



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# O Doente e Família em Situação Crítica Um percurso no Cuidar...

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

Rita Cristina da Cruz dos Reis Carvalho

LISBOA, Maio de 2010



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# O Doente e Família em Situação Crítica Um percurso no Cuidar...

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Rita Cristina da Cruz dos Reis Carvalho

Sob orientação da Mestre Patrícia Pontífice de Sousa

LISBOA, Maio de 2010

“Nunca se deve perder de vista para que serve a observação.  
Não é para procurar informações diversas ou factos curiosos,  
mas para salvar a vida e aumentar a saúde e o conforto.”

**Nightingale, 1859**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os que me apoiaram, aqueles que sempre acreditaram ser possível e que com a sua força, energia e optimismo me ajudaram nesta viagem.

Aos meus orientadores pelos excelentes momentos de aprendizagem, partilha e exemplo.

À Enfermeira Paula Baptista pelas sugestões e enorme disponibilidade.

Agradeço, à Professora Pontífice de Sousa por todo o apoio, dedicação e incentivo que demonstrou ao longo de todo o meu percurso.

## **RESUMO**

Este relatório representa um percurso na aquisição e desenvolvimento de competências. É, em simultâneo, uma reflexão crítica sobre as actividades desenvolvidas no Estágio do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, o qual visa a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso em situação crítica.

O estágio compreendeu o Módulo I e II, tendo sido o Módulo III creditado por prestar cuidados numa Unidade Geriátrica há 10 anos. Assim, quer na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (Módulo II), bem como no Serviço de Urgência Geral do Hospital de S. Francisco Xavier (Módulo I), tive a oportunidade de desenvolver competências na área da prestação de cuidados de maior complexidade ao doente em estado crítico e família, na área da formação e da gestão de cuidados, demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com o doente crítico e família e com as práticas de controlo de infecção hospitalar. A investigação fundamentou sempre a prática, para uma prestação baseada na evidência.

Competências na área da comunicação e do trabalho em equipa, aliadas a uma postura pró-activa contribuíram para o êxito do processo de desenvolvimento pessoal e profissional, desejáveis no Enfermeiro Especialista.

A metodologia de trabalho utilizada na elaboração do relatório foi a pesquisa bibliográfica e a reflexão contínua da prática ao longo deste percurso.

## **ABSTRACT**

This report represents a pathway in the acquisition and development of skills in nursing care to the critically ill adult and elderly patient. It is simultaneously a critical reflection of the work done during the Master's Degree in Medical-Surgical nursing.

The training included Module I and II, having Module III being credited for due to previous caring in a geriatric unit for 10 years. So in both the Intensive Care Unit (Module II), and the General Emergency Department at S. Francisco Xavier Hospital (Module I), I had the opportunity to develop skills in the more complex care of critically ill patients and their families, training and management of care, demonstrating critical awareness to the problems of professional practice, related to the critical patient and their family as well as to the practice of hospital infection control. The research supported the practice and was always evidence-based.

Skills in communication and teamwork, combined with a proactive attitude contributed to the success of personal and professional development, required in a Nurse Specialist. Literature review and the continuous reflection of practice were the methods used to prepare this report.

ÍNDICE	Página
<b>0 – INTRODUÇÃO</b>	15
<b>1 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	19
1.1 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	
1.2 – SERVIÇO DE URGENCIA	39
<b>2 – IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA</b>	61
<b>3 – CONCLUSÃO</b>	64
<b>4 – BIBLIOGRAFIA</b>	66
<b>ANEXOS</b>	69
ANEXO I – “Lombalgia: Cuidar de quem cuida” - Acção de Formação da UCIP	70
ANEXO II – “Curso de actualização em cuidados intensivos cardíacos” - Acção de Formação do CHLO	72
ANEXO III – “Ciclo de conferências de mobilização e transporte do doente crítico”	75
ANEXO IV – Sessão de Formação: “Plasmaferese”	77
ANEXO V – Sessão de Formação: “Diálise Peritoneal”	84
ANEXO VI – Manual: Multilingue UCIP/SU	91
ANEXO VII – Cartaz: “Evite os salpicos”	113
ANEXO VIII – Cartaz: “Lavagem das mãos”	115
ANEXO IX – Cartaz: “Lavagem das mãos – OMS”	117
ANEXO X – Cartaz: “Desinfecção das mãos - OMS”	119



ANEXO XI – Norma de isolamento de quarto de pressão negativa	121
ANEXO XII – “1 <sup>as</sup> Jornadas de Cuidados Paliativos”	129
ANEXO XIII – “1º Congresso Nacional de Cuidados Continuados”	131
ANEXO XIV – “Cuidados continuados integrados – planeamento de alta de Enfermagem” - Acção de Formação do CHLO	133
ANEXO XV – “1º Simpósio de Acessos Vasculares”	135
ANEXO XVI – Questionário: “Atendimento ao doente com H1N1”	137
ANEXO XVII – Apresentação estatística dos resultados do Questionário: “Atendimento ao doente com H1N1”	144
ANEXO XVIII – Panfleto: “Medidas de isolamento”	156
ANEXO XIX – Sessão de Formação: “Medidas de protecção e prevenção da Gripe A”	158
ANEXO XX – Sessão de Formação: “Insuficiência renal – Métodos de substituição da função renal”	165
ANEXO XXI – Pré – Projecto: “Acompanhamento familiar na Urgência”	171
ANEXO XXII – Folha de: “Registo de Óbitos/Turno”	193
ANEXO XXIII – Apresentação em Congresso “O rim no doente crítico”	195



## SIGLAS

AAM – Auxiliares de Acção Médica

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

DGS – Direcção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

HCIS – Health Care Information System

HEM – Hospital Egaz Moniz

HSC – Hospital de Santa Cruz

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infecção

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – ICS/ESPS – Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciência da Saúde/Escola Superior Politécnica de Saúde.







## 0 – INTRODUÇÃO

A aprendizagem ao longo da vida assume uma importância crucial no contexto da sociedade, da profissão e do conhecimento. A aquisição de competências e a sua permanente actualização, constituem o princípio orientador e determinante na promoção de práticas de cuidados de enfermagem que estejam em consonância com o quadro de referência que as suportam.

O Curso de Mestrado de Natureza Profissional, na área de Especialização de Enfermagem Médico Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, visa o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto idoso com doença grave, sendo especificamente dirigido ao doente em estado crítico (UCP – ICS/ESPS, 2008).

A componente prática, assume um papel importante na formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, assim, a Unidade Curricular – Estágio, apresenta-se no curso como uma componente formativa essencial para que o enfermeiro valide e aplique a experiência profissional já existente, os conhecimentos teóricos ministrados e adquira e desenvolva novas competências, habilidades e atitudes, que lhe permitam detectar e intervir em situações de risco e prestar cuidados de maior complexidade.

A Unidade Curricular - Estágio, é composta por três módulos Módulo I – Serviço de Urgência; Módulo II – Cuidados Intensivos/Intermédios; Módulo III – Opcional. Destes, realizei apenas dois, dado que foi creditado o Estágio de Opção – Enfermagem Geriátrica, que me foi conferida por prestar cuidados há cerca de 10 anos numa Unidade de Geriatria (Casa de Repouso) e em simultâneo trabalhar, há 16 anos, no Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, onde presto cuidados a doentes que, na sua grande maioria, são idosos. No Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz, no ano de 2007, a média de idades dos doentes internados foi 64.9+-17.8 anos (mínimo: 14 anos, máximo: 98 anos). Tendo desenvolvido neste último contexto, competências técnico, científicas e relacionais com o doente crítico idoso e família, com particular atenção à abordagem relacional (comunicação, atendimento, preparação e ensino para a alta). Em 2000, elaborei e implementei no serviço os planos



de cuidados tipo do doente insuficiente renal idoso. Este trabalho teve por base o Curso de Enfermagem no Idoso, ministrado pela Academia de Ciências de Enfermagem, concluído em 2011, com a duração total de 252 horas, e classificação final de 18 valores. O Serviço de Nefrologia possui uma Unidade de Cuidados Intermédios, o que me permitiu a prestação de cuidados ao doente idoso em situação crítica.

Tive oportunidade de desenvolver, actividades relacionadas com a gestão da unidade de internamento (gestão de recursos materiais e humanos) e gestão de cuidados, considero ter desenvolvido competências na análise de situações complexas, na supervisão de cuidados e na integração de novos elementos. De 1994 a 2005, desempenhei funções de chefe de equipa. A partir de 2005, iniciei funções de responsável do internamento e sou actualmente Coordenadora do Serviço de Nefrologia, substituindo a Enfermeira Chefe na sua ausência. Sou participante activa no plano de formação do serviço e do hospital, abordando a temática da geriatria em contexto de formações para auxiliares de acção médica e de controlo de infecção.

Na Unidade de Geriatria onde também trabalho, exerço funções de Enfermeira Responsável, colaborando na gestão da Unidade, na formação de enfermeiros e assistentes operacionais. Realizei o manual de acolhimento dessa Unidade e dou cumprimento ao Manual de Boas Práticas do Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social e do CID – Crianças, Idosos e Deficientes – Cidadania, Instituições e Direitos.

Apesar do serviço de Nefrologia ter uma Unidade de Cuidados Intermédios, que me possibilitaria a creditação do Estágio II, em vez do de Opção, optei por não o fazer por achar ser uma mais valia pessoal e profissional o estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos, onde a abordagem ao doente crítico e família é constante e onde poderia desenvolver competências em áreas que acho importantes para o meu contexto profissional e para o enriquecimento no âmbito da especialidade.

Realizei, assim, o módulo I e II, Estágio em Serviço de Urgência e em Unidade de Cuidados Intensivos.

Optei, no estágio do módulo I - Serviço de Urgência, pelo Hospital de S. Francisco Xavier. Trata-se da Urgência Central do Centro Hospitalar onde trabalho, e com a qual o Serviço de Nefrologia se articula, decorreu no período de 28 de Setembro a 20 de Novembro de 2009. Trata-se de uma urgência com uma área de abrangência



muito alargada, sendo o Serviço de Urgência de referência pelas suas várias especialidades.

Para o local de estágio do módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos, escolhi a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de S. Francisco Xavier, Unidade do foro médico (uma das Unidades Polivalentes do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental) com doentes de médio e alto risco, muitos em falência multi-orgânica, com Insuficiência Renal Aguda, e necessidade de métodos de substituição da função renal (técnicas contínuas). É uma Unidade que se articula frequentemente com o Serviço de Nefrologia, na transferência de doentes, tornando-se, este, o motivo da minha opção. Este estágio decorreu no período de 20 de Abril a 20 de Junho de 2009.

Na escolha por estes dois locais de estágio, tive em conta o facto de considerar que são locais que irão contribuir para ganhos em aprendizagem, com contributos para a prática, que espero que se revelem em ganhos em saúde e na prestação de cuidados diferenciados de qualidade, ao que o Enfermeiro Especialista se obriga, já que é portador de competências específicas acrescidas.

Este relatório pretende apresentar uma análise crítica e reflexiva das actividades e competências desenvolvidas no Estágio tendo por base os objectivos traçados no projecto. É, acima de tudo, a descrição de um percurso de crescimento pessoal e profissional e das suas implicações para a prática.

A elaboração deste relatório, tem como objectivos:

- Dar a conhecer a experiência vivida e o resultado do trabalho de aprendizagem, através da análise crítica das actividades desenvolvidas;
- Identificar as principais competências desenvolvidas durante o estágio, ao nível da especialidade médico-cirúrgica;
- Reflectir sobre o meu desempenho, demonstrando a integração e inter-relação dos “saberes” adquiridos, ao longo de todo o Processo de Ensino – Aprendizagem;
- Reflectir sobre o impacto desta experiência na minha vida pessoal e profissional.

A metodologia de trabalho utilizada na realização do relatório foi a pesquisa bibliográfica e a reflexão contínua da prática ao longo deste percurso, recorrendo ao



---

conteúdo funcional da Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei nº437/91) e à aquisição de competências prevista no plano de estudos (UCP-ICS/ESPS, 2008).

O relatório encontra-se estruturado em duas partes fundamentais. A primeira, aborda os dois campos de estágio, de forma cronológica – Módulo II e Módulo I. Tendo por base os objectivos traçados, realizo a descrição e análise das actividades e competências desenvolvidas. Na segunda parte do relatório, faço uma reflexão, onde abordo as implicações para a prática e sugestões de melhoria. Em anexo, apresento os trabalhos realizados no estágio e informação complementar que acho pertinente para documentar o meu percurso.



## **1 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

O Enfermeiro especialista é definido pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007, p.10) como *“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”*.

Independentemente da sua área de especialidade, existem competências que o enfermeiro especialista tem que desenvolver e que se prendem essencialmente com competências diferenciadas ao nível da concepção e gestão de cuidados, supervisão de cuidados, planeamento estratégico, assessoria, formação e investigação (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007). Também o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros contempla no artigo 9º, nº 6 que *“os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem, (...)”* (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro).

O Plano de estudos da Área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, define o desenvolvimento de competências específicas que visam, a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, doente crítico é aquele que, por disfunção ou falência profunda de um mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica.

O Estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos e num Serviço de Urgência Geral, constitui um verdadeiro desafio para o futuro Enfermeiro Especialista,



oferecendo um terreno fértil para a aquisição e desenvolvimento das competências pretendidas.

O estágio permitiu conciliar a minha experiência profissional, com os conhecimentos teóricos adquiridos, tornando-se bastante enriquecedor. Permitiu uma reflexão de e para a prática. Dentro deste contexto, mobilizei competências já adquiridas na área da Nefrologia e Geriatria.

O doente crítico com que contacto, é habitualmente insuficiente renal crónico, mobilizei durante o estágio conhecimentos nesta área, onde tenho uma enorme experiência, com grande compreensão da situação no seu todo, possuindo níveis elevados de perícia e tomada de decisão (BENNER, 2001).

Em ambos os locais de estágio, tentei sempre abordar o doente crítico com insuficiência renal, com necessidade ou não de técnica de substituição da função renal, esta oportunidade foi mais concretizada em contexto da Unidade de Cuidados Intensivos.

Os objectivos traçados para os dois momentos de estágio são idênticos, houve alguma complementaridade no desenvolvimento e aquisição de competências.

Seguindo esta linha de pensamento, os dois momentos de estágio tiveram um fio condutor que foi a **comunicação com doente crítico e família e o controlo de infecção**, penso, tratem-se de áreas onde o enfermeiro especialista tem um papel preponderante e onde a sua intervenção trás ganhos inquestionáveis.

Seguidamente realizo a análise crítica do meu desempenho nos dois locais de estágio, tendo por base os objectivos traçados no projecto e referidos em cada módulo.

## 1.1 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O Estágio de Cuidados Intensivos (Módulo II) decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do HSF, no período de 20 de Abril a 20 de Junho de 2009.

Realizei uma visita preliminar a 20 de Março de 2009, onde fui recebida pelo Enfermeiro Chefe e pelo Enfermeiro Orientador (Coordenador da UCIP). Realizei visita



guiada pelo serviço e discutimos sobre os objectivos de estágio e actividades a desenvolver. Uma necessidade sentida pela equipa, era formação sobre plasmaferese, uma técnica realizada pontualmente na unidade, pela enfermeira do serviço de Nefrologia que se encontra de chamada. Outra proposta, foi a realização de um dossier para o serviço, sobre Colheita e Doação de Órgãos.

