo que tudo foi feito para manter a qualidade de vida, mas que a “terminalidade” dos cuidados era agora uma realidade. Acrescento que, após o falecimento, o protocolo de apoio no luto da UAD prevê intervir nas primeiras 24 horas através da verificação do óbito, prestação de cuidados ao corpo e comunicação da solidariedade da equipa; na primeira ou segunda semana, com a visita de luto; três e seis meses depois, com a reavaliação da evolução, via telefone; e um ano depois com a reavaliação da situação e termino da relação terapêutica, via telefone.

Passo agora a descrever as atividades intrínsecas ao segundo objetivo para este estágio: “desenvolver estratégias de comunicação com a pessoa em fim de vida”. Para tal considere importante desenvolver competências básicas de comunicação em cuidados paliativos, apoiadas nos autores Buckman (2001) e Querido *et al.* (2006). Para melhor visualização encontra-se esquematizado na Tabela 4, a exemplificação da concretização desta atividade.

Tabela 4 – Competências básicas de comunicação em Cuidados Paliativos estabelecidas em contexto de estágio.

	<b>Pessoa cuidada A</b>	<b>Pessoa cuidada B</b>	<b>Pessoa cuidada C</b>
<b>Escuta Ativa</b>	Aceno com a cabeça, questiono sobre os sentimentos, valido sentimentos, observo a linguagem corporal e pondero pistas não-verbais, uso questões abertas, respeito o silêncio, não interrompo quando a outra pessoa esta a falar e clarifico.		
<b>Compreensão Empática</b>	Identifico a emoção que a pessoa está a vivenciar, de não conseguir realizar algumas tarefas diárias: “É normal e aceitável que a Sr. A se sinta triste por ter dificuldade em fazer as atividades que antes fazia sem problemas. A própria doença rouba algumas forças.”	Coloco-me no seu lugar, tendo consciência de que se trata de um problema do outro. Neste caso o cuidador chorava pela pessoa ter constantemente náuseas e vômitos sem que ele pudesse ajudar: “Não tenha problemas em chorar. Se eu estivesse no seu lugar também me sentiria assim. Mas uma coisa deve ter sempre presente: tem cuidado muito bem da sua esposa e está a fazer tudo o que está ao seu alcance”	Compreendo o seu ponto de vista: “A falha da memória é normal em situações de doença como a que tem. Mas nós vamos estando por cá para o poder ajudar a lembrar coisas importantes, como o esquema da medicação.”
<b>Feedback</b>	Sintetizo os conteúdos das visitas, a fim de se evitarem falsas conclusões e relembro o apoio telefónico, para alguma dúvida ou esclarecimento.		

O treino da comunicação em cuidados paliativos possibilitou-me compreender as minhas limitações iniciais que descrevo como: emersão de sentimentos e vivências próprias aquando da partilha da pessoa, que me faziam interiorizar o problema do outro como sendo meu; a idade da pessoa, quanto mais nova, maior dificuldade tinha em comunicar e ser empática; e ter receio de dizer mais do que a pessoa estaria preparada para escutar. As limitações que diagnostiquei nas pessoas foram: o fato de eu ser um elemento estranho dentro da equipa; e a postura de algumas pessoas ser fechada à comunicação, que me deixavam apreensiva quanto a minha capacidade de poder vir a desenvolver uma relação terapêutica. No entanto, com a perceção destas limitações pessoais e limitações face às circunstâncias, desenvolvi o meu autoconhecimento e criei estratégias próprias de resiliência que me permitiram poder ser mais genuína e natural. O autoconhecimento das capacidades e limitações próprias é um dos aspetos apontados por Watson (2002b), que relaciona diretamente com o cuidar e a ciência humana. Tal como enuncia a autora (2002b), considero que continuarei a aplicar os conhecimentos adquiridos, no meu local de trabalho, para cada vez mais desenvolver uma comunicação eficaz e eficiente, pois “O que eu sou como pessoa e enfermeir[a] que providência cuidados, agora é e deverá estar ligado ao que serei por outro no futuro.” (p.55).

Ainda, no que se refere à comunicação, desenvolvi a capacidade de resolução de situações problemáticas, relativo à colaboração no processo de adaptação ao prognóstico reservado, baseando-me nos autores Querido *et al.* (2006). Neste sentido faço agora uma breve referência ao tema, recorrendo às *Pessoas cuidadas A e B*.

*Pessoa cuidada A* – Face aos animais de estimação que a pessoa tanto valoriza, ao longo das visitas domiciliárias, foi necessário ajustar expectativas, referindo sempre que deveria encontrar uma forma de entregar os seus animais, pois com a evolução da doença, haveria uma altura em que não teria forças suficientes para continuar a dar-lhes o que eles precisam. A pessoa esteve recetiva, pelo que ao longo das semanas verifiquei que estava mais disponível para entregar os seus animais, viabilizando novas opções. Este fato leva-me a crer que a pessoa começou a encarar o processo evolutivo da doença, assumindo o prognóstico de tempo de vida limitado, tentando resolver questões práticas da sua vida.

*Pessoa cuidada B* – Este caso refere-se ao cuidador da pessoa. No dia em que foi decidido que a pessoa deveria ir ao IPOLFG para realizar exames complementares de diagnóstico que esclarecessem as náuseas e vômitos frequentes, o seu marido expressou emoções, chorando e questionando o que estava a acontecer. Escutei as suas angústias e, a dada altura, questionou-me até quando é que aquela situação iria manter-se, revelando que ele sozinho prestava cuidados à esposa e à irmã e que ninguém da família “queria saber” (sic). Perante isto disse-lhe “Esperamos que esta situação seja resolvida no IPOLFG e que possa voltar para casa melhor, no entanto não há certezas. Nós faremos o nosso melhor e o melhor para a sua esposa.” e o senhor acrescentou “eu sei que a doença é muito má... desde que foi descoberta que tem sido assim...” (sic). Neste caso, utilizou-se a estratégia dos dedos cruzados, sugerido por Querido *et al.* (2006), criando um horizonte possível de ser adaptado às circunstâncias.

Quando pensava em gerir o apoio à pessoa com prognóstico reservado desenvolvia um sentimento de inquietação ao considerar que ia “destruir” as expectativas da pessoa. Contudo, este estágio permitiu-me olhar exatamente por outro ponto de vista. Descobri que comunicar um prognóstico negativo, dá à pessoa a possibilidade de organizar a sua vida e de planear os seus afazeres, que de outra forma ficariam suspensos, ou seja, haveria frustração por não deixar a sua vida e, a dos seus entes queridos, organizados. Neste sentido, a angústia como um elemento chave da teoria de Orlando, referido por Kérrouac *et al.* (2002) esteve presente, pelo que realizei cuidados de enfermagem efetivas para o seu alívio, com “mudanças positivas no comportamento observável” (Orlando, 1961 citada por Tomey e Alligood, 2004, p.450) da pessoa. Por este motivo considero desenvolvida a competência **demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.**

Numa vertente formativa e como forma de contribuir para a atualização de conhecimentos da equipa de Cuidados Paliativos contribui para o *Journal Club* do serviço, com o artigo “Mapping hospice patients’ perception and verbal communication of end-of-life needs: an exploratory mixed methods inquiry”, publicado em 2011 por Bruce Arnold, um professor de Sociologia (APÊNDICE XV). É um *mixed study*, de onde se destacam as entrevistas fenomenológicas

que, juntamente com as interpretações do autor tentam dar resposta às questões de investigação que procuram compreender que vocabulário é utilizado pelas pessoas para expressarem as suas necessidades, a que domínio corresponde determinada expressão verbal da pessoa e qual a importância relativa desses mesmos domínios. Pelo autor ser de uma área diferente da medicina ou enfermagem, é atribuída uma forma de olhar diferente, através da sua formação, face à associação entre a mensagem verbal, o contexto em fim de vida e a importância que cada pessoa atribui a determinado domínio. O autor entende como domínio determinada necessidade identificada e classificada, através de um olhar discriminatório da prevalência de determinadas expressões verbais. Os domínios foram definidos à *posteriori* com recurso ao *QSR-NVivo8*, tendo sido estabelecida a seguinte hierarquia, baseada na ocorrência de vocabulário das pessoas: temporalidade, social, fisiológico, morte e morrer, segurança, espiritualidade e mudança e adaptação. No final o autor clarifica que as perceções das necessidades de fim de vida são multidimensionais, ambíguas e incertas e afirma deixar uma orientação para o desenvolvimento de instrumentos de comunicação terapêutica, tendo em conta o vocabulário das pessoas, e um ponto de partida para a criação de um modelo teórico, que responda às necessidades de fim de vida destas pessoas. Os resultados estão dispostos no APÊNDICE XVI, com os quais considero que a sessão de formação contribuiu para a atualização de conhecimentos, com ênfase na reflexão que estes resultados despoletam na intervenção de cada profissional. Integrando as atividades descritas verifico o desenvolvimento da competência **produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.**

Integrando ainda o objetivo relativo à comunicação, compilei evidência científica acerca da comunicação em cuidados paliativos e realizei um trabalho que foi partilhado em forma de Comunicação Poster no *2º Congresso Nacional da Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde (ACEPS)* dedicado ao tema “Cidadania em Saúde: Barómetro Social e Humano”, em Viseu a 7 e 8 de março de 2013 (APÊNDICE XVII). Esta foi uma forma de integrar os conhecimentos adquiridos e partilhá-los com a comunidade de enfermagem a fim de servir para reavivar alguns conceitos inerentes à temática, com objetivo de “Identificar os desafios se impõem ao enfermeiro na comunicação em Cuidados Paliativos”. Nas conclusões evidencio que a adequação de estratégias comunicacionais é uma componente essencial para a prestação de Cuidados Paliativos, sendo que o principal desafio é a identificação das limitações do próprio enfermeiro, através da prática reflexiva. No mesmo sentido reforço a ideia de que o enfermeiro deve recorrer ao treino, de modo a aprimorar a suas competências comunicacionais, com a adequação das estratégias recomendadas. Com a apresentação da Comunicação Poster aprofundo a competência **comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.**

Ainda referente ao mesmo Módulo de Estágio acrescento que fui convidada pela Docente Marques da Gama a partilhar as minhas experiências e competências desenvolvidas neste estágio, na aula de Enfermagem em Fim de Vida do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional que decorreu no dia 6 de dezembro de 2012, no Pólo de Palma de Cima

da Universidade Católica Portuguesa. Foi um momento bastante positivo, com a partilha entre colegas das expectativas face a esta área de prestação de cuidados, onde realço a minha capacidade de explorar conhecimentos com uma audiência especializada.

### 2.3. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

Realizei o Módulo I referente ao Serviço de Urgência de 12 de novembro de 2012 a 19 de Janeiro de 2013, no Serviço de Urgência Central (SUC) do Hospital de Santa Maria, do Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE. O Hospital de Santa Maria é considerado um hospital universitário de referência nacional, que integra recursos humanos, tecnologia e saber de elevada qualidade. O SUC possui duas salas de reanimação, com capacidade para três pessoas triadas como emergentes ou muito urgentes, equipados com recursos que permitem estabilizar e avaliar a pessoa adequadamente pelo enfermeiro e pelas diferentes especialidades médicas e cirúrgicas. Tem uma Sala de Observação (SO) com 16 unidades para a pessoa doente, preparadas para receber qualquer pessoa em situação crítica, à exceção daquelas que necessitem de ventilação mecânica invasiva. Possui ainda uma área para a pessoa vítima de trauma, sala de triagem com quatro boxes individuais, salas de tratamentos e gabinetes de observação inerentes às diferentes cores atribuídas na triagem, sala de pequena cirurgia, sala de aerossóis e salas específicas de outras especialidades médicas e cirúrgicas. O SUC tem uma média diária de 422 atendimentos, calculada pelos dados de evolução diária da atividade assistencial da Urgência Central, durante o passado mês de dezembro, e disponíveis em Hospital de Santa Maria (2013). O clima organizacional é mais ou menos favorável considerando o disposto por Bispo (2006).

No SUC existem cinco equipas de enfermagem, cada uma com um chefe e um sub-chefe de equipa, num total de cerca de 80 enfermeiros, que exercem funções em turnos de oito horas por *roulement*. Na generalidade, o método de trabalho estabelecido é o cuidado de enfermagem individual, descrito por Costa (2004). Toda a equipa é liderada por um enfermeiro chefe, com um estilo de liderança democrático, definido por Lewin (1975).

Para este estágio foram estruturados dois objetivos específicos: “prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, em contexto serviço de urgência”, e “desenvolver estratégias de comunicação com a pessoa em contexto de serviço de urgência”.

Deste modo, introduzo o primeiro objetivo específico “prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, em contexto serviço de urgência”. A pessoa que recorre ao SUC é submetida a uma triagem, de modo a pré-estabelecer-se a prioridade de atendimento. No SUC é utilizado o *Manchester Triage System* ou Sistema de Triagem de Manchester que, de acordo com Mackway-Jones (1997) citado por Storm-Versloot *et al.* (2011), contém 52 discriminadores específicos, em que cada um representa uma queixa da pessoa, que deriva num processo de decisão (fluxograma) assente em 5 passos, que lhe atribuem uma das cinco cores possíveis: vermelho (emergente, sem tempo de espera), laranja (muito

urgente, até 10 minutos de espera), amarelo (urgente, até 60 minutos de espera), verde (pouco urgente, até 120 minutos de espera) e azul (não urgente, até 240 minutos de espera). No SUC cabe ao enfermeiro a triagem da pessoa, existindo um esforço de diminuir o tempo de atendimento, de modo a encaminhar o mais precocemente a pessoa que chega ao serviço de urgência. Efetivamente, foi possível verificar que no SUC existe uma boa articulação dos profissionais envolvidos que proporciona um bom funcionamento institucional, despoletado pela grande afluência de pessoas. Inerente à filosofia do sistema de triagem está a objetividade e rapidez da aplicação do algoritmo, sendo o aspeto que mais confusão me fez, talvez por habitualmente fazer uma observação mais demorada e minuciosa desde o primeiro contato com a pessoa, intrínseco ao meu contexto de trabalho. Este fato fez-me refletir sobre e nos cuidados de enfermagem. Efetivamente, está disposto no Código Deontológico do Enfermeiro, numa das alíneas do artigo que se refere ao direito ao cuidado, que o enfermeiro não deve contribuir para quaisquer atrasos no diagnóstico e tratamento (Nunes *et al.*, 2005). Considerando o disposto, os cuidados de enfermagem na Sala de Triagem estão perfeitamente integrados. Também os enfermeiros no respeito pelos valores humanos, devem evitar quaisquer juízos de valor (Nunes *et al.*, 2005). De fato, existiram momentos em que eu própria, na tentativa de aplicar o algoritmo de forma célere, acabei por desviar o meu pensamento racional e intuitivo, para a discriminação da pessoa, devido à afluência avultada de pessoas consideradas não urgentes ou pouco urgentes. Diariamente o enfermeiro da triagem é confrontado com pessoas que procuram no SUC um local para conversar, sentirem-se acompanhados ou tentarem resolver problemas antigos, apesar deste serviço institucional ter o objetivo de dar respostas às necessidades da pessoa doente urgente. Perante este fenómeno tive que tomar consciência dos meus valores enquanto pessoa e profissional e criar estratégias cognitivas para atuar em conformidade e abster-me de juízos de valor perante as diferentes filosofias de vida que me fui deparando. É um trabalho que carece de abstração e de crescimento profissional, que fui capaz desenvolver ao longo deste estágio. É com base nesta descrição que considero desenvolvida a competência **reflete na e sobre sua prática, de forma crítica**. Acrescento ainda que o princípio reflexivo decorrente da relação enfermeiro-pessoa vai ao encontro dos enunciados teóricos de Watson (2002b) e de Orlando citada por Tomey e Alligood, (2004).

No SUC a pessoa passa por diferentes profissionais, numa ordem que, por motivos inerentes à emergência de cuidados, pode não ser sequencial e que passa desde o assistente técnico (identifica e regista a pessoa) → enfermeiro da triagem (aplica a *Triagem de Manchester* e coloca uma pulseira de identificação na pessoa) → assistente operacional (encaminha a pessoa para a sala determinada pela triagem) → médico (visualiza e regista informação, requisita exames, prescreve terapêutica, solicita pareceres ou transporte e procede à alta clínica ou à transferência de serviço), enfermeiro da respetiva sala de tratamentos (efetua a preparação e administração de terapêutica ou procedimentos necessários, realiza diagnósticos de enfermagem, atuando em conformidade e regista informaticamente) e/ou assistente operacional (assegura o transporte da pessoa e de colheitas de *espécimes* para o laboratório)

→ e, por fim, novamente o assistente técnico (conclui a alta administrativa). Verifiquei que existe um esforço conjunto para contribuir de forma positiva para o percurso organizado da pessoa. Passei assim a ter conhecimento do percurso da pessoa, e desmistifiquei a minha pré-conceção de que um serviço de urgência é um local confuso, sendo um local com logística e características específicas, completamente distintas daquilo que estou habituada nos internamentos hospitalares.

Durante todo este percurso é necessário que o enfermeiro recorra aos sistemas de informação, de modo a completar informações e realizar registos de enfermagem, garantindo assim a continuidade dos cuidados. De acordo com Pinto (2009), os sistemas de informação adquirem um estatuto importante ao melhorarem a eficácia da transmissão da informação, constituindo um elemento vital para a estratégia de saúde. A autora (2009) acrescenta ainda que a informação deve ser exata, acessível, oportuna e entendível pelo utilizador de modo a constituir um suporte na decisão correta em todos os níveis de saúde. Deste modo, o sistema ALERT® constitui uma aplicação informática em uso nos serviços de urgência portugueses que, de acordo com a minha observação, tenta assegurar o registo e a análise de toda a informação relacionada com os episódios de urgência. Diariamente foi possível constatar as potencialidades do ALERT®, tendo-o assumido como uma ferramenta de trabalho. Por exemplo, durante o turno, dispensava um período de tempo para consultar o histórico das pessoas a quem prestava cuidados de modo a complementar e confirmar a informação que já dispunha da passagem de turno. Geralmente existia sempre um apontamento que não tinha sido documentado oralmente e que acrescentava uma mais valia no planeamento dos cuidados de enfermagem.

Para este estágio considere importante ter a perspetiva da prática de enfermagem na Sala de Observação (SO) e da Sala de Reanimação. Efetivamente um serviço de urgência caracteriza-se pela ambivalência e diversidade de casos a que o enfermeiro deverá ter competência para dar resposta. A competência não se resume apenas ao domínio dos conhecimentos teóricos de cada causa, mas contempla ainda a tomada de decisão e ponderação, de modo a responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade. Considerando o pressuposto de que o enfermeiro especialista tem de demonstrar um elevado julgamento clínico e tomada de decisão, torna-se pertinente tomar consciência da necessidade de compreender o descrito. Para ilustrar um dos momentos que considero adequado a estes conceitos, relato o episódio de prestação de cuidados na Sala de Reanimação I. Estava internado um senhor de 72 anos com diagnóstico clínico de Edema Agudo do Pulmão, a quem prestei cuidados. O senhor estava sob ventilação mecânica invasiva em modo de volume controlado, e com suporte de amina pela instabilidade hemodinâmica que apresentava. Na primeira parte do turno o senhor apresentava um *score* da GCS de 6. Tendo sido um turno com falta de pessoal de enfermagem, o enfermeiro que me orientava tinha que se ausentar por alguns períodos, para dar apoio a outros colegas. Eu ficava a prestar cuidados ao senhor e pedia apoio quando havia alguma intervenção que precisasse de supervisão. Perto da hora de almoço, reavaliando o estado neurológico verifico que o *score* tinha baixado para 3, e que a frequência cardíaca estava

ligeiramente inferior, apesar de se manter dentro dos limites considerados normais. Sugerir ao enfermeiro que observasse o senhor, que pediu colaboração da equipa médica assistente. Foi observado pela médica, que não deu indicação para fazer qualquer intervenção para além do que já estava a ser feito. Foi colhida gasimetria arterial. Minutos mais tarde, verifico que a frequência cardíaca continuava a baixar, considerando já ser bradicardia. Prevendo que o senhor poderia entrar em ritmo de paragem, pedi colaboração do enfermeiro que chamou novamente a equipa médica. Foi aberto o carro de urgência e preparada toda a unidade para uma possível paragem cardíaca. Quando toda a equipa estava na sala foi presenciado ritmo de assistolia, tendo-se iniciado suporte avançado de vida (SAV). O senhor voltou a ter ritmo compatível com vida, tendo-se prestados os cuidados pós-reanimação com o ajuste dos parâmetros ventilatórios, terapêutica, verificação de que todos os dispositivos médicos estavam operacionais, respetivos registos e colaboração na realização de exames complementares de diagnóstico. Neste episódio saliento a minha capacidade de identificar o foco de instabilidade e de atuar, dentro da minha autonomia enquanto estagiária, de forma antecipatória. Devido ao grande afluxo de pessoal à sala de reanimação, não foi fácil manter um papel ativo durante a reanimação cardíaca, mas considero que a preparação da unidade para a situação representou, em parte, os meus conhecimentos em SAV. Neste excerto faço o paralelismo para as orientações teóricas de Orlando, onde se verifica que realizei ações deliberadas de forma a identificar e satisfazer as necessidades imediatas da pessoa, que a teórica denomina processo de enfermagem (Orlando, 1961 citada por Tomey e Alligood, 2004). Este é um exemplo de como desenvolvi a competência **demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização.**

Ao longo do estágio foi também possível partilhar os conhecimentos da minha prática profissional, que exemplifico com um senhor que tinha sido transferido de outro hospital, destinado a cuidados da especialidade médica de cirurgia geral, e que apresentava dois drenos abdominais, um dos quais a equipa de enfermagem desconhecia. Integrando a minha experiência profissional expliquei, a alguns elementos de enfermagem, que aquele era um *Tube de Kehr*, habitualmente colocado durante a cirurgia biliar e que pretende facilitar o encerramento do colédoco, motivo pelo qual o drenado tem características biliares. Face ao exposto, a equipa agradeceu a explicação, ficando inclusive mais esclarecida acerca das características esverdeadas do drenado. O senhor em causa, acabou por participar na “sessão” de esclarecimento, atribuindo dados sobre a sua própria cirurgia e evolução até à data, tendo-se criado um momento de partilha de conhecimentos bastante produtiva. Assim, aprofundei a competência **gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.**

Pelas suas características o serviço de urgência detém uma grande diversidade de fármacos, patologias e técnicas invasivas, pelo que a pesquisa bibliográfica assume um carácter obrigatório para a prestação de cuidados fundamentados. Neste âmbito descrevo uma situação passada na Sala de Reanimação I. Senhor de 78 anos que tinha sido vítima de uma queda da

própria altura com traumatismo cranioencefálico e paragem cardiorrespiratória. Estava em ventilação espontânea com peça em T pelo tubo orotraqueal (TOT), e por haver evidência de acidose respiratória, foi utilizado o capnógrafo de modo a quantificar diretamente a fração expirada de dióxido de carbono (ETCO<sub>2</sub>). De acordo com Pereira *et al.* (2005) a capnografia, além de permitir a deteção de episódios de depressão respiratória, é um indicador da função ventilatória em tempo real. No entanto, existiam dúvidas acerca dos valores aceitáveis para o ETCO<sub>2</sub>. Como também desconhecia, fiz uma breve pesquisa na *internet* e partilhei os resultados com os elementos da equipa presentes tendo verificado que, de acordo com Yosefy *et al.* (2004), existe uma correlação entre os valores de ETCO<sub>2</sub>/PCO<sub>2</sub> tal que em situações de estabilidade hemodinâmica, o primeiro corresponde a menos cerca de 5-6mmHg do que o segundo. De forma a confirmar essa evidência comparamos os respetivos valores da pessoa e verificamos que o ETCO<sub>2</sub> era de 38mmHg e o PCO<sub>2</sub> era de 47,8mmHg, ou seja corrobora a informação bibliográfica encontrada. No entanto, os estudos de Yosefy *et al.* (2004) e de Hiller *et al.* (2010) acrescentam que em situações de alterações respiratórias (que exemplificam como o aumento do espaço pulmonar morto, aumento da frequência respiratória, aumento da temperatura corporal, entre outros) o gradiente PCO<sub>2</sub>/ETCO<sub>2</sub> fica alterado, pelo que poderá justificar a diferença verificada no senhor internado, que apresentava polipneia e respiração superficial. O fato é que se gerou uma discussão reflexiva sobre a prática baseada em evidência.

Ainda na pessoa referida, existiam dúvidas acerca do seu diagnóstico. Para além do já descrito, a pessoa tinha ainda uma fratura do tipo I da apófise odontoide do áxis. A equipa revelava saber que a fratura era na vértebra áxis, mas o resto da especificação acabavam por omitir. Deste modo, fiz uma pesquisa verificando que a apófise odontoide corresponde, de acordo com Barradas (2008), ao “dente” da própria vértebra, que por ser do áxis assume características únicas, uma vez que é responsável pelo movimento de rotação da cabeça. Vallejo (2007) acrescenta ainda que a fratura do tipo I corresponde à extremidade da odontoide e cujo tratamento é conservador, com imobilização cervical, pois é uma lesão estável. Efetivamente a pessoa manteve o colar cervical e foi mobilizado sempre em bloco. Partilhei esta informação com a equipa no dia seguinte, pois a pessoa manteve-se a aguardar decisão clínica durante 48 horas na Sala de Reanimação I. Assim contribuí para o aumento de conhecimentos do foro ortopédico da equipa de enfermagem e desenvolvi a competência **zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização**.

No SUC é recorrente receberem-se vítimas de trauma, quer seja por acidentes de viação, por quedas da própria altura ou de vários metros de altura. Durante o estágio experienciei os cuidados com a pessoa vítima de trauma predominantemente em SO, onde já se encontravam estabilizados e aguardavam a realização de exames complementares de diagnóstico. Apesar disso, a metodologia ABCDE pôde ser aplicada, uma vez que uma pessoa pode alterar o seu estado prévio, através de, por exemplo, má colocação do colar cervical, aparecimento de enfisema subcutâneo, não permeabilidade de acessos venosos, alteração do estado neurológico prévio pela avaliação da GCS ou presença de alguma solução de continuidade que

não tenha sido detetada anteriormente. No meu local de trabalho, embora não seja comum, já contatei com pessoas vítimas de trauma torácico e abdominal. Contudo, estas pessoas passam primeiro por uma unidade de cuidados intensivos ou intermédios e, depois da estabilização, são transferidos para as enfermarias, motivo pelo qual a minha experiência é quase inexistente. Considero que um dos aspetos mais positivos acerca da metodologia de abordagem ABCDE seja a organização de pensamento. Ao estruturar a minha forma de pensar, crio prioridades de intervenção, que delinham os meus cuidados. Quando surgem situações de imprevisibilidade, o fato de ter treinado diariamente esta capacidade de raciocínio, melhora a minha habilidade de intervenção, apesar de reconhecer não ser tarefa fácil. De seguida, ilustro dois casos distintos de aplicação da metodologia ABCDE, em contexto de Sala de Reanimação, e que pormenorizo na Tabela 5.

*Pessoa Cuidada D* – Senhora de 83 anos, grande queimada por queda na lareira, evacuada do local do acidente por helicóptero e trazida pela equipa do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

*Pessoa Cuidada E* – Senhor de 34 anos, vítima de dois acidentes de viação (no próprio carro e na primeira ambulância que o evacuou do local), trazido pela equipa do INEM.

Tabela 5 – Aplicação da metodologia ABCDE.

<b>Abordagem</b>	<b><i>Pessoa Cuidada D</i></b>	<b><i>Pessoa Cuidada E</i></b>
<b>A</b> (airway)	Pessoa entubada com TOT em ventilação mecânica invasiva em volume controlado. Língua com edema em evolução significativa durante a abordagem na sala de reanimação.	Estabilização e alinhamento cervical mantidos, sem sinais de obstrução da via aérea.
<b>B</b> (breathing)	Queimadura do tórax em faixa contínua, potenciando a dificuldade de expansão torácica. Provável necessidade de fasciotomia a ponderar pela cirurgia plástica.	Sem alterações de movimentação torácica detetadas visualmente ou à palpação. Ausência de desvio da traqueia ou ingurgitamento jugular.
<b>C</b> (circulation)	Monitorização contínua com traçado de bradicardia e extrassístoles ventriculares esporádicas. Hipotensão severa. Dois acessos venosos periféricos mantidos, com Lactato de Ringer e terapêutica analgésica e sedativa. Face à extensão da queimadura, impossibilidade de garantir mais acessos venosos periféricos.	Normotenso e com taquicardia sinusal. Pele e mucosas coradas. Sem necessidade de assegurar um acesso venoso periférico.
<b>D</b> (disability)	Score inicial pela GCS de 5, que com ajuste de medicação sedativa e analgésica fica a 3.	Score pela GCS de 15. Pupilas isocóricas e isorreativas.
<b>E</b> (exposure)	90% de área de superfície corporal queimada, com queimaduras de 1º, 2º e 3º grau e com zonas carbonizadas. Colocados lençóis esterilizados, na tentativa de aumentar a temperatura juntamente com compressas esterilizadas grandes e cobertor. Contudo manteve-se sempre em hipotermia.	Pequenas escoriações no antebraço esquerdo, sem necessidade de penso oclusivo. Mantida temperatura com lençol. A pessoa manteve-se imobilizada em plano duro, até avaliação pela Ortopedia.

Perante os casos expostos, acrescento que a minha abordagem, mais do que interventiva, foi reflexiva. Apesar de ter colaborado em equipa nos cuidados prestados, considero que é no

trabalho à *posteriori* que retiro o maior proveito. Esse trabalho consiste na reflexão, cujas conclusões emergem dos aspetos a serem melhorados em cada prestação de cuidados. Devo admitir que na *Pessoa Cuidada D*, o impacto visual e olfativo foi uma das principais barreiras de uma prestação de cuidados inócua. Também a minha interpretação da metodologia ABCDE acaba por ser mais lenta do que nos profissionais que o fazem diariamente. Contudo, considero que melhorei bastante, face a inexperiência inicial, e ao contrário do que poderia prever, verifico que posso utilizar estas experiências de esquematização de abordagem e definição de prioridades, no meu próprio contexto de trabalho, salvaguardando as especificidades inerentes às pessoas internadas.

Integrando o fato deste estágio permitir o contato diário com a monitorização contínua, decidi aperfeiçoar a minha capacidade de prestação de cuidados, mediante a sua interpretação. Num dos dias em que estava a fazer turno no SO, e este estava relativamente calmo, desloquei-me à Sala de Reanimação II afim de verificar se existia alguma ocorrência. Estava um senhor de 68 anos, com diagnóstico médico de Acidente Isquémico Transitório (AIT). Como habitual, estava submetido a monitorização cardíaca. Observei que o monitor revelava uma alteração do segmento ST, o qual confirmei com o Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações que tinha acabado de realizar. Perguntei à enfermeira que estava no local se já tinha sido detetado a alteração do traçado. A enfermeira disse que era provável que existisse alguma alteração cardíaca pois a pessoa, à entrada, também tinha referido dor torácica. Mais tarde confirmou-se que a pessoa tinha tido um enfarte agudo do miocárdio (EAM). Face ao exposto fiquei satisfeita por verificar que consegui interpretar autonomamente uma alteração no traçado ECG, apesar de reconhecer a importância de considerar a clínica e os valores analíticos, para se chegar a um diagnóstico.

A monitorização contínua, no que se refere à eletrocardiografia, é um instrumento de trabalho essencial na deteção de alterações cardíacas graves. No entanto, ainda hoje existem profissionais que não lhe atribuem a devida importância, apesar do Conselho de Enfermagem (2002) referir que os enfermeiros devem recorrer de forma permanente a intervenções que detetam precocemente problemas potenciais. Como forma de lançar a discussão e reflexão, fomentando a mudança da prática de enfermagem, decidi partilhar conhecimentos nesta área, de forma informal e formal, à equipa de enfermagem do meu local de trabalho, contribuindo assim para o aperfeiçoamento da competência **exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização**. Uma vez que a monitorização cardíaca contínua é possível no meu local de trabalho e é utilizada em situações específicas, estruturei uma sessão de formação, que incorpora noções básicas de interpretação, de forma a prover os enfermeiros de conhecimento que os permitam detetar precocemente um problema de cariz cardíaco. Essa formação intitulada “Noções Básicas de Eletrocardiografia” (APÊNDICE XVIII) foi concebida com as aprendizagens ao longo do estágio e foi realizada no dia 19 de fevereiro de 2013 no meu local de trabalho, com recurso a demonstração prática, tendo verificado forte adesão e partilha de experiências profissionais de vários elementos da equipa de enfermagem. Os resultados desta sessão de formação foram positivos e estão apresentados no APÊNDICE XIX.

Assim aprofundi a competência **identifica as necessidades formativas na sua área de especialização.**

Uma vez que este estágio me permitiu voltar a contactar com a ventilação mecânica invasiva, consolidei conhecimentos adquiridos no estágio do Módulo II. Contatei com três pessoas submetidas a este tipo de ventilação, que me permitiu prestar cuidados nesta área específica da pessoa em situação crítica. O modo ventilatório que contatei foi apenas o VC, que já conhecia. Por ter sido uma aprendizagem de um estágio anterior, acabo por fazer a comparação dos cuidados de enfermagem em ambos os contextos. Na UCI CCT os parâmetros são ajustados pelo enfermeiro, mediante a interpretação da gasimetria arterial, que também realiza de forma autónoma. Também o modo ventilatório poderia ser ajustado pelo enfermeiro, com conhecimento médico. No SUC por ter uma equipa muito grande e não existirem sempre pessoas ventiladas, assumiu-se que os parâmetros e os modos ventilatórios são apenas ajustados pela equipa médica assistente, indo ao encontro do que refere Deodato (2008) acerca das condições institucionais para o exercício profissional, que deverão prover meios para assegurar determinados cuidados. Efetivamente o mesmo autor (2008) refere que o enfermeiro na procura pela excelência, deverá prestar os cuidados com a máxima competência, com a finalidade última do bem-estar da pessoa, integrando a reflexão sobre o seu agir profissional. Esta interpretação vai ao encontro da tomada decisão clínica em enfermagem.

Ao longo deste estágio fui reconhecendo outra oportunidade de aprendizagem na área da ventilação: ventilação mecânica não invasiva (VNI). Num dos turnos pedi para ver o material de VNI, que se encontrava numa pequena sala do SUC. Quando lá estava, um dos enfermeiros do SO veio buscar um ventilador que estava a ser necessário para um senhor. Como achei que seria uma oportunidade interessante, pedi para assistir à montagem e adaptação da pessoa. O enfermeiro disponibilizou-se a me explicar todos os passos e fui esclarecendo dúvidas durante o procedimento. No dia seguinte, já no final do meu turno, foi internada no SO uma senhora de 78 anos, com diagnóstico de dispneia, cuja equipa médica assistente deu indicação para iniciar VNI. Tendo sido um momento de especial agitação no SO, com entrada de várias pessoas doentes ao mesmo tempo, acabei por me prontificar a montar todo o material, conectar a senhora e realizar todos os cuidados de enfermagem inerentes, de forma autónoma. De fato, com o apoio do médico, que colocou os parâmetros desejáveis, a senhora ficou conectada à VNI, com todos os procedimentos de enfermagem concluídos e preparada para a passagem de turno. Efetivamente, assiná-lo que se não tivesse a iniciativa de observação no dia anterior, neste dia em que era necessário ter habilidade para intervir autonomamente, não conseguiria dar resposta às necessidades daquela senhora. Posteriormente, acabei por demonstrar capacidade de intervir nas pessoas com necessidade de VNI, com a autonomia possível, quer seja na montagem, adaptação e manutenção da pessoa, aprofundando a competência **demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

“Os enfermeiros são eles próprios os seus piores inimigos” (Watson, 2002a, p.44). Com este excerto introduzo a temática da passagem de turno, que apesar da sua importância é descurada por muitos enfermeiros. Durante a passagem de turno de enfermagem no SO identifiquei algumas não conformidades como o ruído no ambiente circundante, por conversas paralelas e movimentação de diferentes profissionais da equipa multidisciplinar. Autores como Guimarães (1999), Silva e Campos (2007) ou Stagers e Jennings (2009) afirmam que a passagem de turno é complexa pela necessidade de síntese de informação decorrente do trabalho realizado num turno, organização do turno seguinte e discussão de problemáticas decorrentes no quotidiano dos cuidados prestados, sem perder as características de objetividade, clareza e brevidade, pelo que Lamond (2002) acrescenta que a rotina pode transpor este momento à banalização. Neste sentido, realizei uma reflexão sobre o tema, apoiada em evidência científica (APÊNDICE XX). Esse documento foi entregue a cada um dos cinco chefes de equipa de enfermagem como forma de sensibilização, para que em conjunto com todos os elementos das equipas, consigam tecer as melhores conclusões, contribuindo como alavanque na melhoria da prática da passagem de turno. Posteriormente foi aperfeiçoado e submetido para publicação numa revista de enfermagem, que se encontra em fase de análise. Apesar do contexto e estruturas do SUC terem características específicas, tal que muitos dos problemas não podem ser totalmente resolvidos, creio que com um esforço conjunto se consigam melhorar alguns aspetos que viabilizem a transmissão segura da informação inerente aos cuidados de enfermagem e, assim, se consiga ir ao encontro da segurança da pessoa e da qualidade dos nossos cuidados. Também os outros profissionais da equipa multidisciplinar podem ser chamados a intervir ativamente neste processo, uma vez que o espaço do SO é partilhado por diferentes grupos profissionais, pelo que considero desenvolvida a competência **demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência**. Relativamente ao feedback demonstrado, verifiquei que os chefes de equipa se mostraram disponíveis em partilhar o documento com os restantes enfermeiros, tendo identificado que também eles diagnosticavam problemas na passagem de turno de enfermagem e que revelavam vontade em resolve-los.