A UCIP tem capacidade para 8 doentes, divididos por 3 salas. Uma delas para 4 doentes e as restantes para 2 doentes cada, o que se torna útil quando há necessidade de isolamentos. As instalações são antigas, prevendo-se obras a médio prazo, com a construção de uma nova Unidade.

A equipa de enfermagem é composta por 27 enfermeiros, dos quais um é o Chefe do Serviço. Pertence também à equipa de enfermagem da UCIP uma enfermeira que assegura o Laboratório de Hemodinâmica em horário fixo, das 8H às 15H durante dias úteis. Esta sala encontra-se no mesmo espaço físico da Unidade.

Fazem parte da equipa, o Enfermeiro Chefe e um Enfermeiro Coordenador, a restante equipa de enfermagem encontra-se dividida em cinco equipas de cinco elementos, existindo em cada uma delas pelo menos um elemento mais diferenciado que desempenha funções de chefe de equipa.

Embora as equipas sejam compostas por cinco elementos, regra geral são quatro os elementos de Enfermagem que em cada turno prestam cuidados (ausências, férias, feriados), o que equivale a um rácio de dois doentes para cada enfermeiro. O método de trabalho é o método individual.

À excepção dos elementos de chefia, os enfermeiros praticam horário de “*roullement*”, com horários de 12 horas (das 8 às 20horas).

As passagens de turno de enfermagem efectuam-se às 8h e às 20h, junto à unidade dos doentes.

Como acompanhei sempre o enfermeiro orientador, realizei o horário das 8 às 15 horas, se por um lado era útil porque permitia que estivesse sempre de manhã, altura em que havia mais procedimentos e transferência de doentes, por outro perdia um pouco a continuidade do turno, uma vez que este se prolongava até às 20 horas.

Apesar de ter um orientador, este tinha uma série de actividades que o levavam a estar fora da Unidade, motivo pelo qual tive oportunidade de acompanhar outros



enfermeiros, peritos na área, o que foi muito enriquecedor, pois permitiu uma aprendizagem mais diversificada.

Defini como objectivos:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico e família, que requeiram conhecimentos especializados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente em situações de falência multi-orgânica;
- Desenvolver competências de melhoria contínua da qualidade dos cuidados através da participação na área da formação em serviço;
- Desenvolver competências, nos aspectos relativos à gestão de cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Estes objectivos foram definidos no projecto inicial e serviram de base para o estágio na área dos cuidados intensivos, tendo reformulado dois dos objectivos, de modo a torná-los mais específicos. Um, no sentido de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da participação na área da formação em serviço, que me permitiu a realização de várias actividades. No outro objectivo, relacionado com a gestão, inicialmente abrangia a gestão de recursos humanos e materiais, tendo depois optado, após reunião com o enfermeiro orientador e com a enfermeira tutora, pela gestão de cuidados, que fez bastante sentido quando analisamos as competências pretendidas.

As actividades realizadas foram de encontro à concretização dos objectivos específicos, elaborados de acordo com as minhas necessidades, interesses e expectativas, assim como as possibilidades e recursos oferecidos pela UCIP.

A comunicação entre os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar e o conhecimento dos protocolos existentes, revelaram-se factores preponderantes.

**Objectivo 1 - Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico e família, que requeiram conhecimentos especializados na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente em situações de falência multi-orgânica.**



Uma grande percentagem dos doentes internados na UCIP, encontram-se em falência multi-orgânica, com necessidade de técnicas de substituição da função renal, facto que me permitiu a prestação de cuidados a estes doentes, permitindo a mobilização de conhecimentos da minha prática, com discussão na equipa multidisciplinar, como na visita médica diária, sobre a opção de determinada técnica de substituição da função renal em detrimento de outra. Consegui **gerir e integrar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional e formação pós-graduada** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Durante o período estágio, fiquei responsável por doentes com grande complexidade de cuidados de enfermagem. Exemplo disso, foram indivíduos com Sepsis, quadros respiratórios hipoxemiantes severos exigindo a maior parte deles ventilação mecânica invasiva, outros com instabilidade hemodinâmica exigindo suporte aminérgico. Tivemos doentes com infecções bacterianas multiresistentes, o que me permitiu a colaboração com o Enfermeiro Orientador no ensino da equipa sobre os cuidados a ter, nomeadamente às Auxiliares de Acção Médica (AAM), **demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos na área da especialidade Médico-Cirúrgica** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Prestei cuidados a doentes com ventilação mecânica, em estado grave, com necessidade de monitorização e avaliação rigorosa. Apliquei as escalas de avaliação neurológica e da dor, de forma sistemática. Aprofundei conhecimentos sobre a escala de Ramsay, trata-se de uma escala de avaliação do nível de sedação, torna-se importante a sua avaliação na detecção da sedação insuficiente, podendo o doente sentir dor, usei-a como referência para avaliar o conforto do doente. Sensibilizando a equipa para esta avaliação, durante a prestação de cuidados. Colaborei com a equipa médica em vários procedimentos invasivos e em situações de paragem cardio-respiratória. **Mantive de forma contínua e autónoma o meu próprio processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional, demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Solicitava a colaboração da fisioterapeuta que dá apoio à UCIP, se após a minha avaliação, tal me parecesse importante. Demonstrando autonomia e integração na



equipa. Colaborava com a fisioterapeuta, no ensino ao doente, de alguns técnicas de reabilitação, deixando planificação em notas de evolução.

A tomada de decisão em enfermagem e o agir tomam, numa UCI, uma importância crucial. Foi meu intuito envolver-me com a equipa, fazer parte dela, o que consegui. **Demonstrando capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar** (UCP/ESPS, 2008).

O processo clínico é em papel, no entanto, existe um programa informático onde se realiza a avaliação inicial e a nota de transferência. Procedi à elaboração de registos de enfermagem, permitindo a continuidade dos cuidados, uma vez que saia às 15 horas. Na UCIP, as intervenções interdependentes são uma constante, esforcei-me por dar visibilidade às intervenções autónomas de enfermagem, partilhando essa minha preocupação com a equipa, exemplo destas intervenções são as medidas de conforto instituídas aos doentes.

Detectei, logo nos primeiros turnos, que os registos de balanço hídrico eram por rotina realizados duas vezes turno, alertei para a importância de nalguns doentes este ser de 2/2 horas ou mesmo horário, dependendo das perfusões que o doente tem e do estado do mesmo. **Zelando pela qualidade dos cuidados prestados nesta área de especialização** (UCP/ESPS, 2008).

Procurei prestar cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades identificadas e sempre ao doente e família, envolvendo-a, quando possível, nos cuidados. Esta situação pode parecer estranha a alguns enfermeiros, por estarmos a prestar cuidados a um doente numa UCI, mas obtive colaboração dos familiares para posicionamento, higiene oral, hidratação, aplicar creme. Tive respostas muito gratificantes por parte de familiares e dos próprios doentes. Esta actividade permitiu-me **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente** (UCP/ESPS, 2008).

Tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes com diferentes patologias. Desde o foro médico ao foro oncológico, cirúrgico, neurocirúrgico, até a um doente com traumatismo vertebro-medular, em morte cerebral. Foi uma experiência muito rica, com desenvolvimento de competências que estou certa vão enriquecer a minha prestação no futuro. A UCIP é uma unidade diversificada que implica um desenvolvimento profissional progressivo e pró activo, que aliei à minha experiência profissional e a uma pesquisa bibliográfica sistemática.



---

Acompanhei uma situação muito delicada de uma jovem com Sepsis. Apresentava isquémia periférica e lesões generalizadas, tendo pensos bastante complexos. Os próprios cuidados de higiene eram morosos e exigiam muita destreza. Sempre que estava de manhã ficava com esta doente e geria com a colega responsável, uma série de cuidados. Nas passagens de turno da manhã e durante o turno, identificava dificuldades e esclarecia alguns procedimentos aos colegas. Colaborei, também, no registo escrito destes cuidados de modo a haver transmissão de informação.

Colaborei no transporte de doentes em estado crítico, dentro e fora da instituição. O doente que sai da UCIP vai sempre acompanhado por enfermeiro, no entanto, é importante validar se o serviço que vai receber o doente está preparado para tal, é responsabilidade do enfermeiro não só a efectivação, mas também a participação na decisão e no planeamento do mesmo (SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS, 1997). **Demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da especialidade** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

A referir que estive dois dias no Laboratório de Hemodinâmica onde colaborei com a colega na prestação de cuidados no pré, intra e pós procedimentos - na colocação de pace-maker e cateteres de câmara sub-cutânea (implantofix). Realizei ainda ensinamentos ao doente e dei continuidade aos cuidados, transmitindo a informação aos colegas que recebiam o doente. Apesar de ter sido uma experiência interessante, penso que é melhor fazê-la no final do estágio, uma vez que no início, interrompe o período de integração.

Tive também um papel activo no âmbito do Controlo de Infecção Hospitalar, na formação de pares, dando cumprimento às normas vigentes no CHLO. Apercebi-me que os colegas faziam a colheita de hemoculturas segundo uma norma que já tinha sido revista, abordei o meu orientador nesse sentido, tendo se realizado a sensibilização da equipa. Tive sempre algum tacto, quando detectava uma situação menos correcta, optava por demonstrar que podíamos fazer melhor, ou através do exemplo ou de uma sugestão. Acredito que foi uma boa estratégia, pois detectei mudança de alguns comportamentos, pelo que **promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e incorporei na prática resultados da investigação válidos e**



**relevantes no âmbito da especialidade médico-cirúrgica, assim como outras evidências** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

No decorrer de todo o estágio considero que prestei cuidados de enfermagem especializados com qualidade, autonomia, e responsabilidade no âmbito do doente crítico e família, *“com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”*(artigo 91º, alínea c) do CÓDIGO DEONTOLÓGICO).

Reconheço que durante o Estágio na UCIP, senti-me bastante à vontade, penso que esse facto tem a ver com a experiência na Unidade de Cuidados Intermédios do meu serviço, recorro à definição de enfermeiro perito, de Benner, *“tem uma experiência prévia e abarca intuitivamente a situação, concentrando-se no ponto fulcral de problemas da prática, que lhe advém de experiências anteriores (...) adere a uma prática de enfermagem excelente, em termos de objectivos e resultados nos utentes (...) utiliza diferentes capacidades de análise, altamente diferenciadas e em situações novas promove a resolução do problema de forma analítica”*. ( BENNER 2001, p.58). Mas se em algumas situações me senti nesta fase, noutras nem tanto, quer por não se tratar do meu local prática habitual e quer pela diversidade das situações, portanto foi um óptimo local para desenvolvimento profissional.

Durante este estágio, o conforto no doente em estado crítico sensibilizou-me. Para Phipps et al. (2003, p..639) um ambiente de uma Unidade de Cuidados Intensivos é caracterizado por *“luzes a apagar e a acender, máquinas a fazer barulho; procedimentos dolorosos; e todo um ambiente ruidoso, muito iluminado, cheio de gente e hiperactivo”*. Todo este ambiente vai contribuir de forma significativa para o desconforto emocional do utente internado neste tipo de unidades. São imensos os factores que influenciam o estado emocional do utente, desde o ambiente hiperactivo referido, como os procedimentos dolorosos, ausência de privacidade e intimidade, a arquitectura aberta da unidade (embora a visualização directa do utente facilite o controlo deste, a verdade é que os custos para o utente, em termos de sobrecarga sensorial e perda de controlo, podem ser significativos), a imobilidade, a dependência total, a monotonia sensorial e os problemas de comunicação (verbal e não verbal).



Factores ambientais e situacionais afectam, em vários graus, todos os utentes das Unidades de Cuidados Intensivos, embora de diferentes formas, dependendo das suas características de personalidade, estado físico, extensão do traumatismo físico, grau e gravidade de qualquer cirurgia efectuada e o tempo de permanência. Para minimizar todas essas agressividades externas e internas, a comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidar em enfermagem. Quando se está a cuidar, está-se a estabelecer uma relação, e, conseqüentemente, uma comunicação que não pode nunca ser descuidada.

Dentro do primeiro objectivo, criei um tema que desenvolvi - **A comunicação com o doente crítico e família na UCIP.**

Um aspecto importante da prestação de cuidados e da recuperação dos doentes em estado crítico é o apoio aos membros da família e pessoas significativas. É importante para as famílias serem incluídas nas decisões dos cuidados e serem encorajadas a participar nos cuidados, ao nível que for apropriado para as capacidades e necessidades do doente. A incerteza do prognóstico e muitas vezes do próprio diagnóstico, são fontes geradoras de angústia e ansiedade para familiares e doentes. Uma atitude presente, esclarecedora e pró-activa, por parte do profissional, pode funcionar como estratégia facilitadora na redução da ansiedade.

A equipa da UCIP é relativamente jovem, se a contextualizarmos no modelo de aquisição de competências de Dreyfus, podemos defini-la como competente, *“revela-se quando decorrem dois ou três anos de prática profissional. As acções são vistas em termos de objectivos de longo prazo ou de planos, estes ditam quais os atributos e aspectos da situação corrente e do futuro imediato e prioritários (...) é caracterizada pela capacidade de lidar com e gerir as muitas contingências da enfermagem clínica, sentimento de mestria (...) a rotinização das tarefas de enfermagem reflecte o nível de desempenho competente. As acções de formação em serviço são também dirigidas a este nível e raramente dirigidas aos níveis superiores”* (BENNER 2001, p.53).

Os doentes que se encontram numa UCI, encontram-se em estado grave, com suporte ventilatório, com várias drogas em perfusão e com monitorização de vários parâmetros. A UCIP tem muitas rotinas, tudo tem o seu *“timing”*. O meio fechado, os alarmes e os silêncios tornam-se fonte de angústia para o familiar que acede à unidade, aliada a dois curtos momentos de visita (1,5 horas/dia) e ao facto de só poder entrar um



familiar de cada vez. Na equipa, o momento da visita é encarado como um momento em que o familiar deve ficar a sós com o seu doente, “*para estar mais à vontade*”. Há, com frequência um distanciamento do enfermeiro durante a visita. Pela minha prática profissional, aproximo-me sempre ao familiar quando este visita o doente, principalmente se a situação é complexa. Considero que é um momento nobre para completar a colheita de dados, conhecer a família, esclarecer e clarificar dúvidas, “*desmontar*” ideias pré concebidas quanto à sedação, analgesia ou ventilação. Daí que se tornou uma área de acção importante durante o estágio. Detectei e acompanhei situações complexas. É por vezes um sítio de dor, de muita ansiedade e sofrimento, por parte do doente e família.

Para LEITE (2006), “*apoio assistencial à pessoa ao longo da vida impõe competências gerais mas também (...) identificação de campos de intervenção distintos de forma a garantir que o enfermeiro dispõe de um entendimento profundo das respostas humanas dos indivíduos naquela fase da vida, a cada situação-problema (...)*”. Ainda de acordo com esta autora é fundamental que o enfermeiro especialista seja um profissional ponderado, capaz de mobilizar informação científica, técnica e relacional, firmada na experiência diária.

Este estágio permitiu-me desenvolver estratégias de comunicação com o doente crítico, **demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Na UCIP os potenciais obstáculos à comunicação centram-se no facto do doente se encontrar ventilado ou sedado, o que leva o enfermeiro a comunicar de outras formas que não a verbal, como por exemplo o toque. Segundo PHANEUF (2001,p.158) “*Quando o coração transborda de emoções, o tocar substitui vantajosamente a palavra*”. Tocar a pessoa que se cuida é uma forma de comunicação não verbal, que se revela um excelente método de aproximação capaz de estabelecer uma verdadeira relação enfermeiro/doente. Para SERRALHEIRO (1993, p.184) “*pelo toque o enfermeiro pode comunicar com o doente (...) por ele chegam aos doentes mensagens e exprimem-se sentimentos positivos ou negativos do enfermeiro*”.

Em algumas circunstâncias, o toque pode transmitir melhor os sentimentos do que a comunicação verbal ou visual. Segundo Burnside citado por SERRALHEIRO



(1993, p.184) *“os enfermeiros devem estar conscientes que tocar nos doentes é enviar-lhes mensagens”*.

O toque pode ser visto como uma técnica de comunicação e em simultâneo uma acção de conforto, através do qual o enfermeiro consegue transmitir uma sensação de tranquilidade ao doente.

O conforto do doente e família em situação crítica (mais do que em estado crítico), norteou todo o meu percurso da aquisição de competências e desenvolvimento de actividades para a concretização deste objectivo. Não consigo dissociar o desenvolvimento das competências técnicas e científicas, das relacionais. O conforto envolve uma série de aspectos como o doente e o ambiente. O modelo teórico que fundamentou a minha actuação foi o de KOLKABA (1992), que se centra no doente e que vê o conforto como o resultado dos cuidados, de intervenções de enfermagem, sejam elas interdependentes (por exemplo no controlo da dor) ou autónomas (acções sobre o ambiente, satisfação das necessidades espirituais). São ferramentas fundamentais, às quais nem sempre o enfermeiro dá visibilidade. O conforto é de três tipos: alívio, quando a pessoa vê satisfeita uma necessidade; a tranquilidade, refere-se ao estado de calma e contentamento; a transcendência é associada à forma como a pessoa ultrapassa os seus problemas ou sofrimento. O conforto pode ser físico, psico-espiritual, ambiental ou social. (KOLKABA, 1992).

Na UCIP a minha abordagem foi nos três tipos de conforto e nos quatro contextos da experiência, no entanto com predomínio do contexto físico e ambiental.

No contexto físico, tive como estratégias o controlo da dor – avaliação regular da dor e da escala de Ramsay e a administração ou sensibilização da equipa para a administração de analgésicos antes de procedimentos invasivos programados e reavaliação sistemática. Sensibilização informal para as medidas não farmacológicas, como o frio, massagem, posicionamentos, posturas não álgicas.

No contexto ambiental, tive em conta a redução de agressões ambientais – temperatura, ruídos, a luz excessiva por cima das unidades, o reduzir o volume do alarme dos monitores e silencia-lo quando se está a resolver o problema, ou quando se vai desconectar o doente.

Com estas actividades desenvolvi competências que me permitiram **tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas; avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações**



**complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Colaborei na realização de acolhimento à família na primeira visita ao doente. Procurei, sempre que possível, estar junto dos familiares na hora da visita, penso que é uma intervenção terapêutica importante. Tivemos oportunidade de promover/ facilitar apoio espiritual a doentes de outras crenças e culturas, sempre com respeito pelo indivíduo e família.

Acompanhei algumas famílias de doentes. Penso que o facto de estar sempre de manhã e estar sempre na visita das 14.30 horas às 15 horas ajudou. Acompanhei intencionalmente a visita das 18.30 às 19.30 horas, no caso de uma jovem com sepsis após interrupção da gravidez, com falência multiorgânica, com isquémia periférica das extremidades, em que o marido a acompanhava em todas as visitas. Tendo tido depois a visita da mãe, que veio de Angola de propósito. A primeira visita, foi de uma intensidade emocional inesquecível. A família de religião protestante, acompanhava assiduamente a jovem. Permitiu-se sempre que praticasse o seu culto e autorizou-se que trouxesse um gravador com os cânticos da igreja. Contra todas as expectativas, L.E., superou a incerteza do seu prognóstico e foi transferida para uma enfermaria do Hospital Fernando da Fonseca. O agradecimento da doente e da família foi impagável. A enfermagem só faz sentido assim, num todo, quando cuidamos de uma forma global. Apoiamos aquela família numa situação de destruturação, clarificamos conceitos, respeitamos o silêncio, o choro e a ira, assistimos na aceitação da crise. Demos tempo para emergirem recursos que motivaram a adaptação a esta nova situação. L.E. nunca será a mesma, terá limitações imensas. Aquela família terá de se readaptar após a transição de uma série de fases. Mas cuidar do doente crítico é também acompanhar e ajudar, a família e o doente na readaptação à situação crítica.

A comunicação com o doente e família era uma vertente que queria explorar, pelas limitações que o doente em Cuidados Intensivos apresenta e pela situação de crise que o doente e família se encontram. Foi uma área muito interessante de desenvolver. Reconheço que é uma área onde já tenho algumas competências. Senti o *feed-back* do doente e família, o que é sempre muito gratificante. Não posso deixar de referir o relacionamento positivo que a equipa estabelece com o doente e família



aquando do acolhimento, mas penso que pode ser melhorada no acompanhamento diário.

**A área do controlo de infecção hospitalar** também me acompanhou neste estágio, colaborei com o meu orientador na Campanha de Higienização das Mãos (campanha nacional lançada pela DGS) numa auditoria na Unidade de cuidados Intensivos Cirúrgicos onde ele desempenhava o papel de *Observador*, o nosso objectivo como Observadores era “*proporcionar uma panorâmica geral do cumprimento da higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde*” (DGS 2009, p.27), tendo ao longo do estágio de forma informal e com a realização de um cartaz (em aprovação pelo CCI), colaborado na “*promoção da campanha, ensino, informação de retorno, comentário dos resultados, bem como, por direccionar a campanha conforme as necessidades dos profissionais de saúde*” (DGS 2009, p.27).

Detectei algumas situações que podiam ser melhoradas por não estarem de acordo com as recomendações emanadas pelo CDC, em relação à manutenção dos dispositivos intravasculares. Os objectivos da CCI são prevenir, detectar e controlar as infecções, tive sempre presente estes objectivos, realizando sensibilização sistemática em relação à desinfeção de torneiras e tampas antes de aceder ao sistema (classificado pelo CDC com a categoria IA – fortemente recomendado para implementação e de grande evidência), e em manterem os acessos das torneiras tapados quando não estão a ser utilizados (classificado pelo CDC com a categoria IB – fortemente recomendado para implementação, baseado na racionalidade e evidência sugestiva) (PNCI, 2006).

Outra situação que foi por mim alertada era em relação aos despejos realizados pelas AAM na desinfeção. O local é muito reduzido, tornando-se difícil a realização dos despejos em segurança, motivo pelo qual alertei para o facto de ser necessário o uso de equipamento de protecção individual (luvas e avental) e a necessidade de realizar os despejos de forma suave de modo a evitar salpicos. Realizei cartaz de sensibilização para o local.

Tive oportunidade de discutir em equipa algumas situações e de sugerir alguns cuidados com base nos conhecimentos na área da especialização, mas também na área da comunicação e do controlo de infecção. **Tomei iniciativas e fui criativa na**



**interpretação e resolução de problemas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

**Objectivo 2 - Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados através da participação na área da formação em Serviço, na UCIP do HSFX.**

Na reunião inicial, com o Enfermeiro Chefe e com o Enfermeiro Orientador, discutimos as necessidades da equipa quanto à formação. Ficou definido que realizaria uma formação – Plasmaferese - e um dossier informativo – Doação de Órgãos – cuidados ao potencial dador. No entanto, ao longo do estágio surgiram novas actividades, que contribuíam para a melhoria da qualidade dos cuidados. Tive reuniões informais com o Enfermeiro Responsável pela formação, tendo-me proposto a realização de uma outra formação, sobre Diálise Peritoneal.

Desta forma fui de encontro ao preconizado na carreira de enfermagem (DECRETO-LEI nº437/91, p.5725): “*g) responsabilizar-se pela formação em serviço da equipa de enfermagem e outro pessoal(...), i) colaborar nos projectos de formação realizados no estabelecimento ou serviço*” e desenvolvi competências na área da **identificação de necessidades formativas na área médico cirúrgica** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

A par dos momentos formais, aproveitei sempre que possível a oportunidade para dar os contributos que achava úteis e que contribuíssem para a qualidade dos cuidados prestados, não só em termos de cuidados técnico-científicos, mas também relacionais.

Segundo as palavras de NÓVOA (1988, p.128) a formação “ *... é um processo de transformação individual, na tripla dimensão do saber; saber (conhecimentos), saber fazer (capacidades) e saber ser (atitudes) ...* ”.

Neste campo de estágio tive a oportunidade de participar como formando, em formações que contribuíssem também para o meu enriquecimento, foram elas:



---

*“Lombalgia, Cuidar de quem cuida”*, dia 7 de Maio de 2009, *formação em serviço (UCIP)*; **(ANEXO I)**

Formação realizada por uma colega da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, foi muito interessante, com aplicabilidade prática. A troca de experiências e saberes de outras especialidades também é uma mais valia dos campos de estágio.

*“Actualização em cuidados Intensivos Cardiacos”*, total de 14 horas, *formação do CHLO*; **(ANEXO II)**

Inscrevi-me nesta formação por achar que seria uma mais valia para a mobilização de saberes para a Unidade Curricular – Estágio, quer na UCIP, quer no SU. A cardiopatia é uma patologia frequente e típica do doente crítico do foro médico. Teve uma série de saberes que transferi para a prática.

*“Ciclo de Conferências de Mobilização e Transporte do Doente Crítico”*, total de 6 horas, dia 16 de Maio de 2009, *organizado pelo Instituto de Formação em Enfermagem*; **(ANEXO III)**

Formação teórico prática, de grande aplicabilidade para os dois campos de estágio, a inscrição já tinha em conta o estágio do SU. Foi ministrada pelo Professor Batuca, portanto houve uma proveitosa mobilização de saberes teórico-práticos.

Como formadora, realizei duas acções de formação em serviço, sobre Plasmaferese e Diálise Peritoneal.

A acção de formação subordinada ao tema: **Plasmaferese**, foi realizada a 19/06/09 **(ANEXO IV)**. A Plasmaferese é uma técnica extra corporal de purificação sanguínea concebida para a remoção de moléculas de grande peso molecular. As principais patologias apresentadas pelos doentes são Miastenia Gravis, Síndrome Guillain – Barre e Purpura Trombocitopénica Trombótica/Síndrome Hemolítico Urémico, que pode ocorrer em puérperas. Existiram casos de doentes na UCIP que tiveram necessidade de realizar este tratamento, que não é assegurado pelos enfermeiros da Unidade, mas que estes mostraram interesse em saber mais sobre ele. Sessão muito gratificante, com muito interesse dos participantes e com *feed-back* muito positivo.



---

A acção de formação subordinada ao tema: **Diálise Peritoneal**, foi realizada a 16/06/09 (**ANEXO V**). A Diálise Peritoneal é uma forma de substituição da função renal a par da hemodiálise e do transplante renal. Talvez o menos conhecido entre os doentes e entre os profissionais. É importante o profissional de saúde que contacta com insuficientes renais (é o caso de alguns doentes da UCIP), conheça as diferentes técnicas. Foi uma sessão teórico-prática, tendo feito uma demonstração da técnica, mostrei todo o material necessário, os colegas tiveram a possibilidade de colocar questões. Tive grande receptividade, reconheço que foi um tema muito bem aceite.

Complementei as sessões com o suporte informático das formações realizadas e com um resumo dos temas tratados, que deixei na UCIP.

Ambas as formações visaram o enriquecimento dos conhecimentos teórico-práticos da equipa de enfermagem da UCIP, com esta actividade desenvolvi competências na área da **comunicação de aspectos complexos de âmbito profissional e académico a enfermeiros e ainda na produção de um discurso pessoal fundamentado, tendo em conta as diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

A par das acções de formação, tive oportunidade de realizar outras actividades que visaram a melhoria continua da qualidade dos cuidados na UCIP.

Elaborei um dossier acerca da **Doação de órgãos – cuidados ao potencial dador** – constituído por: documentação legal recente, pareceres, manual de procedimentos em relação aos cuidados de enfermagem a ter com o potencial dador e com todo o processo de colheita do órgãos e ainda uma área reservada a artigos e formações. Este dossier pretendia-se dinâmico, em que toda a equipa colaboraria na sua posterior actualização.

Foi de grande utilidade, pois no último dia de estágio tive um doente em morte cerebral e ao qual se aplicou o protocolo de manutenção do dador. Os cuidados ao potencial dador são muito rigorosos e de extrema importância. Para a realização do dossier contactei com um dos médicos da UCIP e com o departamento de formação do CHLO, para obter mais informação. Exigiu da minha parte uma pesquisa bibliográfica



---

intensa. A existência do dossier colheu grande satisfação por parte dos profissionais, dada a aplicabilidade do tema.

Realizei um dossier sobre a **Terapia com Câmara Hiperbárica**: história do Hospital Militar, artigos sobre enfermagem hiperbárica e sobre a sua aplicação na fasciite necrotizante – o interesse na realização do dossier deveu-se ao facto de ter tido um doente com esta patologia, com necessidade de realização de tratamento com oxigénio hiperbárico, tendo-o acompanhado ao tratamento, no Hospital Militar. Face ao pouco conhecimento no seio da equipa sobre esta temática, realizei por minha iniciativa este dossier, que foi de grande utilidade. Para a sua elaboração realizei pesquisa bibliográfica, visita ao Hospital Militar e entrevista com um Enfermeiro desse mesmo Hospital.

Apercebi-me das dúvidas existentes por parte da equipa de enfermagem na utilização do monitor Pulse Contour Cardiac Output Monitoring (PICCO), que permite um método de monitorização hemodinâmica invasiva, que se baseia no princípio da termodiluição. Realizei dossier com informação sobre apresentação do monitor, objectivos, características e manuseamento. A realização deste dossier demonstrou-se um instrumento de consulta pertinente para os elementos mais jovens da equipa.

Tal como salientado e fundamentado no objectivo anterior, a comunicação foi um dos temas de interesse neste estágio. A UCIP recebe doentes de várias nacionalidades, provenientes do SU, em que a barreira linguística é um obstáculo à comunicação eficaz. Elaborei um **Manual Multilingue** para o serviço, que tem incorporado um dicionário, em 18 línguas, com as questões mais frequentes para uma colheita de dados rápida, contemplando a avaliação e caracterização da dor. Tem também algumas frases chave que visam servir de resposta ao profissional. Trata-se de um modelo tipo, com 62 Questões/Respostas em português que depois tem tradução, no mesmo formato, nas 18 línguas estrangeiras. Este Manual era totalmente plastificado, cada idioma individualmente, em plástico rígido lavável, podendo cada um, individualmente, ser utilizado pelo doente. A selecção dos idiomas foi realizada tendo por base a população estrangeira que acede ao SU do HSFX. A aplicabilidade e originalidade deste instrumento foi fortemente referenciada pelo Enfermeiro Chefe da UCIP. A sua aplicabilidade estendeu-se a serviços fora da UCIP. Tracei este objectivo também para o SU (**ANEXO VI**).



No âmbito do Controlo de Infecção elaborei **cartazes com sinalética** para otimizar as práticas de despejo de fluidos na desinfecção (**ANEXO VII**) e da lavagem das mãos (**ANEXO VIII**) – o controlo de infecção é uma área de grande interesse pessoal, porque a mudança de práticas simples interfere em muito na qualidade dos cuidados que prestamos, está comprovado através de evidências científicas que a higiene das mãos é considerada a medida mais importante para prevenir a propagação de agentes patogénicos nos cuidados de saúde, funcionando esta como um indicador de qualidade para a segurança do doente (OMS, 2006).