No SO do SUC existe ainda uma *caixa de artigos* com o objetivo de compilar evidência científica que acrescente conhecimento à equipa de enfermagem. Como forma de contribuir na partilha de conhecimento decidi seleccionar um artigo, cujo tema fosse aplicável à realidade local. Fez-me sentido que esse artigo fosse ao encontro do meu objetivo específico da comunicação com a pessoa, que será explorado mais à frente. Por isso, escolhi o artigo intitulado "*Nurse-Patient/Visitor Communication in the Emergency Department*" de Pytel *et al.* (2009), que descreve as necessidades de comunicação da pessoa e sua família, e compara a perspectiva da pessoa, com a do enfermeiro do serviço de urgência. Houve uma boa receptividade pelos enfermeiros do serviço, em que alguns elementos leram o artigo e partilharam o que tinham lido com outros colegas.

O último objetivo específico traçado para este estágio foi “desenvolver estratégias de comunicação com a pessoa em contexto de serviço de urgência”. O SUC está dotado de

alguns recursos (construído por enfermeiros) que oferecem alternativas à comunicação com o pessoa, como um quadro de comunicação com associação de imagens e palavras e um manual com tradução de palavras e frases, em inglês, francês, mandarim, árabe, entre outras, evidenciando preocupação com a temática. Rentabilizando estes mesmos recursos procurei aplicá-los em situações específicas, sendo possível fazê-lo numa pessoa ventilada, na Sala de Reanimação, que passarei a descrever. Um senhor com 78 anos, vítima de queda da própria altura com paragem cardiorrespiratória, já descrito anteriormente. Com a realização do TC CE suspeitava-se de hipoxia cerebral. Não estava sedado e manteve-se com ventilação espontânea através do TOT. Feita a avaliação neurológica pela GCS atribuiu-se um score de 11, por resposta verbal ausente devido à presença do TOT, tendo verificado que a pessoa tinha pupilas isocóricas e isoreativas à luz. Deste modo, considerei que poderia ser possível a aplicação do quadro de comunicação. Contudo, no momento em que ia aplicá-lo verifiquei que o senhor estava com respiração superficial e polipneica, pelo que considerei que aquele estímulo cognitivo poderia contribuir, ainda mais, para despoletar fadiga respiratória. Feita gasimetria arterial concluiu-se efetivamente que o senhor estava em acidose respiratória, havendo necessidade de voltar a ajustar a ventilação assistida. Assim, não foi possível aplicar o quadro de comunicação, mas compreendo que na instabilidade de uma pessoa em situação crítica o que agora pode ser possível, no momento seguinte pode tornar-se impraticável. É na capacidade de interpretação e avaliação destas pessoas que qualquer estratégia tem de se encaixar, sendo este o verdadeiro desafio que o enfermeiro assume e enfrenta. Noutro episódio ocorrido na Sala de Reanimação estava presente um jovem de 27 anos, vítima de agressão por arma de fogo, da qual resultou um hemotórax e pneumotórax à esquerda. O senhor foi entubado orotraquealmente no pré-hospitalar para proteção da via aérea, por episódio de hemoptise. Aquando da prestação de cuidados, a pessoa estava em ventilação espontânea com auxílio do TOT e com GCS de 11, por resposta verbal ausente devido à presença do TOT. Estava programada a extubação, mas aguardava-se a vinda do médico e a pessoa manifestava continuamente vontade de comunicar, que os elementos presentes não compreendiam. Deste modo, através de estratégias como gestos, mímica e recurso ao papel e caneta (a pessoa foi desmobilizada e escreveu o que a preocupava), foi possível compreender que queria saber se a bala tinha atingido o coração. Foi explicado que não, pelo que o senhor ficou bastante mais calmo. Apesar d não ter tido a oportunidade de aplicar os instrumentos já existentes, considero que existem estratégias simples, com poucos recursos, que permitem que a pessoa manifeste as suas preocupações e que mais facilmente compreenda o plano de cuidados e colabore na execução desse mesmo plano. Efetivamente, os cuidados descritos enquadram-se no descrito por Schmieding (1988) ao se referir aos pressupostos da teoria de Orlando, onde é descrito que a pessoa anseia por comunicar verbalmente ou não verbalmente as suas necessidades e que o enfermeiro tende a ajudar de forma única cada pessoa. Descrevo agora uma senhora de 41 anos, internada no SO por suspeita de síndrome coronário agudo. Desde que tinha sido internada que esteve chorosa. Aplicando a *Relação de Ajuda em Cuidados de Enfermagem de Chalifour* (Chalifour, 1989) treinado no estágio anterior foi

possível desenvolver as atitudes facilitadoras: compreensão empática, respeito caloroso e autenticidade. Relativamente à compreensão empática, foi manifestado o meu interesse e satisfação em compreender a sua experiência, através da escuta ativa, tendo percebido que a sua angústia referia-se, não somente há situação de doença, mas principalmente ao fato do filho de 21 anos ter ficado em casa, sem saber que ela estaria no hospital. Com o respeito caloroso, dei-lhe a entender que, perante tal situação, era compreensível os seus sentimentos que manifestava. Através da autenticidade, procurei a forma de resolver o problema que a senhora identificara, tendo contactado via telefone com um amigo, que veio visitá-la e explicou que já tinha informado o filho e que este estava orientado com outro familiar. Deste modo, a própria expressão facial da senhora tinha melhorado, e a sua gratidão foi manifestada com um sorriso. Outros episódios semelhantes foram realizados neste estágio, pois a situação inesperada de doença, aliado ao ambiente e pessoas estranhas, causam sentimentos de medo e ansiedade, que podem, inclusive, dificultar a colaboração da pessoa na prestação de cuidados. É ao sentimento que o enfermeiro é capaz de inculcar na pessoa, pela interação humana, que Watson (2002b) chama de arte do cuidar e que desemboca no cuidar transpessoal. Assim, detetei na pessoa as suas emoções e condições de alma, e permiti que ela fosse capaz de expressar os seus sentimentos e encontra-se um novo sentido da sua existência naquele local tão despersonalizado com é um serviço de urgência.

Relativo ao tema da comunicação no SUC foi realizada sensibilização informal de forma espontânea, quer seja em conversa durante as pausas a meio da manhã, quer seja pela minha abordagem durante a prestação de cuidados. Na minha avaliação empírica, considero que nas instituições de saúde existe pouco reconhecimento da comunicação como um instrumento capaz de produzir mais valias terapêuticas. Por este motivo, e considerando autores como Riley (2004) e Stefanelli (2005), compilei informação prática para reforçar uma abordagem comunicacional estruturada, num instrumento dinâmico, que denominei de “Roda da Comunicação” e que fosse capaz de transmitir a informação pretendida de uma forma apelativa (APÊNDICE XXI). De fato, José (2010) afirma que dependendo do conhecimento que detém, o enfermeiro possui capacidade de “adotar novas modalidades de cuidado” (p.53), o que me estimula a ser criativa para melhorar os cuidados de enfermagem. Assim, este instrumento foi dividido em três partes consecutivas, em que cada uma sugere estratégias práticas: *expressão* (estratégias mediadoras da expressão verbal de pensamentos, sentimentos e necessidades, pela descrição da própria experiência), *clarificação* (estratégias para ajudar a compreender ou clarificar as mensagens enviadas pelas pessoas, quando parte delas contém ambiguidades) e *validação da mensagem* (verificação da compreensão das informações e orientações dadas à pessoa pelo enfermeiro). Com a construção do instrumento de trabalho descrito, surgiu a necessidade de apresentá-lo à equipa através de uma sessão de formação intitulada “Comunicação enfermeiro-pessoa no SUC: Que desafios? Que estratégias?” (APÊNDICE XXII). Foi adotada uma atitude que incentivasse à discussão de ideias através da apresentação inicial das barreiras à comunicação nos serviços de urgência identificados em trabalhos de investigação internacionais, uma vez que a produção de estudos nacionais acerca da temática

é escassa ou inexistente. Assim, recorreram-se a dados estatísticos e afirmações, que despoletaram discussão entre a equipa, como: “os profissionais de saúde do serviço de urgência são interrompidos, em média, 10 vezes por hora”, “52% das interrupções são disruptivas o suficiente para se perder o conteúdo da comunicação”, “70% dos enfermeiros do serviço de urgência não adotam uma comunicação centrada na pessoa, por referirem falta de tempo” e “46% da comunicação com as pessoas é afetada por diferenças culturais e/ou linguísticas” (Chisolm *et al.*, 2001, Garra *et al.*, 2009, e Berry, 2009, citados por Burley, 2011; Spencer *et al.*, 2002). No decorrer da sessão verificou-se que os participantes reconheciam as afirmações como verdadeiras e aplicáveis ao seu contexto, exemplificando com situações reais, revelando assim a importância que a temática tem no quotidiano do SUC. Com a apresentação do instrumento “Roda da Comunicação”, os participantes revelaram interesse em manipulá-lo e descobrir o seu funcionamento. Os resultados desta sessão de formação foram positivos e estão dispostos no APÊNDICE XXIII. Com o acordo dos participantes, o instrumento foi reproduzido e deixado em oito locais diferentes do SUC, junto das zonas de trabalho de enfermagem. Com a criação e aplicação prática da “Roda da Comunicação” desenvolvi a competência **aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização**. Como forma de partilha do instrumento desenvolvido, foi ainda submetido um artigo para publicação em revista de enfermagem, que se encontra em fase de análise.

Considerando a carência de estudos sobre a comunicação enfermeiro-pessoa no serviço de urgência está em curso um estudo de investigação – história de vida, na perspetiva etnobiográfica –, subordinado ao tema “Conhecer a perspetiva da pessoa que recorre ao Serviço de Urgência sobre as suas necessidades de comunicação” e com o objetivo de explorar a vivência da pessoa sobre a comunicação enfermeiro-pessoa e compreender a perceção da pessoa face à adequação das estratégias de comunicação adotadas pelo enfermeiro. Trata-se de um estudo exploratório (os dados na área são poucos ou inexistentes), descritivo (descrição dos narradores do fenómeno a estudar) e compreensivo (pretende-se conhecer os significados atribuídos pela pessoa à comunicação enfermeiro-pessoa num serviço de urgência) (APÊNDICE XXIV). Recentemente foi obtido o parecer positivo da Direção Clínica do SUC e Comissão de Ética do para a Saúde do CHLN/FML. Prevê-se a recolha e análise dos dados durante os meses de abril e maio de 2013, com desejo de futura partilha ao grupo de pares através de publicação em revista científica na área da disciplina de enfermagem. Deste modo, contribui para o desenvolvimento da competência **participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização**. Realço a importância de estudos de investigação que sob o olhar de Watson (2002b) representam uma forte contribuição para os valores humanos do cuidar, quer seja para o ser humano, quer seja para a sociedade.



### 3. CONCLUSÕES GERAIS

O relatório (*Re*)*Descobrir a Comunicação no Cuidar* sustenta um percurso singular e complexo na direcção da enfermagem especialista. Foram pormenorizadas actividades realizadas nos diferentes módulos, que orientaram a minha visão do cuidar. O legado de Ida Orlando e Jean Watson serviu de inspiração a este percurso, que transferi da vertente académica para a vertente profissional. Ao longo do relatório foram destacados determinados apontamentos que sustentam tal afirmação. A particularidade de cada contexto – Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos, Serviço de Urgência – proporcionou um vasto leque de conhecimentos intrínseco à actual formação, que foram realizados mediante o planeamento em projeto de estágio, compilação de trabalhos e aprendizagens em portfólio e realização de incidentes críticos. Algumas atividades ainda estão em fase de desenvolvimento, pela necessidade de inclusão de terceiros na sua concretização.

A comunicação enfermeiro-pessoa é membro indiscutível do cuidar. Diria até que sustenta o cuidar, pela interação humana que pressupõe. Foi através de revisão sistemática da literatura, construção de estratégias de comunicação (Quadro de Comunicação, Roda da Comunicação), partilha de conhecimentos em eventos científicos (Comunicação Poster) e exercitando as competências de comunicação nos diferentes contextos, que pude aprimorar a minha competência comunicacional enquanto enfermeira especialista. A par com a comunicação, também todas as outras competências foram desenvolvidas em diferentes profundidades, face às experiências que pude contactar. A sustentação do desenvolvimento dessas competências contou com a prática baseada na evidência, as orientações teóricas, a reflexão sobre o agir profissional do enfermeiro e o treino nos contextos da prática. Deste modo, considero atingido o objectivo proposto para este relatório ao conseguir descrever de forma reflexiva, crítica e fundamentada, o desenvolvimento das atividades e competências ao longo dos estágios, e verifico que a metodologia de trabalho utilizada foi adequada.

No balanço final considero pertinente abordar alguns pontos-chave deste percurso que inclui as forças e fraquezas internas e as oportunidades e ameaças externas. Assim, e relativo às forças internas destaco a minha capacidade de metamorfose face aos diferentes contextos e a minha garra em continuar cada projeto com o mesmo nível de dedicação e qualidade. No que se refere às fraquezas internas incluo a minha breve experiência profissional, que condicionou a destreza no cuidar específico, nos diferentes contextos onde estagiei. Relativo às oportunidades externas evidencio o conhecimento e disponibilidade dos enfermeiros orientadores que em todos os estágios foram incansáveis no acompanhamento do meu percurso académico e profissional, dentro do seu contexto de trabalho. Por fim, e incluindo as ameaças externas identifico a distância entre o meu local de trabalho e o local de estágio que criou algumas dificuldades na concretização deste projecto. No entanto, foram as barreiras que se impuseram que me conferiram força e criatividade para avançar no sentido da meta final. E, de fato, consegui aqui chegar com mérito.

Considero que este relatório confere implicações nas diferentes áreas da disciplina de enfermagem: prática, investigação, gestão e ensino. Na prática clínica a enfermagem especialista incrementa a capacidade de resolução das necessidades de cuidado da pessoa, sob o olhar emancipatório da Enfermagem Avançada. No que respeita à investigação considero ter desenvolvido a habilidade no recurso a ferramentas de investigação que são um veículo catalisador da enfermagem sustentada em conhecimento científico, canalizando para os restantes contextos o suporte teórico necessário. Os gestores, administradores e Ordem Profissional são o grupo que possui a idoneidade para o reconhecimento afinado do poder que um enfermeiro especialista tem na melhoria dos cuidados prestados, e consequentemente das próprias instituições e da própria imagem da profissão. Com as competências desenvolvidas considero poder ser um elemento capaz de contribuir nas decisões de gestão do meu local de trabalho. Relativamente ao ensino considero que a formação de novos especialistas confere saberes renovados aos locais de trabalho, que melhoram, por exemplo, o acompanhamento/supervisão de alunos de enfermagem e acrescento que na formação pré ou pós-graduada, deverão apostar-se em docentes com este tipo de experiência, e que preferencialmente se mantenham vinculados à prática clínica ou à investigação. Efectivamente, todas estas quatro dimensões estão entrelaçadas e dificilmente se poderão desagregar. É na sua conjugação que diariamente se reinventa a profissão de enfermagem.

Sugiro que no futuro o acompanhamento do profissional que integra esta formação pós-graduada seja mais uniforme e que se evite atribuir diferentes professores orientadores a cada contexto de estágio, pois o enfermeiro necessita de um suporte mais coeso e regular num percurso de tamanha especificidade e complexidade, que por si só já despoleta sentimentos de preocupação face ao desconhecido.

E por fim, os desejos. Desejo que num futuro próximo as instituições e os seus gestores saibam valorizar o investimento profissional e pessoal, que cada enfermeiro faz com o único objectivo de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem do seu serviço, do seu hospital, do seu país. Que todos possamos ver no amanhã a enfermagem reconhecida e valorizada. Que os enfermeiros sejam os primeiros a reconhecer o seu próprio valor e que descubram que não existe maior distância entre a teoria e a prática do que aquela que eles próprios criam. Que todos os dias possamos (re)descobrir diferentes olhares no cuidar.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAR, M; [et al.] DRAPER – Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry and oncology. **Palliative Medicine**. ISSN 0269-2163. 26:7 (2011), 887-896.
- ALASAD, Jafar; AHMAD, Muayyad – Communication with critically ill patients. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 1365-2648. 50:4 (2005), 356-362.
- ALÍAN, Inmaculada; ESTEBAN, Andrés – Weaning from mechanical ventilation. **Critical Care**. ISSN 1364-8535. 4:2 (2000), 72-80.
- AMENDOEIRA, José – O Cuidado de Enfermagem. Que sentido(s)? *in*: COSTA, Arminda Mendes *et al.* – **Ensino de Enfermagem. Processos e percursos de formação. Balanço de um projecto**. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde, 2000. ISBN 157952/00. 66-77.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. 4ªEd., 2002. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-020-0.
- ANTHONYPIILLAI, F – Cross-cultural communication in an intensive care unit. **Intensive and Critical Care Nursing**. ISSN 0964-3397. 9:4 (1993), 263-268.
- ARNOLD, Bruce L. – Mapping hospice patients' perception and verbal communication of end-of-life needs: an exploratory mixed methods inquiry. **BMC Palliative Care**. ISSN 1472-684X. 10 (2011), 1-10.
- AULER, J; [et al.] – The effects of positive end-expiratory pressure on respiratory system mechanics and hemodynamics in postoperative cardiac surgery patients. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**. ISSN 0100-879X. 33 (2000), 31-42.
- BANNING, Maggi – A review of clinical decision making: models and current research. **Journal of Clinical Nursing**. ISSN 1365-2702. 17 (2007), 187-195
- BARBOSA, António – Processo de Luto. *In*: BARBOSA, António; GALRIÇA, Isabel (eds.) – **Manual de Cuidados Paliativos**. 1ªEd., 2006. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8. 487-532.
- BARBOSA, António; GALRIÇA, Isabel – **Manual de Cuidados Paliativos**. 1ªEd., 2006. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8.
- BARLEM, Edison; [et al.] – Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. **Revista Electrónica em Enfermagem**. ISSN 1518-1944.10:4 (2008), 1041-1049.
- BARRADAS, Gonçalo – **Traumatismos vertebro-medulares: O Presente e o Futuro**. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2008. Dissertação de Mestrado em Medicina.
- BATTY, Sally – Communication, swallowing and feeding in the intensive care unit patient. **Nursing in Critical Care**. ISSN 1478-5153. 14:4 (2009), 175-179.

- BERMEJO, Jose Carlos – **Relación de Ayuda: En el misterio del dolor**. Madrid: San Pablo, 1996. ISBN 84-285-1919-6.
- BEVIS, Em Olivia; WATSON, Jean – **Rumo a um Curriculum de Cuidar: Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-98-3.
- BISPO, Carlos Alberto – Um novo modelo de pesquisa de clima organizacional. **Produção**. ISSN 0103-6513. 16:2(2006), 258-273.
- BOOTH, S; MOOSAVI, SH; HIGGINSON, IJ – The etiology and management of intractable breathlessness in patients with advanced cancer: a systematic review of pharmacological therapy. **Nature Clinical Practice Oncology**. ISSN 1743-4254. 5:2 (2008), 90-100.
- BORGES, S; [et al.] – **A Consulta de Enfermagem na Qualidade de Vida dos Doentes submetidos a Cirurgia Cardíaca**. [Em linha]. Albufeira: XIII Reunião Anual SPCCTV, 2009 [Consult. 6 Mai. 2012] Disponível em <<http://www.spcctv.pt/docs/S.Borges.pdf>>.
- BRIGA, Sónia – **A Comunicação Terapêutica Enfermeiro/Doente: Perspetivas de Doentes Oncológicos Entubados Endotraquealmente**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- BRINDLEY, Peter; REYNOLDS, Stuart – Improving verbal communication in critical care medicine. **Journal of Critical Care**. ISSN 0883-9441. 26:2 (2011), p.155-159.
- BUCKMAN, Robert – Communication skills in palliative care. A practical guide. **Neurologic Clinics**. ISSN 0733-8619. 19:4 (2001), 989-1004.
- BURLEY, Duncan – Better communication in the emergency department. **Emergency Nurse**. ISSN 1354-5752. 19:32(2011), 32-36.
- CASTRO, Cidália; VILELAS, José; BOTELHO, Maria – a Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. **Pensar Enfermagem**. ISSN 0873-8904. 15:2 (2011), 41-59.
- CATELA, Alda; [et al.] – **Cuidar o Doente submetido a Transplante Pulmonar**. [Em linha] Vilamoura: Simpósio de Enfermagem da XIII Reunião Anual SPCCTV & Reunião Conjunta SPRMN, 2009. [Consult. 20 Jun. 2012]. Disponível em <[http://www.spcctv.pt/docs/Alda\\_Catela1.pdf](http://www.spcctv.pt/docs/Alda_Catela1.pdf)>.
- CAVACO, Vera; [et al.] – Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? Revisão sistemática. **Referência**. ISSN 0874-0283. 2:12 (2010), 93-103.
- CCIH do HSM – **Relatório Infecção do Local Cirúrgico no Serviço de Cirurgia Cardiorádica do Hospital de Santa Marta, CHLC em 2011**. Lisboa: Hospital de Santa Marta do Centro Hospitalar Lisboa Central, 2012. Documento não publicado.
- CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL – **Relatório e Contas 2011**. [Em linha] [Consult. 28 Mai. 2012]. Disponível em <[http://www.chlc.min-saude.pt/ResourcesUser/CHL/Informacao\\_Institucional/R\\_&\\_C\\_2011\\_Assinado\\_com\\_anexos.pdf](http://www.chlc.min-saude.pt/ResourcesUser/CHL/Informacao_Institucional/R_&_C_2011_Assinado_com_anexos.pdf)>.
- CHALIFOUR, Jacques – **La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique - humaniste**. Québec: Gaëtan Morin, 1989. ISBN 2-89105-312-5.

- CHAREPE, Zaida – **Promoção da Esperança nos Processos de Saúde-Doença**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2012. Apresentação no Ciclo de Conferências “Saber mais sobre...”
- CIRCULAR NORMATIVA nº13/DQS/DSD de 14/06/2012. **Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde**. [Em linha] [Consult. 6 Jun. 2012]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0>>.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2ªed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-53-3.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos**. [Em linha] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002. [Consult. 16 Mai. 2012]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>.
- COSTA, José dos Santos – Métodos de Prestação de Cuidados. **Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu**. ISSN 1647-662X. 30 (2004), 234-251.
- CRD – **Systematic Reviews: CRD’S guidance for undertaking reviews in health care**. York: Universidade de York, 2009. ISBN 978-1-900640-47-3.
- DECRETO-LEI 104/98 de 21 de abril (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros).
- DECRETO-LEI 353/99 de 3 de setembro (Regras Gerais do Ensino de Enfermagem no Âmbito do Ensino Superior Politécnico).
- DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade**. Coimbra: Edições Almedina, 2008. ISBN 978-972-40-3401-0.
- DUNN, Sandra; [et al.] – The development of competency standards for specialist critical care nurses. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 1365-2648. 31:2 (2000), 339-346.
- DYHR, T; [et al.] – Both lung recruitment maneuver and PEEP are needed to increase oxygenation and lung volume after cardiac surgery. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**. ISSN 1399-6576. 48:2 (2004), 187-197.
- ESCOBAR, E. – Hypertension and coronary heart disease. **Journal of Human Hypertension**. ISSN 0950-9240. 16:suppl1 (2002), s61-s63.
- FALCÃO-PIRES, I; [et al.] – Diabetes mellitus worsens diastolic left ventricular dysfunction in aortic stenosis through altered myocardial structure and cardiomyocyte stiffness. **Circulation**. ISSN 0009-7322. 124:10 (2011), 1151-1159.
- FERREIRA, António José; [et al.] – Qualidade de Vida em Doentes Submetidos a Cirurgia Valvular Cardíaca. **Psicologia, Saúde & Doenças**. ISSN 1645-0086. 9:1 (2008), 155-164.
- FINLAY, I; [et al.] – Palliative care in hospital, hospice, at home: results from a systematic review. **Annals of Oncology**. ISSN 1569-8041. 13:suppl4 (2002), 257-264.
- GAMA, Georgiana; BARBOSA, António – Delirium. In: BARBOSA, António; GALRIÇA, Isabel (eds.) – **Manual de Cuidados Paliativos**. 1ªEd., 2006. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8. 277-293.

- GAUDÊNCIO, Carlos; [et al.] – **Manual CIPE 1.0 do CHLC: Proposta de padrão de documentação**. Lisboa, 2012. *Documento não publicado*.
- GHANDOUR, Abdoulaouf; SAAB, Rola; MEHR, David – Detecting and treating delirium—key interventions you may be missing. **The Journal of Family Practice**. ISSN 0094-3509. 60:12 (2011), 726-734.
- GROSSBACH, Irene; STRANBERG, Sarah; CHLAN, Linda – Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. **Critical Care Nurse**. ISSN 0279-5442. 31:3 (2011), 46-61.
- GUIMARÃES, Paula – **Aprendizagens e quotidianos profissionais. Estudo de caso de uma enfermaria**. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 1999. Dissertação de Mestrado em Educação – Área de Educação de Adultos.
- HABERMAS, Jürgen – **Teoría de la Acción Comunicativa: Complementos y Estudios Previos**. 3ªed. Madrid: Cátedra, 1997. ISBN 84-376-0860-0.
- HAFSTEINDÓTTIR, Thóra – Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. **Intensive and Critical Care Nursing**. ISSN 0964-3397. 12 (1996), 261-271.
- HAGLAND, Martin – Nurse-patient communication in intensive care: a low priority? **Intensive and Critical Care Nursing**. ISSN 0964-3397. 11 (1995), p.111-115.
- HAPP, Mary Beth; [et al.] – Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. **American Journal of Critical Care**. ISSN 1062-3264. 20 (2011), e28-e40.
- HAPP, Mary; [et al.] – Communication Ability, Method, and Content among Nonspeaking Nonsurviving Patients treated with Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit. **American Journal of Critical Care**. ISSN 1062-3264.13:2 (2004b), 210-220.
- HAPP, Mary; ROESCH, Tricia; GARRETT, Kathryn – Electronic voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a medical intensive care unit: A feasibility study. **Heart & Lung**. ISSN 0147-9563. 33:2 (2004a), 92-101.
- HEATH, Helen – Reflection and patterns of knowing in nursing. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 1365-2648. 27 (1998), 1054-1059.
- HESSEL, Eugene; EDMUNDS, Henry – Extracorporeal Circulation: Perfusion Systems. **Cardiac Surgery in the Adults**. [Em linha]. New York: McGraw-Hill, 2003. [Consult. 6 Jun. 2012] Disponível em [http://www.perfusione.net/index/testi/Extracorporeal%20Circulation\\_%20Perfusion%20Systems%20--%20Hessel%20and%20Edmunds%20%20\(2003\)\\_%20317%20--%20Cardiac%20Surg.pdf](http://www.perfusione.net/index/testi/Extracorporeal%20Circulation_%20Perfusion%20Systems%20--%20Hessel%20and%20Edmunds%20%20(2003)_%20317%20--%20Cardiac%20Surg.pdf). ISBN 00-71391-29-0.
- HILLER, J.; [et al.] – A retrospective observational study examining the admission arterial to end-tidal carbon dioxide gradient intubated major trauma patients. **Anaesthesia and Intensive Care**. ISSN 1448-0271. 38:2(2010), 302-306.
- HOSPITAL DE SANTA MARIA – **Evolução Anual da Atividade Assistencial na Urgência**. 2013. [Em linha]. [Consult. 2 Jan. 2013] Disponível em <http://www.chln.min-saude.pt/tabid/1840/Default.aspx>.

- HUMPHREYS, H – Positive-pressure isolation and the prevention of invasive aspergillosis. What is the evidence? **Journal of Hospital Infection**. ISSN 0195-6701. 56 (2004), p.93-100.
- INWOOD, Helen – **Adult Cardiac Surgery Nursing Care and Management**. London: Whurr Publishers, 2002. ISBN 1861-56-278-0.
- JOSÉ, Helena Maria – **Resposta Humana ao Humor: Humor como Resposta Humana**. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-972-8930-56-1.
- KAMALESH, Charlotte; [et al.] – Does diabetes accelerate progression of calcific aortic stenosis? **European Journal Echocardiography**. ISSN 1525-2167. 10:6 (2009), p.723-725.
- KARLSSON, Veronika; BERGBOM, Ingegerd; FORSBERG, Anna – The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study. **Intensive and Critical Care Nursing**. ISSN 0964-3397. 28 (2012), 6-15.
- KÉROUAC, Suzanne; [et al.] – **El pensamiento enfermero**. Barcelona: Elsevier Masson, 2007. ISBN 97-8844-580-365-3.
- KHALAILA, Rabia; [et al.] – Communication Difficulties and Psychoemotional Distress in Patients Receiving Mechanical Ventilation. **American Journal of Critical Care**. ISSN 1062-3264. 20:6 (2011), 470-479.
- LAGESON, Catherine – Quality Focus of the First Line Nurse Manager and Relationship to Unit Outcomes. **Journal of Nursing Care Quality**. ISSN 1057-3631. 19:4 (2004), 336-342.
- LAKE, Sarah; MOSS, Cheryle; DUKE, Jan – Nursing prioritization of the patient need for care: A tacit knowledge embedded in the clinical decision-making literature. **International Journal of Nursing Practice**. ISSN 1322-7114. 15 (2009), 376-388.
- LAMOND, Dawn – The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 0309-2402. 31:4 (2002), 794-804.
- LENNEP, Jeanine; [et al.] – Risk factors for coronary heart disease: implications of gender. **Cardiovascular Research**. ISSN 0008-6363. 53 (2002), 538-549.
- LEWIN, Kurt – **Teoria Dinâmica da Personalidade**. São Paulo: Editora Cultrix, 1975. ISBN 144-3730-33-5.
- MAGÃO, Maria Teresa – **A esperança nos pais de crianças com cancro: uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia da Saúde, 2000. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde.
- MAGNUS, Victoria; TURKINGTON, Leisa – Communication interaction in ICU – Patient and staff experiences and perceptions. **Intensive and Critical Care Nursing**. ISSN 0964-3397. 22 (2006), 167-180.
- MELEIS, Afaf Ibrahim – **Theoretical Nursing: Development & Progress**. 3<sup>ed</sup>. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997. ISBN 039-7552-59-9.
- MENZEL, Linda – Need for communication-related research in mechanically ventilated patients. **American Journal of Critical Care**. ISSN 1062-3264. 3 (1994), 165–167.

- MILISEN, Koen; [et al.] – Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 1365-2648. 52:1 (2005), 79–90.
- MIRANDA, Luís – **Determinação da Taxa de Incidência da Infeção do Local Cirúrgico no Serviço de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Santa Marta em 2008**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. Dissertação de Mestrado em Epidemiologia.
- MUNHALL, Patrícia – **Nursing Research: A Qualitative Perspective**. 3ªed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2001. ISBN 0-7637-1135-7.
- MYERS, G; BROWNE, J. – Point of care hematocrit and haemoglobin in cardiac surgery: a review. **Perfusion**. ISSN 0267-6591. 22:3 (2007), 179-183.
- NEEDLEMAN, Ian – A guide to systematic reviews. **Journal of Clinical Periodontology**. ISSN 1600-2865. 29:Suppl.3 (2002), 6-9.
- NUNES, Lucília – Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem. **Percursos**. ISSN 1646-5067. 17:Jul-Set (2010), 3-9.
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005. ISBN 972-99646-0-2.
- OLIVEIRA, Ana; [et al.] – Projecto Padrões de Qualidade/CIPE. **Enformação**. ISSN 1646-9607. 14 (2011), 6-7.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional: Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**, 2009. [Em linha]. [Consult. 19 Set. 2012]. Disponível em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos2.pdf>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dor: Guia orientador de boa prática**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2008. ISBN 978-972-99646-9-5.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Estudo conclui que cuidados de enfermagem ajudam recuperação pós-operatória. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. ISSN 1646-2629. 41 (2012),.22-23.
- ORLANDO, Ida – Nursing in the 21st Century: Alternate Paths. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 1365-2648. 12:4(1987), 405-412.
- ORLANDO, Ida; DUGAN, Anna – Independent and dependent paths: the fundamental issue for the nursing profession. **Nursing and Health Care**. ISSN 0276-5284. 12:2(1989), 76-80.
- PATAK, Lance; [et al.] – Communication boards in critical care: patients` views. **Applied Nursing Research**. ISSN 0897-1897. 19 (2006), 182-190.
- PATAK, Lance; [et al.] – Patients` reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. **Heart & Lung**. ISSN 0147-9563. 33:5 (2004), 308-320.

- PEREIRA, Marta; VILELA, Hugo; PINA, Luís – Capnografia como método de monitorização ventilatória durante estados de sedação induzida. **Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia**. ISSN 0871-6099.. 14:4(2005), 54-28.
- PINTO, Liliana – **Sistemas de Informação e Profissionais de Enfermagem**. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2009. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde.
- PNCI – **Recomendações para Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004a. [Em linha]. [Consult. 20 Mai. 2012] Disponível em <<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>>.
- PNCI – **Recomendações para Prevenção da Infecção Respiratória em Doente Ventilado**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004b. [Em linha]. [Acedido 6 junho 2012] Disponível em: <<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>>.
- PORTARIA 268/2002, de 13 de março (Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem).
- POTÉRIO, Glooria; MAGUEIROS, Ângela – Hemorragia perioperatória: Cell Saver. **Medicina Perioperatória**. Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2006. ISBN 85-98045-04-7. Vol. 40, 307-317.
- PYTEL, Constance; [et al.] – Nurse-Patient/Visitor Communication In The Emergency Department. **Journal of Emergency Nursing**. ISSN 0099-1767. 35:5(2009), 406-411.
- QUERIDO, Ana – **A Esperança em Cuidados Paliativos**. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2005. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos.
- QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helena; NETO, Isabel – Comunicação. In Barbosa, António; Neto, Isabel (eds.). **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2006. ISBN 978-972-9349-21-8. 357-378.
- RADTKE, Jill; TATE, Judith; HAPP, Mary – Nurses` perceptions of communication training in the ICU. **Intensive and Critical Care Nursing**. ISSN 0964-3397. 28 (2012), 16-25.
- RAMEZANI-BADR, Farhad; [et al.] – Strategies and Criteria for Clinical Decision Making in Critical Care Nurses: A Qualitative Study. **Journal of Nursing Scholarship**. ISSN 1547-5069. 41:4 (2009), 351-358.
- RANGEL, Cláudio; [et al.] – Estenose Aórtica e Doença Coronariana. Análise dos Fatores de Risco. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. ISSN-0066-782X. 87:2 (2006), 115-120.
- RAO, S; SUHASINI, T – Organization of Intensive Care Unit and Predicting Outcome of Critical Illness. **Indian Journal of Anaesthesia**. ISSN 0019-5049. 47:5 (2003), 328-337.
- REGULAMENTO n.º 122/2011, de 18 de fevereiro (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista).
- RIBEIRO, Patrícia; COSTA, Maria Arminda – O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. **Referência**. ISSN 0874-0283. 7(2012), 149-158.
- RILEY, Julia Balzer – **Comunicação em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-81-9.