O primeiro cartaz foi logo colocado na desinfecção da UCIP, o segundo ficou para aprovação na CCI .

O Enfermeiro Especialista deve ser o motor impulsionador da formação em serviço, no sentido de orientar a equipa de enfermagem para a discussão, o debate e a partilha de conhecimentos, com o objectivo máximo da melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes. Penso que contribui para a qualidade dos cuidados através da participação na área da formação em Serviço.

Reportando para uma apreciação global das sessões formativas, penso que pela participação, interacção, debate gerado no grupo de participantes, o resultado foi muito positivo em termos de enriquecimento profissional e pessoal para os elementos presentes.

Desenvolvi competências na área da **promoção do desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros do serviço, identificando as necessidades formativas na área da especialidade** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

### **Objectivo 3 - *Desenvolver competências nos aspectos relativos à gestão de cuidados de uma Unidade de Cuidados Intensivos.***

Para a concretização deste objectivo mantive uma atitude pró-activa, mantendo-me sempre atenta à situação dos doentes, para perceber qual era a que exigia mais cuidados, ou qual era o doente mais instável, de modo a colaborar na gestão da equipa. Também fazia a divisão da gestão de cuidados com o Enfermeiro Orientador, de modo a



---

que cada um ficava numa sala. Senti bastante reconhecimento dos colegas ao nível do trabalho desenvolvido.

Num turno em que foi necessário um enfermeiro para fazer o horário das 16 às 20 horas (por existirem três doentes com técnicas contínuas de substituição da função renal), e por não se conseguir nenhum enfermeiro da UCIP, eu fiquei a assegurar os cuidados ao doente. Foi me reconhecido pela equipa de enfermagem como prestando cuidados com competência, autonomia e responsabilidade.

Colaborei na realização diária da escala de trabalho de enfermagem – TISS 28 – Therapeutic Intervention Scoring System-28, que é um instrumento que permite dimensionar a carga de trabalho de enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos e estimar a gravidade da doença. Tem por base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, grau de invasão e tempo dispensado pela enfermagem para a realização de determinados procedimentos no doente crítico. O sistema é composto por sete categorias de intervenções terapêuticas, assim denominadas: actividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas. O preenchimento do TISS-28 é realizado todas as manhãs, aquando da passagem de turno, ao lado do doente. Cada intervenção terapêutica apresenta definições operacionais padronizadas, que permite a uniformização do conteúdo de cada item entre diferentes utilizadores. É preenchido pelo Coordenador todas as manhãs

Acompanhei o enfermeiro orientador na gestão da unidade, gestão de stocks, terapêutica, estupefacientes e recursos humanos,

Colaborarei com o Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Orientador, na escolha de material que vise o cumprimento das recomendações emanadas pela Comissão de Controlo de Infecção na prevenção da infecção urinárias associadas à cateterização vesical, como fixadores de algália e sacos de despejo. É um tema muito pertinente, pois, as infecções do trato urinário, associado à cateterização vesical são 40% das infecções nosocomiais (PNCI, 2004)

Também participei na escolha de outro material que visasse a melhoria da prestação de cuidados ao doente, como fixadores de sonda naso-gástrica, espátulas para higiene oral. Realizei contactos para obter os códigos do material, através do meu



serviço e ainda participei na sua colocação em uso, realizando ensino à equipa sobre a sua colocação correcta.

Após ter havido um doente que tinha necessidade de colocar um cateter de hemodiálise com lúmen terapêutico, discutiu-se em equipa os benefícios de ter esse tipo de cateter, participei nessa discussão uma vez que conheço bem esse tipo de cateter. Colaborei na escolha e aquisição dos cateteres de hemodiálise de triplo lúmen, para a UCIP. Evidenciando-me como perita na área.

**Desenvolvi competências na área da gestão dos cuidados na área da especialidade** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Tive oportunidade de acompanhar alunas do 4º ano que se encontravam em estágio, na Supervisão de Cuidados. **Colaborando no processo de integração na supervisão do exercício profissional** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

No sentido de promover a qualidade dos cuidados da Unidade foi-me solicitado pelo enfermeiro orientador a elaboração de um relatório, que visasse identificar aspectos de melhoria na UCIP, com levantamento de situações problemáticas no serviço, que serviria de base ao plano de intervenção do serviço.

. Assim, realizei um documento em que constava:

- Diagnóstico de situação;
- Levantamento de situações críticas e de não conformidades com as recomendações das boas práticas (por exemplo no âmbito controlo de infecção hospitalar e IACS);
- Associei uma tabela em que constava as situações encontradas, quais as medidas correctivas a introduzir e a respectiva justificação;
- Anexei uma outra com os objectivos esperados e de que forma iam de encontro aos padrões de qualidade defendidos pela Ordem dos Enfermeiros;
- Realcei pontos que achava muito positivos na UCIP e que a meu ver eram um exemplo para outras unidades (exemplo disso é o acolhimento realizado à família na primeira visita à unidade ou o trabalho de equipa).

Foi um trabalho muito gratificante, que não estava previsto, foi de encontro ao solicitado e servirá de base ao planeamento de actividades da UCIP para o ano de 2010. Na realização deste trabalho **incorporei na prática os resultados da investigação**



**válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

## 1.2 - ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Estágio em Serviço de Urgência (Módulo I), decorreu no Serviço de Urgência do HSFX, no período de 28 de Setembro a 20 de Novembro de 2009.

Acompanhei a Enfermeira Orientadora em turnos da manhã e da tarde, como previsto nos planos de estudo. Realizei ainda cinco turnos com a Equipa de Coordenação e com uma Enfermeira Chefe de Equipa.

Numa visita preliminar a 25 de Março de 2009, reuni-me com a Enfermeira Responsável pela formação e pela coordenação dos estágios da especialidade no SU, tive um primeiro contacto com as instalações e durante a apresentação do serviço falou-me das obras ainda em curso no serviço e em como isso afecta a dinâmica e gestão da Urgência e em como isso interfere na implementação de determinados projectos e na necessidade de redefinir prioridades.

Reuni com o elo dinamizador da comissão de controlo de infecção do serviço, que me falou da criação de uma unidade de isolamento na Urgência, tema que me deixou muito interessada, tendo desde logo combinado que colaboraria na realização da norma.

Tive a noção de que o facto do serviço se encontrar em obras podia interferir com o estágio, no entanto não encararei este facto como desmotivador, muito pelo contrário. As obras interferiram muito pouco com o desenrolar do meu estágio e com a disponibilidade dos colegas para comigo. Aliás, foi um desafio participar na reestruturação da nova Urgência. Foi a prova de que nem só de boas instalações se fazem as boas experiências profissionais.

O SU do HSFX é uma Urgência Central, polivalente, destinada a receber os doentes em fase aguda, independentemente da sua patologia/valência, que necessitem de tratamento imediato. O SU compreende diversos sectores: um balcão misto, uma sala de inaloterapia, sala para avaliação de doentes do foro da traumatologia e ortopedia, uma sala de cirurgia a qual funcionava tanto para a pequena cirurgia como para limpeza de abcessos, dois gabinetes de atendimento geral e uma sala de reanimação com capacidade para no máximo três doentes. O SO encontrava-se por cima do SU, em camas cedidas pelo serviço de medicina. O SU possui, ainda um gabinete de psiquiatria



e uma sala para doentes com necessidade de isolamento (usada para doentes com suspeita de H1N1 ). A triagem encontra-se instalada na recepção do serviço e a sala de espera dos doentes contígua a esta. Uma outra sala de espera, destinada aos doentes com sintomatologia respiratória, funcionava perto da entrada do hospital, num pré-fabricado. Em construção encontrava-se um atendimento paralelo, com circuito próprio, para todos os doentes com sintomatologia respiratória e que fossem suspeitos de infecção por H1N1.

A proveniência dos doentes é diversa podendo ser por transferência de outras unidades de saúde, por referênciação, por transporte da equipa de emergência médica, por vinda por meios próprios ou bombeiros. Após a admissão, a Triagem é realizada pelo enfermeiro através da Triagem de Manchester, que tem por objectivo identificar a prioridade clínica do doente e determinar o tempo recomendado até à sua observação pelo médico. Este sistema de triagem tem por definição que os doentes não sejam observados por ordem de inscrição, mas sim por avaliação de sintomas que determinam que casos devem esperar mais tempo para serem atendidos. A triagem de Manchester no serviço de urgência é efectuada num gabinete por enfermeiros com experiência em serviço de urgência e que tenham efectuado a respectiva formação. O gabinete, tem dois postos, apesar de terem cortinas, tem poucas condições de privacidade. A conversa com o doente, às vezes, é demasiado rápida, podendo ser descurados alguns aspectos importantes na identificação das necessidades de cuidados. Os algoritmos existentes, exigem perícia para quem os aplica e capacidade de observação. Na tomada de decisão recorre-se a um determinado número de estratégias como o raciocínio, o reconhecimento de padrões e a intuição. Além dos algoritmos é fundamental completar a informação com registos que caracterizem melhor a situação.

Consoante a triagem o doente é encaminhado para um dos sectores: reanimação, balcões, trauma/ortopedia, psiquiatria, pequena cirurgia ou atendimento geral.

Segundo SHEEHY'S (2001) *“a triagem é um processo usado para determinar a gravidade de uma doença ou lesão, em todos os doentes que dão entrada na Urgência. Colocar o doente no local certo, no momento certo, para receber o nível adequado de cuidados, facilita a afectação dos recursos adequados à satisfação das necessidades do doente em termos médicos”*.



O enfermeiro da triagem é o primeiro profissional de saúde que o doente e a sua família encontram na urgência, é o profissional que se encontra mais exposto e ao qual a família recorre. A capacidade de comunicação e assertividade deste profissional é fundamental, no despiste e compreensão de situações.

Para SHEEHY'S (2001), *“o verdadeiro desafio está em reconhecer pistas subtis de um problema grave, que pode deteriorar-se rapidamente, se não for tratado de imediato”*.

A equipa é constituída por 90 enfermeiros, distribuídos por cinco equipas. O método de trabalho varia consoante o sector. No SO é o método individual e no restante é um método misto, o qual consiste na junção do método individual, com o funcional e o de equipa. Está a introduzir-se agora o modelo do enfermeiro responsável, em que no início do turno são distribuídos os doentes aos enfermeiros e depois cada enfermeiro presta cuidados aos seus doentes (método de trabalho individual). Parece-me uma óptima estratégia, pois, organiza o trabalho, fideliza um enfermeiro aos seus doentes, permitindo (apesar de por vezes ser difícil) que o enfermeiro conheça melhor os seus doentes e que o doente e família identifique o seu enfermeiro. Acima de tudo, minimiza a probabilidade de erros e ajuda a gerir os cuidados em locais com muitos doentes como são os balcões.

Os registos são realizados informaticamente no programa – HCIS, a implementação do novo sistema é relativamente recente e abrange todo o SU. O registo de informação num SU é fundamental, rapidamente o doente tem alta ou é transferido. Num local tão complexo e com tanta mobilidade de doentes e profissionais, os registos são a melhor e mais segura forma de comunicação. SHEEHY'S, (2001,p.147) refere que *“ a comunicação eficaz é um círculo completo em que todas as partes estão informadas e conhecem o estado do doente”*. Considera ainda que, *“a comunicação é contínua e deve concentrar-se nas informações essenciais, para o pessoal envolvido no transporte e o de acolhimento”*:

Penso que os registos, dada a sua importância e valor legal, podiam ser melhorados em toda a área do SU. Há por vezes pouca informação e pouco personalizada. Esta situação é mais notória em balcões. A equipa de coordenação faz auditorias aleatórias aos registos, o que me parece uma boa estratégia desde que se introduzam medidas correctivas. Tive oportunidade de discutir esta situação com as enfermeiras coordenadoras do SU e, de salientarmos que era fundamental agir de modo colectivo e



individual sobre a equipa. Outro aspecto a melhorar, são as notas de transferência/alta que o sistema permite fazer, mas que raramente são realizadas. Parecem-me fundamentais para a referência ao centro de saúde, após atendimento na pequena cirurgia e em todas as áreas do SU.

Cada vez mais os Sistemas de Informação em Enfermagem se tornam fundamentais *“para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade dos cuidados (na perspectiva individual ou de grupo), para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2007, p.1).

Tracei como objectivos para o Serviço de Urgência:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem ao doente e família, do foro médico, em estado crítico, admitido na reanimação;
- Desenvolver competências de melhoria contínua da qualidade dos cuidados através da participação na área da formação no Serviço de Urgência;
- Desenvolver competências nos aspectos relativos à gestão de cuidados no serviço de urgência.

Reformulei um dos objectivos, de modo a torná-lo mais específico. Trata-se do objectivo referente à prestação de cuidados, que depois de reflectir com a minha orientadora, foi mais dirigido ao doente crítico do foro médico.

A enfermagem de urgência define-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e processos de doença, onde a tomada de decisão do enfermeiro tem que ser rápida e adequada às situações e necessidades dos doentes, pois a prestação de cuidados ao doente em estado crítico exige celeridade. A família encontra-se numa situação de grande fragilidade. A comunicação eficaz e a informação podem ser estratégias valiosas. Assim, ser Enfermeiro Especialista num serviço de urgência exige conhecimentos que revelem *“um desempenho inovador, abrangente e de elevada qualidade”* (SHEEHY’S 2001, p. 3). Em relação às situações com que o enfermeiro se depara *“a sua resolução pode implicar cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino ao doente ou à família, encaminhamento adequado e conhecimento de implicações legais”* (SHEEHY’S 2001, p. 3).



O SU é um serviço complexo, com muitas valências, muitos profissionais e com doentes com patologias diversas, exige uma grande capacidade de trabalho, organização e gestão de prioridades. A capacidade de observação sustenta a tomada de decisão em enfermagem e é, a meu ver, uma das características desejáveis no enfermeiro do SU. Autonomia e a responsabilidade são valores que conduzem toda a actuação do profissional.

Julgo que o estágio foi muito bem organizado, tendo iniciado com duas semanas em que passei por todos os sectores, tomando conhecimento das rotinas e procedimentos – Balcões, trauma, pequena cirurgia, atendimento geral, reanimação e triagem - tive desde logo uma boa visão do serviço, que os turnos com o chefe de equipa solidificaram (nestes turnos estive no SO).

Considero que este Estágio foi uma experiência de aprendizagem excelente, considero que o meu percurso no processo formativo foi muito enriquecedor, na medida em que permitiu uma evolução pessoal e profissional. O facto da especialização estar associada à prática dos cuidados, torna-a muito mais aliciante e um verdadeiro veículo para a melhoria das práticas.

Apesar de ter prestado cuidados em todas as áreas do SU, o meu projecto incidiu no doente médico admitido na Sala de Reanimação. Tal como no estágio anterior a comunicação e o controlo de infecção foram áreas abordadas.

Concretizei e superei as actividades planeadas com vista a consecução dos objectivos a que me propus alcançar.