- ROSÁRIO, Elsa – **Comunicação e Cuidados de Saúde, Comunicar com o Doente Ventilado em Cuidados Intensivos**. Lisboa: Universidade Aberta, 2009. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.
- SANDERS, Cicely – **Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement**, 2ªed. New York: John Wiley & Sons, 1999. ISBN 047-112-777-9.
- SCHMIEDING, Norma Jean – Action process of nurse administrators to problematic situations based on Orlando's theory. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 1365-2648. 13(1988), 99-107.
- SERÔDIO, Micael – **Novo Modelo Logístico – Implementação e Visão do Utilizador, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E**. Porto: Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado Integrado em Engenharia Industrial e Gestão.
- SILVA, Abel Paiva – Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. **Servir**. ISSN 0871-2379. 55:1-2(2007), 11-20.
- SILVA, Évena; CAMPOS, Luciana – Passagem de plantão na enfermagem: Revisão da Literatura. **Cogitare Enfermagem**. ISBN 1414-8536. 12:4 (2007), 502-507.
- SOOD, Pramod; PAUL, Gunchan; PURI, Sandeep – Interpretation of arterial blood gas. **Indian Journal of Critical Care Medicine**. ISSN 0972-5229. 14:2 (2010), 57-64.
- SOUSA, Maria de Fátima – **O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2009. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Cultural.
- SOUZA, Helena; ELIAS, Decio – **Fundamentos da Circulação Extracorpórea** (2ªed.). Rio de Janeiro: Editora Alfa, 2006.
- SPENCER, Rosemary; LOGAN, Pamela; COIERA, Enrico – **Supporting Communication in the Emergency Department**. Sydney: University of New South Wales, 2002. ISBN 0-7334-2014-1.
- STAGGERS, Nancy; JENNINGS, Bonnie – The Content and Context of Change of Shift Report on Medical and Surgical Units. **The Journal of Nursing Administration**. ISBN 0002-0443. 39:9 (2009), 393-398.
- STEFANELLI, Maguida Costa – Introdução à comunicação terapêutica. *In*: STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emília Campos (eds.) – **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2005. São Paulo: Manole. ISBN 978-852-0421-96-3. 62-72.
- STORM-VERSLOOT, [et al.] – Comparison of an Informally Structured Triage System, the Emergency Severity Index, and the Manchester Triage System to Distinguish Patient Priority in the Emergency Department. **Academic Emergency Medicine**. ISSN 1069-6563. 18:8(2011), 822-829.
- THOUNG, M – Sedation and analgesia assessment tools in ICU patients. **Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation**. ISSN 0750-7658. 27:7-8 (2008), 581-595.
- TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ªed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

- TWYGCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN 972-796-093-6.
- VALLEJO, Sergio Anaya – Tratamiento de las fracturas del segmento cervical superior (C-0, C-1, C-2). **Medigraphic**. ISSN 1870-2716. 3:3(2007), 171-177.
- VERITY, Sheila – Communicating with sedated ventilated patients in intensive care: focusing on the use of touch. **Intensive and Critical Care Nursing**. ISSN 0964-3397. 12 (1996), 354-358.
- VIDÁN, María; [et al.] – An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of Delirium During Hospitalization in Elderly Patients. **Journal of the American Geriatrics Society**. ISSN 1532-5415. 57:11 (2009), 2029-2036.
- WATSON, Jean – **Enfermagem Pós-Moderna e Futura: Um novo Paradigma da Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002a. ISBN 972-8383-37-1.
- WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002b. ISBN 972-8383-33-9.
- WOJNICKI-JOHANSSON, Grazina – Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations. **Intensive and Critical Care Nursing**. ISSN 0964-3397. 17 (2001), 29-39.
- WURZ, Jeannie; [et al.] – **Communication: Professionalism**. Bélgica: European Society of Intensive Care Medicine, 2010. ISBN 978-92-95051-82-9.
- YOSEFY, C; [et al.] – End tidal carbon dioxide as a predictor of the arterial PCO<sub>2</sub> in the emergency department setting. **Emergency Medicine Journal**. ISSN 1472-0213. 21(2004), 557-559.



## 5. APÊNDICES



## 5.1. APÊNDICE I – Sessão de Formação “Apresentação do Manual CIPE 1.0 do CHLC



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

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos

**Plano de Sessão**

**Apresentação do Manual CIPE 1.0 do CHLC**

<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégias / Recursos</b>
<i>Identificar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como um sistema de linguagem de enfermagem universal.</i>	<i>Explicação acerca da importância da utilização de CIPE.</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação pessoal;</li><li>- Utilização do método expositivo e interrogativo;</li><li>- Utilização do PowerPoint e DataShow.</li></ul>
<i>Compreender a importância do Manual CIPE 1.0 do CHLC (Centro Hospitalar Lisboa Central).</i>	<i>Descrição do trabalho desenvolvido no Manual CIPE 1.0 do CHLC.</i>	
<i>Reconhecer o Manual CIPE 1.0 do CHLC como uma ferramenta de trabalho.</i>	<i>Explicação do modo de consulta do Manual CIPE 1.0 do CHLC.</i>	
<i>Contribuir para a reflexão pessoal de cada enfermeiro acerca da melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao nível dos registos de Enfermagem.</i>	<i>Promoção da capacidade crítica reflexiva dos formandos acerca da melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao nível dos registos de Enfermagem.</i>	

**Grupo a que se destina:** Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Santa Marta

**Local:** Hospital de Santa Marta

**Data:** 28 de Maio de 2012 **Hora:** 16h

**Duração da sessão:** 30 minutos (20 minutos de exposição e 10 minutos de discussão)

**Realizado por:** Isabel Maria Rodrigues Vieira e Vera Sofia Joaquim Cavaco



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL NA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios

## APRESENTAÇÃO DO MANUAL CIPE 1.0 DO CHLC

Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardioráquia  
do Hospital de Santa Marta

Isabel Maria Rodrigues Vieira nº 192011028  
Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030

Lisboa, 28 de Maio de 2012



## Objetivos da Sessão

Que os formandos sejam capazes de:

1. Identificar a **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** (CIPE) como um sistema de linguagem de enfermagem universal;
2. Compreender a importância do **Manual CIPE 1.0 do CHLC** (Centro Hospitalar Lisboa Central);
3. Reconhecer o Manual CIPE 1.0 do CHLC como uma **ferramenta de trabalho**;
4. Contribuir para a **reflexão pessoal** de cada enfermeiro acerca da melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao nível dos registos de Enfermagem.

Duração da Sessão: 30 minutos



## Nota Introdutória

**REPE** (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro)

"Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente [...] propondo protocolos e **sistemas de informação adequados** para a prestação dos cuidados."

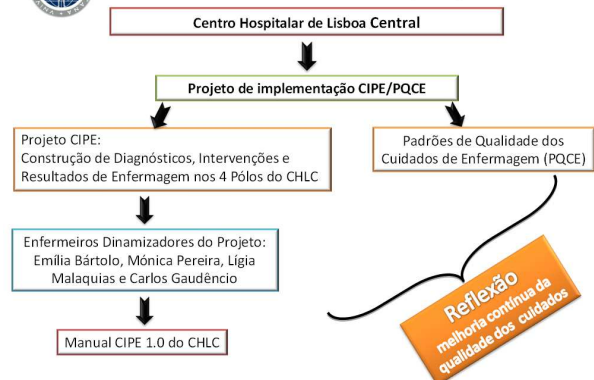
### Porquê a CIPE®?



Foi escolhida pela **Ordem dos Enfermeiros** como a linguagem de enfermagem para integrar os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) em Portugal.



## Nota Introdutória (cont.)



## Estrutura do Manual

- ✓ Estrutura do **Manual CIPE 1.0 do CHLC** é semelhante ao do Manual da CIPE do Conselho Internacional dos Enfermeiros;
- ✓ Dividido em **Processos**;
- ✓ Cada processo tem vários **focos de Enfermagem**;
- ✓ Cada foco tem vários **Diagnósticos possíveis associados**;
- ✓ Para cada **Diagnóstico** está associado um **Resultado** que se pretende obter e definidas as **Intervenções de Enfermagem**;
- ✓ Comportam **intervenções autónomas**.

^ Comportam **intervenções autónomas**

pretende obter e definidas as **intervenções de Enfermagem**:



## Estrutura do Manual (cont.)

Exemplo

Definição e apresentação do código utilizado em linguagem CIPE (Foco)

**CUIDAR DA HIGIENE PESSOAL 10017769**  
Autocuidado (ICN, 2005, p.47)



## Estrutura do Manual (cont.)

Exemplo

### Diagnóstico de Enfermagem

#### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- AC Cuidar da higiene pessoal dependente total
- AC Cuidar da higiene pessoal dependente parcial
- Conhecimento do indivíduo sobre o AC cuidar da higiene pessoal Comprometido
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre AC cuidar da higiene pessoal comprometido
- Capacidade do indivíduo para o AC cuidar da higiene pessoal comprometida
- Capacidade do prestador de cuidados para assistir no AC cuidar da higiene pessoal comprometida



## Estrutura do Manual (cont.)

Exemplo

### Juízos a atribuir

- Atual:** Presente ou real.
- Independente:** estado de não estar dependente de alguém ou de alguma coisa, para ajuda e apoio.
- Dependente:** quando o objetivo/intencionalidade da intervenção de Enfermagem é a independência ou um menor grau de dependência para o indivíduo.
  - Total:** indivíduo não inicia nenhuma das atividades do Autocuidado. Necessita de Ajuda Total.
  - Parcial:** indivíduo inicia ou completa alguma da(s) atividade(s) do Autocuidado. Necessita de Ajuda Parcial, nomeadamente intervenções do tipo: Assistir e Incentivar.
- Comprometido:** estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz.
- Melhorado:** estado julgado como positivo, eficaz.



## Estrutura do Manual (cont.)

Exemplo

### Resultados de Enfermagem

#### RESULTADOS DE ENFERMAGEM

- AC Cuidar da higiene pessoal dependente parcial
- AC Cuidar da higiene pessoal independente
- Conhecimento do indivíduo sobre o AC cuidar da higiene pessoal melhorado
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre AC cuidar da higiene pessoal melhorado
- Capacidade do indivíduo para AC Cuidar da higiene pessoal melhorada
- Capacidade do prestador de cuidados para assistir no AC cuidar da higiene pessoal melhorada



## Estrutura do Manual (cont.)

Exemplo

Diagnóstico: AC Cuidar da higiene pessoal dependente total	Resultado: AC Cuidar da higiene pessoal dependente parcial
Intervenções:	
1. Aplicar creme	
2. Barbear indivíduo	
3. Cortar [cabelo]	
4. Cortar unhas	
5. Dar banho na cama	
6. Dar banho no chuveiro	
7. Escovar dentes	
8. Escovar prótese dentária	
9. Incentivar prestador de cuidados a cuidar da higiene pessoal do indivíduo	
10. Lavar cavidade oral	
11. Lavar couro cabeludo	
12. Lavar mãos	
13. Lavar olhos	
14. Lavar região corporal	
15. Lavar região genital	
16. Lavar região periférica da ostomia	
17. Lavar região pública	
18. Pentear indivíduo	

## Ganhos em Saúde ⇌ PQCE



## Dúvidas?





## Avaliação

Para o seguinte foco:

DOR 10013950

Percepção com as características específicas: Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (ICN, 2005, p.64).

Defina um diagnóstico de enfermagem (atribua um juízo):

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Dor actual

Defina o resultado de enfermagem:

RESULTADOS DE ENFERMAGEM

[Sem] Dor



## Avaliação

Para o seguinte foco:

DOR 10013950

Defina as intervenções de enfermagem:

Intervenções:	Resultados:
1. Adequar [ambiente]	Dor melhorada
2. Adequar posição corporal	[Sem] Dor
3. Aplicar embalagem fria	
4. Aplicar embalagem quente	
5. Assistir indivíduo no posicionar	
6. Executar [estratégias não farmacológicas de controlo da dor]	
7. Executar técnica de relaxamento	
8. Gerir regime medicamentoso	
9. Incentivar auto-controlo	
10. Massajar indivíduo	
11. Monitorizar dor com [escala de avaliação da intensidade da dor]	
12. Posicionar indivíduo	
a) [Decúbito dorsal]	
b) [Decúbito lateral direito]	
c) [Decúbito lateral esquerdo]	
d) [Decúbito semi-lateral direito]	
e) [Decúbito semi-lateral esquerdo]	
f) [Decúbito semi-ventral direito]	
g) [Decúbito semi-ventral esquerdo]	
h) [Decúbito ventral]	
i) [Posição de Fowler]	
j) [Posição de semi-Fowler]	
k) [Posição de dor]	



## Bibliografia

•Gaudêncio, et. Al. – **Manual CIPE 1.0 do CHLC: Proposta de padrão de documentação**. Lisboa, 2012. *Documento não publicado*.

•International Council of Nurses – **CIPE/ICNP®: Versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

•Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios

## APRESENTAÇÃO DO MANUAL CIPE 1.0 DO CHLC

Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica  
do Hospital de Santa Marta

Isabel Maria Rodrigues Vieira n.º 192011028  
Vera Sofia Joaquim Cavaco n.º 192011030

Lisboa, 28 de Maio de 2012



5.2. APÊNDICE II – Resultados da Sessão de Formação “Apresentação do Manual CIPE 1.0 do CHLC”

## **RESULTADOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “APRESENTAÇÃO DO MANUAL CIPE 1.0 DO CHLC”**

### **Nota Introdutória**

O Centro Hospitalar de Lisboa Central encontra-se em fase de implementação da CIPE e SAPE, e conta já com o Manual CIPE 1.0 do CHLC, indo ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Face ao exposto esta sessão de formação permitiu iniciar a caminhada de atribuir noções sobre CIPE aos enfermeiros da UCI CCT. Esta sessão foi realizada no dia 28 de maio de 2012.

### **Objetivo**

O objetivo deste documento é avaliar a sessão de formação “Apresentação do Manual CIPE 1.0 do CHLC”.

### **Material e Métodos**

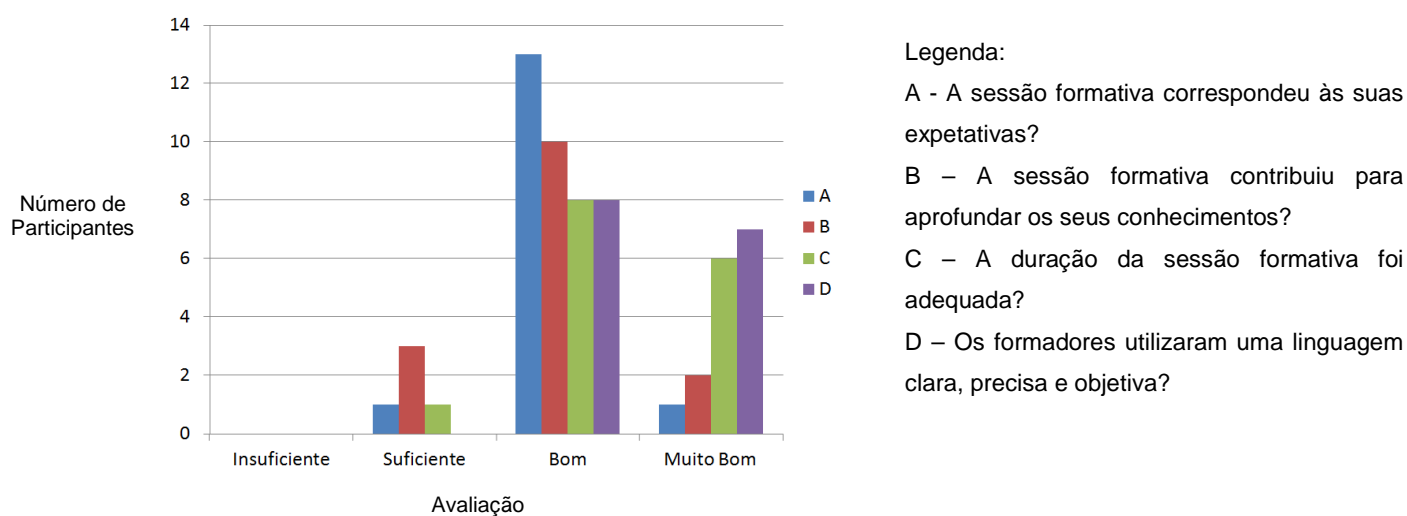
Foi realizada a avaliação de conhecimentos dos participantes, com questões práticas e de resposta aberta, que foram discutidas em grupo, com a moderação das formadoras.

Foi construído um instrumento de avaliação da formação “Apresentação do Manual CIPE 1.0 do CHLC”, com as seguintes questões: “A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “As formadoras utilizaram uma linguagem clara, precisa e objectiva?”. Cada questão poderia ser avaliada como insuficiente, suficiente, bom ou muito bom. No final os participantes poderiam deixar alguma comentário e/ou sugestões, em local próprio. Este instrumento foi distribuído e preenchido por todos os participantes na sessão de formação, mantendo sempre a confidencialidade de cada participante.

### **Resultados**

Nesta sessão de formação participaram 15 enfermeiros. Os resultados da avaliação de conhecimentos foi positivo, com a participação de grande parte dos enfermeiros. Os resultados da avaliação da sessão de formação pelos participantes encontram-se discriminados no Gráfico 1. Os participantes não acrescentaram comentários e/ou sugestões.

Gráfico 1 – Resultados da Avaliação da Sessão de Formação



### Discussão de Resultados

A avaliação de conhecimentos incutiu a discussão e partilha de dúvidas face aos conhecimentos explorados durante a sessão de formação. Os participantes demonstraram interesse e na resposta às questões colocadas atribuíram mais do que uma solução válida.

Relativo à avaliação da sessão na questão “A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?” 93,4% dos enfermeiros consideraram-na como boa ou muito boa; na questão “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?” 80% dos enfermeiros consideraram-na como boa ou muito boa; na questão “A duração da sessão formativa foi adequada?” 93,3% dos enfermeiros consideraram-na como boa ou muito boa; e na questão “Os formadores utilizaram uma linguagem clara, precisa e objetiva?” 100% dos enfermeiros consideraram-na como boa ou muito boa.

### Nota Final

Os resultados obtidos revelam um balanço positivo, quer na avaliação dos conhecimentos dos participantes, quer na avaliação da sessão de formação.



5.3. APÊNDICE III – Sessão de Formação “Apresentação do SAPE – Projecto CIPE/PQCE  
do CHLC



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

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos

**Plano de Sessão**

**Apresentação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) – Projecto CIPE/PQCE do CHLC**

<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégias / Recursos</b>
<i>Relacionar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) com o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).</i>	<i>Explicação das funcionalidades do SAPE, que utiliza a linguagem CIPE, relacionando com a sessão formativa anterior.</i>	<i>- Apresentação pessoal;  - Utilização do método expositivo;  - Utilização do PowerPoint e DataShow.</i>
<i>Identificar as principais funcionalidades do SAPE.</i>	<i>Caracterização das principais funcionalidades do SAPE.</i>	
<i>Construir um plano de cuidados de um doente presente na UCI CCT, integrando informação do Manual de CIPE 1.0 do CHLC.</i>	<i>Apresentação de estudo de caso com exemplos práticos no SAPE de conteúdos do plano de cuidados.</i>	

**Grupo a que se destina:** Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Santa Marta

**Local:** Hospital de Santa Marta

**Data:** 11 de Junho de 2012 **Hora:** 16h

**Duração da sessão:** 30 minutos (20 minutos de exposição e 10 minutos de discussão)

**Realizado por:** Isabel Maria Rodrigues Vieira e Vera Sofia Joaquim Cavaco



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL NA  
 ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
 Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios

## Apresentação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) Projeto CIPE/PQCE do CHLC

Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia  
 Cardiorrespiratória do Hospital de Santa Marta

Isabel Maria Rodrigues Vieira nº 192011028  
 Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030

Lisboa, 11 de Junho de 2012



## Objetivos da Sessão

Que os formandos sejam capazes de:

1. Relacionar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) com o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE);
2. Identificar as principais funcionalidades do SAPE;
3. Construir um plano de cuidados de um doente presente na UCICCT, integrando informação do Manual de CIPE 1.0 do CHLC.



## Nota Introdutória



Software aplicacional que usa, como referencial de linguagem, a CIPE e permite efetuar o planeamento e o registo da atividade decorrente da prestação de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde.



## Nota Introdutória

### Potencialidades do SAPE

Avaliação Inicial

Plano de Cuidados

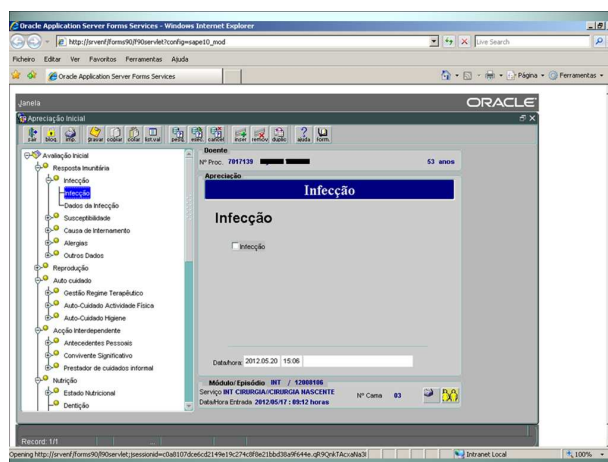
Carta de Transferência



## Avaliação Inicial

✓ Registadas todas as **informações consideradas importantes para a prestação de cuidados** ao doente, que foram colhidas durante o seu acolhimento (exemplo: hábitos de higiene, eliminação, medicação de domicílio, patologias prévias,...);

✓ Podem ser completadas durante o internamento do doente.



Cam: 09	Interno em:	15 Maio 2012 16:12	Saída em:	15 Maio 2012 20:03
Cam: 09	Interno em:	17 Maio 2012 09:12	Saída em:	
	Enf*	Data	Hora	
<b>Resposta Imunitária</b>				
• <b>Infeção</b>				
• Susceptibilidade	Infeção	Sim	5165	27-05-2012 11:55
• Alergias	Susceptível	Sim	5165	27-05-2012 11:55
• Causa de Internamento	Alergias	Não	5165	27-05-2012 11:55
	Causa:	RESSECÇÃO ILEO-COLICA SUB TOTAL COM ILEOSTOMA TERMINAL A 9/2 EM ITALIA	5165	27-05-2012 11:55
<b>Auto cuidado</b>				
• Gestão Regime Terapêutico	Gestão de Regime Terapêutico	Não	5165	27-05-2012 11:56
• Auto-Cuidado Actividade Física	Atividade Física	Ansia	5165	27-05-2012 11:56
• Auto-Cuidado Higiene	Conseguido	Sim	5165	27-05-2012 11:56
<b>Ação Interdependente</b>				
• Antecedentes Pessoais	Dados	SINDROME DO INTESTINO CURTO	5165	27-05-2012 11:56
• Convivente Significativo	Contacto	Ruiana- amiga- 91111111	5165	27-05-2012 11:56
<b>Nutrição</b>				
• Estado Nutricional	Adequado	Não	5165	27-05-2012 11:56
	Não adequado, dados:	muito emagrecido	5165	27-05-2012 11:56
<b>Reparação</b>				
• Adormecer	Adequado	Sim	5165	27-05-2012 11:56
<b>Memória</b>				
• Orientação	Orientado	Sim	5165	27-05-2012 11:57
<b>Eliminação / Intestinal</b>				
• Comprometida	Comprometida	Não	5165	27-05-2012 11:57



## Plano de Cuidados (cont.)

Relembrando...

### Foco + Juízo = Diagnóstico de Enfermagem

Resultado Pretendido

}

Identificar as intervenções a realizar

}

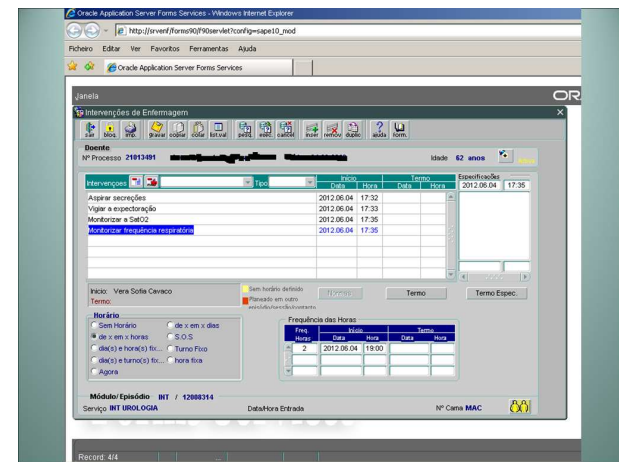
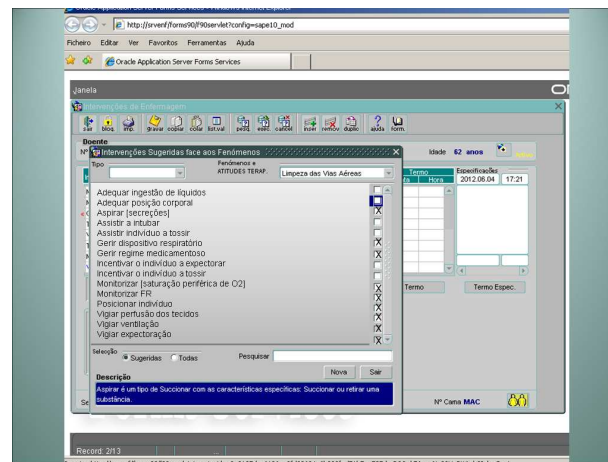
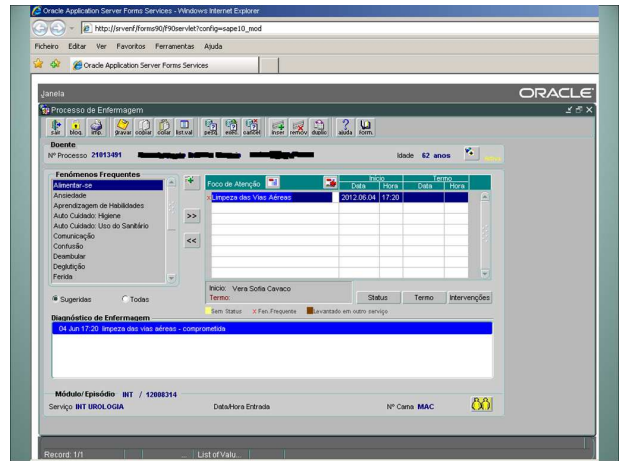
Adequar o horário pretendido


**Exemplo:**

Limpeza das vias aéreas

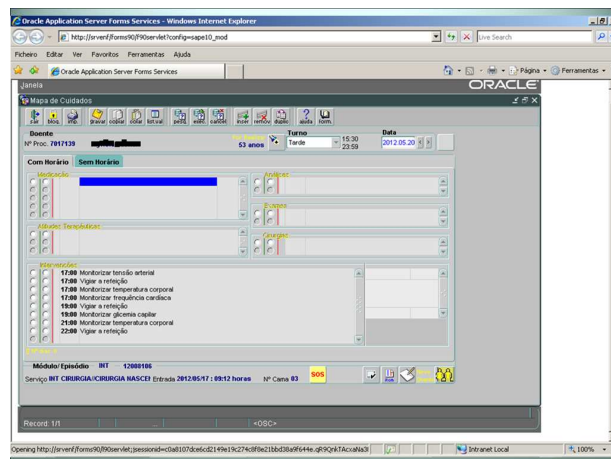
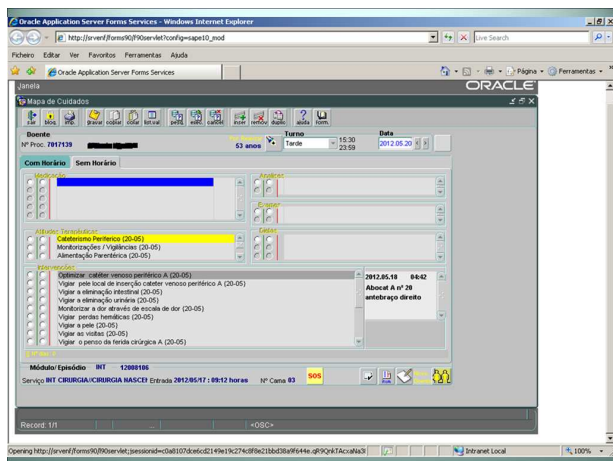
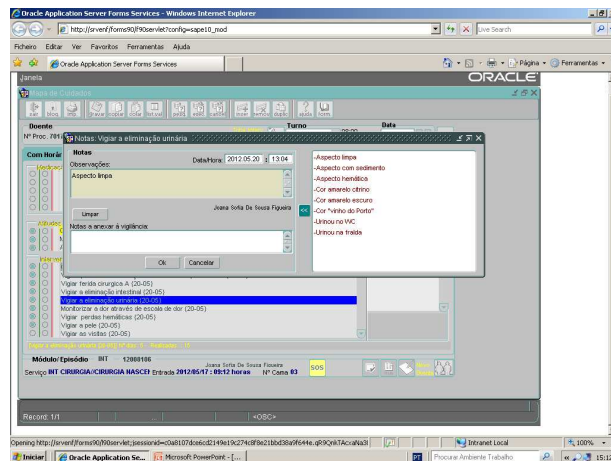
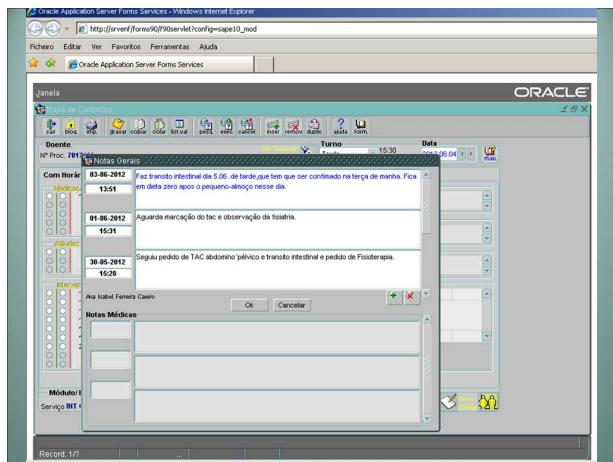
Melhorada


- Aspirar [secreções] - SOS
- Gerir dispositivo respiratório - sem horário
- Gerir regime medicamentoso - Oh, 8h, 16h
- Monitorizar [SpO2] - sem horário
- Monitorizar FR - sem horário
- Posicionar indivíduo - 4/4h
- Vigiar perfusão dos tecidos - sem horário
- Vigiar ventilação - sem horário
- Vigiar expetoração - SOS



 **Plano de Cuidados (cont.)**

- Validar as intervenções realizadas;
- Justificar as que não foram realizadas;
- Associar nota, se necessário complementar registo;
- Realizar outros registos em Notas Gerais.

 **Plano de Cuidados (cont.)**

**Re-avaliação**

- Atualizar juízo sempre que se justifique;
- Suspender intervenções que já não se apliquem;

**Estudo de caso**

Doente do sexo masculino, 62 anos, 70kg, com doença coronária de 2 vasos, submetido à cirurgia cardíaca: duplo bypass das coronárias. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, hipercolesterolemia e enfarte agudo do miocárdio em 2009. Encontra-se no pós-operatório imediato.

Sedado com propofol. Pele e mucosas coradas, hidratadas e com boa perfusão periférica. Apresenta dor com score de 7 na Escala Comportamental da Dor (BPS).

Submetido a ventilação mecânica invasiva, na modalidade de volume controlado, com períodos de desadaptação. Parâmetros gasométricos dentro dos valores normais.

Traçado cardíaco com ritmo de taquicardia sinusal. Normotenso, com suporte de Dopamina e Nitroglicerina.

Drenagem torácica oscilante, não borbulhante e a drenar cerca de 200ml por hora de líquido hemático.

Débitos urinários com cerca de 80ml por hora de urina clara. Está a compensar ião potássio.

**Estudo de caso (cont.)** *Intervenção Interdependente*

**Diagnóstico de Enfermagem**  
Hemorragia atual

**Intervenções**

**Estudo de caso (cont.)** *Intervenção Autônoma*

**Diagnóstico de Enfermagem**  
Dor atual

**Intervenções**

**Registos Escritos versus Registos informáticos**

**Registos Escritos** | **Registos Informáticos**

**Hemorragia:**  
"Drenagem Torácica funcionante, por indicação oral do Dr. X foi administrada Protamina, com pouco efeito. Dr. X fez pedido de plasma que aguarda."

**Registos Escritos versus Registos informáticos**

**Registos Escritos** | **Registos Informáticos**

**DOR:**  
"Doente refere queixas algícas na Esternotomia. Fez analgesia prescrita que surtiu efeito."

**Dúvidas?**

CIPE... Um novo paradigma? Uma trabalhadora?

## Avaliação

### Assinale a(s) opção(s) verdadeira(s):

SAPE é um software aplicacional que usa, como referencial de linguagem, a CIPE e permite efetuar o planeamento e o registo da atividade decorrente da prestação de cuidados médicos nas instituições de saúde.

F

SAPE permite fazer registos apenas sobre o plano de cuidados e a carta de transferência.

F

No plano de cuidados é possível: validar as intervenções realizadas e justificar as que não foram realizadas, associar notas e realizar outros registos em notas gerais.

V



## Bibliografia

•Cunha, A.; Mota, L. – **Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2007

•Gaudêncio, *et al.* – **Manual CIPE 1.0 do CHLC: Proposta de padrão de documentação**. Lisboa, 2012. *Documento não publicado*.

•International Council of Nurses – **CIPE/ICNP®: Versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL NA  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios

## Apresentação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) Projeto CIPE/PQCE do CHLC

Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia  
Cardioráquia do Hospital de Santa Marta

Isabel Maria Rodrigues Vieira nº 192011028  
Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030

Lisboa, 11 de Junho de 2012



5.4. APÊNDICE IV – Resultados da Sessão de Formação “Apresentação do SAPE – Projecto  
CIPE/PQCE do CHLC”

## **RESULTADOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

### **“APRESENTAÇÃO DO SAPE – Projecto CIPE/PQCE do CHLC”**

#### **Nota Introdutória**

A médio prazo prevê-se a introdução do SAPE na UCI CCT. De forma a articular a CIPE com a SAPE e atribuir conhecimentos práticos acerca da sua utilização foi realizada esta sessão de formação no dia 11 de junho de 2012.

#### **Objetivo**

O objetivo deste documento é avaliar a sessão de formação “Apresentação do SAPE - Projecto CIPE/PQCE do CHLC”.

#### **Material e Métodos**

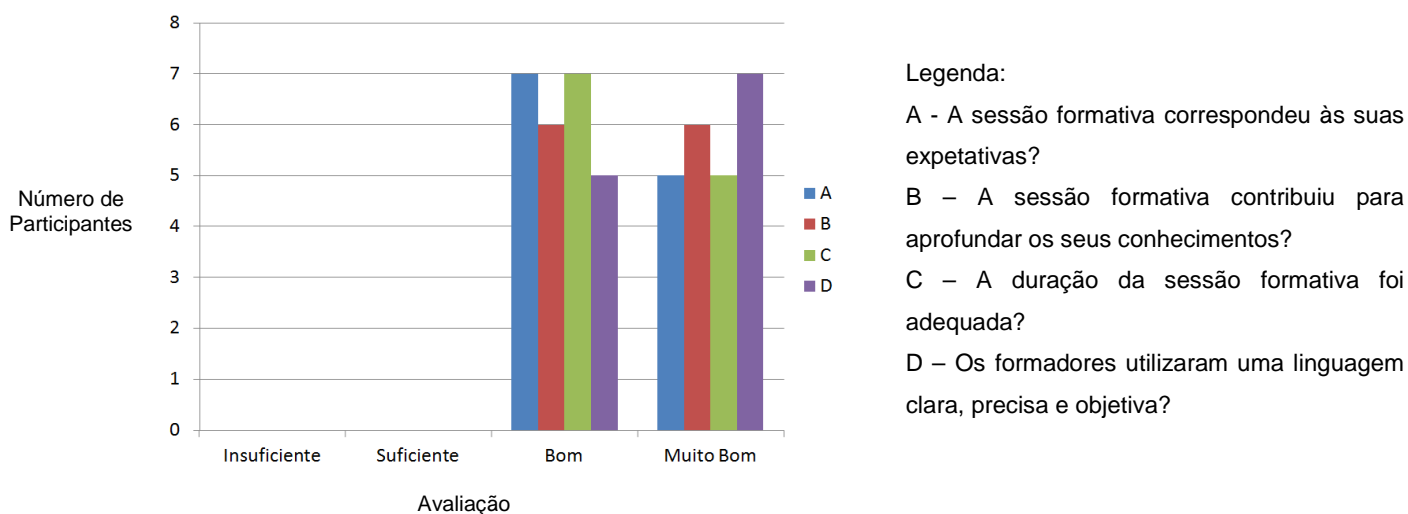
Foi realizada a avaliação de conhecimentos dos participantes, com três questões de verdadeiro e falso, que foram discutidas em grupo, com a moderação das formadoras.

Foi construído um instrumento de avaliação da formação “Apresentação do SAPE - Projecto CIPE/PQCE do CHLC”, com as seguintes questões: “A sessão formativa correspondeu às suas expetativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “As formadoras utilizaram uma linguagem clara, precisa e objectiva?”. Cada questão poderia ser avaliada como insuficiente, suficiente, bom ou muito bom. No final os participantes poderiam deixar alguma comentário e/ou sugestões, em local próprio. Este instrumento foi distribuído e preenchido por todos os participantes na sessão de formação, mantendo sempre a confidencialidade de cada participante.

#### **Resultados**

Nesta sessão de formação participaram 12 enfermeiros. Os resultados da avaliação de conhecimentos foi positivo, com a participação de grande parte dos enfermeiros. Os resultados da avaliação da sessão de formação pelos participantes encontram-se discriminados no Gráfico 1. Os participantes acrescentaram nos comentários e/ou sugestões “Divulgar a todo o serviço”, “Boa articulação entre a teoria e a prática” e “Repetir a formação por forma a assistir o maior número de enfermeiros”.

Gráfico 1 – Resultados da Avaliação da Sessão de Formação



### Discussão de Resultados

A avaliação de conhecimentos incutiu a discussão e partilha de dúvidas face aos conhecimentos explorados durante a sessão de formação. Os participantes demonstraram interesse e responderam correctamente às três questões.

Relativo à avaliação da sessão os participantes avaliaram-na em 100% como boa ou muito boa em todas as questões: “A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “Os formadores utilizaram uma linguagem clara, precisa e objetiva?”.

### Nota Final

Os resultados obtidos revelam um balanço positivo, quer na avaliação dos conhecimentos dos participantes, quer na avaliação da sessão de formação. Relativamente à repetição da formação, foi disponibilizada a marcação de nova data que ainda não se concretizou.



5.5. APÊNDICE V – Sessão de Formação "Comunicar com a Pessoa Submetida a Ventilação  
Mecânica Invasiva: Que Estratégias?"



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

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos

**Plano de Sessão**

**Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: Que estratégias?**

<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégias / Recursos</b>
<i>Identificar as estratégias de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.</i>	<i>Enumeração das estratégias de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação pessoal;</li><li>- Utilização do método expositivo e interrogativo;</li></ul>
<i>Adequar a melhor estratégia de comunicação à especificidade da pessoa com “barreira à comunicação”.</i>	<i>Explicação das várias estratégias de comunicação com “barreira à comunicação”.</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação do Quadro de Comunicação;</li><li>- Utilização do PowerPoint.</li></ul>
<i>Utilizar o quadro de comunicação de imagens e palavras apresentado.</i>	<i>Apresentação do quadro de comunicação de imagens e palavras a ser implementado.</i>	
<i>Desenvolver competências comunicacionais que permitam a melhoria da qualidade assistencial à pessoa internada na UCI.</i>	<i>Contribuição para a capacidade crítico-reflexiva acerca do papel da comunicação na melhoria da qualidade assistencial à pessoa internada na UCI.</i>	

*Grupo a que se destina: Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Santa Marta*

*Local: Hospital de Santa Marta*

*Data: 21 de Junho de 2012 Hora: 16h*

*Duração da sessão: 30 minutos (20 minutos de exposição e 10 minutos de discussão)*

*Realizado por: Vera Sofia Joaquim Cavaco*

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL NA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios

**Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: Que estratégias?**

Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030

Lisboa, 21 de Junho de 2012

**Objetivos da Sessão**

Que os formandos sejam capazes de:

- Identificar as estratégias de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva;
- Adequar a melhor estratégia de comunicação à especificidade da pessoa com “barreira à comunicação”;
- Utilizar o quadro de comunicação apresentado;
- Desenvolver competências comunicacionais que permitam a melhoria da qualidade assistencial à pessoa internada na UCI.

**Nota Introdutória**

**Comunicação**

- Alicerce da enfermagem,
- Centro de grande parte dos cuidados de saúde.

↓

Prioridade de investigação em cuidados intensivos

↻ ↻

**Melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**

(Verity, 1996; Anthonypillai, 1993; Menzel, 1994; Briga, 2010)

**Nota Introdutória (cont.)**

A pessoa com uma entubação orotraqueal está impossibilitada de comunicar verbalmente.



**Fontes geradoras de stress:**

- Ambiente da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI);
- Condição de saúde;
- Dificuldades em interagir socialmente;
- Dificuldades em comunicar as suas necessidades, vontades e/ou sentimentos.

(Ashworth, 1980 citada por Alasad e Ahmad, 2005; Batty, 2009)

**Nota Introdutória (cont.)**

- As pessoas sujeitas a ventilação mecânica invasiva recordavam a comunicação como **um dos aspetos mais negativos** do internamento.
- As interações de comunicação entre enfermeiro-doente entubado **duram menos de 30 segundos** e consistem em instruções, informação relacionada com os cuidados físicos, questões de sim-não e ordens.
- Quanto menos comunicativa for a pessoa internada, **menos comunicativos** são os prestadores de cuidados.
- A **melhor fonte de informação** sobre a pessoa internada é a própria pessoa.

(Hafsteindóttir, 1996; Wurz et al., 2010)

**Estratégias de Comunicação**

Uso de **estratégias simples e efetivas** (escrita, gestos e imagens).

**Considerações**

- Os enfermeiros tentam **validar a informação**.
- É vital que os enfermeiros de cuidados intensivos tenham **formação** acerca das diversas técnicas de comunicação.

(Hagland, 1995; Karlsson et al., 2012; Briga, 2010; Batty, 2009)

### Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: Que Estratégias?

- Comunicação verbal, não verbal (Barlem et al., 2008);
- Símas sim-não (Happ et al., 2011);
- VOCAs (Happ et al., 2004a);
- Gestos (Happ et al., 2011; Happ et al., 2004b; Radyke et al., 2012);
- Acenos de cabeça (Happ et al., 2011; Happ et al., 2004b; Khalala et al., 2011);
- Leitura de lábios (Happ et al., 2011; Happ et al., 2004b; Khalala et al., 2011; Radyke et al., 2012; Wójcicki-Johansson, 2001);
- Aperto de mãos, expressão facial (Khalala et al., 2011);
- Papel e caneta (Magnus e Turkington, 2006; Patak et al., 2004; Radyke et al., 2012; Wójcicki-Johansson, 2001);
- Alfabeto (Khalala et al., 2011; Magnus e Turkington, 2006);
- Quadro de palavras e imagens (Khalala et al., 2011; Patak et al., 2004; Patak et al., 2006; Radyke et al., 2012);
- Linguagem corporal, toque (Wójcicki-Johansson, 2001).

### Papel do enfermeiro

**Promover:**

- Treino (Happ et al., 2004a; Magnus e Turkington, 2006);
- Avaliação individualizada, combinação de várias estratégias (Happ et al., 2004a);
- Adequar sedação e analgesia (Happ et al., 2004b; Khalala et al., 2011);
- Adequar métodos de comunicação simples e acessíveis (Khalala et al., 2011; Magnus e Turkington, 2006);
- Disponibilidade (Patak et al., 2004);
- Uso adequado dos quadros de comunicação (Patak et al., 2006).

**Evitar:**

- Ser breves e abandonar, ignorar ou não compreender o que a pessoa quer dizer (Happ et al., 2011).

**Para Incrementar:**

- Segurança, respeito e carinho (Barlem et al., 2008);
- Comunicação mais natural e efetiva (Radyke et al., 2012).

## Quadro de Comunicação

### Quadro de Comunicação

**Sinto...**

Falta de ar	Dor	Engasgado
Nauseado	Tontura	Medo
Sede / Fome	Chateado	Triste
Cansado	Frustrado	Frio / Calor

**Preciso...**

Ser aspirado	Molhar lábios	Meias / Óculos
Dormir	Silêncio	Levantar
Papel e caneta	Luzes ligadas / desligadas	Deitar
Levantar / baixar a cabeça	Virar para a direita	Virar para a esquerda
Almofada / cobertor	Arrastadeira / urinol	Banho

Recursos Bibliográficos: PATAK, LANCE, GAVILINHO, ANNA, FUNG, IFFER, DOERING, LYNN, BEIG, JILL, HENNEMAN, Elizabeth A. - Communication boards in critical care: patients' views. Applied Nursing Research, 19, 2006. ISSN 0897-1897.

### Communication Board

**I am...**

Short of breath	In pain	Choking
Feeling sick	Dizzy	Afraid
Hungry / thirsty	Angry	Sad
Tired	Frustrated	Cold / hot

**I want...**

To be suctioned	Lip moistened	Glasses / socks
To sleep	It quiet	To sit up
Pen and paper	Lights off/on	To lie down
Head of bed up/down	To turn right	To turn left
Pillow / blanket	Toilette	Bath

Recursos Bibliográficos: PATAK, LANCE, GAVILINHO, ANNA, FUNG, IFFER, DOERING, LYNN, BEIG, JILL, HENNEMAN, Elizabeth A. - Communication boards in critical care: patients' views. Applied Nursing Research, 19, 2006. ISSN 0897-1897.

### Dúvidas?

### Avaliação

Complete as Palavras Cruzadas:

A	C	E	N	O	S	C	A	B	E	Ç	A			
G	E	S	T	O	S									
			M								T			
L	E	I	T	U	R	A	D	E	L	A	B	I	O	S
			N											
S	I	M	-	N	Ã	O								U
	C	A	N	E	T	A	E	P	A	P	E	L		
		A	L	F	A	B	E	T	O					
Q	U	A	D	R	O	S								



## Referências Bibliográficas

ALASAD, Jafar, AHMAD, Muayyad – Communication with critically ill patients. **Journal of Advanced Nursing** ISSN 1365-2648, 50.4 (2005), p. 356-362.

ANTHONY-PILLAI, P – Cross-cultural communication in an intensive care unit. **Intensive and Critical Care Nursing** ISSN 0964-3397, 8.4 (1993), p.263-268.

BARLEM, Edson, ROSENHEIN, Daniele, LUNARDI, Valéria, FILHO, Wilson – Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica em Enfermagem** ISSN 1518-1944, 10.4 (2008), p. 1041-1049.

BRITTY, Sally – Communication, swallowing and feeding in the intensive care unit patient. **Nursing in Critical Care** ISSN 1478-5153, 14.4 (2009), p.175-179.

BRIGA, Sónia – **A Comunicação Terapêutica Enfermeiro/Doente: Perspectivas de Doentes Oncológicos Entubados Endotraquealmente**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

BRINDLEY, Peter, REYNOLDS, Stuart – Improving verbal communication in critical care medicine. **Journal of Critical Care** ISSN 0883-9441, 26.2 (2011), p.155-159.

GROSSBACH, Irene, STRANBERG, Sarah, CHLAN, Linda – Promoting Effective Communication for Patients Receiving Mechanical Ventilation. **Critical Care Nurse** ISSN 0278-5442, 31.3 (2011), p.46-51.

HAFSTEINDOTTIR, Thora – Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. **Intensive and Critical Care Nursing** ISSN 0964-3397, 12 (1996), p.261-271.

HAGLAND, Martin – Nurse-patient communication in intensive care: a low priority? **Intensive and Critical Care Nursing** ISSN 0964-3397, 11 (1995), p.111-115.

HAPP, Mary Beth, GARRETT, Kathryn, THOMAS, Dana Divirgilio, TATE, Judith, GEORGE, Elisabeth, HOUE, Martin, RADTKE, Jill, SEREKA, Susan – Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. **American Journal of Critical Care** ISSN 1062-3264, 20 (2011), p.428-440.

HAPP, Mary, ROESCH, Tricia, GARRETT, Kathryn – Electronic voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a medical intensive care unit: A feasibility study. **Heart & Lung** ISSN 1047-9563, 33.2 (2004a), p.92-101.

HAPP, Mary Beth, TUIE, Patricia, DOBBIN, Kathy, DIVIRGILIO-THOMAS, Dana, KITUTU, Julius – Communication Ability, Method, and Content among Nonspeaking Nonsurviving Patients Treated with Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit. **American Journal of Critical Care** ISSN 1062-3264, 13.2 (2004b), p.210-220.



## Referências Bibliográficas (cont.)

KARLSSON, Veronika, BERGBOM, Ingegerd, FORSBERG, Anna – The lived experiences of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: A phenomenological-hermeneutic study. **Intensive and Critical Care Nursing** ISSN 0964-3397, 28 (2012), p.6-15.

KHALILIA, Rabia, ZRIDAT, Wajid, ANWAR, Kabaha, BAYYA, Abed, LINTON, David, SWIRI, Sigal – Communication Difficulties and Psychosocial Distress in Patients Receiving Mechanical Ventilation. **American Journal of Critical Care** ISSN 1062-3264, 20.6 (2011), p.470-479.

MAGNUS, Victoria, TURKINGTON, Leisa – Communication interaction in ICU – Patient and staff experiences and perceptions. **Intensive and Critical Care Nursing** ISSN 0964-3397, 22 (2006), p.167-180.

MENZEL, Linda – Need for communication-related research in mechanically ventilated patients. **American Journal of Critical Care** ISSN 1062-3264, 3 (1994), p.165-167.

PATAK, Lance, GAWLINSKI, Anna, FUNG, Irene, DOERING, Lynn, BERG, Jill – Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. **Heart & Lung** ISSN 1047-9563, 33.5 (2004), p.308-323.

PATAK, Lance, GAWLINSKI, Anna, FUNG, Irene, DOERING, Lynn, BERG, Jill, HENNEMAN, Elizabeth A. – Communication boards in critical care: patients' views. **Applied Nursing Research** ISSN 0897-1897, 19 (2006), p.182-190.

RADTKE, Jill, TATE, Judith, HAPP, Mary – Nurses' perceptions of communication training in the ICU. **Intensive and Critical Care Nursing** ISSN 0964-3397, 28 (2012), p.19-25.

ROSARIO, Elsa – **Comunicação e Cuidados de Saúde, Comunicar com o Doente Ventilado em Cuidados Intensivos**. Lisboa: Universidade Aberta, 2009. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

VERITY, Sheila – Communicating with sedated ventilated patients in intensive care: focusing on the use of touch. **Intensive and Critical Care Nursing** ISSN 0964-3397, 12 (1996), p.354-355.

WOUNICKI-JOHANSSON, Grazina – Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations. **Intensive and Critical Care Nursing** ISSN 0964-3397, 17 (2001), p.29-39.

WURZ, Jeanne, ROTHEN, Hans-Ulrich, BLOK, Geke, KISS, Alexander – **Communication: Professionalism**. Bélgica: European Society of Intensive Care Medicine, 2010. ISBN 978-92-95051-02-9.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Estágio Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios

Quais as estratégias para comunicar  
com a pessoa submetida a  
ventilação mecânica invasiva?

Obrigado pela atenção

Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030

Lisboa, 21 de Junho de 2012



5.6. APÊNDICE VI – Resultados da Sessão de Formação "Comunicar com a Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva: Que Estratégias?"

**RESULTADOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**  
**“COMUNICAR COM A PESSOA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA:**  
**QUE ESTRATÉGIAS”**

**Nota Introdutória**

Na UCI CCT a pessoa com limitações à comunicação verbal necessita que sejam criadas estratégias que permitam ultrapassar essa limitação. Neste sentido foi realizado, no dia 21 de junho de 2012, esta sessão de formação com a partilha de inúmeras estratégias de comunicação com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

**Objetivo**

O objetivo deste documento é avaliar a sessão de formação “Comunicar com a Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva: Que Estratégias?”.

**Material e Métodos**

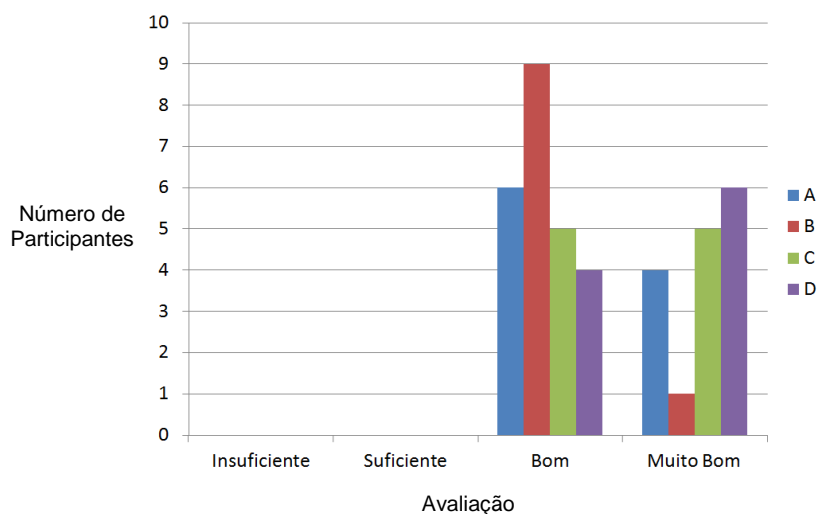
Foi realizada a avaliação de conhecimentos dos participantes, com um esquema de palavras cruzadas, que foram discutidas em grupo, com a moderação da formadora.

Foi construído um instrumento de avaliação da formação “Comunicar com a Pessoa Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva: Que Estratégias?”, com as seguintes questões: “A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “A formadora utilizou uma linguagem clara, precisa e objectiva?”. Cada questão poderia ser avaliada como insuficiente, suficiente, bom ou muito bom. No final os participantes poderiam deixar alguma comentário e/ou sugestões, em local próprio. Este instrumento foi distribuído e preenchido por todos os participantes na sessão de formação, mantendo sempre a confidencialidade de cada participante.

**Resultados**

Nesta sessão de formação participaram 10 enfermeiros. Os resultados da avaliação de conhecimentos foi positivo, com a participação de grande parte dos enfermeiros. Os resultados da avaliação da sessão de formação pelos participantes encontram-se discriminados no Gráfico 1. Os participantes não acrescentaram comentários e/ou sugestões.

Gráfico 1 – Resultados da Avaliação da Sessão de Formação



Legenda:

A - A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?

B - A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?

C - A duração da sessão formativa foi adequada?

D - A formadora utilizou uma linguagem clara, precisa e objetiva?

### Discussão de Resultados

A avaliação de conhecimentos incutiu a discussão e partilha de dúvidas face aos conhecimentos explorados durante a sessão de formação. Os participantes demonstraram interesse e responderam correctamente às palavras cruzadas.

Relativo à avaliação da sessão verifiquei que 100% dos participantes avaliaram os itens “A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “Os formadores utilizaram uma linguagem clara, precisa e objetiva?” como bom ou muito bom. No final da sessão foi entregue o Quadro de Comunicação à equipa de enfermagem, que manifestaram ser um contributo positivo para a prestação de cuidados.

### Nota Final

Os resultados obtidos revelam um balanço positivo, quer na avaliação dos conhecimentos dos participantes, quer na avaliação da sessão de formação.



## 5.7. APÊNDICE VII – Quadro de Comunicação



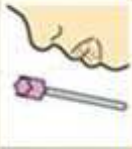







## Preciso...

<b>Falta de ar</b>	<b>Dor</b>	<b>Engasgado</b>	<b>Engasgado</b>
<b>Nauseado</b>	<b>Tontura</b>	<b>Medo</b>	<b>Medo</b>
<b>Sede / Fome</b>	<b>Chateado</b>	<b>Triste</b>	<b>Triste</b>
<b>Cansado</b>	<b>Frustrado</b>	<b>Frio / Calor</b>	<b>Frio / Calor</b>

## Sinto...

<b>Ser aspirado</b>	<b>Molhar lábios</b>	<b>Melas / óculos</b>
<b>Dormir</b>	<b>Silêncio</b>	<b>Levantar</b>
<b>Papel e caneta</b>	<b>Luzes ligadas / desligadas</b>	<b>Deltar</b>
<b>Levantar / baixar a cabeceira</b>	<b>Virar para a direita</b>	<b>Virar para a esquerda</b>
<b>Almofada / cobertor</b>	<b>Arrastadeira / urinol</b>	<b>Banho</b>

## I want...

		
<b>To be suctioned</b>	<b>Lip moistened</b>	<b>Glasses / socks</b>
		
<b>To sleep</b>	<b>To sit up</b>	<b>To lie down</b>
		
<b>Pen and paper</b>	<b>Lights off/on</b>	<b>To turn left</b>
		
<b>Head of bed up/down</b>	<b>To turn right</b>	<b>Toilette</b>
		
<b>Pillow / blanket</b>	<b>Bath</b>	

## I am...

		
<b>Short of breath</b>	<b>In pain</b>	<b>Choking</b>
		
<b>Feeling sick</b>	<b>Dizzy</b>	<b>Afraid</b>
		
<b>Hungry / thirsty</b>	<b>Angry</b>	<b>Sad</b>
		
<b>Tired</b>	<b>Frustrated</b>	<b>Cold / hot</b>

#### 5.8. APÊNDICE VIII – Instrumento de Trabalho sobre Terapêutica Subcutânea





UNIVERSIDADE IN|N|STITUTO DE  
CATÓLICA CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Módulo III – Opcional

# Medicação Subcutânea

*Internamento de Cirurgia I / Urologia*

Hospital de Faro EPE

e

*Cuidados Paliativos*

Instituto Português de Oncologia de Lisboa

Francisco Gentil EPE

Vera Sofia Joaquim Cavaco nº192011030

Professora Orientadora: Maria Georgeana Marques da Gama  
Enfermeira Orientadora: Sandra Neves

Lisboa, novembro de 2012

## Siglas

IPOLFG – Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil  
EPE – Entidade Pública Empresarial

## Abreviaturas

µg – micrograma

AINE's – Anti-inflamatórios não Esteróides

Dex – Dextrose 5% em Água

h – hora

H<sub>2</sub>O – Água para Injetáveis

mg – miligrama

n/d – não disponível

NaCl 0,9% – Cloreto de Sódio a 0,9%

## Índice

I – Nota Introdutória.....	3
II – Fármacos Compatíveis com a Via Subcutânea.....	4
III – Perfusão Contínua em Via Subcutânea.....	10
a) Combinação de dois fármacos em perfusão contínua.....	12
b) Combinação de três fármacos em perfusão contínua.....	13
IV – Considerações Finais.....	14
V – Bibliografia.....	14

## I – Nota Introdutória

O número de doentes terminais em internamento hospitalar tem aumentado nos últimos anos. Este trabalho pretende sedimentar os conhecimentos no recurso à terapêutica subcutânea no controlo sintomático do doente em fim de vida, de modo a promover o seu conforto e a qualidade de vida, indo ao encontro das necessidades da equipa de enfermagem do Internamento de Cirurgia I / Urologia do Hospital de Faro, que pela sua complexidade não ambiciona ser um trabalho exaustivo na área. Para tal, recorreu-se a informação bibliográfica e partilha de experiências e colaboração da Equipa de Cuidados Paliativos do IPOLFG.

O controlo de sintomas em contexto de cuidados paliativos pode ser considerado um desafio, pelo que o domínio dos fármacos mais usuais permitirá um melhor ajuste do bem-estar físico e, assim, (re)direcionar energias noutros aspectos, como a componente psicossocial. São explorados aspectos como a ação terapêutica, período de tempo até ao efeito esperado, efeitos secundários comuns, dose habitual em 24 horas, solvente indicado, estabilidade da diluição e outras informações. Considera-se ainda a medicação subcutânea em bólus e em perfusão contínua, apresentando, neste último grupo, associações medicamentosas de carácter pertinente às principais sintomatologias apresentadas pelos doentes em final de vida no internamento atrás mencionado.

A informação aqui apresentada será partilhada com os directores de serviço de Cirurgia I / Urologia, bem como com a médica responsável pelos Cuidados Paliativos do Hospital de Faro, para conhecimento e parecer. Posteriormente será apresentada aos enfermeiros do Internamento de Cirurgia I / Urologia, em formação de serviço.

Neste documento não é abordada a canulação de via subcutânea, nem as intervenções de enfermagem intrínsecas à sua manutenção. Para mais informação sobre essas questões aconselha-se a consulta da Ação de Formação em Serviço "Procedimentos de Enfermagem na Hipodermóclise", realizada em Maio de 2011.

## II – Fármacos Compatíveis com a Via Subcutânea

Para a seleção dos fármacos de seguida apresentados, foi considerada a experiência dos enfermeiros do Internamento de Cirurgia I do Hospital de Faro, o stock disponível no mesmo serviço (recursos) e as necessidades do doente em fim de vida. Deste modo selecionaram-se: butilscopolamina, ceftriaxone, ceterolac, dexametasona, diclofenac, furosemida, haloperidol, metoclopramida, midazolam, morfina, octreotido, ondansetron, ranitidina e tramadol. Na Tabela 1 estão descritas as especificações inerentes a cada um dos fármacos. Acrescenta-se que qualquer seleção farmacológica deverá assentar num processo de decisão bem definido e discutido em equipa, onde deverá existir a unificação de conhecimentos atualizados, que permitam o treino de atuação dos enfermeiros. Às intervenções farmacológicas deverão associar-se as intervenções não farmacológicas.

4

Tabela 1 – Medicação de administração subcutânea e suas especificações, em Cuidados Paliativos.

Nome do fármaco (classificação)	É usado para que?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
<b>Butilscopolamina</b> (antimuscarínico)	- Diminuição das secreções respiratórias; - Diminuição de secreções gástricas e gástricas; - Alívio de cólicas gastrointestinais; - Inibição da secreção salivária;	Infusões a 10 minutos e dura cerca de 2 horas;	- Boca seca; - Rash cutâneo; - Obstrução; - Visão turva;	60 – 180 mg	NaCl 0,9% ou H <sub>2</sub> O	n/d	- Fármaco de 1ª linha, geralmente não é sedativo, mas em idosos pode aumentar a sedação e a obstipação.
<b>Ceftriaxone</b> (cefalosporina de 3ª geração)	- Tratamento da infeção respiratória; - Diminuição de secreções gástricas e gástricas;	n/d	- Náuseas e vômitos; - Diarreia; - Rash cutâneo; - Prurido;	n/d	H <sub>2</sub> O ou lidocaina 1%	6 horas	
<b>Ceterolac</b> (anti-inflamatório não esteroide)	- Adjuvante no controlo da dor óssea ou dor associada a processo inflamatório e na febre;	Semi-vida longa;	- Náuseas e vômitos; - Hemorragia gastrointestinal; - Dispepsia;	30 – 120 mg	NaCl 0,9% ou H <sub>2</sub> O	35 dias em NaCl 0,9% e 7 dias em Dex	

5

Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
<b>Dexametasona</b> (Glucocorticóide)	- Diminuição da obstrução intestinal; - Diminuição da pressão intracraniana; - Diminuição de edema; - Descompressão cervical; - Alívio de náuseas e vômitos intratáveis.	n/d	- Retenção de líquidos nos tecidos; - Aumento do valor da glicémia; - Síndrome de <i>Cushing</i> .	4 – 16 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	24 horas	- Evitar administrar depois das 18h, por alterar padrão de sono; - Não compatível com a maioria dos medicamentos; - Aumenta o apetite.
<b>Diclofenac</b> (anti-inflamatório não esteroide)	- Coadjuvante no alívio da dor, do processo inflamatório e da febre.	Entre 20 a 30 minutos, com duração de 8 horas.	- Pode criar micronódulos no local de administração (administrar lentamente); - Cefaleias, tonturas e vertigens; - Náuseas e vômitos; - Hemorragia gastrointestinal.	150 mg	NaCl 0,9%	Administrar de imediato	- Deve ser administrado separadamente de outros fármacos.

6

Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
<b>Furosemida</b> (diurético de ansa)	- Redução de edema; - Alívio do estertor.	Entre 2 a 5 minutos, com duração de 2 horas.	- Erupção na pele e equimoses; - Diminuição do valor da pressão arterial.	n/d	n/d	24 horas	- Não compatível com a maioria dos medicamentos.
<b>Haloperidol</b> (antipsicótico típico)	- Alívio de náuseas e vômitos (induzidas por opióide ou alterações metabólicas); - Tratamento da confusão e/ou inquietação; - Tratamento de hipus.	Entre 10 a 15 minutos e fica em circulação durante 13 a 35 horas.	- Reação extrapiramidal; - Inquietação; - Sonolência.	2,5 – 10 mg (antiemético) 10 – 30 mg (agitação)	H <sub>2</sub> O	n/d	
<b>Metoclopramida</b> (procinético)	- Alívio de náuseas e vômitos (por estase gástrica induzida por opióide ou obstrução intestinal parcial); - Tratamento de hipus.	Entre 30 a 60 minutos até fazer efeito e fica em circulação durante 2,5 a 5 horas, podendo ser superior em alguns doentes.	- Pode irritar a pele (administrar lentamente); - Inquietação; - Sonolência; - Tonturas.	30 – 120 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	n/d	- Evitar na obstrução intestinal total ou na cólica.

7

Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
<b>Midazolam</b> (benzodiazepina)	- Tratamento da inquietação; - Reduzir a ansiedade; - Tratamento de convulsões; - Sedação terminal.	Entre 5 a 10 minutos, com ação curta (duração máxima de 240 minutos).	- Pode irritar a pele (administrar lentamente); - Sonolência; - Esquecimento.	10 – 60 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	24 horas	
<b>Morfina</b> (analgésico estupefaciente)	- Alívio da dor; - Tratamento da dispneia.	Inicia efeito aos 20 minutos após administração e atinge o seu pico aos 30-60 minutos.	- Obstipação; - Náuseas e vômitos; - Boca seca; - Prurido; - Confusão; - Sonolência.	Aumento gradual sem teto	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	n/d	- Fármaco de 1ª linha para analgesia opióide.
<b>Octreotido</b> (antagonista hipofisário)	- Alívio de vômitos intratáveis devido a obstrução intestinal; - Diminuição de sucos gastrointestinais; - Diminuição da drenagem de fistula.	Inicia efeito aos 30 minutos após administração e tem uma duração de 8 horas.	- Dor no local de administração (recomenda-se rotação do local de administração); - Náuseas; - Alteração no valor da glicémia.	300 – 600 µg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	24 horas	- Não diminui as náuseas.

8

Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
<b>Ondansetron</b> (antiemético e antivertiginoso)	- Alívio das náuseas e vômitos.	Inicia efeito aos 5 minutos e tem uma duração de 12 horas.	- Cefaleias; - Obstipação.	24 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	n/d	
<b>Ranitidina</b> (modificador da secreção gástrica)	- Diminuição do suco gástrico basal.	n/d	- Tonturas; - Sonolência.	150 – 300 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	7 dias	
<b>Tramadol</b> (analgésico estupefaciente)	- Alívio da dor.	n/d	- Tonturas; - Náuseas e vômitos; - Obstipação; - Fadiga.	100 – 600 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	24 horas	

9

### III – Perfusão Contínua em Via Subcutânea

Atendendo às necessidades do doente em fim de vida, são agora propostas algumas combinações de fármacos na mesma solução, para perfusão contínua nas 24 horas, em via subcutânea. Foram consideradas as combinações de fármacos para o tratamento paliativo do *delirium*, hipersecreção brônquica, dor e náuseas/vómitos, identificados, empiricamente, como mais prevalentes no internamento de Cirurgia Urologia do Hospital de Faro. No Esquema 1 é apresentado a compatibilidade dos fármacos atrás considerados.

Esquema 1 – Compatibilidade entre dois fármacos.

	Butilscopolamina	Cetorolac	Dexametasona	Diclofenac	Haloperidol	Metoclopramida	Morfina	Ondansetron	Ranitidina	Tramadol
Butilscopolamina										
Cetorolac										
Dexametasona										
Diclofenac										
Haloperidol										
Metoclopramida										
Morfina										
Ondansetron										
Ranitidina										
Tramadol										

Legenda: ■ - Associação compatível; ■ - Associar com precauções

Para melhor contextualização dos sinais/sintomas identificados, faz-se uma breve caracterização dos mesmos, não rejeitando uma consulta mais detalhada sobre cada um deles.

**Dor:** para os diferentes tipos de dor existem diferentes tipos de fármacos. Os tipos de dor prevalentes neste internamento são a dor visceral (envolvimento de vísceras – descrita como profunda, constante, "que aperta", cólica, pode ser mal localizada) e a dor somática (envolvimento ósseo, muscular ou tecidos moles – descrita como latejante, moinha, bem localizada). Neste documento não é abordada a dor neuropática (Ver Tabela 1).

**Delirium:** é um estado confusional agudo frequente em doentes com doença oncológica em fase avançada, particularmente nas últimas semanas de vida, sendo clinicamente importante, gerador de sofrimento e angústia, tanto para o próprio doente como para os seus familiares e profissionais de saúde (ver Tabela 1).

**Hipersecreção das Vias Aéreas:** no final de vida a respiração do doente pode tornar-se ruidosa, devido à acumulação de secreções nas vias aéreas. O som pode ser angustiante, principalmente, para os familiares. Por vezes, o reposicionamento do doente pode ajudar no seu alívio, no entanto existem medicamentos que podem ajudar a secar algumas das secreções. Devem-se evitar aspirações das vias aéreas frequentes, por se tratar de um procedimento doloroso e desconfortável (ver Tabela 1).

**Náuseas e/ou vômitos:** podem ser causados por muitos processos de doença ou por efeitos secundários de fármacos, como os opióides. A sensação de náusea pode existir com ou sem vômito. Existem diversos fármacos dirigidos para o tratamento da náusea e/ou do vômito (ver Tabela 1).

a) Combinação de dois fármacos em perfusão contínua

Dor\* e Delírium

Fármaco A	Fármaco B	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição?
Morfina (dor visceral ou somática)	Haloperidol	NaCl 0,9%	24h
Tramadol (dor visceral ou somática)	Haloperidol	H <sub>2</sub> O	
Tramadol (dor visceral ou somática)	Midazolam	NaCl 0,9%	
Butilscopolamina (dor visceral)	Haloperidol	NaCl 0,9%	

Dor\* e Hipersecreção das Vias Aéreas

Fármaco A	Fármaco B	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição?
Tramadol (dor visceral ou somática)	Butilscopolamina	NaCl 0,9%	24h
Morfina (dor visceral ou somática)	Butilscopolamina	NaCl 0,9%	

Dor\* e Náuseas/Vômitos

Fármaco A	Fármaco B	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição?
Morfina (dor visceral ou somática)	Haloperidol	NaCl 0,9%	24h
Morfina (dor visceral ou somática)	Metoclopramida	NaCl 0,9%	
Morfina (dor visceral ou somática)	Ondansetron	NaCl 0,9%	
Morfina (dor visceral ou somática)	Octeotrido	NaCl 0,9%	
Tramadol (dor visceral ou somática)	Haloperidol	H <sub>2</sub> O	
Tramadol (dor visceral ou somática)	Metoclopramida	NaCl 0,9%	

Fármaco A	Fármaco B	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição?
Octeotrido (dor visceral)	Metoclopramida	H <sub>2</sub> O	
Octeotrido (dor visceral)	Ondansetron	H <sub>2</sub> O	

b) Combinação de três fármacos em perfusão contínua

Dor\*, Delírium e Hipersecreção das Vias Aéreas

Fármaco A	Fármaco B	Fármaco C	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição?
Morfina (dor visceral ou somática)	Haloperidol	Butilscopolamina	NaCl 0,9%	24h
Morfina (dor visceral ou somática)	Butilscopolamina	Midazolam	NaCl 0,9%	
Tramadol (dor visceral ou somática)	Haloperidol	Butilscopolamina	NaCl 0,9%	
Tramadol (dor visceral ou somática)	Haloperidol	Midazolam	NaCl 0,9%	
Tramadol (dor visceral ou somática)	Butilscopolamina	Midazolam	NaCl 0,9%	

Dor\*, Delírium e Náuseas/Vômitos

Fármaco A	Fármaco B	Fármaco C	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição?
Morfina (dor visceral ou somática)	Butilscopolamina	Midazolam	NaCl 0,9%	24h
Morfina (dor visceral ou somática)	Metoclopramida	Midazolam	NaCl 0,9%	
Morfina (dor visceral ou somática)	Haloperidol	Midazolam	NaCl 0,9%	
Tramadol (dor visceral ou somática)	Haloperidol	Midazolam	NaCl 0,9%	

Dor\*, Náuseas/Vómitos e Hipersecreção das Vias Aéreas

Fármaco A	Fármaco B	Fármaco C	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição?
Tramadol (dor visceral ou somática)	Haloperidol	Butilescopolamina	NaCl 0,9%	24h
Tramadol (dor visceral ou somática)	Butilescopolamina	Metoclopramida	NaCl 0,9%	

\* Nota: No caso particular da dor, por alguns fármacos não serem compatíveis na mesma solução, acrescenta-se às opções sugeridas, a optimização do regime terapêutico com o acrescento de AINE's e corticosteróides na dor visceral e somática, numa via subcutânea alternativa, mediante avaliação da fisiopatologia de base.