Preocupe-me, sempre, em integrar-me na equipa de saúde, *“com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”* (artigo 91º, alinha c) do CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO);

De facto, *“a maioria dos doentes não sabe os cuidados a que tem direito, muito menos dos que necessita, para os poder exigir, mas sabe como desejaria ser cuidado”* (VIEIRA 1998, p.9). Deve, por isso, ser da responsabilidade ética e legal dos enfermeiros assegurar que cada cidadão receba os cuidados de saúde que necessita, o que inclui cuidados de enfermagem de qualidade. Na verdade, não nos podemos esquecer que o enfermeiro deve *“responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega”*(ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998)



e, por isso, necessita de assumir os seus actos mesmo quando interdependentes com outros profissionais.

**Objectivo 1 - Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem ao doente e família, do foro médico, em estado crítico, admitido na reanimação.**

Tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes com diferentes patologias desde doentes do foro médico, oncológico, cardíaco, cirúrgico, neurocirúrgico, vítimas de traumatismo vertebro-medular.

Uma grande percentagem dos doentes que são admitidos na reanimação, encontram-se em situação de instabilidade clínica – hemodinâmica, respiratória, estado de consciência, e outros com insuficiência renal, facto que me permitiu a prestação de cuidados ao doente crítico. Num SU há sempre algo a acontecer, novas situações, que exigem de nós uma constante actualização teórico/prática, um raciocínio mais complexo, e onde a gestão do imprevisível, se torna muito aliciante.

Foi meu intuito envolver-me com a equipa, fazer parte dela, penso que consegui. Foi muito gratificante, após um primeiro período de adaptação senti grande receptividade da equipa, o que facilitou imenso a minha prestação.

A tomada de decisão em enfermagem e o agir tomam, num SU, uma importância crucial.

*“A Tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo, implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo, após identificada a correcta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados”.* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003).

A tomada de decisão implica uma acção e por tal uma relação entre eu e todos os meus actos. Ao tomar decisões, o enfermeiro assume, não apenas responsabilidades, mas também tem responsabilidades.

Quando um doente dá entrada na reanimação o enfermeiro sabe qual a avaliação a realizar, a cumplicidade entre os elementos é enorme e tomam-se decisões. Por



exemplo, um doente que dá entrada com dor retroesternal, o médico está com outro doente. De imediato o enfermeiro avalia o doente, monitoriza, inicia oxigenoterapia, punciona, colhe análises, coloca soroterapia, em simultâneo, acolhe, esclarece e tranquiliza. Esta era uma situação diária. Consegui “entrar” nesta dinâmica e sentir-me parte integrante da equipa mas sempre baseando os meus actos e o meu agir na evidência.

Como refere CRAIG E SMYTH (2004), a evidência de investigação actualizada representa um factor que influencia o processo da tomada de decisão, pelo que se torna fundamental estar presente na nossa prática para que não se caia na actuação apenas por rotina, crenças ou valores. Por outro lado, ao desenvolver uma tomada de decisão conscienciosa estou a promover a minha autonomia profissional, implicando um agir competente. NUNES (2006) refere que este agir é fundado simultaneamente pela autonomia (que se exerce ao agir) e pela responsabilidade, competências que desenvolvi e que estiveram sempre presentes na minha actuação.

Assim, **demonstrei capacidade de reagir perante situações situações imprevistas e complexas, no âmbito da especialidade médico-cirúrgica e demonstrei consciência crítica em relação a problemas da prática profissional, relacionado com o cliente e família** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Acompanhei o transporte de doentes críticos, dentro da instituição. Tendo sempre presente a decisão, o planeamento e a efectivação do transporte (SANTOS, 2001). As mobilizações no doente poli traumatizado, os cuidados a ter e o registo preciso, tiveram a minha atenção.

Colaborei na preparação do transporte, de doentes críticos, para outro hospital. A situação clínica do doente e a experiência da equipa de transporte são um factor importante a ter em conta. Eu acrescentaria que a responsabilidade de quem transfere o doente inclui conhecer as condições para onde o doente é transferido, SHEEHY'S (2001, p.143) refere que *”conhecer as capacidades da instituição que recebe faz parte das atribuições da instituição que envia.”*

Na área da reanimação, o definido no CÓDIGO DEONTOLÓGICO DOS ENFERMEIROS norteia a actuação, o enfermeiro *“co-responsabiliza-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e*



*respectivo tratamento*”, nos termos da alínea a) do Artigo 83º, *“orientando para outro profissional mais bem colocado para responder ao problema”*, nos termos da alínea b), *“assegurando a continuidade dos cuidados”*, nos termos da alínea c) , *“registando fielmente as observações e intervenções realizadas”*, alínea d) do mesmo Artigo. É aqui que encontramos a consagração do direito ao cuidado de enfermagem que pode corresponder ao direito do doente contemplado na LEI DE BASES XIV, alínea c), *“ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito”*; Em Urgência só pode ser assim.

Tive oportunidade de me articular com outros serviços do HSFEX, acompanhei um doente com Hemorragia digestiva alta activa, ao serviço de endoscopia, onde colaborei no procedimento.

Acompanhei todo o percurso de uma doente que entrou pela via verde AVC, serviço de imagiologia e unidade de AVC's, onde realizou trombólise. Acompanhei todo o procedimento, vigilância e cuidados. Realizei uma reflexão sobre o tema e levei para o SU – reanimação, informação em suporte digital sobre a via verde AVC. Revelei competências no que respeita ao **zelar pela qualidade de cuidados prestados nesta área de especialização** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Em doentes insuficientes renais crónicos, que recorrem ao SU, é imperativo a preservação do acesso vascular, tendo o enfermeiro de nefrologia em contexto de urgência, um papel essencial na gestão do mesmo e no ensino e sensibilização da equipa. A fístula arteriovenosa, é o acesso de hemodiálise por excelência do doente insuficiente renal, por apresentar maior longevidade, menos intervenções de manutenção e menores taxas de infecção, hospitalização e mortalidade, exigindo a manutenção das “boas práticas” mesmo em contexto de urgência, preservando um acesso que é vital para o doente. Sensibilizei a equipa de SU para esta temática, através de conversas informais e durante a prestação de cuidados aos doentes insuficientes renais em hemodiálise, que recorreram ao SU.

O estágio permitiu desenvolver competências na actuação em situação de paragem cardíaca e em emergências cardio-respiratórias do adulto. Foram várias as situações em que colaborei. Exalta-se o papel das competências individuais, de equipa e do papel de um líder de uma equipa de reanimação. Com cenários reais reforçam-se os



conceitos como: suporte básico de vida de qualidade; reconhecimento e tratamento das situações peri-paragem; tratamento da paragem cardíaca; reconhecimento e tratamento da dor torácica e síndrome coronário agudo; reconhecimento de outras situações clínicas emergentes como o acidente vascular cerebral detectado precocemente, por vezes com indicação para ingresso imediato na via verde AVC; o algoritmo do suporte avançado de vida; e a dinâmica efectiva de uma equipa de reanimação.

O recurso a *guidelines* ou a algoritmos de decisão, são fundamentais em Urgência. Esta medida torna-se vantajosa, pois permite o recurso a decisões mais rápidas, com menos riscos, mais uniformizadas e com mais sucesso. *”No processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005, p.5).

Permitiu-me **gerir e interpretar de forma adequada informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida e da sua formação pós graduada** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Foram inúmeras as situações de aprendizagem e as oportunidades que me conduziram à pesquisa. No entanto, pareceu-me que a maioria das patologias médicas que dão entrada na reanimação, são do foro cardiovascular – acidentes vasculares cerebrais e enfarte agudo do miocárdio. Situações em que já tinha experiência mas que me permitiu **manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Recebi sozinha doentes na Reanimação, iniciava a avaliação do doente e os procedimentos. Noutros casos recebia em conjunto com a minha orientadora ou outro colega, consoante o estado clínico do doente. **Demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional e capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Numa tarde, deu entrada na reanimação um doente de 33 anos com o diagnóstico provável de enfarte agudo do miocárdio e com indicação urgente de transferência para o HSC, para cateterismo. O doente veio da área de atendimento geral, após resultados de análises. Tinha como motivo de admissão – dor torácica. O jovem, emigrante romeno,



tinha vindo sozinho ao SU, esteve calmo no Atendimento Geral. Quando deu entrada na Reanimação, cerca de 7 pessoas o rodearam, para o eletrocardiograma, para os acessos periféricos, para a monitorização, para o espólio, para observação pela cardiologia. Enquanto lhe prestava cuidados fui falando com ele, de forma serena, explicando o que se estava a passar, para onde ia, o que ia fazer, perguntei se tinha alguém que pudéssemos contactar. Estabeleci uma relação terapêutica com ele. Encontrei-o no HSC posteriormente e ele reconheceu-me do SU. Foi gratificante. Acho que é muito importante o papel da relação no SU.

Prestei cuidados a outro doente, de origem indiana, que só falava inglês, também com suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio. Quando a AAM estava a fazer o espólio, apercebeu-se que o doente tinha uma “corda” à volta da cintura, com um pequeno amuleto. Falei com o senhor e referi que se quisesse ficar com ela podia, ele explicou que era do culto dele e que ele preferia mantê-la, pelo simbolismo que tinha para a sua cultura. Achei importante respeitar a vontade do doente, independentemente do amuleto que era, pois, para ele era importante. Este episódio permitiu, com a minha orientadora, o debate na equipa multidisciplinar sobre esta problemática. **Demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da especialidade e conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação com o doente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Tive oportunidade de discutir em equipa algumas situações e de sugerir alguns cuidados com base nos conhecimentos na área da especialização, o que me levou a desenvolver competências na área da **gestão e interpretação, de forma adequada, de informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional e formação pós graduada** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Constatarei que existem muitos indivíduos jovens com situações com patologia cardiovascular, que recorrem ao SU. Como profissional de saúde fez-me reflectir. Penso que temos um papel importante na promoção de hábitos saudáveis. Sempre que estava na triagem e tinha um doente com antecedentes de risco, realizava ensino. Tal como acerca da auto-medicação ou sobre a adesão terapêutica. A triagem é um local de contacto por excelência, obtém-se muita informação e a capacidade de observação do enfermeiro é a primeira fonte de colheita de dados. Podemos ter um papel muito activo na Triagem.



A par de uma enfermagem técnica muito diferenciada e com um grande grau de especificidade deparei-me com problemáticas que numa primeira avaliação supérflua, podia não encaixar nos “standards” da enfermagem de urgência. São eles, por exemplo, a dor, o acolhimento, a gestão de altas ou o ensino.

Dor, é a queixa mais comum. Na triagem será a principal queixa. Pode ser profunda e visceral e os doentes usam vários adjetivos para a caracterizar, tais como: “aperto, esmagamento, peso, ...” A dor torácica na triagem exige avaliação, observação, bom senso, responsabilidade e tomada de decisão por parte do enfermeiro. Gostei imenso de ter feito turnos na triagem, acho que tenho boa capacidade de observação e de comunicação, o que é fundamental para aquele sector. Prestei cuidados, de forma autónoma, na triagem, com o apoio dos colegas, pois, a triagem é o ultimo sector de integração no SU. **Desenvolvi a tomada de decisão fundamentada, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas e desenvolvi a compreensão relativamente às implicações da investigação baseada na evidência na minha prática diária e consciência crítica para os problemas da prática profissional** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Tal como na UCIP, o desenvolvimento de competências relacionais com o doente crítico e família liderou a minha conduta. A teoria do conforto de Kolkaba esteve sempre presente, nos seus três tipos e nos seus quatro contextos como referido no capítulo anterior. Neste estágio, mantive uma série de intervenções de conforto, como medidas de conforto físico, como a mobilização, os posicionamentos e o toque. Promovi, sempre que possível, a ligação com o meio familiar, através da visita do familiar ao doente, mesmo na reanimação. O suporte emocional à família e o providenciar de informação precocemente, sempre que possível, foram também estratégias adoptadas. A ansiedade da família do doente crítico é um diagnóstico de enfermagem e deve ser levantado e registado na triagem.

Ansiedade é *“Emoção com as características específicas. Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula”*(CIPE, 2006).



---

Uma sinalização precoce deste diagnóstico, o registo da presença ou não de familiares na sala de espera, alerta os profissionais dos outros sectores, que só vêm o doente, e permite que se criem intervenções precocemente, muitas delas são medidas ou intervenções confortantes, autónomas da competência do enfermeiro. Esta temática obrigou-me a **reflectir sobre a prática de forma crítica** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Questionei-me, novamente, neste estágio, até que ponto o diagnóstico, a incerteza do prognóstico, a sua imprevisibilidade interfere com o conforto do indivíduo e como o enfermeiro percebe esta temática. Quanto ao conforto da família do doente crítico, este parece-me claramente alterado pela ausência de informação e pela incerteza do prognóstico, que por vezes não é o nosso foco de acção.

Penso que, com a minha orientadora, instituímos medidas precoces na diminuição da incerteza e da falta de informação, aumentando o conforto nos doentes e família que recebemos.

Penso que no SU se poderia otimizar a relação com a família, esta tem um acesso muito restrito ao seu familiar e as informações acerca do seu estado também são muito escassas. São situações muito complexas, mas o enfermeiro assume o dever de *“informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem”*, assim como de *“atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem”* (artigo 84º, alinha a) e c) do CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO). Pelo que, tive sempre em conta esta problemática e registei as medidas de conforto instituídas, a maior parte delas são intervenções autónomas, que se não forem registadas, a par dos resultados obtidos, dificilmente lhes daremos visibilidade. Fazemo-lo em termos intuitivos, mas raramente o registamos.

Tentei manter sempre o familiar informado, preocupando-me em transmitir toda a informação que me era solicitada acerca dos cuidados de enfermagem, o facto de informarmos a família, envolvemo-la nos cuidados.

De facto *“É o envolvimento e a presença da família nos cuidados de enfermagem que contribuem para que os enfermeiros prestem bons cuidados, isto é, os cuidados que o doente e a sua família esperam que lhes sejam prestados”*( RABIAIS 2003, p.14).



Preocupei-me também em abordar estas questões complexas, através de um discurso fundamentado e de uma forma informal com alguns elementos da equipa de enfermagem de forma a sensibiliza-los para a importância da mudança de atitudes. Através destas actividades desenvolvi competências que demonstram **consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com o cliente e família, na área da especialidade médico-cirúrgica** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Concordo com o que refere VIEIRA (2007, p.128) *“hoje a enfermagem é uma profissão com formação humanista. No entanto, continua a ser um processo complexo, já que nem sempre os objectivos da ciência e do humanismo personalista se conjugam facilmente”*.

Por vezes, ficamos centrados no doente, no imediato e mesmo quando já estamos numa situação mais estável, esquecemo-nos de cuidar da família.

Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos, realçando-se, além da qualidade técnico-científica, a qualidade humana e humanizadora (como defendido no Artigo 88º e 89º do CÓDIGO DEONTOLÓGICO).

O modelo biomédico, presente numa Urgência, em que existe grande preocupação e investimento nos aspectos fisiopatológicos da doença, descarta frequentemente os aspectos relacionados como os sentimentos e as emoções do doente, Já GOLEMAN (2001,p.186), nos diz que, *“ (...) na terra dos doentes as emoções reinam como soberanas; o medo está só a um pensamento de distância”*. Refere ainda que *“ (...)as nossas emoções e a nossa inteligência emocional - desempenham um papel na saúde e na doença”*. As emoções positivas ajudam ao processo de recuperação do doente e as negativas podem afectar ou atrasar a sua recuperação (GOLEMAN, 2001).