**IV – Considerações Finais**

A via subcutânea representa uma mais-valia quando outras vias ficam inacessíveis. Deste modo, atualizar conceitos relativos a fármacos compatíveis com esta via de administração, contribui para o conforto destes doentes, revelando-se fundamental na melhoria das práticas institucionais. Neste sentido sugere-se um esforço conjunto na aplicação destes conhecimentos, no que se refere ao doente internado na Cirurgia / Urologia do Hospital de Faro.

**V – Bibliografia**

CURROW, David; ROSE, Marie – The Need for Chemical Compatibility Studies of Subcutaneous Medication Combinations Used in Palliative Care. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. ISSN 1536-0288. 23.3 (2009). 223-230.

DICKMAN, Andrew; SCHNEIDER, Jermyer; VARGAS, James – *The Syringe Driver: Continuous Subcutaneous Infusions in Palliative Care*. 2ªEd., 2007. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-856693-9.

DINIS, Ana Paula – *Guia de Preparação e Administração de Medicamentos por Via Parentérica*. 3ªEd., 2010. Coimbra: Ana Paula Dinis. ISBN 978-985-96690-0-0.

GONÇALVES, Ferraz – *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. ISBN 972-31-0960-3.

HARRIS, Elaine; MILLER, Ruth; HAMIL, Christina; KIRKPATRICK, Christine; O'HARA, Annette; BYRON, Shirley; HEATON, Wendy; DOUGLAS, Lynda – *Guidelines for the Use of Subcutaneous Medications in Palliative Care for Adults: Primary Care and Hospices*. 2010. [online] acessido a 18 de Outubro, 2012 em: [http://www.palliativecare.org.uk/uploads/files/guidelines/subcut\\_guidelines\\_primary\\_care\\_140109.pdf](http://www.palliativecare.org.uk/uploads/files/guidelines/subcut_guidelines_primary_care_140109.pdf)

HEALY, S.; ISRAEL, F.; REYMOND, E.; LYONS-MICIC, M. – *Subcutaneous Medications and Palliative Care: A guide for caregivers*. 2ªEd., 2011. [online] acessido a 18 de Outubro, 2012 em: [http://www.caresearch.com.au/Caresearch/Portals/0/Documents/WhatsPalliativeCare/NationalProgram/PCForPeopleAtHome/Final\\_Medication\\_Booklet.pdf](http://www.caresearch.com.au/Caresearch/Portals/0/Documents/WhatsPalliativeCare/NationalProgram/PCForPeopleAtHome/Final_Medication_Booklet.pdf)

JOHNSTONE, Linda; MUIR, Gillian; RUSSELL, Adam – *Guidelines for the Use of Subcutaneous Medications in Palliative Care*. s.d. [online] acessido a 18 de Outubro, 2012 em: <http://www.nhs.uk/Services/PalliativeCare/Documents/Guidelines%20for%20the%20use%20of%20Subcutaneous%20Medications%20in%20Palliative%20Care.pdf>

TWYGCROSS, Robert; WILCOCK, Andrew; CHARLESWORTH, Sarah; DICKMAN, Andrew – *Palliative Care Formulary*. 2ªEd., 2004. Oxon: Radcliffe Medical Press. ISBN 1-85775-511-1.

## 5.9. APÊNDICE IX – Sessão de Formação “Terapêutica Subcutânea”



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

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Módulo I – Opcional

**Plano de Sessão**

**Terapêutica Subcutânea**

<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégias / Recursos</b>
<i>Identificar as características da via subcutânea.</i>	<i>Enumeração das características da via subcutânea.</i>	<i>- Apresentação pessoal;</i>
<i>Identificar os fármacos compatíveis com a via subcutânea e a compatibilidade entre fármacos.</i>	<i>Demonstração dos fármacos compatíveis com a via subcutânea e a compatibilidade entre fármacos.</i>	<i>- Utilização do método expositivo, interrogativo e de brainstorming;</i>
<i>Identificar as intervenções de enfermagem intrínsecas à administração de medicamentos em bólus pela via subcutânea.</i>	<i>Explicação das várias as intervenções de enfermagem intrínsecas à administração de medicamentos pela via subcutânea;</i> <i>Contribuição para a capacidade crítico-reflexiva acerca do recurso à via subcutânea.</i>	<i>- Apresentação do Poster Terapêutica Subcutânea em Cuidados Paliativos;</i> <i>- Utilização do PowerPoint.</i>
<i>Utilizar o poster apresentado.</i>	<i>Apresentação do poster de Terapêutica Subcutânea em Cuidados Paliativos a ser afixado.</i>	

*Grupo a que se destina: Enfermeiros do Internamento de Cirurgia I / Urologia / Oftalmologia*

*Local: Hospital de Faro*

*Data: 22 de Janeiro de 2013 Hora: 14h*

*Duração da sessão: 60 minutos (40 minutos de exposição e 20 minutos de discussão)*

*Realizado por: Vera Sofia Joaquim Cavaco*

# Terapêutica Subcutânea

Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030

Sob orientação de Enfermeira Sandra Neves e Professora Marques da Gama

## Nota Introdutória

### Quando...

...a via oral deixa de estar acessível...



...a via endovenosa torna-se demasiadamente invasiva...



...a via intramuscular revela-se excessivamente dolorosa...



... Como administramos a medicação?

Johnstone et al. (2009)

## Via Subcutânea: caracterização (I)

Esta via de administração pode ser utilizada em diversos cenários como:

Estadio terminal

Via oral inacessível

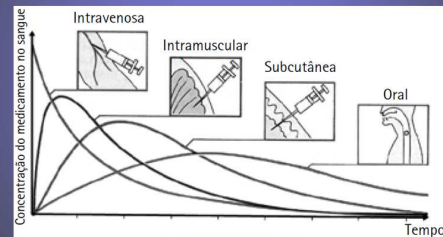
Náusea e vômito frequentes

Capacidade de absorção insuficiente (ex.: ileostomia) (...)

Johnstone et al. (2009), Harris et al. (2010) e Healy et al. (2011)

## Via Subcutânea: caracterização (II)

Varição da Concentração do medicamento na corrente sanguínea conforme o tempo e via de administração



Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009)

## Via Subcutânea: caracterização (III)

### VANTAGENS

- Recurso viável quando a via oral fica inacessível (disfagia, náusea, vômito);
- Diminui a necessidade de punções frequentes;
- Adequado a doentes que estejam em prostração ou estado comatoso;
- Evita a administração de comprimidos em grande quantidade;
- O cateter pode permanecer 7 dias ou mais, se não apresentar sinais inflamatórios (penso não oclusivo).

### DESVANTAGENS

- Irritação local ou sinais inflamatórios;
- Extravasamento do local de punção;
- Reação alérgica (raro).

Johnstone et al. (2009), Harris et al. (2010) e Healy et al. (2011)

## Medicação por Bólus

É comum que em cuidados paliativos se administrem medicamentos de uso autorizado pela respetiva entidade, em doses, vias ou indicações não licenciadas. Tal é suportado pela prática clínica e é descrito em recursos bibliográficos da especialidade.

Soluções isotónicas e com pH próximo a neutralidade são mais bem toleradas pela via subcutânea (SC).

A diluição recomendada é de 1 ml de medicamento em 1 ml de diluente.

Stuart et al. (2008), Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009) e Currow e Rose (2009)

## Brainstorming (I)



- 1 Escolha um porta voz;
- 2 Escolha um dos tabuleiros com medicação;
- 3 Dispõe de 5 cartões com diagnósticos de enfermagem. Selecione um cartão e partilhe com a sua equipa;
- 4 Discuta, com a sua equipa, no tempo máximo de 3 minutos, a medicação para via SC que seleccionaria para a resolução do diagnóstico de enfermagem;
- 5 Apresente aos participantes a sua escolha, justificando.

## Brainstorming (II)



Butilescopolamina

Metoclopramida

Ceftriaxone

Midazolam

Ceterolac

Morfina

Dexametasona

Octreotido

Diclofenac

Ondansetron

Furosemida

Ranitidina

Haloperidol

Tramadol

Gonçalves (2002), Twycross et al. (2004), Dickman et al. (2007) e Dinis (2010)

### Butilescopolamina

Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
Butilescopolamina (antimuscarínico)	- Diminuição das secreções gastrointestinais; - Alívio de cólicas gastrointestinais e genitourinárias; - Diminuição de secreções respiratórias.	Inferior a 10 minutos e dura cerca de 2 horas.	- Boca seca; - Rash; - Obstipação; - Visão turva.	60 – 180 mg	NaCl 0,9% ou H <sub>2</sub> O	n/d	- Fármaco de 1ª linha; - Geralmente não é sedativo, mas em idosos pode aumentar a sedação e a obstipação.

Gonçalves (2002), Twycross et al. (2004), Dickman et al. (2007) e Dinis (2010)

### Ceftriaxone

Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
Ceftriaxone (cefalosporina de 3ª geração)	- Tratamento da infeção; - Controlo de secreções traqueobrônquicas purulentas.	n/d	- Náuseas e vômitos; - Diarreia; - Rash cutâneo; - Prurido.	n/d	H <sub>2</sub> O ou lidocaina 1%	6 horas	-

Gonçalves (2002), Twycross et al. (2004), Dickman et al. (2007) e Dinis (2010)

### Ceterolac

Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
Ceterolac (anti-inflamatório não esteroide)	- Adjuvante no controlo da dor óssea ou dor associada a processo inflamatório e na febre.	Semi-vida longa.	- Náuseas e vômitos; - Hemorragia gastrointestinal; - Dispepsia.	30 – 120 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	35 dias em NaCl 0,9% e 7 dias em Dex	-

Gonçalves (2002), Twycross et al. (2004), Dickman et al. (2007) e Dinis (2010)

### Dexametasona

Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
Dexametasona (Glucocorticoide)	- Diminuição da obstrução intestinal; - Diminuição da pressão intracraniana; - Diminuição de edema; - Descompressão cervical; - Alívio de náuseas e vômitos intratáveis.	n/d	- Retenção de líquidos nos tecidos; - Aumento do valor da glicémia; - Síndrome de Cushing.	4 – 16 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	24 horas	- Evitar administrar depois das 18h, por alterar padrão de sono; - Não compatível com a maioria dos medicamentos; - Aumenta o apetite.

Diclofenac							
Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
Diclofenac (anti-inflamatório não esteroide)	- Coadjuvante no alívio da dor, do processo inflamatório e da febre.	Entre 20 a 30 minutos, com duração de 8 horas.	- Pode criar micronódulos no local de administração (administrar lentamente); - Cefaleias, tonturas e vertigens; - Náuseas e vômitos; - Hemorragia gastrointestinal	150 mg	NaCl 0,9%	Administrar de imediato	- Deve ser administrado separadamente de outros fármacos.

Gonçalves (2002), Twycross et al. (2004), Dickman et al. (2007) e Dinis (2010)

Furosemida							
Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
Furosemida (diurético de ansa)	- Redução de edema; - Alívio do estertor.	Entre 2 a 5 minutos, com duração de 2 horas.	- Erupção na pele e equimoses; - Diminuição do valor da pressão arterial.	n/d	n/d	24 horas	- Não compatível com a maioria dos medicamentos.

Gonçalves (2002), Twycross et al. (2004), Dickman et al. (2007) e Dinis (2010)

Haloperidol							
Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
Haloperidol (antipsicótico típico)	- Alívio de náuseas e vômitos (induzidas por opiáceo ou alterações metabólicas); - Tratamento da confusão e/ou inquietação; - Tratamento de hipus.	Entre 10 a 15 minutos e fica em circulação durante 13 a 36 horas.	- Reação extrapiramidal; - Inquietação; - Sonolência.	2,5 – 10 mg (antilepético) 10 – 30 mg (agitação)	H <sub>2</sub> O	n/d	-

Gonçalves (2002), Twycross et al. (2004), Dickman et al. (2007) e Dinis (2010)

Metoclopramida							
Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
Metoclopramida (procinético)	- Alívio de náuseas e vômitos (por estase gástrica induzida por opiáceo ou obstrução intestinal parcial); - Tratamento de hipus.	Entre 30 a 60 minutos até fazer efeito e fica em circulação durante 2,5 a 5 horas, podendo ser superior em alguns doentes.	- Pode irritar a pele (administrar lentamente); - Inquietação; - Sonolência; - Tonturas.	30 – 120 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	n/d	- Evitar na obstrução intestinal total ou na cólica.

Gonçalves (2002), Twycross et al. (2004), Dickman et al. (2007) e Dinis (2010)

Midazolam							
Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
Midazolam (benzodiazepina)	- Tratamento da inquietação; - Reduzir a ansiedade; - Tratamento de convulsões; - Sedação terminal.	Entre 5 a 10 minutos, com ação curta (duração máxima de 240 minutos).	- Pode irritar a pele (administrar lentamente); - Sonolência; - Esquecimento.	10 – 60 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	24 horas	-

Gonçalves (2002), Twycross et al. (2004), Dickman et al. (2007) e Dinis (2010)

Morfina							
Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
Morfina (analgésico estupefaciente)	- Alívio da dor; - Tratamento da dispneia.	Inicia efeito aos 20 minutos após administração e atinge o seu pico aos 30-60 minutos.	- Obstipação; - Náuseas e vômitos; - Boca seca; - Prurido; - Confusão; - Sonolência.	Aumento gradual sem teto	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	n/d	- Fármaco de 1ª linha para analgesia opióide.

Gonçalves (2002), Twycross et al. (2004), Dickman et al. (2007) e Dinis (2010)

### Octreotido

Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
Octreotido (antagonista hipofisário)	- Alívio de vômitos intratáveis devido a obstrução intestinal; - Diminuição de sucos gastrointestinais; - Diminuição da drenagem de fistula.	Inicia efeito aos 30 minutos após administração e tem uma duração de 8 horas.	- Dor no local de administração (recomenda-se rotação do local de administração); - Náuseas; - Alteração no valor da glicémia.	300 – 600 µg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	24 horas	- Não diminui as náuseas.

Gonçalves (2002), Twycross et al. (2004), Dickman et al. (2007) e Dinis (2010)

### Ondansetron

Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
Ondansetron (antiemético e antiverfiginoso)	- Alívio das náuseas e vômitos.	Inicia efeito aos 5 minutos e tem uma duração de 12 horas.	- Cefaleias; - Obstipação.	24 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	n/d	-

Gonçalves (2002), Twycross et al. (2004), Dickman et al. (2007) e Dinis (2010)

### Ranitidina

Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
Ranitidina (modificador da secreção gástrica)	- Diminuição do suco gástrico basal.	n/d	- Tonturas; - Sonolência.	150 – 300 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	7 dias	-

Gonçalves (2002), Twycross et al. (2004), Dickman et al. (2007) e Dinis (2010)

### Tramadol

Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
Tramadol (analgésico estupefaciente)	- Alívio da dor.	n/d	- Tonturas; - Náuseas e vômitos; - Obstipação; - Fadiga.	100 – 600 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	24 horas	-

Gonçalves (2002), Twycross et al. (2004), Dickman et al. (2007) e Dinis (2010)

## Perfusão Contínua em Via SC

Tem um efeito de menor variação plasmática do medicamento, quando comparado com a medicação em bólus, no entanto...

...os efeitos secundários e terapêuticos são similares quando comparado a perfusão contínua com o bólus.

**Nota:** Existem alterações químicas durante a associação de medicamentos, que não são detetadas de modo visual ou físico.

Watanabe et al. (2008) e Currow e Rose (2009)

## Resumo de Compatibilidade

	Bullscopolamina	Cetorolac	Dexametasona	Diclofenac	Haloperidol	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreotido	Ondansetron	Ranitidina	Tramadol
Bullscopolamina												
Cetorolac												
Dexametasona												
Diclofenac												
Haloperidol												
Metoclopramida												
Midazolam												
Morfina												
Octreotido												
Ondansetron												
Ranitidina												
Tramadol												

**Legenda**  
■ - Associação compatível  
■ - Associação com precauções

Twycross et al. (2004) e Dickman et al. (2007)

## Avaliação de Conhecimentos

Que medicação(s) selecionaria para administrar via SC?

- a) Diazepam
- b) Paracetamol
- c) Clorpromazina
- d) Diclofenac
- e) Fitomenadiona

O reconstituição e diluição do medicamento para via SC é igual à via EV?

- a) Verdadeiro
- b) Falso
- c) Depende das situações

## Nota Final

*O controlo sintomático é uma parte fundamental da manutenção da dignidade e conforto do doente em cuidados paliativos.*

*É inaceitável qualquer atraso na adequação do seu tratamento.*

Stuart et al. (2009, p. 516)

## Referências Bibliográficas

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora, 2009. ISBN 9786599716271
- CURROW, David, ROSE, Marie – The Need for Chemical Compatibility Studies of Subcutaneous Medication Combinations Used in Palliative Care. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. ISSN 1536-0288. 22:3 (2009), 223-230.
- DICKMAN, Andrew, SCHNEIDER, Jennifer, VARGAS, James – *The Syringe Driver: Continuous Subcutaneous Infusions in Palliative Care*. 2ª Ed., 2007. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-636993-9.
- DINIS, Ana Paula – *Guia de Preparação e Administração de Medicamentos por Via Parentérica*. 3ª Ed., 2010. Coimbra: Ana Paula Dinis. ISBN 978-989-96500-9-0.
- GONÇALVES, Ferraz – *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. ISBN 972-91-0960-3.
- HARRIS, Blayne, MILLER, Ruth, HAML, Christina, KIRKPATRICK, Christine, O'HARA, Annette, BYROM, Shirley, HEATON, Wendy, DOUGLAS, Lynda – *Guidelines for the Use of Subcutaneous Medications in Palliative Care for Adults: Primary Care and Hospices*. 2010. [online] acessado a 16 de Outubro, 2012 em: <http://www.palliativecare.org.uk/Portals/0/PDF/SCM%20Guidelines%20for%20Adults%20Primary%20Care%20and%20Hospices.pdf>
- HEALY, S; ISRAEL, F.; REYMOND, E.; LYONS-MICIC, M. – *Subcutaneous Medications and Palliative Care: A guide for caregivers*. 2ª Ed., 2011. [online] acessado a 18 de Outubro, 2012 em: <http://www.palliativecare.org.uk/Portals/0/PDF/SCM%20Guidelines%20for%20Adults%20Primary%20Care%20and%20Hospices.pdf>
- JOHNSTONE, Linda, MUIR, Gillian, RUSSELL, Adam – *Guidelines for the Use of Subcutaneous Medications in Palliative Care*. 2009. [online] acessado a 18 de Outubro, 2012 em: <http://www.palliativecare.org.uk/Portals/0/PDF/SCM%20Guidelines%20for%20Adults%20Primary%20Care%20and%20Hospices.pdf>
- STUART, Peter, LEE, Jane, ARNOLD, Gill, DAVIS, Melanie – A centralized storage system for the delivery of subcutaneous infusions. *British Journal of Nursing*. ISSN 0966-0461. 17:8 (2008), 512-516.
- TWYLCROSS, Robert, WILCOCK, Andrew, CHARLESWORTH, Sarah, DICKMAN, Andrew – *Palliative Care Formulary*. 2ª Ed., 2004. Oxon: Radcliffe Medical Press. ISBN 1-85175-511-1.
- WATANABE, Sharon, PEREIRA, José, TARUMI, Yoko, HANSON, John, BRUERA, Eduardo – A Randomized Double-Blind Crossover Comparison of Continuous and Intermittent Subcutaneous Administration of Opioid for Cancer Pain. *Journal of Palliative Medicine*. ISSN 1096-6218. 11:4(2008), 579-574



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

## Terapêutica Subcutânea

Obrigado pela vossa atenção!



5.10. APÊNDICE X – Resultados da Sessão de Formação “Terapêutica Subcutânea”

## **RESULTADOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “TERAPÊUTICA SUBCUTÂNEA”**

### **Nota Introdutória**

A terapêutica subcutânea reveste-se de especificidades que a diferencia de qualquer outra via de administração. Na pessoa em fim de vida podem ser administrado alguns fármacos que contribuem para o controlo sintomático e para o incremento da qualidade de vida. Neste sentido foram partilhados conhecimentos práticos em sessão de formação com os enfermeiros do meu local de trabalho, a 22 de janeiro de 2013.

### **Objetivo**

O objetivo deste documento é avaliar a sessão de formação “Terapêutica Subcutânea”.

### **Material e Métodos**

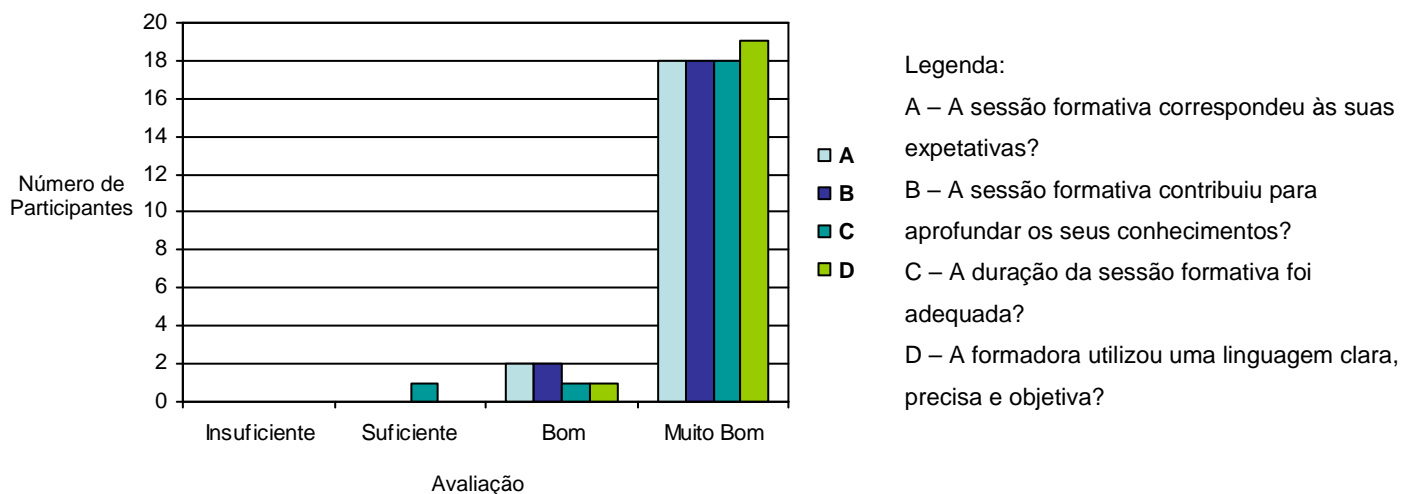
Foi realizada a avaliação de conhecimentos dos participantes, com duas perguntas de escolha múltipla, que foram discutidas em grupo, com a moderação da formadora.

Foi construído um instrumento de avaliação da formação “Terapêutica Subcutânea”, com as seguintes questões: “A sessão formativa correspondeu às suas expetativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “A formadora utilizou uma linguagem clara, precisa e objectiva?”. Cada questão poderia ser avaliada como insuficiente, suficiente, bom ou muito bom. No final os participantes poderiam deixar alguma comentário e/ou sugestões, em local próprio. Este instrumento foi distribuído e preenchido por todos os participantes na sessão de formação, mantendo sempre a confidencialidade de cada participante.

### **Resultados**

Nesta sessão de formação participaram 20 enfermeiros. Os resultados da avaliação de conhecimentos foi positivo, com a participação de grande parte dos enfermeiros. Os resultados da avaliação da sessão de formação pelos participantes encontram-se discriminados no Gráfico 1. Os participantes acrescentaram os seguintes comentários e/ou sugestões “Aguardo ansiosamente por mais formações do género com implicação efetiva no serviço”, “Bom trabalho. De futuro continuar as formações coincidentes com as necessidades do serviço”, “Trabalho muito bem dado que esclarece muitas dúvidas pertinentes” e “De futuro podemos aprofundar mais conhecimentos sobre o assunto!”.

Gráfico 1 – Resultados da Avaliação da Sessão de Formação



### Discussão de Resultados

A avaliação de conhecimentos incutiu a discussão e partilha de dúvidas face aos conhecimentos explorados durante a sessão de formação. Os participantes demonstraram muito interesse e responderam correctamente às perguntas de resposta múltipla.

Relativo à avaliação da sessão verifiquei que cerca de 90% dos participantes avaliaram os itens “A sessão formativa correspondeu às suas expetativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “Os formadores utilizaram uma linguagem clara, precisa e objetiva?” como muito bom. No final da sessão foi entregue um poster com a compilação da informação mais pertinente que foi afixado em local de fácil acesso pela equipa multidisciplinar.

### Nota Final

Os resultados obtidos revelam um balanço positivo, quer na avaliação dos conhecimentos dos participantes, quer na avaliação da sessão de formação.



5.11. APÊNDICE XI – Poster “Terapêutica Subcutânea em Cuidados Paliativos”



Nome do fármaco (classificação)	É usado para quê?	Quanto tempo leva até fazer efeito após a injeção subcutânea?	Quais os efeitos secundários mais comuns?	Qual a dose usual em 24h?	Qual o solvente?	Qual é a estabilidade após diluição? (temperatura ambiente)	Outras notas
<b>Butilscopolamina</b> (antimuscarínico)	- Diminuição das secreções gastrointestinais; - Alívio de cólicas gastrointestinais e genitourinárias; - Diminuição de secreções respiratórias.	Inferior a 10 minutos e dura cerca de 2 horas.	- Boca seca; - Rash cutâneo; - Obstipação; - Visão turva.	60 – 180 mg	NaCl 0,9% ou H <sub>2</sub> O	n/d	- Fármaco de 1ª linha; - Geralmente não é sedativo, mas em idosos pode aumentar a sedação e a obstipação.
<b>Ceftriaxone</b> (cefalosporina de 3ª geração)	- Tratamento da infeção; - Controlo de secreções traqueobrônquicas purulentas.	n/d	- Náuseas e vômitos; - Diarreia; - Rash cutâneo; - Prurido.	n/d	H <sub>2</sub> O ou lidocaina 1%	6 horas	-
<b>Cetorolac</b> (anti-inflamatório não esteroide)	- Adjuvante no controlo da dor óssea ou dor associada a processo inflamatório e na febre.	Semi-vida longa.	- Náuseas e vômitos; - Hemorragia gastrointestinal; - Dispepsia.	30 – 120 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	35 dias em NaCl 0,9% e 7 dias em Dex	-
<b>Dexametasona</b> (Glucocorticóide)	- Diminuição da obstrução intestinal; - Diminuição da pressão intracraniana; - Diminuição de edema; - Descompressão cervical; - Alívio de náuseas e vômitos intratáveis.	n/d	- Retenção de líquidos nos tecidos; - Aumento do valor da glicémia; - Síndrome de Cushing.	4 – 16 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	24 horas	- Evitar administrar depois das 18h, por alterar padrão de sono; - Não compatível com a maioria dos medicamentos; - Aumenta o apetite.
<b>Diclofenac</b> (anti-inflamatório não esteroide)	- Coadjuvante no alívio da dor, do processo inflamatório e da febre.	Entre 20 a 30 minutos, com duração de 8 horas.	- Pode criar micronódulos no local de administração (administrar lentamente); - Cefaleias, tonturas e vertigens; - Náuseas e vômitos; - Hemorragia gastrointestinal.	150 mg	NaCl 0,9%	Administrar de imediato	- Deve ser administrado separadamente de outros fármacos.
<b>Furosemida</b> (diurético de ansa)	- Redução de edema; - Alívio do estertor.	Entre 2 a 5 minutos, com duração de 2 horas.	- Erupção na pele e equimoses; - Diminuição do valor da pressão arterial.	n/d	n/d	24 horas	- Não compatível com a maioria dos medicamentos.
<b>Haloperidol</b> (antipsicótico típico)	- Alívio de náuseas e vômitos (induzidas por opióide ou alterações metabólicas); - Tratamento da confusão e/ou inquietação; - Tratamento de hipus.	Entre 10 a 15 minutos e fica em circulação durante 13 a 35 horas.	- Reação extrapiramidal; - Inquietação; - Sonolência.	2,5 – 10 mg (antiemético) 10 – 30 mg (agitação)	H <sub>2</sub> O	n/d	-
<b>Metoclopramida</b> (procinético)	- Alívio de náuseas e vômitos (por estase gástrica induzida por opióide ou obstrução intestinal parcial); - Tratamento de hipus.	Entre 30 a 60 minutos até fazer efeito e fica em circulação durante 2,5 a 5 horas, podendo ser superior em alguns doentes.	- Pode irritar a pele (administrar lentamente); - Inquietação; - Sonolência; - Tonturas.	30 – 120 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	n/d	- Evitar na obstrução intestinal total ou na cólica.
<b>Midazolam</b> (benzodiazepina)	- Tratamento da inquietação; - Reduzir a ansiedade; - Tratamento de convulsões; - Sedação terminal.	Entre 5 a 10 minutos, com ação curta (duração máxima de 240 minutos).	- Pode irritar a pele (administrar lentamente); - Sonolência; - Esquecimento.	10 – 60 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	24 horas	-
<b>Morfina</b> (analgésico estupefaciente)	- Alívio da dor; - Tratamento da dispneia.	Inicia efeito aos 20 minutos após administração e atinge o seu pico aos 30-80 minutos.	- Obstipação; - Náuseas e vômitos; - Boca seca; - Prurido; - Confusão; - Sonolência.	Aumento gradual sem teto	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	n/d	- Fármaco de 1ª linha para analgesia opióide.
<b>Octreotido</b> (antagonista hipofisário)	- Alívio de vômitos intratáveis devido a obstrução intestinal; - Diminuição de sucos gastrointestinais; - Diminuição da drenagem de fistula.	Inicia efeito aos 30 minutos após administração e tem uma duração de 8 horas.	- Dor no local de administração (recomenda-se rotação do local de administração); - Náuseas; - Alteração no valor da glicémia.	300 – 600 µg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	24 horas	- Não diminui as náuseas.
<b>Ondansetron</b> (antiemético e antivertiginoso)	- Alívio das náuseas e vômitos.	Inicia efeito aos 5 minutos e tem uma duração de 12 horas.	- Cefaleias; - Obstipação.	24 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	n/d	-
<b>Ranitidina</b> (modificador da secreção gástrica)	- Diminuição do suco gástrico basal.	n/d	- Tonturas; - Sonolência.	150 – 300 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	7 dias	-
<b>Tramadol</b> (analgésico estupefaciente)	- Alívio da dor.	n/d	- Tonturas; - Náuseas e vômitos; - Obstipação;	100 – 600 mg	NaCl 0,9%, H <sub>2</sub> O ou Dex	24 horas	-

Bibliografia: GONÇALVES, Ferraz - Controlo de Sintomas no Cancro Avançado. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. ISBN 972-31-0960-3.; TVYVROSS, Robert; WILCOCK, Andrew; CHARLESWORTH, Sarah; DICKMAN, Andrew - Palliative Care Formulary, 2ª Ed., 2004. Oxon: Radcliffe Medical Press. ISBN 1-85775-511-1.; DICKMAN, Andrew; SCHNEIDER, Jennifer; VARGAS, James - The Syringe Driver: Continuous Subcutaneous Infusions in Palliative Care, 2ª Ed., 2007. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-958693-9.; DINIS, Ana Paula - Guia de Preparação e Administração de Medicamentos por Via Parentérica, 3ª Ed., 2010. Coimbra: Ana Paula Dnis. ISBN 978-989-96690-0-0.

Trabalho realizado por Enfermeira Vera Cavaco (no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Universidade Católica Portuguesa (2011/2013)).



#### 5.12. APÊNDICE XII – Protocolo de Actuação no *Delirium*





UNIVERSIDADE INSTITUTO DE  
CATOLICA CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Módulo III – Opcional

## Revisão do Protocolo de Atuação

# Delirium

Cuidados Paliativos

Instituto Português de Oncologia de Lisboa,  
Francisco Gentil, EPE

Vera Sofia Joaquim Cavaco nº192011030

Professora Orientadora: Maria Georgeana Marques da Gama  
Enfermeira Orientadora: Sandra Neves

Lisboa, novembro de 2012



Instituto Português de Oncologia de Lisboa  
Francisco Gentil, E.P.E.

# DELIRIUM

## Protocolo de atuação

Unidade de Assistência Domiciliária

Lisboa, Novembro de 2012

Protocolo de Atuação: <i>Delirium</i>	Revisto e aprovado em Novembro de 2012
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. – Unidade de Assistência Domiciliária	

#### 0. Siglas e Abreviaturas

AP – antecedentes pessoais  
 BZD – benzodiazepina  
 Ca<sup>2+</sup> – ião cálcio  
 CAM – *Confusion Assessment Method*  
 CVC – cateter venoso central  
 Dça – doença  
 DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais  
 E.P.E. – Entidade Pública Empresarial  
 EV – endovenoso  
 GGT – gama-glutamilttransferase  
 h – hora  
 ICSC – infusão subcutânea contínua  
 id – *in die* (por dia)  
 K<sup>+</sup> – ião potássio  
 mg – miligrama  
 min – minuto  
 ml – mililitro  
 MSQ – *Mental Status Questionnaire*  
 Na<sup>+</sup> – ião sódio  
 PO – per-os  
 SC – subcutâneo  
 SNC – sistema nervoso central  
 SOS – sempre que necessário  
 TGO – transaminase glutâmica-oxaloacética  
 TGP – transaminase glutâmica-pirúvica

#### 1. Definição

O *delirium* é um estado confusional agudo que resulta de uma disfunção orgânica cerebral difusa, caracterizada por alterações da consciência e cognição. É uma síndrome frequente em doentes com doença oncológica em fase avançada, particularmente nas últimas semanas de vida, sendo

Protocolo de Atuação: <i>Delirium</i>	Revisto e aprovado em Novembro de 2012
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. – Unidade de Assistência Domiciliária	

cl clinicamente importante, gerador de sofrimento e angústia, tanto para o próprio doente como para os seus familiares e profissionais de saúde. As alterações a nível cognitivo que ocorrem comprometem a capacidade de comunicação, comportamento e interação do doente com o seu meio, o que se traduz posteriormente numa sobrecarga para a família e equipa terapêutica, conduzindo muitas vezes a internamentos sucessivos do doente por situações de exaustão.

#### Critérios da DSM-IV

- A- Alterações do nível da consciência com diminuição da capacidade de fixar, manter ou mudar a atenção;
- B- Perturbações das funções cognitivas: *deficit* de memória, alteração do pensamento e da linguagem, desorientação; ou desenvolvimento de alterações da percepção, que não podem ser explicadas por demência, estabelecida ou em evolução;
- C- A alteração instala-se num período curto de tempo, horas ou dias e tende a flutuar ao longo do dia;
- D- Atribuível a condição médica geral, substâncias (intoxicação, abstinência) induzido por fármacos ou devido a múltiplas etiologias.

#### 2. Diagnóstico

É sempre clínico e pretende-se que seja precoce. A avaliação do doente com *delirium* é feita mediante três aspetos fundamentais:

- Estado físico: história, observação física e neurológica, revisão dos sinais vitais e história clínica, revisão minuciosa dos medicamentos e sua correlação com as mudanças comportamentais;
- Estado mental: entrevista e testes cognitivos de rastreio e diagnóstico.

#### Rastreio

*Mental Status Questionnaire* (MSQ). Aplicar, se presentes alterações súbitas que possam fazer suspetar de *Delirium*, tais como: maior ansiedade, maior labilidade emocional, aumento do número de SOS de analgésicos durante a

Protocolo de Atuação: <i>Delirium</i>	Revisto e aprovado em Novembro de 2012
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. – Unidade de Assistência Domiciliária	

noite (as 24h?), doente descrito como "diferente" pelos familiares, doente mais sonolento.

### Diagnóstico

*Confusion Assessment Method (CAM)*. O diagnóstico faz-se empregando o Algoritmo do CAM:

- 1- Início agudo e flutuante: Informação geralmente obtida através dos cuidadores. Resposta positiva às questões: Há evidência de alterações no estado mental do doente relativamente ao seu habitual? O comportamento anormal flutuou ao longo do dia? Tende a ir e vir e/ou a aumentar ou diminuir de gravidade?
  - 2 – Inatenção: Resposta positiva à questão: O doente tem dificuldade em focar a sua atenção, por exemplo distrai-se muito facilmente ou tem dificuldade em seguir o que está a ser dito?
  - 3 – Pensamento desorganizado: Resposta positiva à questão: o doente teve pensamento desorganizado ou incoerente, tal como pensamentos repetitivos ou irrelevantes, pouco claros ou ilógicos, saltando de um assunto para outro?
  - 4 – Nível de consciência alterado: Será considerado alterado se qualquer resposta que não "normal" tais como: hiperaletria, letárgico (sonolento, facilmente despertável), em estupor (sonolento, difícil despertar), coma (não despertável).
- O diagnóstico de *Delirium* faz-se com os critérios 1 e 2 e mais um dos seguintes: 3 ou 4.

### Diagnóstico diferencial

O *Delirium* é definido por critérios específicos, mas que frequentemente podem despoletar algumas questões, quando comparados com outros diagnósticos nomeadamente: Demência, Depressão e Psicose Aguda. Deste modo, importa compreender as diferenças entre cada um deles, e assim realizar o diagnóstico diferencial.

Protocolo de Atuação: <i>Delirium</i>	Revisto e aprovado em Novembro de 2012
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. – Unidade de Assistência Domiciliária	

### 3. Etiologia

Após o diagnóstico devem-se pesquisar os fatores etiológicos. A etiologia do *delirium* é multifatorial. A pesquisa será orientada para os fatores que possam ser reversíveis, em especial fármacos ou desidratação. As causas mais comuns são: fármacos, disfunção/insuficiência de órgão, desidratação, infeções, distúrbios hidroelectrolíticos, hipoxia, lesões cerebrais. Os fármacos mais vezes implicados são: opióides, corticoides, benzodiazepinas. Num doente em situação de últimos dias, não se justificará a pesquisa de fatores etiológicos, incluindo os reversíveis, dada a sua correção estar comprometida pelo tempo.

No exame clínico pesquisar: introdução ou aumento de dose de fármacos, em especial dos referidos anteriormente; sintomas e sinais de infeção; sinais de desidratação; sintomas e sinais que possam sugerir hipercalecémia (náuseas, vómitos, poliúria, polipsíria e sonolência), sinais e sintomas que possam indicar lesões secundárias do SNC; retenção urinária e presença de fezes na ampola retal (impactação fecal - fecaloma).

### 4. Fisiopatologia

Apesar de ser uma síndrome frequente, são poucos os conhecimentos relativamente aos seus mecanismos fisiopatológicos. Os sintomas do *delirium* sugerem no entanto que é uma disfunção múltipla em várias partes do cérebro, potencialmente reversível e que está relacionado com alterações generalizadas inespecíficas do metabolismo cerebral ou com alterações do metabolismo cerebral que afeta especificamente neurotransmissor ou um grupo de neurotransmissores. Atualmente aceita-se que o doente com *delirium* apresenta um défice de acetilcolina e um predomínio de dopamina, o que se pode confirmar perante a resposta com administração de neurolepticos que evidenciam uma melhoria do quadro contrariamente aos anti-colinérgicos que o podem precipitar.

#### 4.1. Classificação

O *delirium* pode ser classificado, do ponto de vista clínico como:

Protocolo de Atuação: <i>Delirium</i>	Revisto e aprovado em Novembro de 2012
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. – Unidade de Assistência Domiciliária	

- Hiperativo, que se manifesta por agitação, confusão, mioclonias, hiperalgiás, taquicardia;
- Hipotivo, manifestado por prostração, confusão, sonolência, letargia;
- Misto, que alterna períodos de calma com agitação, ou seja, apresenta características dos dois anteriores.

É de referir que 66% dos *delirium* são de caráter misto ou hipotivo.

#### 5. Exames complementares

Quando se decide proceder à investigação de fatores etiológicos os exames deverão ser orientados consoante a suspeita clínica que resulta da avaliação prévia. No entanto, sugere-se que em todos os doentes que não se encontrem em situações de últimos dias se avalie: Hemograma, Bioquímica (Creatinina, Ureia, Glicose, TGO, TGP, Fosfatase Alcalina, GGT, Albumina, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>2+</sup>), Urocultura, Oximetria.

#### 6. Tratamento

O tratamento do *delirium* deverá sempre basear-se na sua etiologia. Estão identificados como fatores de bom prognóstico no tratamento do *delirium* quando este é causado por psicofármacos e por desidratação. Existem duas dimensões essenciais na intervenção terapêutica: não farmacológica e farmacológica (controlo de sintomas e/ou correção de causas precipitantes). A forma mais eficaz de tratamento do *delirium* implica a cooperação entre os dois tipos de intervenção terapêutica (Tabela 1).

Tabela 1 – Tipos de intervenção no *delirium*.

	Tipo de Intervenção	
	Não Farmacológica	Farmacológica
Objetivo	Garantir um ambiente calmo, familiar e seguro ao doente com <i>delirium</i> .	Garantir o controlo sintomático.
Atuação	Implementação de estratégias	Introdução de fármacos de

Protocolo de Atuação: <i>Delirium</i>	Revisto e aprovado em Novembro de 2012
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. – Unidade de Assistência Domiciliária	

	relativas ao doente, ambiente e familiares que diminuem o impacto dos sintomas de <i>delirium</i> .	forma gradual e escalada até o ser possível melhorar a sintomatologia.
--	---	--

#### 6.1. Intervenção Não Farmacológica

As intervenções não farmacológicas são consideradas como um pilar essencial na prevenção e tratamento do *delirium*. Para tal, existem diferentes dimensões que devem ser consideradas e que incluem intervenções relativas ao doente, ao ambiente e à família.

##### Relativamente ao doente:

- Manter uma conduta de respeito pela dignidade do doente;
- Assegurar ambiente tranquilo e seguro;
- Usar um tom de voz suave;
- Comunicar de forma clara e concisa: questões simples; instruções objetivas;
- Favorecer o contato com a realidade: clarificar o contexto, chamar a pessoa pelo nome habitual, identificar os membros da equipa e da família que estão presentes na interação;
- Promover a autonomia do doente, dentro do possível, com mobilização assistida;
- Favorecer a comunicação, facultando próteses visuais ou auditivas;
- Facilitar a reorientação temporal e espacial, lembrando o dia da semana, as horas do dia, o local onde se encontra;
- Evitar contenções físicas (uso de meios de contenção do doente);
- Promover o descanso noturno, com recurso a técnicas de relaxamento, e evitando interromper o ritmo circadiano do doente;
- Promover, se possível, uma ingestão hídrica e nutricional adequada;
- Estabelecer rotinas;

Protocolo de Atuação: <i>Delirium</i>	Reviso e aprovado em Novembro de 2012
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. – Unidade de Assistência Domiciliária	

- Informar e esclarecer o doente (se estado de consciência o permitir) sobre a eventual necessidade de sedação, obter consentimento informado e esclarecido respeitando os princípios éticos.

**Relativamente ao ambiente:**

- Promover um ambiente seguro e confortável, com pouco ruído;
- Colocar um relógio e calendário perto do doente (relógio e calendário visíveis e legíveis);
- Evitar excesso de estímulos, relacionados com temperatura, luzes, ruído (televisão, telefone, excesso de visitas, conversas cruzadas, alarmes de relógios, entre outros);
- Evitar gestos e movimentos bruscos.

**Relativamente à família:**

- Estimular a presença dos familiares e facilitar a expressão de sentimentos e dúvidas;
- Clarificar a família sobre o que está a ocorrer e quais as causas:
  - Que o delirium resulta da situação de doença avançada;
  - Que a confusão e a agitação são causadas pela alteração do funcionamento cerebral, não são sinónimo de loucura, dor ou sofrimento, que nem sempre a morte está iminente nessas situações e não são sinais de maior desconforto ou dor;
  - Que o doente poderá alternar períodos de lucidez com confusão;
  - Promover a aceitação da desorientação, evitando contraria-la;
- Explicar como podem contribuir nos cuidados ao doente com *delirium*;
- Incentivar a que falem calmamente, num tom de voz suave, de forma clara e concisa;
- Clarificar que idealmente não deverão contradizer ou desafiar o doente;
- Clarificar e instruir sobre outras formas de comunicação, como o toque;
- Instruir como proporcionar um ambiente seguro e tranquilo;

Protocolo de Atuação: <i>Delirium</i>	Reviso e aprovado em Novembro de 2012
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. – Unidade de Assistência Domiciliária	

- Explicar a eventual necessidade de internamento, se o doente e/ou família não reunirem condições para permanecer no domicílio.
- Informar e esclarecer a família sobre a eventual necessidade de sedação, obter consentimento informado e esclarecido respeitando os princípios éticos.
- Transmitir a disponibilidade da equipa.

**6.2. Intervenção Farmacológica**

**6.2.1. Ação sobre a Causa Precipitante**

No *delirium* é importante estarmos atentos à desidratação, sépsis, e alterações metabólicas, administração de opióides, medidas de suporte e monitorização cuidadosa da dor. Em todos os doentes que não se encontrem em situação de últimos dias, e enquanto se aguardam os resultados dos exames e evolução, devem-se tomar de imediato as medidas descritas na Tabela 2.

Tabela 2 – Tratamento de fatores etiológicos do *Delirium*

Causa Precipitante	Intervenção
Desidratação	Hipodermóclise ou hidratação EV, por CVC implantado, de 500 a 1500 ml/dia
Dor	Controlo da dor
Hipercalecémia	Hidratação e administração de bifosfonato (se adequado aos objetivos terapêuticos – Princípio da beneficência/não maleficência)
Hipertermia	Arrefecimento rápido
Hipóxia	Oxigénio e tratamento da causa subjacente
Metástases cerebrais	Corticosteroides Neurolépticos
Sépsis	Antibioterapia intuitiva de acordo com foco suspetado (se adequado aos objetivos terapêuticos – Princípio da beneficência/não

Protocolo de Atuação: <i>Delirium</i>	Revisto e aprovado em Novembro de 2012
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. – Unidade de Assistência Domiciliária	

maleficência)	
Toxicidade por opióides	Se dor controlada: Diminuição da dose, Se dor não controlada: Rotação de opióides Hipodermóclise de 500 a 1000 ml/dia

### 6.2.2. Ação sobre a Sintomatologia

O controlo sintomático deverá ser feito em todos os doentes.

**Fármacos de primeira linha**, atribuindo preferência aos antipsicóticos atípicos:

- **Haloperidol**: 1 a 5 mg via PO ou 0,5 mg a 2,5 mg via SC, seguido de administrações regulares 8/8h, 12/12h. No doente idoso deve iniciar-se com dose de 1mg via PO, no doente mais jovem com 5 mg via PO (doses máximas habituais 20mg/dia).
  - Se necessário sedação (quadros de agitação/inquietação) adicionar:
    - **Lorazepam** 1 a 2,5mg PO 8/8h ou 12/12h;
    - ou **Midazolam** em ICSC de 5 a 30 mg/24h ao **Haloperidol**;
    - ou **Levomepromazina** – 2º grau da escada.
- **Levomepromazina**: 12,5 mg a 50 mg via PO ou SC, seguido de administrações regulares 12/12h ou id, à noite. Em doses elevadas deve preferir-se a ICSC (doses máximas habituais até 300 mg).
- **Olanzapina**: 2,5 a 10 mg via PO, 12/12h, se presença de sinais extrapiramidais ou AP; Dça de Parkinson.

**Nota**: aconselha-se o uso moderado de BZD, à exceção do tratamento de *delirium tremens*, presença de crises convulsivas ou abstinência de benzodiazepinas.

No caso de **Convulsões**, **Delirium Tremens** ou **Abstinência de BZD** deve optar-se por iniciar o tratamento logo com BZD:

- **Midazolam**: 5 a 10mg via SC seguido de perfusão contínua de 30 a 60 mg/24h.

**Na Agitação Severa** propõe-se que se siga o protocolo (Esquema 1):

Protocolo de Atuação: <i>Delirium</i>	Revisto e aprovado em Novembro de 2012
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. – Unidade de Assistência Domiciliária	

1. **Haloperidol**: 5 mg via SC a cada 30min até três administrações;
  2. **Levomepromazina**: 25 mg via SC a cada 30min até três administrações;
  3. **Midazolam**: 2,5 mg via SC a cada 10min até controlo de agitação.
- Posteriormente prescreve-se o medicamento com qual se conseguiu controlar a agitação.

**Esquema 1** – Escada terapêutica no tratamento de *delirium* com agitação severa.



### 7. Bibliografia

- AGUIRE, Eric – Delirium and Hospitalized Older Adults: A Review of Nonpharmacologic Treatment. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. ISSN 1938-2472. 41:4 (2010), 151-152.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ªEd., 2002. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-020-0.
- BREITBART W.; GIBSON C.; TREMLAY, M.D. – The Delirium Experience: Delirium Recall and Delirium-related Distress in Hospitalized Patients with Cancer, Their Spouses/ Caregivers, and Their Nurses, 2002. New York: The Academy of Psychosomatic Medicine.
- CHOCHINOV, Harvey; BREITBART, William – *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. 2000. New York: Oxford University Press. ISBN 0-19509-299-6.
- DEVLIN, John; SKROBK, Yoanna – Antipsychotics for the Prevention and Treatment of Delirium in the Intensive Care Unit: What is Their Role? *Harvard Review of Psychiatry*. ISSN 1465-7309. 19.2 (2011), 59-67.
- FLAHERTY, Joseph; GONZALES, Jeffrey; DONG, Birong – Antipsychotics in the Treatment of Delirium in Older Hospitalized Adults: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*. ISSN 1532-5415. 59:S2 (2011), S269-S276.
- GAMA, Georgiana; BARBOSA, António – Delirium. In: BARBOSA, António; GALRIÇA, Isabel (eds.) – *Manual de Cuidados Paliativos*. 1ªEd., 2006. Lisboa: Fundação Calouste Gubertkian. ISBN 978-972-9349-21-8. p.277-293.

Protocolo de Atuação: <i>Delirium</i>	Revisto e aprovado em Novembro de 2012
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. – Unidade de Assistência Domiciliária	

- GHANDOUR, Abdurauuf, SAAB, Rola; MEHR, David – Detecting and treating delirium—key interventions you may be missing. *The Journal of Family Practice*. ISSN 0094-3509. 60.12 (2011), 726-734.
- HEMPENIUS, Liesbeth; LEEUWEN, Barbara; ASSELT, Dieneke; HOEKSTRA, Harald; WIGGERS, Theo; SLAETS, Joris; BOCK, Geertuida – Structured analyses of interventions to prevent delirium. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. ISSN 1099-1166. 26 (2011), 441-450
- IKEZAW, Koji; CANUET, Leonides; ISHII, Ryouhei; IWASE, Masao; TESHIMA, Yoshio; TAKEDA, Masatoshi – Efficacy of risperidone in the treatment of delirium in elderly patients. *Psychogeriatrics*. ISSN 1366-3500. 8 (2008), 62-65.
- KIM, Sung-Wan; YOO, Joon-An; LEE, Sam-Yeon; KIM, Seon-Young; BAE, Kyung-Yeol; YANG, Su-Jin; KIM, Jae-Min; SHIN, Seon; YOON, Jin-Sang – Risperidone versus olanzapine for the treatment of delirium. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*. ISSN 1099-1077. 25 (2010), 298-302.
- MARKOWITZ, Joseph; NARASIMHAN, Meera – Delirium and Antipsychotics: A Systematic Review of Epidemiology and Somatic Treatment Options. *Psychiatry*. ISSN 1550-5952. 5:10 (2008), 29-36.
- MILISEN, Koen; LEMENGRE, Joke; BRAES, Tom; FOREMAN, Marquis – Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 1365-2648. 52:1 (2005), 79-90.
- PERITOGIANNIS, Vaios; STEFANO, Ekaterini; LIXOURIOTIS, Charalampos; GKOGKOS, Christos; RIZOS, Dimitros – Atypical antipsychotics in the treatment of delirium. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. ISSN 1440-1819. 63:5 (2009), 623-63.
- PORTA J., LOZANO A., Delirium. Ed: Porta J, Gómez-Balístae X., Tuca A. – **Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal**, 2006. Madrid: Arán Ediciones. ISBN 9-78849-591-34-01.
- TWYGROSS, Robert; WILCOCK, Andrew; CHARLESWORTH, Sarah; DICKMAN, Andrew – *Palliative Care Formulary*. 3ª Ed., 2007. Oxon: Radcliffe Medical Press. ISBN 1-85775-511-1.
- VIDAN, Maria; SÁNCHEZ, Elisabet; ALONSO, Mar; MONTERO, Beatriz; ORTIZ, Javier; SERRA, José – An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of Delirium During Hospitalization in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. ISSN 1532-5415. 57:11 (2009), 2029-2036.



5.13. APÊNDICE XIII – Sessão de Formação “*Delirium*, Melhores Práticas, Melhores Resultados”



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

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Módulo I – Opcional

**Plano de Sessão**

**Delirium, Melhores Práticas, Melhores Resultados**

<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégias / Recursos</b>
<i>Identificar as características do sintoma delirium.</i>	<i>Explicação das características do sintoma delirium.</i>	<i>- Apresentação pessoal;</i> <i>- Utilização do método expositivo e interrogativo;</i> <i>;</i> <i>- Utilização do PowerPoint.</i>
<i>Realizar diagnóstico diferencial entre o delirium e determinadas patologias.</i>	<i>Demonstração das principais diferenças entre o delirium e determinadas patologias.</i>	
<i>Identificar a necessidade de intervir no delirium, de modo não farmacológico.</i>	<i>Explicação das vários cuidados de enfermagem intrínsecos à pessoa com delirium.</i>	
<i>Identificação das medidas farmacológicas no delirium.</i>	<i>Apresentação das medidas farmacológicas no delirium.</i>	
<i>Grupo a que se destina: Enfermeiros do Internamento de Cirurgia I / Urologia / Oftalmologia</i> <i>Local: Hospital de Faro</i> <i>Data: 6 de fevereiro de 2013 Hora: 14h</i> <i>Duração da sessão: 30 minutos (20 minutos de exposição e 10 minutos de discussão)</i> <i>Realizado por: Vera Sofia Joaquim Cavaco</i>		



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Estágio Módulo III - Opcional

# Delirium

**Melhores práticas, melhores resultados**

Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030  
Sob orientação da Enfermeira Sandra Neves do IPOLFG e da Professora Georgeana Marques da Gama

## Selecione três imagens que interpreta como *Delirium*

<p>Perda de memória</p>	<p>Imobilização</p>	<p>Agitação</p>
<p>Ansiedade</p>	<p>Alucinações visuais</p>	<p>Sonolência</p>

## Nota Introdutória (I)

Delirium

- **Estado confusional agudo** que resulta de uma disfunção orgânica cerebral difusa, caracterizado por alterações da consciência e cognição.

Comum em:

Doentes com doença oncológica em fase avançada, particularmente nas últimas semanas de vida.

Gama e Barbosa (2006) e Vidán et al. (2009)

## Nota Introdutória (II)

- **Delirium ocorre em:**
  - 15% a 30% dos doentes internados em especialidades médicas;
  - 40% dos doentes em pós-operatório;
  - 70% dos doentes terminais.
- **Cerca de 66% dos casos não são detectados.**

Kiely et al., Inouye et al. e Inouye citados por Chandour et al. (2011)

## Parte I

Conteúdos:

1. Critérios da DSM-IV
2. Delirium: diagnóstico diferencial
3. Fisiopatologia
4. Classificação

## Critérios da DSM-IV

- A** Alterações do nível da **consciência** com diminuição da capacidade de fixar, manter ou mudar a atenção;
- B** Perturbações das **funções cognitivas**: **deficit** de memória, alteração do pensamento e da linguagem, desorientação; ou desenvolvimento de alterações da percepção, que não podem ser explicadas por demência, estabelecida ou em evolução;
- C** A alteração instala-se num **período curto de tempo**, horas ou dias e tende a flutuar ao longo do dia;
- D** Atribuível a **condição médica geral**, substâncias (intoxicação, abstinência) induzido por fármacos ou devido a múltiplas etiologias.

American Psychiatric Association (2002)

### Delirium: diagnóstico diferencial


Gama e Barbosa (2006)

Delirium	Demência	Delírio (psicose)	Depressão
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteração qualitativa da consciência</li> <li><b>Início:</b> agudo</li> <li><b>Sono:</b> flutuante</li> <li><b>Discurso:</b> incoerente, lento ou rápido</li> <li><b>Atividade psicomotora:</b> aumentada ou diminuída</li> <li><b>Alucinações:</b> frequentemente visuais</li> <li>Doença física ou toxicidade medicamentosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alterações das funções cognitivas (memória)</li> <li><b>Início:</b> insidioso e progressivo</li> <li><b>Sono:</b> estável</li> <li><b>Discurso:</b> limitado</li> <li><b>Atividade psicomotora:</b> normal ou diminuída</li> <li><b>Alucinações:</b> raras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteração do pensamento</li> <li><b>Início:</b> variável</li> <li><b>Sono:</b> estável</li> <li><b>Discurso:</b> normal, lento ou rápido</li> <li><b>Atividade psicomotora:</b> variável, com comportamentos bizarros</li> <li><b>Alucinações:</b> frequentemente auditivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteração do humor</li> <li><b>Início:</b> variável</li> <li><b>Sono:</b> estável</li> <li><b>Discurso:</b> normal ou lento</li> <li><b>Atividade psicomotora:</b> inibida</li> <li><b>Alucinações:</b> ausentes</li> </ul>

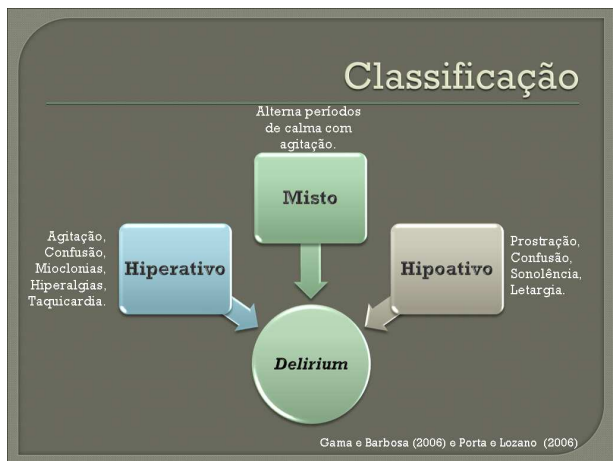
### Fisiopatologia

Disfunção múltipla em várias partes do cérebro, potencialmente reversíveis, com:

- alterações generalizadas inespecíficas do metabolismo cerebral, ou;
- alterações do metabolismo cerebral que afeta especificamente um neurotransmissor ou um grupo de neurotransmissores.



Chochinov e Broitbart (2000) e Aguirre (2010)



### Parte II

#### Conteúdos

1. Tratamento não farmacológico
2. Tratamento farmacológico



### Tratamento não farmacológico (1)

Relativo ao Doente

- Manter uma conduta de **respeito** pela dignidade do doente;
- Usar um **tom de voz suave**;
- Comunicar de forma **clara e concisa**: questões simples; instruções objetivas;
- Favorecer o **contato com a realidade**: clarificar o contexto, chamar a pessoa pelo nome habitual, identificar os membros da equipa e da família que estão presentes na interação;
- Promover a **autonomia do doente**, dentro do possível, com mobilização assistida;
- Favorecer a comunicação**, facultando próteses visuais ou auditivas;

Milisen et al. (2005); Gama e Barbosa (2006); Vidán et al. (2009); Aguirre (2010); Hempenius et al. (2011); Chandour et al. (2011)

## Tratamento não farmacológico (II)

### Relativo ao Doente

- Facilitar a **reorientação temporal e espacial**, relembrando o dia da semana, as horas do dia, o local onde se encontra;
- Evitar contenções físicas** (uso de meios de contenção do doente);
- Promover o **descanso noturno**, com recurso a técnicas de relaxamento, e evitando interromper o ritmo circadiano do doente;
- Promover, se possível, uma **ingestão hídrica e nutricional** adequada;
- Estabelecer **rotinas**;
- Informar e esclarecer o doente** (se estado de consciência o permitir) sobre a eventual necessidade de sedação, obter consentimento informado e esclarecido respeitando os princípios éticos.

Millisen *et al.* (2005); Gama e Barbosa (2006); Vidán *et al.* (2009); Aguirre (2010); Hempenius *et al.* (2011); Chandour *et al.* (2011)

## Tratamento não farmacológico (III)

### Relativo ao Ambiente

- Promover um **ambiente seguro e confortável**, com pouco ruído;
- Colocar um **relógio e calendário** perto do doente (relógio e calendário visíveis e legíveis);
- Evitar excesso de estímulos**, relacionados com temperatura, luzes, ruído (televisão, telefone, excesso de visitas, conversas cruzadas, alarmes de relógios, entre outros);
- Evitar gestos e movimentos bruscos**.

Millisen *et al.* (2005); Gama e Barbosa (2006); Vidán *et al.* (2009); Aguirre (2010); Hempenius *et al.* (2011); Chandour *et al.* (2011)

## Tratamento não farmacológico (IV)

### Relativo à Família

- Estimular a presença dos familiares** e facilitar a expressão de sentimentos e dúvidas;
- Clarificar a família** sobre o que está a ocorrer e quais as causas:
  - Que o *delirium* resulta da situação de doença avançada (em caso de doença terminal);
  - Que a confusão e a agitação são causadas pela alteração do funcionamento cerebral, não são sinónimo de loucura, dor ou sofrimento, que nem sempre a morte está eminente nessas situações e não são sinais de maior desconforto ou dor;
  - Que o doente poderá alternar períodos de lucidez com confusão;
  - Promover a aceitação da desorientação, evitando contrariá-la;
- Explicar **como podem contribuir nos cuidados** ao doente com *delirium*;

Millisen *et al.* (2005); Gama e Barbosa (2006); Vidán *et al.* (2009); Aguirre (2010); Hempenius *et al.* (2011); Chandour *et al.* (2011)

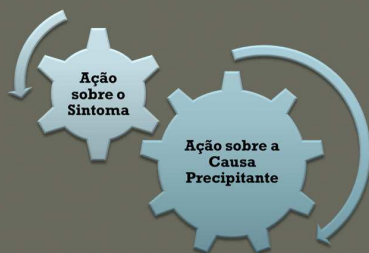
## Tratamento não farmacológico (V)

### Relativo à Família

- Incentivar a que falem calmamente**, num tom de voz suave, de forma clara e concisa;
- Clarificar que idealmente **não deverão contradizer ou desafiar** o doente;
- Clarificar e **instruir sobre outras formas de comunicação**, como o toque;
- Instruir como proporcionar um ambiente seguro** e tranquilo;
- Informar e esclarecer a família sobre a **eventual necessidade de sedação**, obter consentimento informado e esclarecido respeitando os princípios éticos;
- Transmitir a **disponibilidade da equipa**.

Millisen *et al.* (2005); Gama e Barbosa (2006); Vidán *et al.* (2009); Aguirre (2010); Hempenius *et al.* (2011); Chandour *et al.* (2011)

## Tratamento farmacológico (I)



Breitbart *et al.* (2002); Gama e Barbosa (2006); Twycross *et al.* (2007)

## Tratamento farmacológico (II)

Causa Precipitante	Intervenção
Desidratação	Hipodermóclise ou hidratação EV, por CVC implantado, de 800 a 1500 ml/dia
Dor	Controlo da dor
Hipercalcémia	Hidratação e administração de bifosfonato (se adequado aos objetivos terapêuticos – Princípio da beneficência/não maleficência)
Hipertermia	Arrefecimento rápido
Hipóxia	Oxigénio e tratamento da causa subjacente
Metástases cerebrais	Corticosteroides Neurolépticos
Sépsis	Antibioterapia intuitiva de acordo com foco suspeitado (se adequado aos objetivos terapêuticos – Princípio da beneficência/não maleficência)
Toxicidade por opióides	Se dor controlada: Diminuição da dose; Se dor não controlada: Rotação de opióides; Hipodermóclise de 500 a 1000 ml/dia

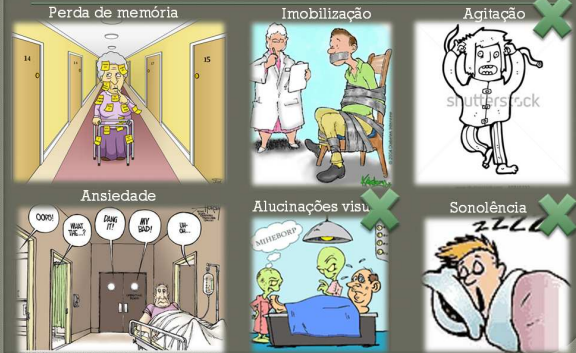
Breitbart *et al.* (2002); Gama e Barbosa (2006); Twycross *et al.* (2007)

## Tratamento farmacológico (III)



Twycross et al. (2007); Ikezaw et al. (2008); Markowitz e Narasimhan (2008); Peritogiannis et al. (2009); Kim et al. (2010); Flaherty et al. (2011); Devlin e Skrobik (2011)

## E agora? Quais as imagens que selecionaria?



## Avaliação

Selecione como Verdadeiro (V) ou Falso (F), as seguintes afirmações:

- O *delirium* instala-se num período longo de tempo, horas ou dias e tende a flutuar ao longo do dia. **F**
- No *delirium* existe alteração do pensamento e do humor. **F**
- A doença física e a toxicidade medicamentosa podem despoletar *delirium*. **V**
- O *delirium* só se pode classificar como hiperativo. **F**
- A promoção de uma ingestão hídrica e nutricional adequada, é um exemplo de medida farmacológica. **F**
- O tratamento farmacológico incide sobre o sintoma ou sobre a causa precipitante. **V**

## Bibliografia (I)

- AGUIRRE, Eric – Delirium and Hospitalized Older Adults: A Review of Nonpharmacologic Treatment.
- The Journal of Continuing Education in Nursing, ISSN 1938-2472, 41:4 (2010), 151-152.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Ed., 2002. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-020-0.
- BREITBART W., GIBSON C., TREMBLAY, M.D. – The Delirium Experience: Delirium Recall and Delirium-related Distress in Hospitalized Patients with Cancer, Their Spouses/ Caregivers, and Their Nurses, 2002. New York: The Academy of Psychosomatic Medicine.
- CHOCIMOV, Harvey; BREITBART, William – Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine, 2000. New York: Oxford University Press. ISBN 0-19509-299-6.
- DEVLIN, John; SKROBIK, Yoanna – Antipsychotics for the Prevention and Treatment of Delirium in the Intensive Care Unit: What Is Their Role? Harvard Review of Psychiatry, ISSN 1463-7309, 19:2 (2011), 59-67.
- FLAHERTY, Joseph; GONZALES, Jeffrey; DONG, Birong – Antipsychotics in the Treatment of Delirium in Older Hospitalized Adults: A Systematic Review. Journal of the American Geriatrics Society, ISSN 1532-5415, 59:S2 (2011), S269-S276.
- GAMA, Georgiana; BARBOSA, António – Delirium. In: BARBOSA, António; GALRIÇA, Isabel (eds.) – Manual de Cuidados Paliativos, 1ª Ed., 2006. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-972-9349-21-8, p. 277-293.
- GHANDOUR, Abdurraouf; SRAB, Rola; MEHR, David – Detecting and treating delirium—key interventions you may be missing. The Journal of Family Practice, ISSN 0094-3509, 60:12 (2011), 726-734.
- HEMPENIUS, Liesbeth; LEEUWEN, Barbara; ASSELT, Dioneke; HOEKSTRA, Harald; WIGGERS, Theo; SLAETS, Joris; BOCK, Geertruida – Structured analyses of interventions to prevent delirium. International Journal of Geriatric Psychiatry, ISSN 1099-1166, 26 (2011), 441-450.

## Bibliografia (II)

- IKEZAW, Koji; CANUET, Leonides; ISHII, Ryouhei; IWASE, Masao; TESHIMA, Yoshio; TAKEDA, Masatoshi – Efficacy of risperidone in the treatment of delirium in elderly patients. Psychogeriatrics, ISSN 1348-3500, 8 (2009), 62-68.
- KIM, Sung-Wan; YOO, Jeon-An; LEE, Sam-Yeon; KIM, Seon-Young; BAE, Kyung-Yeol; YANG, Su-Jin; KIM, Jae-Min; SHIN, Seon; YOON, Jin-Sang – Risperidone versus olanzapine for the treatment of delirium. Human Psychopharmacology Clinical and Experimental, ISSN 1099-1077, 25 (2010), 289-302.
- MARKOWITZ, Joseph; NARASIMHAN, Meera – Delirium and Antipsychotics: A Systematic Review of Epidemiology and Somatic Treatment Options. Psychiatry, ISSN 1550-5952, 5:10 (2008), 29-36.
- MILLSEN, Koen; LEMINGRE, Joke; BRAES, Tom; FOREMAN, Marquis – Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. Journal of Advanced Nursing, ISSN 1365-2648, 52:1 (2009), 79-90.
- PERITOGIANNIS, Vaios; STEFANO, Ebaterrini; LIXOURIOTIS, Charalampos; GKOGKOS, Christos; RIZOS, Dimitrios – Atypical antipsychotics in the treatment of delirium. Psychiatry and Clinical Neurosciences, ISSN 1440-1819, 63:5 (2009), 623-63.
- PORTA J., LOZANO A., Delirium. Ed: Porta J, Gómez-Batiste X., Tuca A. – Control de sintomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal, 2006. Madrid: Aran Ediciones. ISBN 9-78849-591-34-01.
- TWYGCROSS, Robert; WILCOCK, Andrew; CHARLESWORTH, Sarah; DICKMAN, Andrew – Palliative Care Formulary, 3ª Ed., 2007. Oxon: Radcliffe Medical Press. ISBN 1-85175-511-1.
- VIDÁN, María; SÁNCHEZ, Elisabet; RIONSO, Mar; MONTEIRO, Beatriz; ORTIZ, Javier; SERRA, José – An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of Delirium During Hospitalization in Elderly Patients. Journal of the American Geriatrics Society, ISSN 1532-5415, 57:11 (2009), 2029-2036.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Estágio Módulo III – Opcional

## Delirium

Melhores práticas, melhores resultados

Obrigado pela atenção

5.14. APÊNDICE XIV – Resultados da Sessão de Formação “*Delirium*, Melhores Práticas, Melhores Resultados”

## **RESULTADOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “DELIRIUM, MELHORES PRÁTICAS, MELHORES RESULTADOS”**

### **Nota Introdutória**

O *delirium* é um dos sintomas mais frequentes da pessoa em fim de vida, contudo pouco valorizado. Pela necessidade de partilhar conhecimentos para o cuidar da pessoa com *delirium* realizei esta sessão de formação com os enfermeiros do meu local de trabalho, a 6 de fevereiro de 2013.

### **Objetivo**

O objetivo deste documento é avaliar a sessão de formação “ *Delirium*, Melhores Práticas, Melhores Resultados”.