Quando falamos na comunicação com o doente crítico e a sua família, esta toma um papel preponderante, pelo desafio para o profissional e pela importância para o doente/família que se encontra em situação de crise, muitas vezes envolvidos num cenário de incerteza e imprevisibilidade em relação ao diagnóstico, prognóstico e à reestruturação da própria unidade familiar.

Segundo LÁZURE (1994, p.9), *“Ser Enfermeira exige mais do que o simples saber e do que saber fazer”*, do mesmo modo que considera a essência do enfermeiro a relação de ajuda, que é o eixo no qual gravitam os cuidados de enfermagem.



---

Esta relação, que em Enfermagem é terapêutica, encontra-se no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros no seu Artigo 5.º que refere os cuidados de enfermagem como caracterizados por estabelecerem uma relação de ajuda com o utente.

Face à problemática da família, elaborei em conjunto com as duas colegas de estágio, um pré projecto sobre o acompanhamento familiar na urgência. Esta actividade é transversal a este objectivo e ao seguinte.

Dentro da temática da comunicação eu e uma colega de Curso, decidimos intervir nesta área, promovendo a melhoria da comunicação no SU, através da facilitação da linguagem. A Enfermeira Paula Sares desenvolveu um Manual de Linguagem Gestual e eu um Manual Multilingue (ANEXO VI), com questões/respostas essenciais na triagem do doente que recorre ao SU, em 18 idiomas, projecto este que já tinha implementado na UCIP (como exposto no capítulo anterior). Prestei cuidados a doentes de outras nacionalidades que não a Portuguesa o que fundamenta a necessidade do manual. Este Manual foi muito bem recebido pela a equipa de enfermagem pela sua aplicabilidade e originalidade.

## **Objectivo 2 - Desenvolver competências de *melhoria contínua da qualidade dos cuidados através da participação na área da formação no Serviço de Urgência***

A par dos momentos formais, aproveitei sempre a prestação de cuidados como oportunidade para dar os contributos que achava úteis e que contribuíssem para a qualidade dos cuidados prestados. **Identifiquei necessidades formativas na área da especialidade, promovendo formação em serviço e o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do serviço** (UCP-ICS/ESPS, 2008).

Tal como na UCIP, também no SU, a temática do **Controlo de Infecção** foi abordada.

Um dos temas foi a sensibilização para a lavagem das mãos. Após ter detectado que não existiam indicações quanto à lavagem e desinfeção das mãos perto dos lavatórios e solução de desinfeção alcoólica, disponibilizei cartazes informativos



(**ANEXO IX e X**), plastificados para a sua colocação (cerca de 20), usei o material fornecido pela DGS, uma vez que se tal não acontecesse teria que ir à aprovação da CCI e demoraria mais tempo.

Realizei sensibilização informal à equipa sobre o acesso aos dispositivos intravasculares e à necessidade de manter os acessos das torneiras tapados quando não estão a ser usados (PNCI 2006).

Na reestruturação do SU, foi contemplada um quarto de isolamento, para isolamento respiratório em quarto de pressão negativa. A pedido da Enfermeira dinamizadora do CCI, elaborei pesquisa sobre este tema e a Norma de Isolamento de Quarto de Pressão Negativa, com contextualização teórica e que será colocada em prática no mês de Dezembro (**ANEXO XI**). Para a realização desta norma, visitei o Serviço de Infeciologia do Hospital Curry Cabral e realizei entrevista à Enfermeira Chefe, uma vez que possuíam unidades de isolamento recentemente remodeladas e foram uma Unidade de referência no isolamento e tratamento de doentes infectados pelo H1N1. Este trabalho foi considerado muito pertinente por toda a equipa multidisciplinar.

Além das actividades definidas, assisti a formações que pudessem contribuir para o enriquecimento do estágio, mantendo de forma contínua e autónoma, o meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, levando-me a produzir um discurso pessoal fundamentado, com impacto. Assim, tive a oportunidade de assistir:

Dia 13 de Outubro de 2009 - “CPAP Boussignac”, *formação em serviço (SU)*;

Formação em serviço que me permitiu conhecer este novo equipamento e contribuir para o posterior esclarecimento da equipa.

*Dia 9 de Outubro – 1ª Jornadas de Cuidados Paliativos - IPO; (ANEXO XII)*

*Dia 30 e 31 de Outubro – 1º congresso de cuidados Continuados – Aveiro (ANEXO XIII)*

*Dia 2,3,4 e 10 de Novembro 2009 – Cuidados Continuados Integrados – Planeamento de Altas - CHLO (ANEXO XIV).*

Trataram de três formações com uma pertinência inquestionável e que complementam muito o percurso que atravesso.



Permitiram a discussão, em equipa destes temas, com manifestações de preocupação por parte da equipa, face ao número de altas problemáticas, envios recorrentes ao SU de doentes em fase terminal ou sem rede de apoio social e a necessidade de articular precocemente com o serviço social. Com a minha orientadora reflectimos sobre, como estas temáticas vão de encontro às funções do Enfermeiro Especialista, como gestor de cuidados e Enfermeiro de referência no serviço.

Deparei-me com situações de doentes que deveriam ser referenciados a cuidados paliativos ou à rede de cuidados continuados, mas que vão várias vezes ao SU e que morrem na urgência...

Nessa mesma formação tomei conhecimento, que o CHLO não possui Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos, e que a Região de Oeiras não possui nem Unidade de Cuidados Paliativos, nem Unidade de Dia e de Promoção de Autonomia, situação esta que impossibilita a referenciação destes doentes e o cumprimento do que está legislado e do que é preconizado pela Associação Portuguesa de Cuidados Continuados.

O acompanhamento em fim de vida exige metodologias e técnicas que se aprendem. A competência na prestação de cuidados em fim de vida é uma ponte entre os conhecimentos e a acção. Não se pode reduzir os cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida ao alívio do sofrimento físico, é esquecer o sofrimento físico e existencial.

Segundo a Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos – SFAP, (2000, p.91) vemos que, “*é primordial que a equipa que cuida encontre uma coerência de funcionamento e determine objectivos comuns (...)*” ou seja, aqui se demarca a diferença nos serviços que têm formação em Cuidados Paliativos, com conhecimentos e metodologias integradas”. A filosofia dos Cuidados Paliativos exige conhecimentos, rigor e sistematização de atitudes e procedimentos. Mas face ao exposto vamos continuar a Cuidar no Serviço de Urgência. Mais uma vez reconheço no Enfermeiro Especialista, um pilar para a diferença.

*Dia 15 de Novembro de 2009 – 1º simpósio de acessos vasculares (ANEXO XV)*

Complementou a minha formação de base e permitiu-me reforçar a importância da preservação do acesso vascular, no SU. Achei pertinente referi-la, porque apesar de ser um tema aparentemente com menos aplicabilidade neste campo de estágio, tal não



aconteceu, pois muitas temáticas foram replicadas informalmente no SU e os conteúdos da formação foram de encontro ao planeamento da acção de formação sobre insuficiência renal. Também a abordagem, durante o simpósio, sobre o acesso vascular no doente crítico, foi uma mais valia para o meu contexto profissional.

Ao nível da formação desenvolvida no SU, esta foi também realizada em conjunto com duas colegas de curso, o que foi muito produtivo e enriquecedor.

A problemática actual relacionada com a pandemia de gripe, exigiu dos serviços e dos profissionais a criação de planos de contingência e uma adaptação rápida a novos cenários. No SU esta realidade não nos foi alheia, tendo sido uma temática que debati com a minha orientadora ao longo de todo o estágio. Penso que houve um óptimo envolvimento com as colegas de estágio no sentido de discutir esta temática.

Questões como a limpeza da unidade de isolamento, a colocação e remoção do equipamento de protecção individual ou a abordagem pelos profissionais a estes doentes emergiram. Daí que a realização de uma sessão de esclarecimento se impôs. Tendo ficado responsáveis pelo seu planeamento as três alunas do Curso de Especialização Médico Cirúrgica.

Antes da realização da acção de formação sobre a temática da gripe, eu e as minhas colegas, construímos e aplicamos um questionário (**ANEXO XVI**), com o sentido de averiguar as dificuldades/necessidades dos profissionais na implementação de práticas correctas no atendimento ao utente com suspeita de Gripe “A”. Aplicamos o instrumento a cerca de 70% da população total de AAM e Enfermeiros. Realizamos o tratamento estatístico e apresentamos resultados (**ANEXO XVII**). Penso que foi um trabalho que só foi possível pela nossa organização, uma vez que não estávamos com horários coincidentes e a aplicação do questionário e tratamento de dados foi realizado fora da carga horária. Acho que teve um impacto positivo muito grande no SU, com verbalizações muito favoráveis por parte de toda a equipa multidisciplinar, foi muito gratificante ter conseguido realizar tudo num curto espaço de tempo. A apresentação e análise dos dados foi entregue à Enfermeira Chefe. Os dados colhidos permitiram-nos definir os objectivos da sessão, os conteúdos e, alguns, pela sua pertinência, foram apresentados na própria sessão de formação, com grande impacto e interesse na audiência. O relatório serviu, ainda, para o diagnóstico de situação de problemáticas a serem contempladas no plano de formação do SU para 2010 e para alguns conteúdos do



curso de actualização de AAM, a realizar ainda em Dezembro, coordenado pela minha orientadora. Dos dados obtidos há a salientar que, quando questionados sobre quais os procedimentos mais descuidados na abordagem ao doente com H1N1 a maioria dos enfermeiros e AAM refere haver mais falhas na higiene das mãos em dois momentos cruciais, antes e após abordar este doente. A maioria, refere que onde ocorrem mais omissões na lavagem das mãos é quando começam a trabalhar (com a falsa ideia de que vêm com as mãos limpas), estes dados permitiram a discussão e análise da prática, mobilizou os profissionais presentes a replicarem a outros, as recomendações. Este pequeno estudo realizado, vem de encontro à teoria e aos estudos epidemiológicos acerca das infecções por agentes resistentes que demonstram que *“30% a 40% são resultado da colonização e infecção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde”* (DGS 2007, p.6). Esta mesma constatação fundamentou as minhas actividades no que diz respeito à sensibilização da equipa para a lavagem das mãos, e à colocação de cartazes em pontos estratégicos.

A realização e implementação do plano de contingência do SU do HSFIX, exigia uma abordagem aos profissionais, mas também uma sensibilização do doente e família, que perante a suspeita de infecção por H1N1, era isolado. A incerteza e as dúvidas criadas com essa atitude, exigiram da nossa parte uma iniciativa: A Elaboração de um panfleto sobre as – Medidas de Isolamento Respiratório, para os doentes com suspeita de H1N1 (**ANEXO XVIII**). Este foi o panfleto usado aquando da abertura do circuito do SU, referente a estes doentes, já após o *terminus* do nosso estágio.

A acção de formação, em conjunto com as 2 colegas de estágio – Celina Duarte e Paula Sares - subordinada ao tema: Medidas de Protecção e Prevenção da Gripe A, realizou-se nos dias 9, 10 e 11 de Novembro de 2009 (**ANEXO XIX**).

A vigilância epidemiológica, a formação/informação e a elaboração e divulgação de normas e recomendações são as três grandes áreas de intervenção mencionadas no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, tendo como finalidade *“diminuir, a nível nacional, a incidência das IACS”*(DGS 2007, p.8), a meu ver trata-se de uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde, cabendo ao Enfermeiro Especialista, como elemento diferenciado na equipa pelos seus conhecimentos e responsabilidades, um papel interventivo nesta área.



Realizei sensibilização quanto à necessidade de otimizar a limpeza das superfícies de trabalho dos balcões, da reanimação e da pequena cirurgia. Abordei a temática da triagem dos lixos na urgência, pois a maioria dos lixos vai para saco branco (Grupo III – resíduos de risco biológico), facto que deveria ser alterado, pois, preconiza-se, “uma gestão controlada, afim de proteger a saúde pública, o ambiente e minimizar os custos das operações de gestão envolvidas ” (DGS 2006, p.1). Penso que seria um tema a ser trabalhado por futuras colegas. Outra estratégia de melhoria no âmbito do controlo de infecção, seria o aumento do número de recipientes para o lixo em balcões, pois é notoriamente insuficiente.

Um dos motivos por que optei pelo estágio no SU do HSFX, foi pela articulação deste com o meu serviço – Nefrologia. É frequente receber doentes vindos do SU, e também não menos frequente o doente Insuficiente Renal Crónico, já em programa regular de Hemodiálise, recorrer ao SU. A ida deste doente ao SU, reveste-se, por vezes, de muitas dúvidas e hesitações por parte do profissional de saúde, relativamente a terapêutica, sintomatologia e ao acesso vascular de Hemodiálise. Por este motivo, e pelo facto de também sentir essa necessidade nos profissionais do SU, organizei com a minha orientadora e com a responsável pela formação, uma acção de formação subordinada ao tema: Insuficiência renal – métodos de substituição da função renal (**ANEXO XX**). Esta formação tinha como objectivos aprofundar conhecimentos sobre a Insuficiência Renal, identificar as principais características de cada método de substituição da função renal e reflectir sobre o papel do enfermeiro na opção do doente pela modalidade de tratamento. Um dos objectivos era distinguir a abordagem do enfermeiro ao doente insuficiente renal crónico ou agudo e a importância de uma avaliação precoce e valorização da sintomatologia. Na organização desta formação **geri e integrei, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional e formação pós-graduada** (UCP-ICS/ESPS, 2008). Esta formação teve a sua realização prevista para 18 de Novembro de 2009, ficou adiada por indisponibilidade do serviço nos dias calendarizados. Ficou prevista a sua realização após a conclusão do estágio. Como futura enfermeira especialista parece-me ser importante, não só a identificação de necessidades formativas, como também a identificação do momento oportuno e ideal para captar e motivar a equipa de forma a se gerar mudança de comportamentos e atitudes.



O acompanhamento familiar tem um papel importante no apoio psicológico e afectivo do Utente que recorre ao Serviço de Urgência Geral.

A presença de um membro da família ou pessoa significativa que acompanhe o Utente durante a sua permanência num Serviço de Urgência Geral, é cada vez mais uma realidade. O Utente tem direito à presença de um acompanhante. Devido ao comprometimento da sua situação clínica, pode ter dificuldade em comunicar ou exprimir as suas necessidades, daí a presença de um acompanhante ser encarada como uma mais-valia. *“A família é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas.”* (VIEIRA, 2007).

Todos os doentes que dêem entrada numa urgência do Serviço Nacional de Saúde passam a ter direito a um acompanhante, que deve ter “informação adequada e em tempo razoável” sobre o utente. Publicada em Diário da República, a Lei n.º 33/2009 da Assembleia da República, “reconhece e garante a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada”. O regime de acompanhamento familiar em internamento hospitalar encontra-se estabelecido na Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro.

Pela introdução desta nova legislação, elaborei, em conjunto com as duas colegas do Mestrado, um Pré-Projecto de Implementação do Acompanhamento Familiar no SU do HSF, em cumprimento da lei 33/2009 de 14 de Julho (**ANEXO XXI**). Dele faz parte um diagnóstico da situação, contextualização sobre a temática, a legislação em vigor, a criação da Norma para o Acompanhamento de Familiares ao Utente que recorre à Urgência do HSF e o planeamento das actividades a desenvolver até à sua implementação. Este trabalho teve um parecer muito favorável da Enfermeira Chefe e da equipa de coordenação do serviço, pela sua pertinência e utilidade.