### **Material e Métodos**

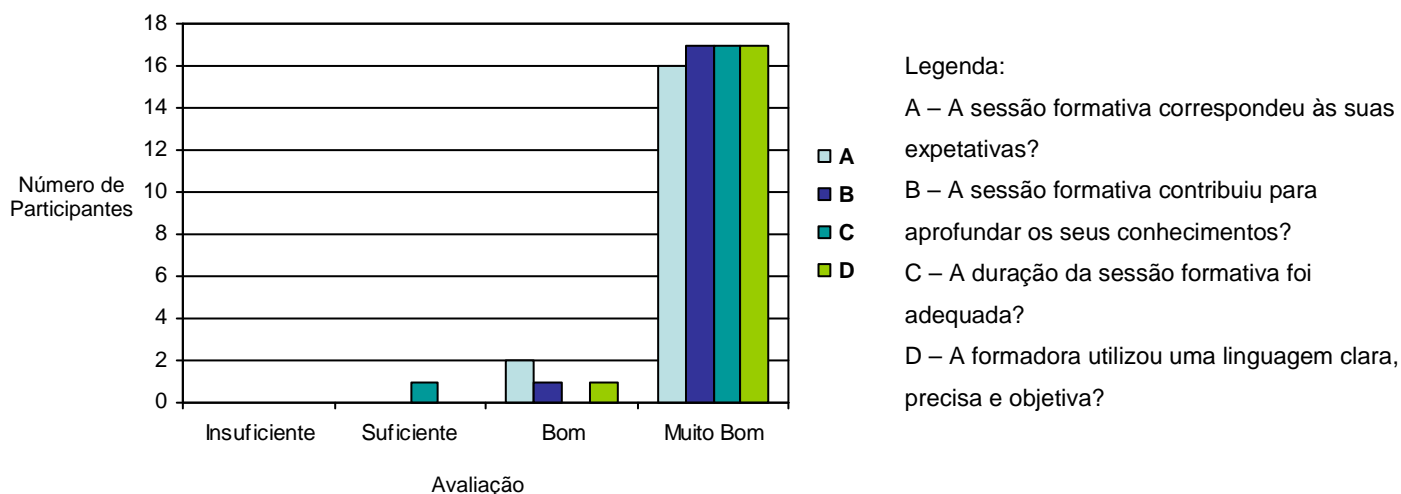
Foi realizada a avaliação de conhecimentos dos participantes, com perguntas de verdadeiro e falso, que foram discutidas em grupo, com a moderação da formadora.

Foi construído um instrumento de avaliação da formação “*Delirium*, Melhores Práticas, Melhores Resultados”, com as seguintes questões: “A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “A formadora utilizou uma linguagem clara, precisa e objectiva?”. Cada questão poderia ser avaliada como insuficiente, suficiente, bom ou muito bom. No final os participantes poderiam deixar alguma comentário e/ou sugestões, em local próprio. Este instrumento foi distribuído e preenchido por todos os participantes na sessão de formação, mantendo sempre a confidencialidade de cada participante.

### **Resultados**

Nesta sessão de formação participaram 18 enfermeiros. Os resultados da avaliação de conhecimentos foi positivo, com a participação de grande parte dos enfermeiros. Os resultados da avaliação da sessão de formação pelos participantes encontram-se discriminados no Gráfico 1. Os participantes não acrescentaram comentários e/ou sugestões.

Gráfico 1 – Resultados da Avaliação da Sessão de Formação



### Discussão de Resultados

A avaliação de conhecimentos incutiu a discussão e partilha de dúvidas face aos conhecimentos explorados durante a sessão de formação. Os participantes demonstraram muito interesse e responderam correctamente às perguntas de verdadeiro e falso.

Relativo à avaliação da sessão verifiquei que cerca de 80% dos participantes avaliaram os itens “A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “Os formadores utilizaram uma linguagem clara, precisa e objetiva?” como muito bom.

### Nota Final

Os resultados obtidos revelam um balanço positivo, quer na avaliação dos conhecimentos dos participantes, quer na avaliação da sessão de formação.



5.15. APÊNDICE XV – *Journal Club*



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

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Módulo III – Opcional

**Plano de Sessão**

**Journal Club “Mapping hospice patients’ perception and verbal communication of end-of-life needs: an exploratory mixed methods inquiry.”**

<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégias / Recursos</b>
<i>Compreender a pertinência dos estudos mistos na investigação de vivências dos doentes em fim de vida.</i>	<i>Explicação do que é um estudo misto.</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação pessoal;</li><li>- Apresentação do estudo selecionado;</li><li>- Utilização do método expositivo e interrogativo;</li></ul>
<i>Identificar as necessidades percecionadas pelos doentes em fim de vida, mencionados no estudo.</i>	<i>Apresentação das necessidades percecionadas pelos doentes em fim de vida, divulgadas no estudo.</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Utilização do PowerPoint.</li></ul>
<i>Refletir acerca da melhoria dos cuidados prestados aos doentes em fim de vida tendo em conta a evidência científica apresentada.</i>	<i>Incitação à reflexão da equipa multidisciplinar no sentido da melhoria da prática de cuidados ao doente em fim de vida.</i>	

**Grupo a que se destina:** Enfermeiros e médicos dos Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E.

**Data:** 31 de outubro de 2012

**Hora:** 8:30h

**Duração da sessão:** 25 minutos (15 minutos de exposição e 10 minutos de discussão)

**Realizado por:** Vera Sofia Joaquim Cavaco



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Estágio Módulo III – Opcional

# Journal Club

**Cuidados Paliativos**  
Instituto Português de Oncologia de Lisboa,  
Francisco Gentil, EPE

Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030  
Enfermeira Orientadora: Sandra Neves

Lisboa, 31 de outubro de 2012

BMC Palliative Care 2011, 10:182  
http://www.biomedcentral.com/10.1186/1471-2317-10-182

**RESEARCH ARTICLE** Open Access

Mapping hospice patients' perception and verbal communication of end-of-life needs: an exploratory mixed methods inquiry

Bruce L. Arnold

**Abstract**  
Background: Comprehensive "Total Pain" assessments of patients' end-of-life needs are critical for providing hospice patients design, communication, emotional, social, and spiritual high quality palliative care. However,

## 1. Apresentação do Artigo

<b>Título</b>	<i>Mapping hospice patients' perception and verbal communication of end-of-life needs: an exploratory mixed methods inquiry</i> Mapeamento da percepção e comunicação verbal das necessidades dos doentes em fim de vida: um estudo misto
<b>Autor</b>	Bruce L. Arnold (Professor de Sociologia)
<b>Local</b>	Canadá
<b>Ano</b>	2011
<b>Revista</b>	BMC Palliative Care

## 2. Background (i)

**O autor considera que:**

- × Intervir adequadamente na "Dor Total" implica a avaliação das necessidades dos doentes em fim de vida.
- × Existe uma lacuna na compreensão das necessidades dos doentes em fim de vida, o que dificulta a criação de linhas orientadoras no planeamento dos cuidados, constituindo uma barreira no alívio do sofrimento.
- × Uma comunicação efetiva é o ingrediente primário para a compreensão e avaliação das necessidades dos doentes.

## 2. Background (ii)

**O autor considera que:**

- × O vocabulário do doente é, por vezes, diferente do vocabulário médico, o que pode criar confusões na interpretação.
- × Está documentado que as diferenças verificadas entre o vocabulário médico e o vocabulário do doente, diminuem em mais de 50% a capacidade do doente expressar as suas necessidades.

## 2. Background (iii)

**Questões de investigação:**

- × Qual o vocabulário que os doentes usam para expressar as suas necessidades?
- × Quais são os domínios das necessidades primárias sobre as quais as expressões verbais dos doentes assentam?
- × Qual é a hierarquia da ocorrência relativa *versus* prevalência relativa nesses mesmos domínios?

## 3. Desenho do Estudo (i)

Qualitativo

- Experiências de vida de doentes em fim de vida;
- Entrevistas fenomenológicas;
- Metodologia *Grounded Theory*;
- QSE-NVivo8.

Quantitativo

- Medição da percepção desses doentes relativamente às suas necessidades (ocorrência e prevalência).

**Mixed Study**

Retira os pontos fortes de cada uma das abordagens qualitativa e quantitativa, e minimiza as suas limitações, de modo a oferecer um método de estudo mais pluralista.

### 3. Desenho do Estudo (III)

#### Entrevista Fenomenológica:

- Com duração determinada pelo doente, variando entre 15 minutos a 1 ½ horas;
- Gravada em meio digital e transcrita integralmente;
- Iniciada com a questão:

Nós estamos continuamente a aprender novas formas de melhorar os cuidados aos nossos doentes. Agora que o senhor(a) está num estadio de fim de vida, encontra-se a vivenciar inúmeras experiências importantes, que nós não dominamos mas que gostaríamos de compreender melhor. Poderia falar-me sobre essas experiências, da melhor forma que conseguir e usando as suas próprias palavras?

### 3. Desenho do Estudo (IIII)

- Duração: 3 meses.
- Local: *Institute for Palliative Medicine at San Diego Hospice*.
- Participantes: 30 doentes (inicialmente 493 doentes).

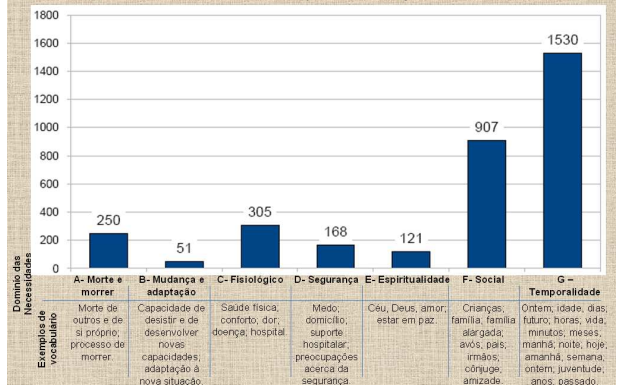
Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
-Doentes que recebem cuidados hospitalares ou domiciliários, através do <i>San Diego Hospice</i> ;	-Doentes que recebem cuidados em casas de repouso ou lares, a cargo do <i>San Diego Hospice</i> .
-Adultos que falem inglês;	
-Doentes com capacidade de manter vigília, atenção e esforço por, pelo menos, 20 minutos;	
-Doentes que aceitem o consentimento informado;	
-Doentes sem alteração cognitiva significativa (confusão, desorientação, delirium, psicose).	

### 4. Amostra

	Mean	SD	N	%
Age	72.2	13.1		
Gender				
Male	15	50		
Female	15	50		
Marital Status				
Married	13	43		
Single	4	13		
Widowed	4	13		
Divorced	5	17		
Unknown	4	13		
Race-ethnicity				
Unknown/other	3	10		
White non-Hispanic	20	66.7		
Black non-Hispanic	2	6.7		
Asian	2	6.7		
White Hispanic	3	10		
Spiritual identity				
Catholic	6	20		
Jewish	2	6.7		
Christian	8	26.7		
Other Spiritual	8	26.7		
No Affiliation	6	20		
Primary Diagnosis				
Cancer	18	60		
Lung	3	10		
Cardiovascular	3	10		
Other	6	20		
Functional Limitation				
Endurance	22	73.3		
Incontinence	5	16.7		
Hearing	2	6.7		
Other	1	3.3		

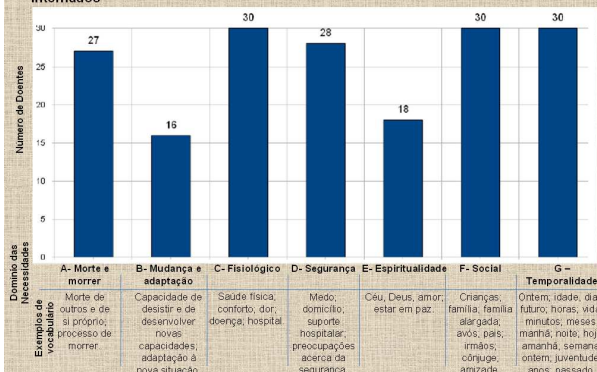
### 5. Resultados (III)

Gráfico 2 – Prevalência das necessidades percebidas pelos doentes internados



### 5. Resultados (II)

Gráfico 1 – Ocorrência dos domínios de necessidades percebidas pelos doentes internados



### 6. Discussão (II)



## 7. Conclusão

-A investigação mista conjuga-se para melhor compreender as experiências de vida dos doentes em fim de vida.

-As perceções das necessidades de fim de vida são multidimensionais, ambíguas e incertas.

### 1ª Sugestão

- Orientação para o desenvolvimento de **instrumentos de comunicação terapêutica**, tendo em conta o vocabulário dos doentes.

### 2ª Sugestão

- Ponto de partida para a criação de um **modelo teórico**, que responda de modo holístico, profundo e inovador às necessidades de fim de vida destes doentes.

Redução da "Dor Total"

## 8. Limitações

- ✗ Não generalização dos resultados, pela pequena amostra e pelo estudo ser realizado em apenas uma instituição de cuidados paliativos;
- ✗ A recolha e análise dos dados foi realizada por apenas um investigador.

## 9. Referência Bibliográfica

ARNOLD, Bruce L. – Mapping hospice patients' perception and verbal communication of end-of-life needs: an exploratory mixed methods inquiry. **BMC Palliative Care**. ISSN 1472-684X. 10 (2011), 1-10



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Estágio Módulo III – Opcional

## Journal Club

Cuidados Paliativos  
Instituto Português de Oncologia de Lisboa,  
Francisco Gentil, EPE

Obrigada pela atenção!

Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030



5.16. APÊNDICE XVI – Resultados do *Journal Club*

## RESULTADOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “JOURNAL CLUB”

### Nota Introdutória

Um *Journal Club* pressupõe a partilha de conhecimento científico atual e pertinente para o contexto onde é realizado. Neste sentido seleccionei o artigo “*Mapping hospice patients’ perception and verbal communication of end-of-life needs: an exploratory mixed methods inquiry*” partilhado em sessão de formação com a equipa multidisciplinar dos Cuidados Paliativos do IPOLFG, a 31 de outubro de 2012.

### Objetivo

O objetivo deste documento é avaliar a sessão de formação “*Journal Club*”.

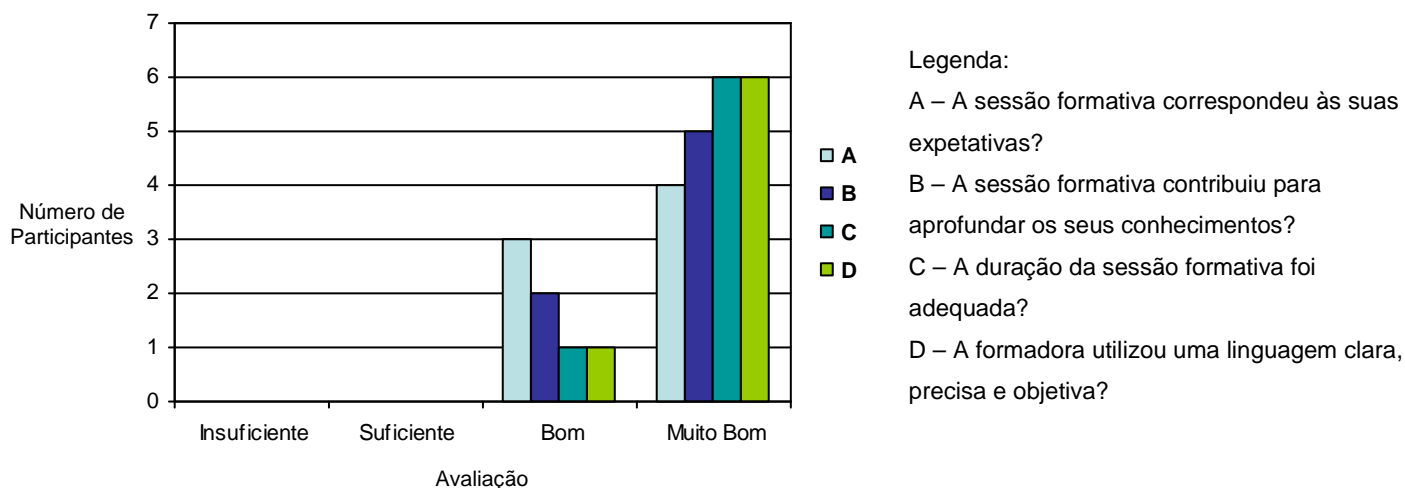
### Material e Métodos

Foi construído um instrumento de avaliação da sessão de formação “*Journal Club*”, com as seguintes questões: “A sessão formativa correspondeu às suas expetativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “A formadora utilizou uma linguagem clara, precisa e objectiva?”. Cada questão poderia ser avaliada como insuficiente, suficiente, bom ou muito bom. No final os participantes poderiam deixar alguma comentário e/ou sugestões, em local próprio. Este instrumento foi distribuído e preenchido por todos os participantes na sessão de formação, mantendo sempre a confidencialidade de cada participante.

### Resultados

Nesta sessão de formação participaram 7 profissionais de saúde, entre enfermeiros e médicos. Os resultados da avaliação da sessão de formação pelos participantes encontram-se discriminados no Gráfico 1. Os participantes acrescentaram o comentário e/ou sugestão: “Interessante. Acrescentou uma perspetiva diferente”.

Gráfico 1 – Resultados da Avaliação da Sessão de Formação



### **Discussão de Resultados**

Relativo à avaliação da sessão verifiquei que na questão “*A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?*” 57% classificou-a como Muito Bom e os restantes como Bom; na questão “*A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?*” 71% considerou-a Muito Bom e os restantes como Bom; nas questões “*A duração da sessão formativa foi adequada*” e “*A formadora utilizou uma linguagem clara, precisa e objetiva*” 85% consideraram Muito Bom e os restantes como Bom.

### **Nota Final**

Os resultados obtidos revelam um balanço positivo no que se refere à avaliação da sessão de formação.



5.17. APÊNDICE XVII – Comunicação Poster “Comunicar em Cuidados Paliativos”



Cavaco, Vera<sup>1</sup> e Gama, Maria Georgeana<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira. Hospital de Faro, E.P.E. Mestranda em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

<sup>2</sup>Professora na Universidade Católica Portuguesa, Mestre em Cuidados Paliativos.

## 1. Introdução

A pessoa com doença, quer seja aguda ou crónica, deseja ser escutada e empaticamente compreendida, pois muitas vezes o enfoque não está na doença em si mas num conjunto que envolve o contexto psicossocial, experiências de vida, a capacidade emocional para lidar com momentos de crise e o apoio familiar. É neste sentido que a comunicação se revela um desafio. Saber o que dizer ou como escutar carece de uma reflexão aprofundada, para que se consiga direcionar o diálogo num sentido verdadeiramente terapêutico (Imedio, 1998; Riley, 2004; Watson *et al.*, 2010).

**Palavras-Chave:** Comunicação, Cuidados Paliativos, Enfermagem

## 2. Metodologia

Revisão de Literatura. Pesquisa nas bases de dados *EBSCOhost* e *B-On* e complementada com o motor de pesquisa *Google Scholar* e pesquisa manual na Biblioteca da Unidade de Ensino de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, utilizando como palavras-chave: comunicação, cuidados paliativos, enfermagem, *communication*, *palliative care* e *nursing*. Percurso metodológico: seleção dos recursos; selecção das palavras-chave a usar na pesquisa; execução da pesquisa, leitura, seleção e análise dos textos relevantes; e avaliação crítica dos textos seleccionados.

**Questão de Investigação:** Que desafios se impõem ao enfermeiro na comunicação em Cuidados Paliativos?

## 3. Resultados

Que estratégias?

- Aplicar as competências básicas: escuta ativa, compreensão empática e *feedback*;
  - Mostrar disponibilidade;
  - Desenvolver uma longa relação enfermeiro-pessoa doente;
  - Evitar juízos de valor acerca das decisões da pessoa doente e sua família;
  - Ser honesto, transmitindo informação de modo transparente;
  - Estar disponível para falar acerca do diagnóstico e prognóstico, preparação para a morte e sobre questões psicológicas, sociais e espirituais;
  - Tomar iniciativa em falar sobre questões de fim de vida;
  - Transmitir regularmente informação e fomentar a coordenação entre a equipa e a própria pessoa doente;
  - Negociar opções terapêuticas;
  - Reestruturar planos de cuidados e assegurar as reais necessidades da pessoa em fase pré agónica ou agónica;
  - Realizar registos escritos que contemplem o ambiente e história pessoal da pessoa doente.
- (Buckman, 2001; Querido *et al.*, 2006; Ashurst, 2007; Pollak *et al.*, 2011; Slort *et al.*, 2011)

Que dificuldades?...

...intrínsecas ao enfermeiro:

- Revelar uma atitude disponível para escutar a pessoa doente;
  - Saber questionar;
  - Saber o que responder a questões;
  - Medo de ser culpabilizado, de não o compreenderem, de causar reacção como choro ou raiva, de dizer "eu não sei", de expressar as suas emoções, da sua própria morte e da hierarquia médica.
- (Buckman, 1998; Lawton e Carrol, 2005; Ashurst, 2007)

...intrínsecas à pessoa:

- Diminuição da acuidade auditiva e visual;
  - Estadio muito avançado da doença da pessoa, que lhe impossibilita a comunicação verbal.
- (Lawton e Carrol, 2005; Ashurst, 2007)

Que necessidades?

O treino, através de uma prática reflexiva e de *role-playing*, revelam ter um efeito positivo na confiança dos enfermeiros em relacionar-se com a pessoa doente, melhorando a satisfação destes. O recurso ao *role-playing* constitui um método efetivo para o treino de competências de comunicação, contribuindo para uma comunicação aberta e para o aumento do nível de confiança dos profissionais.

(Wilkinson *et al.*, 2008; Betcher, 2010; Corbett e Morris, 2011)

## 4. Conclusão

A aplicação de estratégias comunicacionais é uma componente essencial para a prestação de cuidados, principalmente na esfera dos Cuidados Paliativos. O principal desafio é a identificação das limitações do próprio enfermeiro através da prática reflexiva. Posteriormente o enfermeiro deve recorrer ao treino, de modo a aprimorar as suas competências comunicacionais, com a adequação das estratégias recomendadas.

## 5. Implicações para a Enfermagem

Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada que exige reflexão e estruturação de estratégias comunicacionais, possibilitando assim a prestação de cuidados que proporcionem qualidade de vida e conforto da pessoa em Cuidados Paliativos.

### Referências Bibliográficas

- ASHURST, Adam – Palliative care. Effective communication. *Nursing & Residential Care*. ISSN 1463-2201. 9.2 (2007), 95-98.
- BETCHER, Denise – Elephant in the Room Project: Improving Caregiver Ability through Effective and Compassionate Communication with Palliative Care Patients. *HOSPITAL & NURSING*. ISSN 1093-0111. 19.2 (2010), 101-108.
- BUCMAN, Robert – Communication and palliative care: a practical guide. In: Coyle, Derek, Harris, Carolyn, MacDonald, Ian (eds.), *Global Handbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1998. ISBN 0-19-262-08-71. 144-158.
- BUCMAN, Robert – Communication skills in palliative care: A practical guide. *Neurological Clinics*. ISSN 0733-0619. 13.4 (2001), 895-1004.
- CORRETTI, Ann, MORRIS, Jodie – Communication skills training in end-of-life care. *Nursing Times*. ISSN 0954-7192. 107-47 (2011), 18-17.
- IMEDIO, Susila López – Enfermeiros em Cuidados Paliativos. *Medio*. Editora (Núcleo Permanente, S.A.). 1992. ISBN 94-7903-091-6.
- LAWTON, Selig, CARROLL, David – Communication skills and palliative care: examples in palliative care. *British Journal of Community Nursing*. ISSN 1463-2750. 10.2 (2008), 124-128.
- POLLAK, Kathryn, CHILDERS, Julie, ARVID, Robert – Applying Motivational Interviewing Techniques to Palliative Care. *Communication Journal of Palliative Medicine*. ISSN 1095-6216. 14.6 (2011), 557-562.
- QUERIDO, Ana, SALAZAR, Helena, NETO, Isabel – Comunicação. In: Barbosa, António, Neto, Isabel (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Centro de Biologia de Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2006. ISBN 978-972-9549-21-6. p. 337-375.
- RILEY, Julie Zisler – Comunicação em Enfermagem. Loures: Lusófona, 2004. ISBN 978-9355-01-9.
- SLORT, W., SCHWITZER, S., BLANGKISTEIN, A., ABARSHI, S., RISHAGANI, I., SCHTELD, W., AARONSON, N., HORST, H., OLIVIERI, L. – Perceived barriers and facilitators for general practitioners/palliative communication in palliative care: A systematic review. *Palliative Medicine*. ISSN 0959-2163. 25.6 (2011), 613-629.
- WATSON, Lisa, LUGAS, Caroline, POT, Andrew, WELLS, Jo – Oxford Handbook of Palliative Care, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press, 2010. ISBN 978-0-19-923425-8.
- WILKINSON, S., PERRY, R., BLANCHARD, K., UNBELL, L. – Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomised controlled trial. *Palliative Medicine*. ISSN 0959-2163. 22 (2008), 355-375.



5.18. APÊNDICE XVIII – Sessão de Formação “Noções Básicas de Eletrocardiografia”



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

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Módulo I – Serviço de Urgência

**Plano de Sessão**

**Noções Básicas de Eletrocardiografia**

<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégias / Recursos</b>
<i>Identificar a anatomofisiologia do coração.</i>	<i>Identificação da anatomofisiologia do coração.</i>	<i>- Apresentação pessoal; - Utilização do método expositivo e interrogativo;</i>
<i>Compreender a fisiologia do sistema de condução elétrico do coração.</i>	<i>Explicação da fisiologia do sistema de condução elétrico do coração.</i>	<i>- Utilização dos diferentes monitores eletrocardiograficos do serviço;</i>
<i>Interpretar as principais características de eletrocardiografia.</i>	<i>Incitação à compreensão entre a atividade elétrica e a resposta mecânica do coração.</i>	<i>- Utilização do PowerPoint.</i>
<i>Identificar as disritmias mais comuns na pessoa internada na Cirurgia I.</i>	<i>Explicação dos parâmetros básicos na identificação dos ritmos cardíaco mais comuns na pessoa internada na Cirurgia I.</i>	

*Grupo a que se destina: Enfermeiros do Internamento de Cirurgia I / Urologia / Oftalmologia*

*Local: Hospital de Faro*

*Data: 19 de fevereiro de 2013 Hora: 14:15h*

*Duração da sessão: 60 minutos (50 minutos de exposição e 10 minutos de discussão)*

*Realizado por: Vera Sofia Joaquim Cavaco*



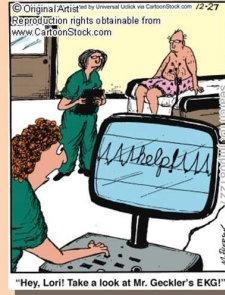
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 Mestrado em Enfermagem  
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 Estágio Módulo I – Serviço de Urgência

# Noções Básicas de Eletrocardiografia

Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030

Sob orientação de Enfermeira Ana Mirco e Professora Patrícia Pontífice Sousa

## Como interpretar um traçado eletrocardiográfico...

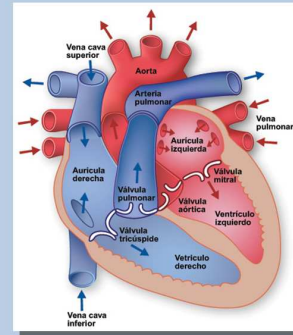


Anatomofisiologia

## Anatomofisiologia

Anatomofisiologia

## Relembrando Conceitos



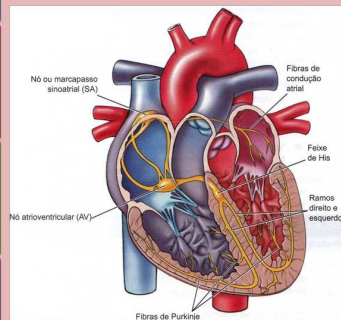
Adaptado de [http://www.texasheartinstitute.org/HIC/anatomy\\_Esp/anato\\_sp.cfm](http://www.texasheartinstitute.org/HIC/anatomy_Esp/anato_sp.cfm)

Sistema de Condução Elétrica

## Sistema de Condução Elétrica

Sistema de Condução Elétrica

## Sistema de Condução



Aehlert (2007), Lipman e Cascio (2001)

### Nódulo SA

- Localiza-se na parte superior da aurícula direita;
- Impulsos elétricos surgem espontaneamente;
- FC de 60 a 100bpm.

### Nódulo AV

- "Estação intermédia" onde os impulsos são abrandados;
- Permite que as aurículas se contraíam e bombieiem sangue para os ventrículos.

### Feixe de His

- Recebe o impulso do nóculo AV e transmite-o para os ramos direito e esquerdo;
- FC de 40 a 60bpm.

### Fibras de Purkinje

- Recebe o impulso dos ramos e transmite-o para o miocárdio ventricular;
- FC de 20 a 40bpm.

# Eletrocardiografia

## Eléctodos e derivações de ECG (I)

Derivações dos Membros – I, II, III, aVR, aVL, aVF

Derivações Torácicas – V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub>, V<sub>3</sub>, V<sub>4</sub>, V<sub>5</sub>, V<sub>6</sub>

Lipman e Cascio (2001)

## Eléctodos e derivações de ECG (II)

Derivação	Superfície do coração visualizada
I	Lateral
II	Inferior
III	Inferior
aVR	Nenhuma
aVL	Lateral
aVF	Inferior
V <sub>1</sub>	Septo
V <sub>2</sub>	Septo
V <sub>3</sub>	Anterior
V <sub>4</sub>	Anterior
V <sub>5</sub>	Lateral
V <sub>6</sub>	Lateral

Lipman e Cascio (2001)

## Eléctodos e derivações de ECG (III)

**ECG padrão é composto por 12 derivações que registam a atividade elétrica no coração a partir de 12 pontos de vista diferentes**

Exemplo:

Lipman e Cascio (2001)

## Monitorização Contínua

Três eléctrodos	Cinco eléctrodos
Derivações I, II, III	Todas as derivações (dependendo da localização do 5º elemento)

Aehlert (2007)

## Despolarização e Repolarização (I)

**Onda P**  
 Despolarização das células musculares das aurículas

**Complexo QRS**  
 Despolarização das células musculares dos ventrículos

**Onda T**  
 Fim da repolarização dos ventrículos

**Onda U**  
 Significado desconhecido. Repolarização suplementar dos ventrículos (?)

Aehlert (2007); Lipman e Cascio (2001)

## Intervalos

Eletrocardiografia

**Intervalo PR**  
Quantidade total de tempo necessário para a despolarização das aurículas e para que o impulso se desloque até à despolarização ventricular

**Intervalo QRS**  
Tempo necessário para a despolarização de ambos os ventrículos

**Intervalo QT**  
Tempo total necessário para que ocorra a despolarização e repolarização dos ventrículos

**Segmento ST**  
Intervalo de tempo entre o fim do complexo QRS e o começo da onda T

Aehlert (2007); Lipman e Cascio (2001)

# Disrritmias

Disrritmias

## Parâmetros básicos para a interpretação de ritmo

- Frequência auricular (P) e ventricular (QRS)
- Regularidade das ondas P e complexos QRS
- Intervalos
- Relação de ondas P para cada complexo QRS
- Presença de atividade ectópica

Aehlert (2007); Lipman e Cascio (2001)

## Ritmo Sinusal e Variantes

Disrritmias

**Taquicardia sinusal** – ritmo sinusal com frequência igual ou superior a 100 bpm.

**Bradicardia sinusal** – ritmo sinusal com frequência inferior a 60 bpm.

Aehlert (2007)

## Disrritmias Auriculares (II)

### Flutter Auricular

Onas F de flutter, em forma de dentes de serra com frequência entre os 250 e os 450 bpm. Ondas P ausentes.

### Fibrilhação Auricular

Múltiplos focos auriculares etópicos, contrações auriculares descoordenadas e frequência ventricular irregular. Ondas f de fibrilhação. Ondas P ausentes.

Aehlert (2007)

## Disrritmias Auriculares (III)


### Taquicardia Supraventricular

Ritmo supraventricular com origem nas aurículas, no exterior do nóculo SA, com uma frequência entre os 150 a 250 bpm.

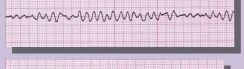
Aehlert (2007)

**Disritmias Ventriculares**

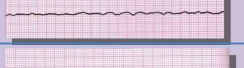
**Taquicardia Ventricular sem pulso**  
Disritmia ventricular rápida



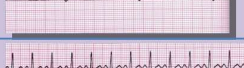
**Fibrilhação Ventricular (grossa e fina)**  
Desorganização total da atividade elétrica do coração



**Assistolia**  
Total ausência elétrica do coração. Fenômeno cardíaco terminal.

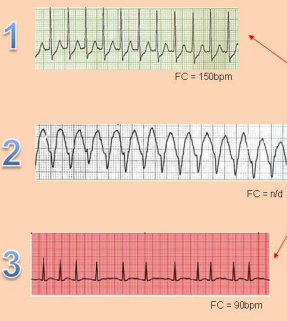


**Atividade elétrica sem pulso**  
Atividade elétrica no monitor cardíaco, mas não se sente pulso carotídeo e o doente não respira.



Aehlert (2007)

**Identifique os seguintes ritmos:**



- Ritmo Sinual
- Bradicardia Sinusal
- Taquicardia Sinusal
- Fibrilhação Auricular  
Com resposta ventricular controlada
- Flutter Auricular
- Taquicardia Supraventricular
- Taquicardia Ventricular Sem Pulso
- Fibrilhação Ventricular
- Assistolia

**Bibliografia**

AEHLERT, Barbara – **ACLS Emergências em Cardiologia: Suporte avançado de vida em cardiologia, Um guia para estudo**. 3ªed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2007. ISBN 978-85-352-2295-1.

LIPMAN, Bradford; CASCIO, Toni – **ECG Avaliação e Interpretação**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-26-6.

s.a. - **Anatomia del corazón**, 2012 [online] acedido a 6 Janeiro, 2013 em: [http://www.texasheartinstitute.org/HIC/anatomy\\_Esp/anato\\_sp.cfm](http://www.texasheartinstitute.org/HIC/anatomy_Esp/anato_sp.cfm)

HOSPITAL DE FARO  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Estágio Módulo I – Serviço de Urgência

**Noções Básicas de Eletrocardiografia**

Obrigado pela Atenção!

5.19. APÊNDICE XIX – Resultados da Sessão de Formação “Noções Básicas de Eletrocardiografia”

## **RESULTADOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**

### **“Noções Básicas de Eletrocardiografia”**

#### **Nota Introdutória**

A interpretação da eletrocardiografia é essencial para a detecção precoce de alterações da condição de saúde/doença da pessoa internada em meio hospitalar. Por considerar que existem benefícios, para os enfermeiros do meu local de trabalho, em aprofundar saberes nesta área, foi realizada esta sessão de formação no dia 19 de fevereiro de 2013, considerando os meus conhecimentos desenvolvidos em contexto de estágio.

#### **Objetivo**

O objetivo deste documento é avaliar a sessão de formação “Noções Básicas de Eletrocardiografia”.

#### **Material e Métodos**

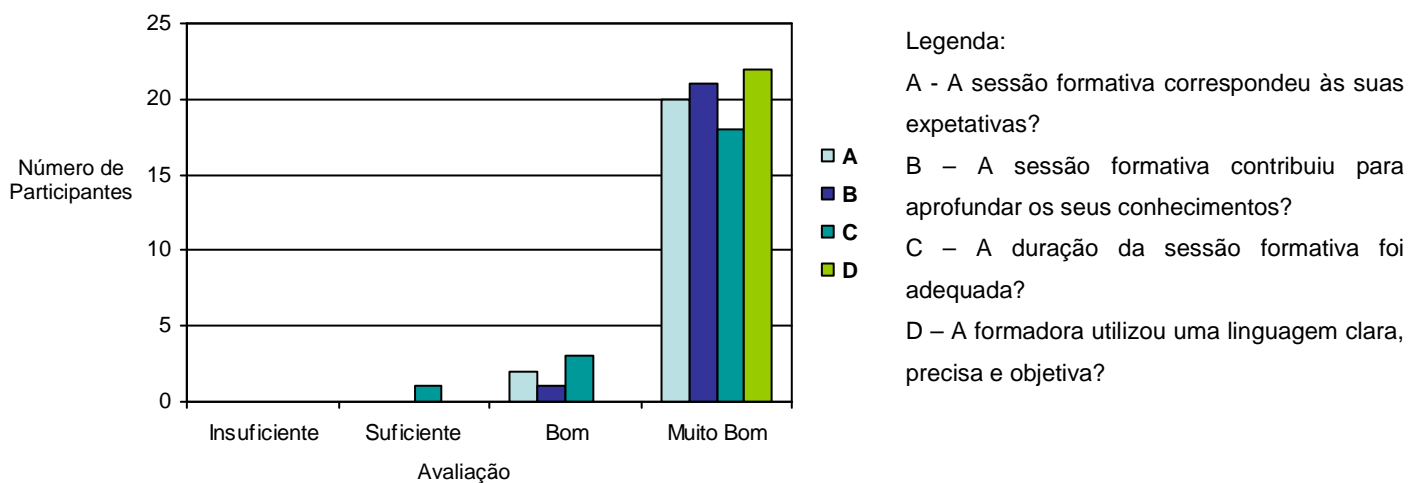
Foi realizada a avaliação de conhecimentos dos participantes, com três questões de correspondência, que foram discutidas em grupo, com a moderação da formadora.