Colaborei, com duas colegas de curso, na realização de um dossier sobre algumas patologias, síndromes e procedimentos, que exigiram pesquisa bibliográfica durante o período de estágio. Prevê-se que o dossier seja dinâmico e que toda a equipa o vá actualizando. Demonstrou-se um importante instrumento de consulta, nomeadamente no caso de alunos.



---

Reportando para uma apreciação global das sessões formativas, penso que pela participação, interação, debate gerado no grupo de participantes, o resultado foi muito positivo em termos de enriquecimento profissional e pessoal para os elementos presentes.

Foi deixado no SU, suporte escrito e informático das formações realizadas.

Também a elaboração e apresentação do Manual Multilíngue foi um contributo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados do SU.

O enfermeiro especialista deve ser o motor impulsionador da formação em serviço, no sentido de orientar a equipa de enfermagem para a discussão, o debate, a partilha de conhecimentos, com o objectivo máximo da melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes. Penso que contribuí para a qualidade dos cuidados através da participação na área da formação em Serviço.

### **Objectivo 3 - Desenvolver competências nos aspectos relativos à gestão de cuidados no serviço de urgência.**

Acompanhei a Enfermeira Orientadora na gestão do SU, gestão de stocks, terapêutica, estupefacientes e recursos humanos. Realizei alguns turnos com a equipa de coordenação em que colaborei na gestão de recursos materiais e humanos.

Colaborarei com a Equipa de Coordenação do Serviço na construção de um novo impresso para otimizar o circuito dos corpos pós morte (**ANEXO XXII**).

Também colaborei com o serviço ao deixar indicações sobre um novo produto para os dispositivos médicos da pequena cirurgia – *spectrum* – para descontaminação de material cirúrgico;

Tive reuniões informais com a Equipa de Coordenação e Enfermeira Orientadora, sobre alguns pontos que acho que melhorariam a gestão de cuidados no SU: em balcões a existência, por turno, de divisão de doentes por enfermeira, com método individual de trabalho e a existência de uma Enfermeira Responsável, com mais experiência, que ficasse a gerir os cuidados; a divisão de Coordenadoras por sector e não por tarefas; na pequena cirurgia, responsabilizar por turno uma AAM para aquele sector, devido ao volume de doentes e à necessidade da sala ser limpa com maior periodicidade. Ainda neste sector, alterar o sistema de contagem do material esterilizado



---

e do material sujo, forneci à minha orientadora uma hipótese de folha de registo para o material que vai para a esterilização.

Neste momento, o enfermeiro especialista é da área da prestação de cuidados, o conceito da Ordem assume-o assim. Tendo um papel importante como consultor nas matérias que aprofundou. O aperfeiçoamento e o aprofundamento dos conhecimentos devem ter reflexo no desenvolvimento profissional do enfermeiro e da equipa onde está inserido. O enfermeiro especialista, deve possuir competências que o habilitem a conceber e gerir cuidados de maior complexidade. O SU é o exemplo do serviço onde o gestor de cuidados, deve ser alguém que domine o assunto, que alie a experiência prática a uma sólida fundamentação, que sirva de modelo aos restantes profissionais, que dê segurança. Penso que como factor facilitador na concretização do presente objectivo, ressalvo a minha experiência na área da chefia de equipas e coordenação de serviço.



## **2 - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

A necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências nos cuidados especializados ao doente crítico, foi uma realidade quase diária, quer pelas patologias, quer pela terapêutica ou procedimentos.

Tive um papel pró activo em ambos os locais de estágio. Penso ser uma característica importante para um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Antecipei-me a algumas situações, fui empreendedora e acho que as minhas actividades marcaram os sítios por onde passei. Fui um elemento de mudança de práticas, visando sempre a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e a satisfação do doente crítico e família. O que transponho para o meu local de trabalho.

Tive por base a Teoria do Conforto de Kolcaba, onde sustentei as minhas reflexões de estágio, a minha prestação de cuidados e a minha conduta enquanto enfermeira. Agora, que aprofundi mais sobre a teoria do conforto, consigo aplicá-la à minha realidade profissional. Também o pré-projecto de acompanhamento familiar no SU, me fez reflectir no acompanhamento no meu serviço, já estando a discutir o assunto com a Chefe de Serviço.

O percurso que fiz na UCIP do HSF, permitiu-me desenvolver as competências técnicas, otimizar conhecimentos e práticas que me diferenciam no serviço onde trabalho. Apliquei as minhas competências profissionais e desenvolvi-as.

Na UCIP, pude aprofundar conhecimentos práticos que transponho para a Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Nefrologia. Tenho como futura especialista, obrigações na área da formação em serviço e obrigações perante a equipa, é fundamental difundir estes conhecimentos, também para dar visibilidade à própria especialização.

A gestão de cuidados de uma UCI, é uma experiência muito positiva, pois o gestor de cuidados tem que se envolver com a própria equipa, na prestação de cuidados. O rácio na UCIP não permite de outra forma. Se por um lado é desgastante, por outro é a assunção do verdadeiro significado do Enfermeiro Especialista, muito mais virado para a prática do que para a gestão de gabinete. O Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica, dá



isso mesmo, uma capacidade não só para assumir a gestão e a formação do serviço e da equipa, mas também a prestação de cuidados técnicos, científicos e relacionais diferenciados.

O SU deu-me uma vivacidade nos cuidados, uma euforia pela descoberta e por poder fazer aquilo que sei e gosto de fazer, desenvolvi imensas competências, foi uma experiência muito proveitosa a nível pessoal e profissional. A comunicação e a relação com o doente crítico, fez-me reflectir muito. Acho que desenvolvi estratégias de comunicação, assertividade, escuta activa e clarificação. Terá certamente impacto no meu desempenho e na equipa que integro. Realizei mais actividades do que tinha previsto em projecto e complementei os meus objectivos com duas temáticas que acho importantes para uma prática de Enfermagem Avançada, a comunicação com o doente crítico e família e o controlo de infecção. Mostrei criatividade, iniciativa, motivação, responsabilidade e capacidade de trabalho em equipa.

A área da formação, foi de facto, muito desenvolvida, quer de modo informal, quer formal, sobre áreas da minha prática diária e outras como o controlo da infecção hospitalar, que incluiu o levantamento de dados sobre o atendimento do doente com suspeita de H1N1 no serviço de urgência, com posterior tratamento estatístico e formação a assistentes operacionais e enfermeiros, visando a mudança das práticas, no atendimento ao doente com suspeita de gripe A, algo que exigiu coordenação com as restantes colegas de estágio. Elaborei norma sobre o quarto de Isolamento de pressão negativa do Serviço de Urgência. A elaboração de um panfleto sobre Medidas de Isolamento trouxe uma mais valia no esclarecimento e ensino ao doente e família. Todas estas actividades tiveram impacto no meu serviço, com a replicação de algumas delas.

O percurso na aquisição de competências culminou com a área de **gestão**, onde pude dar o meu contributo pelas competências já adquiridas em contexto de trabalho e com a colaboração nas equipas de coordenação.

A investigação fundamentou sempre a prática, para uma prestação baseada na evidência, tendo desenvolvido competências nesta área. Quer através da aplicação do questionário no SU e posterior tratamento estatístico, quer através da comunicação a audiências especializadas, como à frente se verá.

Sensível à temática do controlo de infecção e pelo facto de desenvolver formação em serviço sobre esta área, fui convidada para prelectora numa sessão, no



---

CHLO, subordinada ao tema: “Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde”.

Colaborei com o CHLO, na formação de AAM's, no Módulo: Actividades de colaboração com a Enfermagem, dia 9,13 e 16 de Novembro.

Encontrando-me a realizar a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que visa a assistência ao doente crítico e tendo desenvolvido toda a minha experiência profissional em Nefrologia, fui convidada para apresentar uma sessão no dia 20 e 21 de Novembro, na Reunião monotemática “*Rim no Doente Crítico*” – da qual fui prelectora, com o tema: *Acessos vasculares para Hemodiálise – cateter de longa duração*; (ANEXO XXIII). Fui também moderadora de uma sessão de posters. O planeamento e apresentação da sessão, obrigou-me à mobilização de conhecimentos práticos e de outros conhecimentos teóricos, leccionados no curso de Mestrado. Foi o culminar de um percurso, foi gratificante poder partilhar a minha experiência e conhecimentos com tão vasta audiência.

Para além da Unidade Curricular – Estágio, o Curso de Especialização foi um percurso na aquisição de competências, em que cada um constrói o seu caminho, que é feito de experiências, oportunidades e esforço. A nível pessoal, foi muito enriquecedor, desenvolvi-me como enfermeira e como pessoa, apesar de algum desgaste pela entrega realizada.

O sucesso nunca é uma vitória solitária, é como a relação de ajuda, é feita por quem dá, por quem recebe e pelo contexto. Tive a oportunidade de adorar os contextos onde realizei a Unidade Curricular e de ter como orientadores pessoas, enfermeiros que me acompanharam no desenvolvimento das competências.

Para COLLIÉRE (1989), as competências que caracterizam uma profissão são o resultado de um conjunto de conhecimentos organizados, sendo estes conhecimentos responsáveis por definir a prática profissional.

Segundo BASTOS (1993), entende-se por prática profissional um conjunto de decisões que os Enfermeiros tomam autonomamente como membros da equipe de saúde, reflectindo os valores e os conhecimentos sobre o porquê e como actuam, bem como os resultados que esperam das acções que realizam, tornando específico o serviço que oferecem à sociedade.



### 3 – CONCLUSÃO

O Estágio apresenta-se, no curso, como uma componente formativa essencial para que o enfermeiro valide e aplique os conhecimentos teóricos ministrados e adquira novas competências e habilidades. A formação em prática clínica implica uma valorização do saber e das experiências, sendo a expressão escrita um facilitador deste processo.

Segundo BERBAUM (1982), citado por CARVALHO (1996) a palavra formação significa “*não apenas um produto, ou seja, os resultados obtidos na forma de uma acção mas também um processo, o de mudança de comportamentos*”.

O saber e o saber fazer são passíveis de serem ensinados, contudo o saber ser ou estar desenvolve-se de modo intrínseco, uma vez que se refere a valores, ou seja à perspectiva individual e existencial de cada sujeito.

A elaboração deste relatório teve como objectivo, apresentar uma análise crítica e uma reflexão das actividades e competências desenvolvidas, nos períodos de estágio, demonstrando a integração e inter-relação dos “saberes” adquiridos, ao longo de todo o Processo de Ensino – Aprendizagem.

Realizado na UCIP e no SU do HSFX, esta prática clínica serviu não só o desenvolvimento profissional como pessoal.

Tendo em conta todos estes aspectos, os objectivos delineados, foram atingidos, assim como é visível um balanço positivo de todo o percurso.

Desenvolvi todas as competências previstas no plano de estudos. Desenvolvi uma série de actividades, difíceis de apresentar/fundamentar neste documento. A maior dificuldade foi compilar e demonstrar neste relatório, toda a análise, reflexão e experiência adquirida no Estágio.

Aprende-se sempre até ao fim dos nossos dias, não deveremos fossilizar-nos apenas nos aspectos que julgamos estarem certos, tentarei sempre procurar mais, visto a minha aprendizagem estar sempre em construção.

Concluo que as minhas expectativas foram superadas muito além do que eu esperava.



---

Considero que realizei uma prestação de cuidados de qualidade, desenvolvendo a minha autonomia e o meu espírito crítico e acredito que esta experiência irá marcar positivamente a minha carreira no futuro.

A melhor forma de avaliar o trabalho realizado é referir que as novas competências adquiridas, reflectem-se nos cuidados que hoje presto.

Em todo o meu percurso profissional, foram duas das melhores experiências de aprendizagem, que vivenciei. A opção por Estágio na UCIP e no SU do HSF, foi um contributo enorme para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Cresci imenso. Pode-se crescer sempre...

Concordo com Nóvoa (1988, p.70) “ ... *A formação não se constrói com a acumulação de cursos mas sim através de todo um trabalho de reflexividade crítica sobre as práticas e de (re) construção permanente de uma identidade pessoal (...) O conceito de reflexividade crítica deve assumir um papel de primeiro plano no domínio da formação de adultos. Reflectir sobre a própria experiência e dela retirar significado pessoal, desenvolve-lhe competências de auto-conhecimento, análise crítica preparando-o para a intervenção junto do doente e família ...* “.



#### 4 – BIBLIOGRAFIA

BASTOS, M. L. (1993). Valores Profissionais: Opções a Fazer. **Enfermagem em Foco**, n.º10 (Fevereiro/Abril), p. 42-47.

BENNER, Patrícia – **De iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto, 2001. 294 p. ISBN 972-8535-97-X.

CARVALHO, Maria Manuela Montezuma – **A Enfermagem e o humanismo**. Loures: Lusociência, 1996.

COLLIÈRE, M. (1989), **Promover a vida**. Lisboa: Lidel, 1989. 386 p. ISBN 972-95420-0-7.

CODIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO incluso no Estatuto da Ordem ds Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei nº104/98 de 21 de Abril

CONCELHO DE ENFERMAGEM - **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 6 (Março 2002), p. 39-42.

DIÁRIO DA REPÚBLICA - Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro - 1.ª série — N.º 178, p. 6254

DIÁRIO DA REPÚBLICA - Lei nº 33/2009 de 14 de Julho Iª. Série – N.º 134, p. 4467

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Manual para os Observadores. Um guia para a observação da prática da higiene das mãos nas Unidades de Saúde Portuguesas**. Adaptado de “World Alliance for Patient Safety – Clean Care is Safer Care”. Anexo 15 do Guia de Implementação. 2009, 37p.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. Lisboa, Março de 2007, 20p.

GOLEMAN, Daniel – **Inteligência Emocional**. Lisboa: Temas e Debates, 1995. 375 p. ISBN 972-759-063-2.

KOLCABA, Katharine Y. – Holism comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. **Advances in Nursing Science**, vol. 15, n.º1 [Em linha] 1992, p.1-10.



[Consult. a 10 de Nov 2009] Disponível em:  
<http://www.thecomfortline.com/references.html>

LAZURE, H. – **Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidática, 1994.

LEITE, Lúcia – **O enfermeiro especialista: percurso de desenvolvimento profissional**. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros, um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percursos e competências.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Decreto de lei nº 104/98:Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, 1ª Série, Parte A, nº 93 de 21 de Abril de 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Decreto de lei nº 437/91:aprova o regime legal da carreira de Enfermagem, 1ª Série, nº 257 de 8 de Novembro de 1991.

NÓVOA, António; FINGER, Matthias – **O método ( auto) Biográfico e a formação**. Lisboa, Ministério da saúde, DRHS, 1988.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério - **Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 454 p. ISBN 972-99646-0-2.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários às análises**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 454p.ISBN 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Conselho de enfermagem do caminho percorrido e das propostas (análise do 1º mandato 1999/2003)**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros p. 322.

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

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFECCÃO – **Recomendações para a Prevenção da Infecção associada aos dispositivos intravasculares**. Direcção Geral da Saúde. 2006, 31p.



PHIPPS, Wilma J. ; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. - **Enfermagem médico-cirúrgica. Conceitos e prática clínica.** 6ªed. Loures: Lusociência, 2003. 4 vols. ISBN 972-8383-65-7.

PORTARIA nº 1147/2001. D.R. I Série B. 226. (2001-09-28) 6170-6175.

RABIAIS, Isabel – Saber ser... implica acompanhar. **Acontece enfermagem.** Lisboa. ISSN 1645-1805. III:6 . (2º Semestre 2003) p .7-11.