Foi construído um instrumento de avaliação da formação “Noções Básicas de Eletrocardiografia”, com as seguintes questões: “A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “A formadora utilizou uma linguagem clara, precisa e objectiva?”. Cada questão poderia ser avaliada como insuficiente, suficiente, bom ou muito bom. No final os participantes poderiam deixar alguma comentário e/ou sugestões, em local próprio. Este instrumento foi distribuído e preenchido por todos os participantes na sessão de formação, mantendo sempre a confidencialidade de cada participante.

#### **Resultados**

Nesta sessão de formação participaram 22 enfermeiros. Os resultados da avaliação de conhecimentos foram positivos, com a participação de grande parte da assistência. Os resultados da avaliação da sessão de formação pelos participantes encontram-se discriminados no Gráfico 1. Os participantes acrescentaram nos comentários e/ou sugestões “Muito bom e esclarecedor. ” e “Parabéns pela formação! Aguarda-se a próxima!”.

Gráfico 1 – Resultados da Avaliação da Sessão de Formação



### Discussão de Resultados

A avaliação de conhecimentos incutiu a discussão e partilha de dúvidas face aos conhecimentos explorados durante a sessão de formação. Os participantes demonstraram interesse e responderam correctamente às três questões.

Relativo à avaliação global da sessão os participantes avaliaram-na em 100% como boa ou muito boa em todas as questões: “A sessão formativa correspondeu às suas expetativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “A formadora utilizou uma linguagem clara, precisa e objetiva?”.

### Nota Final

Os resultados obtidos revelam um balanço positivo, quer na avaliação dos conhecimentos dos participantes, quer na avaliação da sessão de formação. É perceptível nos enfermeiros participantes o interesse na aplicação dos conhecimentos no dia-a-dia profissional, em situações reais.



5.20. APÊNDICE XX – Reflexão sobre Passagem de Turno de Enfermagem no SO





UNIVERSIDADE INSTITUTO DE  
CATÓLICA CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Estágio Módulo I – Serviço de Urgência

## Reflexão sobre Passagem de Turno de Enfermagem no SO

Serviço de Urgência Central  
Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Vera Sofia Joaquim Cavaco nº192011030

Professora Orientadora: Patrícia Pontífice de Sousa  
Enfermeira Orientadora: Ana Paula Mirco

Lisboa, dezembro de 2012

### Siglas

EPE – Entidade Pública Empresarial  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
SO – Sala de Observação  
SUC – Serviço de Urgência Central

### Abreviaturas

*et al.* – *et alii* (e outros)  
nº – número  
p. – página

## Índice

Nota Introdutória.....	3
Passagem de turno: um elemento dos cuidados de enfermagem.....	3
O local da passagem de turno.....	4
Sistematizar a passagem de turno.....	5
O que é que a passagem de turno despoleta nos enfermeiros?.....	6
Notas Finais.....	7
Referências Bibliográficas.....	8

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Exemplo de organização da informação da passagem de turno junto do doente.....	5
---	---

## Índice de Figuras

Figura 1 – Desafios para a passagem de turno no SUC.....	8
--	---

## Nota Introdutória

Este trabalho nasce da necessidade de melhoria de um momento especial dos cuidados de enfermagem na Sala de Observação (SO) do Serviço de Urgência Central (SUC) do Hospital de Santa Maria: a passagem de turno. Num exercício de observação foram identificadas algumas não conformidades durante este período da prestação de cuidados em enfermagem. Por se considerar ser um momento de transmissão de informação importante para a segurança do doente, foram traçados alguns objetivos como: identificação da importância da passagem de turno nos cuidados de enfermagem; compreensão dos aspectos a melhorar na passagem de turno no SO; e exemplificação de estratégias que potenciem a melhoria da comunicação na passagem de turno.

Este documento pretende fornecer um convite à reflexão dos profissionais do SUC, para que, em conjunto, consigam tecer as suas próprias conclusões, contribuindo como alavanque na melhoria da prática da passagem de turno, indo assim ao encontro dos padrões de qualidade em enfermagem.

## Passagem de turno: um elemento dos cuidados de enfermagem

A passagem de ocorrências ou passagem de turno em enfermagem é definida por Nunes *et al.* (2005) 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 contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação." (p.231).

Os mesmos autores acrescentam que a transmissão da informação é feita de forma oral, podendo ser complementada pela forma escrita. Silva e Campos (2007) afirmam que a informação transmitida deve ser objectiva, clara e concisa e deve ser relativa à prestação de cuidados directos ou indirectos ao doente, podendo-se também transmitir outros assuntos institucionais de interesse.

No mesmo sentido, e de forma a completar a definição acima descrita, Guimarães (1999) defende que a passagem de turno corresponde a um tempo de simbolismo significativo, através da avaliação do trabalho realizado num turno, organização do turno seguinte e discussão de problemáticas decorrentes no quotidiano dos cuidados prestados. Por esse motivo Kerr (2002) citado por Staggars e Jennings (2009) consideram este momento como um processo complexo pelo conhecimento e experiência intrínsecos ao seu conteúdo.

Por ser central à manutenção da continuidade, qualidade e planeamento dos cuidados prestados, Lamond (2002) procurou compreender o processo de decisão e julgamento do enfermeiro durante a sua passagem de turno, tendo concluído que geralmente a informação transmitida nesse momento apresenta uma ordem específica, que confere uma estrutura ou esquema facilitador da transmissão de informação. O autor concluiu também que o enfermeiro tende a transmitir informação sumária acerca da condição do doente, por pressupor que o enfermeiro que recebe a informação fará uma associação cognitiva que permita concluir acerca das necessidades específicas desse mesmo doente, e assim, se tende a reduzir-se o tempo dispensado na passagem de turno. No mesmo sentido, ao comparar a informação contida nos registos escritos e na passagem de turno, o autor verificou que a primeira é sempre mais completa e detalhada do que a segunda, que justifica pelo facto dos registos escritos representarem um documento legalmente reconhecido. Curiosamente, o mesmo estudo revela que os dados psicossociais dos doentes são mencionados mais frequentemente na passagem de turno, do que nos registos escritos.

#### O local da passagem de turno

Na literatura é comum encontrar-se a discussão entre a dicotomia da passagem de turno no quarto/unidade do doente ou numa sala à parte, ao qual a Ordem dos Enfermeiros (OE) já se pronunciou (Baker, 2010; Ferreira *et al.*, 2010; Nunes *et al.* 2005; Santos e Ferreira, 2004; Staggars e Jennings, 2009). Por questões relativas ao sigilo, Nunes *et al.* (2005) descreve o parecer da OE, cujos aspectos conclusivos consideram que o espaço onde se realiza a passagem de turno deverá ter em atenção as características de cada contexto

de trabalho, de modo a ir ao encontro dos objectivos da passagem de turno, anteriormente descritos. Como forma de não extrapolar o Código Deontológico dos Enfermeiros, é ainda feita referência à necessidade de salvaguardar o direito de privacidade e confidencialidade dos doentes e garantia da utilização do "privilegio terapêutico". O documento acrescenta ainda que não é o local da passagem de turno que é colocado em causa, mas sim as informações nela contidas, que possam ser involuntariamente transmitidas a terceiros.

#### Sistematizar a passagem de turno

No que se refere à comunicação de um profissional para o outro, a World Health Organization (2007) referencia que as lacunas que ocorrem durante esse processo predisõem à existência de quebras na continuidade dos cuidados, tratamentos inadequados e colocam em causa a segurança do doente. Efectivamente, o trabalho de Hansten (2003) citado por Dean (2009) enuncia que as diferenças verificadas na qualidade da informação transmitida na passagem de turno, podem favorecer a eficiência do turno seguinte ou, por outro lado, podem atrasar os cuidados em cerca de 1 a 2 horas. Assim, World Health Organization (2007) assegura que para a comunicação ser efectiva deverá ser precisa, não ambígua e cara-a-cara, sugerindo alguns passos descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Exemplo de organização da informação da passagem de turno junto do doente.

<p><b>Aplicar técnica SBAR</b></p>	<p>O uso de uma abordagem estandardizada minimiza a confusão entre os profissionais.</p>	<p>(S)<i>Situation</i>: o enfermeiro que termina o turno despede-se do doente e o enfermeiro que entra cumprimenta o doente; (B)<i>Background</i>: actualiza o colega acerca dos problemas actuais do doente, bem como do tratamento, medicação, exames complementares de diagnóstico e necessidades especiais (ex. isolamento de contacto, risco elevado de queda...); (A)<i>Assessment</i>: informa acerca dos</p>
------------------------------------	--	--

	acontecimentos durante o seu turno; (R) <i>Recommendation</i> : revê e certifica que tudo está operacional para o colega que entra (ex. permeabilidade de acessos venosos, terapêutica em curso ou pendente, confirma pedido de serviço social...); Ao longo desta abordagem o doente é convidado a intervir disponibilizando-se espaço para o esclarecimento de dúvidas e facilitando a sua inclusão no planeamento dos cuidados.
Dispensar o tempo necessário	Comunicar a informação importante dando a oportunidade ao colega de colocar questões, respondendo adequadamente, sem outras interrupções irrelevantes.
Incluir informações pertinentes	Status do doente, medicação, plano de tratamento ou outras alterações significativas.
Excluir informações fúteis	Limitar a informação ao necessário para garantir a segurança do doente.

(adaptado de World Health Organization, 2007 e Baker, 2010)

#### O que é que a passagem de turno despoleta nos enfermeiros?

Para além do já descrito, a comunicação inerente à passagem de turno pode ser afectada por outras variáveis, que Roach (2002) citado por Dean (2009) referencia nestas questões:

"If a depressed person enters a room, what happens to others? What is the impact of the energy, motivation, and commitment of a nurse who is leaving a shift on those who take over?" (p.22).

Efectivamente, estas questões nascem do facto do autor concluir que pouco se tem escrito sobre a problemática intra-profissional dos enfermeiros durante a passagem de turno.

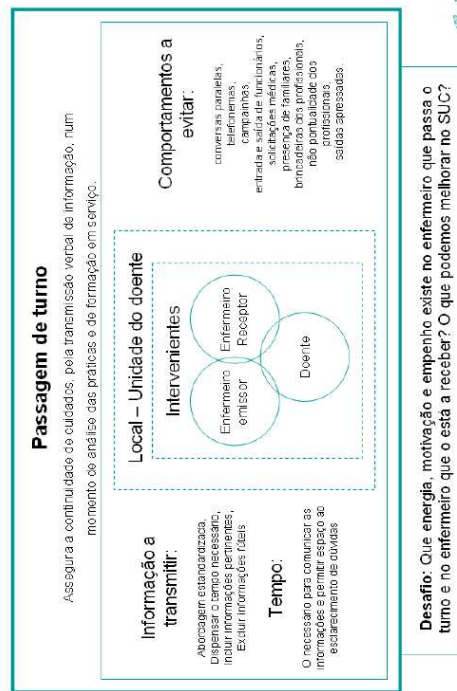
Silva e Campos (2007) referem que a maioria das dinâmicas de passagem de turno são demoradas, desgastantes e tendem à banalização e superficialidade, ao invés de fomentarem a reflexão. Deste modo os mesmos autores enumeram

alguns aspectos, relacionados com o comportamento da equipa, que interferem no sucesso da passagem de turno como: conversas paralelas, telefonemas, campainhas, entrada e saída de funcionários, solicitações médicas, presença de familiares, brincadeiras dos profissionais, não pontualidade dos profissionais e saídas apressadas. Efectivamente, e de modo empírico, todos os dias se assiste a um ou mais destes exemplos, que inevitavelmente prejudicam a transmissão da informação. De modo complementar, referencia-se ainda o trabalho de Roach (1997) citado por Dean (2009) que conclui que os enfermeiros na passagem de turno despendem demasiada energia a controlar os outros, ao invés de desenvolver a capacidade honestidade, integridade ou compaixão pelo outro colega. De facto somos demasiadamente críticos com os colegas, em especial com o colega do turno anterior, no que se refere às suas fraquezas, que sistematicamente vamos identificando. A tomada de consciência desta problemática poderá ser uma mais valia para que, em conjunto, se possam arranjar estratégias dentro da equipa que fomentem um espírito crítico construtivo, evidenciado de forma igualitária os pontos positivos e negativos, tal como sugere Speas (2004) citado por Dean (2009).

#### Notas finais

A passagem de turno em enfermagem assume um carácter primordial na partilha de experiências, convidando à reflexão de cada profissional. A rotina pode transpor este momento à banalização, pelo que se preconiza a transmissão de informação clara, sem ambiguidades e com uma ordem específica, de modo a evitar confusões nos enfermeiros que recebem essa mesma informação. O tempo despendido deverá ser o suficiente para incluir o esclarecimento de dúvidas. O local deverá ser o que se adequa às características do contexto de trabalho, considerando a particularidade da confidencialidade e privacidade do doente. Mediante estas condições os enfermeiros deverão promover comportamentos que não interfiram no sucesso da transmissão da informação, através do controlo do ambiente circundante ao local da passagem de turno. Deste modo, criou-se um esquema sumário do que se considera ser fundamental para a reflexão em equipa da passagem de turno do SO do SUC: Esquema 1.

### Esquema 1 – Desafios para a passagem de turno no SUC.



### Referências Bibliográficas

- BAKER, Stephanie – Bedside shift report improves patient safety and nurse accountability. *Journal of Emergency Nursing*. ISBN 0099-1767. 36.4 (2010), 355-358.
- DEAN, Patrick – Nurse-to-Nurse Caring Begins with Shift-to-Shift Report. *International Journal for Human Caring*. ISBN 1091-5710. 13.2 (2009), 22-26.
- FERREIRA, Ricardo; LUZIO, Fátima; SANTOS, Mayra – Passagem de turno dos enfermeiros nos quartos (Visita de Enfermagem): opinião dos utentes. *Revista Referência*. ISBN 0874-0283. 2ª Série:12 (2010), 29-37.
- GUIMARÃES, Paula – *Aprendizagens e quotidianos profissionais. Estudo de caso de uma enfermaria*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Dissertação de Mestrado, 1999.

LAMOND, Dawn – The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. *Journal of Advanced Nursing*. ISBN 0309-2402. 31.4 (2000), 794-804

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005. ISBN 972-99646-0-2.

SANTOS, Mayra; FERREIRA, Ricardo – Passagem de turno junto dos utentes: melhoria efectiva na prestação de cuidados? *Revista Referência*. ISBN 0874-0283. 12 (2004), 49-53.

SILVA, Évena; CAMPOS, Luciana – Passagem de plantão na enfermagem: Revisão da Literatura. *Cogitare Enfermagem*. ISBN 1414-8536. 12.4 (2007), 502-507.

STAGGERS, Nancy; JENNINGS, Bonnie – The Content and Context of Change of Shift Report on Medical and Surgical Units. *The Journal of Nursing Administration*. ISBN 0002-0443. 39:9 (2009), 393-398.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Communication during patient hand-overs: Patient safety solutions*. 2007, online em <http://www.ccforpatientsafety.org/common/pdfs/pdf/preskit/PS-Solution3.pdf>



## 5.21. APÊNDICE XXI – Roda da Comunicação



# RODA DAS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO



Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Mestrado em Enfermagem

## Bibliografia

- RILEY, Julia Balzer – Comunicação em Enfermagem. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-81-9.  
STEFANELLI, Maguida Costa – Introdução à comunicação terapéutica. In: STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emília Campos (eds.) – A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 2005. São Paulo: Manole. ISBN 978-852-04211-96-3. p. 62-72.

Qualidade nos Cuidados ...  
...Segurança do Doente

Vera Cavaco sob orientação de  
Enfermeira Ana Mirco e Professora Patrícia Pontífice de Sousa

### Validação da Mensagem: Resumindo e concluindo

Como verifica a compreensão das informações e orientações dadas por si?

3

- Usar técnicas mente de si próprio ou partilhando aneddotas ou cartoons.
- Permitir ao doente e inferir o humor, seguindo as dicas dos relevantes do enfermeiro no diálogo.
- Usar frases com sentido aberto, com as palavras usadas, admitindo um comportamento congruente.
- Usar frases que aceitam a face descontratada, contactando visualmente a rotina diária no adotar um erro, admitindo um comportamento congruente.
- Usar frases que aceitam a face descontratada, contactando visualmente a rotina diária no adotar um erro, admitindo um comportamento congruente.
- Usar frases que aceitam a face descontratada, contactando visualmente a rotina diária no adotar um erro, admitindo um comportamento congruente.

2

### Clarificação: Nunca parta do princípio: clarifique!

Discurso ambíguo? Que estratégias utilizadas para ajudar a compreender ou clarificar as mensagens do doente?

- Repetir a mensagem do doente;
- Pedir ao doente para repetir o que foi dito;
- Resumir o conteúdo da interação.

1

### Expressão: Ir para além do óbvio

Utiliza estratégias mediadoras de sentimentos e necessidades do doente?

- Estimular comparações;
- Solicitar ao doente que esclareça termos incomuns e que seja específico na descrição dos pensamentos e/ou sentimentos;
- Questionar especificamente a informação necessária, com um seguimento lógico e que forneça dados essenciais à prestação de cuidados.

5.22. APÊNDICE XXII – Sessão de Formação “Comunicação enfermeiro-pessoa no SUC:  
Que desafios? Que estratégias?”



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Módulo I – Serviço de Urgência

**Plano de Sessão**

**Comunicação enfermeiro-doente no SUC:  
Que desafios? Que estratégias?**

<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Estratégias / Recursos</b>
<i>Evidenciar a pertinência da comunicação efetiva em enfermagem.</i>	<i>Articulação da comunicação efetiva com a segurança do doente e a qualidade dos cuidados.</i>	<i>- Apresentação pessoal; - Utilização do método expositivo e interrogativo;</i>
<i>Identificar as barreiras da comunicação enfermeiro-pessoa doente, em contexto de Serviço de Urgência.</i>	<i>Apresentação das barreiras da comunicação enfermeiro-pessoa doente, em contexto de Serviço de Urgência, com incentivo à reflexão da realidade local.</i>	<i>- Apresentação do instrumento construído; - Utilização do PowerPoint e Projetor Multimédia.</i>
<i>Apresentar a “Roda das Estratégias de Comunicação”.</i>	<i>Apresentação da “Roda das Estratégias de Comunicação”, como recurso à organização de pensamento para uma prática de comunicação efetiva.</i>	

**Grupo a que se destina:** *Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE*

**Data:** *13 de dezembro de 2012*

**Hora:** *15h*

**Duração da sessão:** *20 minutos (15 minutos de exposição e 5 minutos de discussão)*

**Realizado por:** *Vera Sofia Joaquim Cavaco*


**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
 Mestrado em Enfermagem  
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 Estágio Módulo I – Serviço de Urgência

## Comunicação enfermeiro-doente no SUC: Que desafios? Que estratégias?

**Serviço de Urgência Central**  
**Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE**

Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030 Enfermeira Orientadora: Ana Mirco  
Professora Orientadora: Patrícia Pontífice Sousa  
 Lisboa, 13 de dezembro de 2012

**Nota Introdutória**

*Talvez um dos maiores problemas da comunicação humana [...] seja a assunção de que comunicar bem é uma coisa fácil de fazer.*  
*Contudo, apenas metade desta afirmação é verdadeira: é fácil comunicar, mas é muito difícil comunicar bem.*

Kreps (1990) citado por Spencer et al. (2002), p.2

**Que desafios? (1)**



Uma comunicação pobre e não efetiva pode promover a ocorrência de eventos adversos.

A comunicação inadequada aumenta a insatisfação e as queixas dos doentes acerca do Sistema de Saúde.




Scheeres et al. (2008) e Spencer et al. (2004)

**Que desafios? (2)**

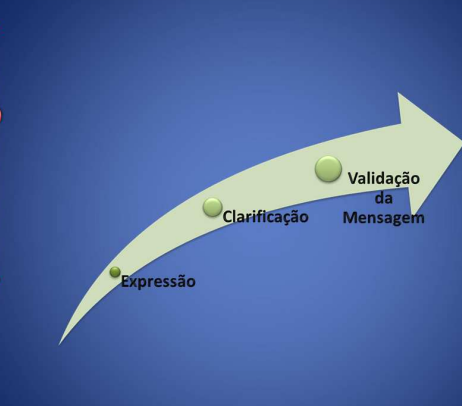


Garra et al. (2009) citados por Burley (2011)

**Que desafios? (3)**

- 
 Interrupções
  - Os profissionais de saúde do Serviço de Urgência são interrompidos, em média, 10 vezes por hora.
  - 52% das interrupções são disruptivas o suficiente para se perder o conteúdo da comunicação.Chisolm et al. (2001) e Berry (2009) citados por Burley (2011) e Spencer et al. (2004)
- 
 Falta de tempo
  - 70% dos enfermeiros do serviço de urgência não adotam uma comunicação centrada no doente, por referirem falta de tempo.Berry (2009) citado por Burley (2011)
- 
 Diferenças culturais e de linguagem
  - 46% da comunicação com os doentes é afetada por diferenças culturais e/ou linguísticas.Garra et al. (2009) citado por Burley (2011)

**Que estratégias? (1)**



Stefanelli (2005)

**Que estratégias? (3)**

## Clarificação:

*Nunca parta do princípio - clarifique!*

*Discurso ambíguo? Que estratégias utilizada para ajudar a compreender ou clarificar as mensagens do doente?*

- Estimular comparações;
- Solicitar ao doente que esclareça termos incomuns e que seja específico na descrição dos pensamentos e/ou sentimentos;
- Questionar especificamente a informação necessária, com um seguimento lógico e que forneça dados essenciais à prestação de cuidados.

Riley (2004) e Stefanelli (2005)

**Que estratégias? (2)**

## Expressão: Ir para além do óbvio

*Utiliza estratégias mediadoras de verbalização de pensamentos, sentimentos e necessidades do doente?*

- Chamar o doente pelo nome e apresentar-se;
- Ouvir reflexivamente e com empatia, lembrando que a *rotina diária dos enfermeiros não é rotina para os doentes*;
- Transmitir calor humano, adotando uma face descontraída, contacto visual direto, poucos gestos, reforços verbais como "mm-hmm", tom de voz suave e toque no ombro ou aperto de mão;
- Usar o silêncio, compreendendo que é aceitável não ter respostas;
- Verbalizar a aceitação e interesse pelo outro, admitindo um comportamento congruente com as palavras usadas;
- Usar frases com sentido aberto;
- Permitir ao doente que escolha o assunto e integrar as experiências relevantes do enfermeiro no diálogo;
- Verbalizar dúvidas;
- Usar terapêuticamente o humor, seguindo as deixas dos doentes, rindo-se de si próprio ou partilhando anedotas ou cartoons.

Riley (2004) e Stefanelli (2005)

**Que estratégias? (4)**

## Validação da Mensagem: Resumindo e concluindo

*Como verifica a compreensão das informações e orientações dadas por si?*

- Repetir a mensagem do doente;
- Pedir ao doente para repetir o que foi dito;
- Resumir o conteúdo da interação.

Riley (2004) e Stefanelli (2005)

**Nota Final**

**A enfermagem sustenta-se na relação humana pela qual a comunicação efetiva tem de estar intrínseca.**

**Caso contrário corremos o risco de sermos meros executores de intervenções isoladas, que em nada se assemelham ao que é ser enfermeiro.**

## Bibliografia

BURLEY, Duncan – Better communication in the emergency department. *Emergency Nurse*. ISSN 1354-5752. 19:2(2011), 32-36.

PYTEL, Constance; FIELDEN, Nina; MEYER, Kate; ALBERT, Nancy – Nurse-Patient/Visitor Communication In The Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*. ISSN 0099-1767. 35:5(2009), 406-411.

RILEY, Julia Balzer – **Comunicação em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-81-9.

SCHEERES, Hermine; SLADE, Diana; MANIDIS, Marie; MCGREGOR, Jeannette; MATTHIESSEN, Christian – Communicating in hospital emergency departments. *Prospect*. ISSN 0814-7094. 23:2(2008), 13-22.

SPENCER, Rosemary; COIERA, Enrico; LOGAN, Pamela – Variation in Communication Loads on Clinical Staff in the Emergency Department. *Annals Of Emergency Medicine*. ISSN 1097-6760. 44:3(2004), 268-273.

SPENCER, Rosemary; LOGAN, Pamela; COIERA, Enrico – **Supporting Communication in the Emergency Department**. Sydney: University of New South Wales, 2002. ISBN 0-7334-2014-1.

STEFANELLI, Maguída Costa – Introdução à comunicação terapêutica. *In: Stefanelli, Maguída Costa; Carvalho, Emilia Campos (eds.) – A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. 2005. São Paulo: Manole. ISBN 978-852-0421-96-3. p.62-72.

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NOROESTE, I.P. SANTA MARIA, I.P. UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Estágio Módulo I – Serviço de Urgência

## Comunicação enfermeiro-doente no SUC: Que desafios? Que estratégias?

**Obrigado pela Atenção!**

Vera Sofia Joaquim Cavaco nº 192011030 Enfermeira Orientadora: Ana Mirco  
Professora Orientadora: Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, 13 de dezembro de 2012

5.23. APÊNDICE XXIII – Resultados da Sessão de Formação “Comunicação enfermeiro-pessoa no SUC: Que desafios? Que estratégias?”

**RESULTADOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**  
**“COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO-PESSOA NO SUC: QUE DESAFIOS? QUE**  
**ESTRATÉGIAS?”**

**Nota Introdutória**

A comunicação enfermeiro-pessoa num Serviço de Urgência reveste-se de algumas especificidades dado o seu contexto dinâmico. Neste sentido foi realizada esta sessão de formação no SUC no dia 13 de dezembro de 2012.

**Objetivo**

O objetivo deste documento é avaliar a sessão de formação “Comunicação enfermeiro-pessoa no SUC: Que desafios? Que estratégias?”.

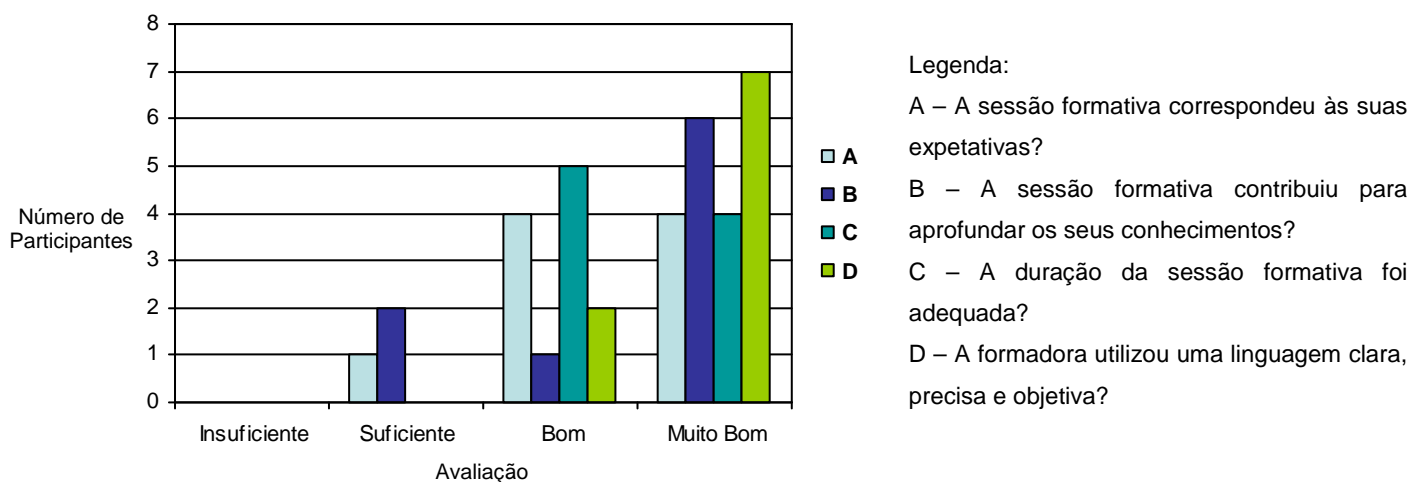
**Material e Métodos**

Foi construído um instrumento de avaliação da sessão de formação “Comunicação enfermeiro-pessoa no SUC: Que desafios? Que estratégias?”, com as seguintes questões: “A sessão formativa correspondeu às suas expectativas?”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos?”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “A formadora utilizou uma linguagem clara, precisa e objectiva?”. Cada questão poderia ser avaliada como insuficiente, suficiente, bom ou muito bom. No final os participantes poderiam deixar alguma comentário e/ou sugestões, em local próprio. Este instrumento foi distribuído e preenchido por todos os participantes na sessão de formação, mantendo sempre a confidencialidade de cada participante.

**Resultados**

Nesta sessão de formação participaram 9 enfermeiros. Os resultados da avaliação da sessão de formação pelos participantes encontram-se discriminados no Gráfico 1. Os participantes não acrescentaram nenhum comentário e/ou sugestão.

Gráfico 1 – Resultados da Avaliação da Sessão de Formação



### Discussão de Resultados

Relativo à avaliação da sessão verifiquei que as questões “A sessão formativa correspondeu às suas expetativas”, “A sessão formativa contribuiu para aprofundar os seus conhecimentos”, “A duração da sessão formativa foi adequada?” e “A formadora utilizou uma linguagem clara, precisa e objetiva?” foram avaliados por mais de 75% dos participantes como Bom ou Muito Bom. No final da sessão foi entregue o instrumento “Roda da Comunicação” à equipa de enfermagem, que manifestaram ser um contributo positivo para a prestação de cuidados.

### Nota Final

Os resultados obtidos revelam um balanço positivo no que se refere à avaliação da sessão de formação.



#### 5.24. APÊNDICE XXIV – Projeto de Investigação



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

*Mestrado em Enfermagem*

*Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica*

*Estágio Módulo I – Serviço de Urgência*

**PROJETO DE INVESTIGAÇÃO**

**Título**

Necessidades de comunicação do doente que recorre ao Serviço de Urgência

**Palavras-Chave**

Enfermeiro, doente, comunicação, serviço de urgência

**Identificação da Problemática**

O problema em estudo é Quais as necessidades de comunicação do doente que recorre ao Serviço de Urgência? O objetivo geral do estudo é *Conhecer a perspetiva do doente que recorre ao Serviço de Urgência sobre as suas necessidades de comunicação*. Os objetivos específicos do estudo são: *Explorar a vivência do doente sobre a comunicação enfermeiro-doente, no serviço de urgência; e Compreender a perceção do doente face à adequação das estratégias de comunicação adotadas pelo enfermeiro, no serviço de urgência*.

A motivação da escolha do tema deve-se ao meu interesse pessoal pela área da comunicação em enfermagem, enquanto profissional e estagiária na equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Central (SUC) do Hospital de Santa Maria, do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, pela convicção de que será um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem e pela escassez de estudos nacionais sobre a temática em contexto de Serviço de Urgência.

**Enquadramento Teórico**

É através da comunicação que se estabelece uma relação terapêutica e se influencia o comportamento das pessoas, constituindo estes, segundo Riley (2004), pontos essenciais para o sucesso das intervenções de enfermagem. Efetivamente, num serviço de urgência podem existir inúmeras barreiras à comunicação, quer sejam devido a aspetos culturais ou por motivos patológicos, tal como descrevem Burley (2011) e Scheeres *et al.* (2008). No mesmo sentido, vários estudos internacionais trazem a tona estatísticas sobre a problemática da comunicação enfermeiro-doente num serviço de urgência, como por exemplo: os profissionais de saúde do serviço de urgência são interrompidos, em média, 10 vezes por hora; 52% das interrupções são disruptivas o suficiente para se perder o conteúdo da comunicação; 70% dos enfermeiros do serviço de urgência não adotam uma comunicação centrada no doente, por

referirem falta de tempo e 46% da comunicação com os doentes é afetada por diferenças culturais e/ou linguísticas (Chisolm *et al.*, 2001, Garra *et al.*, 2009, e Berry, 2009, citados por Burley, 2011; Spencer *et al.*, 2004). Assim, Sheeres *et al.* (2008) afirmam que a comunicação efetiva é um desafio particularmente complexo em contextos de serviço de urgência, dado o *stress*, trabalho imprevisível e dinâmicas intrínsecas.

Pelos motivos enunciados importa compreender o que é que os doentes esperam da comunicação enfermeiro-doente. Os doentes que recorrem ao serviço de urgência devem, de acordo com Pytel *et al.* (2009), ser encorajados a expressar as suas necessidades, de modo a que mais facilmente os enfermeiros as reconheçam e consigam planear os cuidados. Os mesmos autores acrescentam ainda que com a melhoria da capacidade dos enfermeiros em compreenderem as necessidades dos doentes, se verifica uma maior satisfação dos doentes e menos queixas face aos profissionais de saúde.

### **Metodologia**

Este estudo de investigação é uma história de vida na perspetiva etnobiográfica, com enfoque na área específica das necessidades de comunicação do doente no SUC. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e compreensivo. A participação no estudo é efetuada através de uma entrevista semi-estruturada e gravada em áudio, mediante a autorização de utilização pelo respetivo participante.

### **Timing da Execução**

Realização da Entrevista: Fevereiro/Março de 2013

Tratamento dos Dados: Março de 2013

Redacção e Divulgação: Abril de 2013

### **Guião da Entrevista**

#### Parte I – Contextualização da entrevista:

-Apresentação da investigadora.

-Solicitação da colaboração do doente, ressaltando a importância do seu contributo para a realização do trabalho.

-Validação da confidencialidade das informações fornecidas.

#### Parte II – Experiência de vida.

-Recorrendo às suas memórias e a este episódio actual, fale-me sobre situações da sua vida em que recorreu ao Serviço de Urgência e da forma como a comunicação do enfermeiro o afectou positiva ou negativamente e porquê.

-Nessas memórias há algum momento de interação de comunicação com algum enfermeiro que possa ter sido especialmente marcante? Porquê?

-Os momentos de comunicação com esse enfermeiro contribuíram, de algum modo, para a melhoria sintomática da sua situação de doença? Se sim, como?

#### Parte III – Identificação de estratégias de comunicação:

-Considera que a capacidade de comunicação dos enfermeiros corresponde às suas necessidades, enquanto doente? Porquê?

-Relate situações marcantes, que vivenciou até ao momento, em que o enfermeiro utilizou uma estratégia de comunicação adequada, que considere diferente do que é usual.

-Como considera que a comunicação entre o enfermeiro e o doente poderia ser melhorada, no contexto do Serviço de Urgência?

Parte IV – Agradecimento pela participação:

-Agradecimento pelas informações, tempo e atenção dispensadas.

### **Bibliografia**

BURLEY, Duncan – Better communication in the emergency department. **Emergency Nurse**. ISSN 1354-5752. 19:2(2011), 32-36.

PYTEL, Constance; FIELDEN, Nina; MEYER, Kate; ALBERT, Nancy – Nurse-Patient/Visitor Communication In The Emergency Department. **Journal of Emergency Nursing**. ISSN 0099-1767. 35:5(2009), 406-411.

RILEY, Julia Balzer – **Comunicação em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-81-9; SCHEERES, Hermine; SLADE, Diana; MANIDIS, Marie; MCGREGOR, Jeannette; MATTHIESSEN, Christian – Communicating in hospital emergency departments. **Prospect**. ISSN 0814-7094. 23:2(2008), 13-22.

SPENCER, Rosemary; COIERA, Enrico; LOGAN, Pamela – Variation in Communication Loads on Clinical Staff in the Emergency Department. **Annals Of Emergency Medicine**. ISSN 1097-6760. 44:3(2004), 268-273.