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

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Guia para o transporte de doentes críticos.** Lisboa: SPCI, 1997. 14 p.

SANTOS, Daniela; FERREIRA, Sandra. Transporte do Doente Crítico – Papel do Enfermeiro. **Boletim de Enfermagem.** Hospital de S. José. Lisboa. Nº12 (Outubro de 2001), p. 4-5.

SERRALHEIRO, Maria da Encarnação – Utilização do toque na interação entre o enfermeiro e o doente idoso em instituição. **Servir.** Lisboa. ISSN 0871-2379. 41:4 (Julho/Agosto 1993), p. 182-187.

TOMEY, Ann M; ALLIGOOD, Marha R. – **Teóricas de enfermagem e sua obra.** Loures: Lusociência, 2004. 750 p. ISBN: 972-8383-74-6.

UCP-ICS/ESPS – Enfermagem – Mestrado em Enfermagem, Natureza Profissional – **Regulamento Geral,** 2008.14p.

VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência.** Lisboa: Universidade Católica Editora. 2007. 160 p. ISBN 972-54-0146-8.

VIEIRA, Margarida. Sobre a Justiça no Cuidado de Enfermagem. **Servir.** Lisboa. ISSN 0871-2379. 46: 6 (Novembro/Dezembro 1998).



---

## ANEXOS



---

## ANEXOS



ANEXO I Acção de formação “Lombalgia: Cuidar de quem cuida” – UCIP

## Declaração

Rita Cristina da Cruz dos Reis Carvalho, esteve presente na Sessão de Formação em Serviço sobre "Lombalgia: Cuidar de quem cuida", realizada no dia 7 de Maio de 2009, com duração de 60 minutos.

Lisboa, 08 de Maio de 2009

A Direcção de Enfermagem



---

João Fernandes  
Director de Enfermagem



ANEXO II “Curso de Actualização em cuidados  
intensivos cardíacos” - formação do CHLO



Ministério da Saúde



CENTRO HOSPITALAR DE  
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

## SERVIÇO DE GESTÃO ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS NÚCLEO DE FORMAÇÃO

### Declaração

Rita Cristina da Cruz dos Reis Carvalho, esteve presente no Curso "*Actualização em Cuidados Intensivos Cardíacos*", realizado neste Hospital, de 28 de Abril a 28 de Maio de 2009, com a duração total de 14 horas.

Esteve presente em 12 horas do Curso.

Lisboa, 13 de Julho de 2009

A Coordenadora do Núcleo de Formação

(Ana Cristina Alves)

## FORMADORES

Médicos e Enfermeiros do Hospital de Santa Cruz Serviço de Cardiologia

## METODOLOGIAS

Sistematizações teóricas com suporte áudio visual

Metodologias activas, nomeadamente estudos de caso e simulações práticas

## DESTINATÁRIOS

Enfermeiros dos Serviços de Cardiologia.  
Prioridade aos recém-admitidos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE

## DURAÇÃO DA ACÇÃO

14 Horas

## A INSCRIÇÃO INCLUI

- Pasta
- Documentação
- Certificado de Frequência de Formação Profissional  
(*mediante presença em todas as sessões*)  
(Decreto Regulamentar n.º 35/2002 de 23 de Abril)

## Núcleo de Formação do HSC

Luzia Ribeiro

Telefone: 210433308 Ext. 3308

Telemóvel: 961371542 Ext. 73308

Mai: [lribeiro@hsc.min-saude.pt](mailto:lribeiro@hsc.min-saude.pt)

**Nota:** Este curso integra candidatura aprovada pelo QREN/POPH



SERVIÇO GESTÃO ESTRATÉGICA DE RECURSOS  
HUMANOS, NÚCLEO DE FORMAÇÃO

**Atualização em Cuidados  
Intensivos Cardíacos**

Calendarização e Local

Anfiteatro piso 7 e Sala de Formação –

(piso 1)

Abril dia 28

Maior dias 04, 05, 26, 27 e 28

Das 14:00h 16:00h

## **Monitorização circulatoria (2h)**

Monitorização hemodinâmica não invasiva (PA e FC)

Monitorização hemodinâmica invasiva

(Swan Ganz e PA invasiva)

Instabilidade hemodinâmica

Cuidados de enfermagem

**Arritmias (4h)**

Fisiopatologia

Clínica

Diagnóstico

Tratamento das arritmias

Cardioversão e Pacemakers

Cuidados de enfermagem

**Balão Intra-Aortico (2h)**

Indicações

Cuidados de enfermagem

## **FUNDAMENTAÇÃO:**

Nos últimos anos, as unidades de cuidados intensivos cardíacos têm sofrido grandes alterações.

A unidade de cuidados intensivos inicialmente vocacionada para os doentes coronários passou a colher um maior leque de doenças cardíacas.

As terapêuticas passaram a ser mais intervencionistas. Foram introduzidas numerosas técnicas de diagnóstico e

terapêutica, que revolucionaram o tratamento do doente cardíaco em estado crítico.

Constata-se que o aumento da esperança de vida condiciona uma população mais idosa, com morbilidades associadas, o que obriga a uma abordagem multidisciplinar.

A rápida evolução dos cuidados intensivos cardíacos, quer a nível diagnóstico, quer terapêutico, obriga a uma permanente actualização dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde ao doente cardíaco em estado crítico.

## **OBJECTIVOS**

Pretende-se com esta formação:

- Actualizar os conhecimentos teórico práticos da equipa de enfermagem do serviço de Cardiologia do HSC.
- Preparar os enfermeiros do Serviço de Cardiologia para a prestação de cuidados de enfermagem ao doente cardíaco em estado crítico, com vista à melhoria da qualidade global de cuidados.

## **PROGRAMA**

### **Doença coronária aguda (4h)**

Síndromes coronárias agudas com e sem elevação ST

Fisiopatologia

Clínica

Diagnóstico

Tratamento

Cuidados de enfermagem

### **Insuficiência cardíaca crónica (2h)**

Fisiopatologia

Clínica

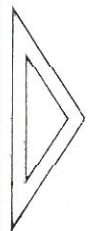
Diagnóstico

Tratamento

Cuidados de enfermagem



ANEXO III “ciclo de conferências de mobilização e  
transporte do doente crítico”



**IFEE**

INSTITUTO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM, LDA.

# CERTIFICADO

## DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Decreto Regulamentar n.º 35/2002 de 23 de Abril)

Faz-se saber que Rita Cristina Cruz Reis Carvalho

nascido a 18-04-1972, do sexo Feminino, natural de Lisboa, de nacionalidade Portuguesa  
portador do Bilhete de Identidade/passaporte n.º 9910037, emitido em 19-11-2002, por Arg. Id Lisboa

frequentou o Ciclo de Conferências de Mobilização e Transporte do Doente Crítico  
com uma duração total de 6 horas, realizado entre 16-05-2009 e 16-05-2009, conforme consta do livro de  
termos n.º 54/2009, a folhas 20, pelo que lhe mandei passar o presente Certificado, que vou assinar e  
autenticar com o selo branco em uso na Instituição.

*IFEE - Instituto de Formação em Enfermagem, Lda. 16 de Maio de 2009.*

*O Coordenador do Departamento de Formação*

*Certificado n.º 14558 / 2009*





---

ANEXO IV Sessão de formação – plasmaferese

## Acção de Formação

19 de Junho de 2009

8h30m

Sala de Enfermagem da UCIP

# Plasmaferese



**Destinatários:** Toda a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**Rita Reis**  
Mestrado Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Mestrado Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

## *Acção de Formação*

**Tema: Plasmaferese**

**Formadora:** Rita Reis

**Objectivo:** Desenvolver conhecimentos sobre a técnica da Plasmaferese

**Objectivos específicos:**

- Conhecer o principal objectivo da técnica de plasmaferese;
- Identificar as principais indicações para plasmaferese;
- Identificar as principais complicações da plasmaferese.

**Data:** 17 de Junho de 2009

**Horário:** 8h30m

**Duração:** 45min.

**Local:** Sala de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**Destinatários:** Toda a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do HSFX

**Meios Auxiliares:** Computador, Data-Show

**Metodologia:** Expositiva, com apresentação de um caso clínico.

## Acção de Formação – plano de acção

**Tema: Plasmaferese**

**Local:** Sala de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**Data:** 19 de Junho de 2009    **Horário:** 8h30m    **Duração:** 45 minutos

**Objectivo:** Desenvolver conhecimentos sobre a técnica da Plasmaferese

**Objectivos específicos:** Conhecer o principal objectivo da técnica de plasmaferese;  
 Identificar as principais indicações para plasmaferese;  
 Identificar as principais complicações da plasmaferese.

**Destinatários:** Toda a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do HSFX

Conteúdos	Metodologia	Meios áudio-visuais/ Recursos	Tempo	Formadoras
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Introdução</b> -Apresentação -Tema -Apresentação de objectivos	<input checked="" type="checkbox"/> Método Expositivo	<input type="checkbox"/> Data – Show	> 5 minutos	↓ Rita Reis
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Desenvolvimento</b> - Definição - indicações/complicações - Técnica - Caso Prático	<input checked="" type="checkbox"/> Método Expositivo <input checked="" type="checkbox"/> Caso clínico	<input type="checkbox"/> Data - Show	> 20 minutos	↓ Rita Reis
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Conclusão</b> -Síntese -Avaliação	<input checked="" type="checkbox"/> Método Expositivo	<input type="checkbox"/> Data – Show	> 5 minutos	↓ Rita Reis

Mestrado Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - UCP


**Plasmaferese**  
 Aluna: Rita Reis  
 Orientador: Enf.ª José Sempere  
 Tutor: Prof. Pontifice de Sousa  
 Junho 2009

## Plasmaferese

**Objectivo Geral**

- ▶ Desenvolver conhecimentos sobre Plasmaferese;

**Objectivos específicos**

- ▶ Conhecer o principal objectivo da técnica de Plasmaferese;
- ▶ Identificar as principais indicações para Plasmaferese;
- ▶ Identificar as principais complicações da plasmaferese.

## Plasmaferese

- ▶ Definição
- ▶ Indicações
- ▶ Prescrição
- ▶ Complicações
- ▶ Caso clínico

## Plasmaferese

### Definição

É uma técnica extra corporal de purificação sanguínea concebida para a remoção de moléculas de grande peso molecular\* (exemplos: auto-anticorpos, imunocomplexos, crioglobulinas, cadeias leves, endotoxinas, lipoproteínas contendo colesterol...)

\* > 15 000 daltons

## Plasmaferese

### Indicações

SUBSTÂNCIA PATOLÓGICA	DOENÇAS
Imunoglobulinas	• Mieloma Múltiplo
Auto-anticorpos	• Miastenia Gravis • Síndrome Goodpasture • Lúpus Eritematoso Sistémico • Purpura Trombocitopénica Trombótica/Síndrome Hemolítico Urémico • Síndrome de Guillain-Barré
Lipoproteínas	• Hipercolesterolemia
Imunocomplexos circulantes	• Glomerulonefrites • Lúpus Eritematoso Sistémico
Toxinas e moléculas fortemente ligadas às proteínas	• Tempestade tioróidea • Intoxicação por cogumelos (amanita phalloides)

## Plasmaferese

### Indicações

- ▶ Miastenia Gravis
- ▶ Purpura Trombocitopénica Trombótica/Síndrome Hemolítico Urémico
- ▶ Síndrome Guillain – Barré

## Plasmaferese

### Indicações

#### Miastenia Gravis

Doença da transmissão neuro muscular em que existe agressão imunológica ao receptor da acetilcolina (anticorpo anti receptor da acetilcolina)

Gras variáveis de fraqueza muscular que podem atingir os músculos respiratórios (insuficiência respiratória » necessidade ventilação)

## Plasmaferese

### Indicações

#### Miastenia Gravis

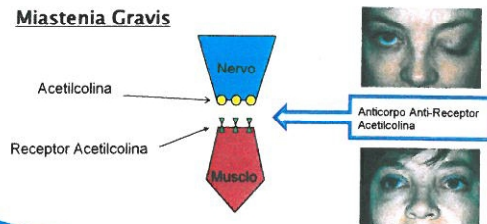
Em 15% dos doentes diagnostica-se a presença dum timoma

O tratamento pode envolver os seguintes aspectos: terapêutica imunossupressora + plasmaferese + timectomia + IG IV

## Plasmaferese

### Indicações

#### Miastenia Gravis



## Plasmaferese

### Indicações

#### Purpura Trombocitopénica Trombótica (PTT)/Síndrome Hemolítico Urémico (SHU)

Doença oclusiva microvascular com agregação de plaquetas levando a trombocitopénia + lise de eritrócitos (anemia hemolítica microangiopática) + insuficiência renal + envolvimento neurológico (PTT)

## Plasmaferese

### Indicações

#### Purpura Trombocitopénica Trombótica (PTT)/Síndrome Hemolítico Urémico (SHU)

- Primário/Idiopático
- Secundário
  - Lúpus, Artrite Reumatóide, Esclerodermia
  - Infecção VIH, enterite a E. Coli
  - Ticlopidina, Ciclosporina, Clopidogrel
  - Neoplasias
  - Gravidez

## Plasmaferese

### Indicações

#### Purpura Trombocitopénica Trombótica (PTT)/Síndrome Hemolítico Urémico (SHU)

Presença de grandes multímeros de factores de Von Willebrand (este factor é uma molécula com papel fundamental na agregação das plaquetas ao endotélio e na formação do coágulo em áreas de lesão endotelial)

## Plasmaferese

### Indicações

**Purpura Trombocitopénica Trombótica (PTT)/Síndrome Hemolítico Urémico (SHU)**

Ausência ou níveis baixos da enzima que cliva o factor de Von Willebrand

Presença de auto anticorpos contra a enzima que cliva o factor de Von Willebrand

## Plasmaferese

### Indicações

**Purpura Trombocitopénica Trombótica (PTT)/Síndrome Hemolítico Urémico (SHU)**



## Plasmaferese

### Indicações

**Purpura Trombocitopénica Trombótica (PTT)/Síndrome Hemolítico Urémico (SHU)**

A plasmaferese pretende remover os anticorpos contra a enzima que cliva o factor de Von Willebrand e fornecer a própria enzima (através da infusão de plasma fresco congelado)

## Plasmaferese

### Indicações

**Guillain - Barré**

Doença em que existe uma paralisia ascendente (anticorpo anti mielina)

No liquor existe uma dissociação albumino citológica

10 - 20% dos doentes necessitam de ventilação

## Plasmaferese

### Indicações

**Guillain - Barré**

Os estudos de condução nervosa mostram que existe uma desmielinização

O tratamento pode envolver: IG IV + plasmaferese

## Plasmaferese

### Prescrição

- Volume de plasma a tratar
- Filtro e técnica
- Acesso venoso
- Fluidos de reposição
- Frequência da plasmaferese

## Plasmaferese

### Prescrição

#### Volume de plasma a tratar

Volume de plasma (litros) =  $0,07 \times \text{peso (Kg)} \times (1 - \text{hematócrito})$

Exemplo: doente de 60Kg e com hematócrito de 30%  
Volume plasma =  $0,07 \times 60 \times (1 - 0,3) = 2,94$  litros

Significa que se tratarmos 1x o volume de plasma deste doente teremos de lhe infundir 2,94 litros de fluido de substituição

## Plasmaferese

### Prescrição

#### Volume de plasma a tratar

Se tratarmos mais do que 1x o vol. de plasma conseguimos aumentar a eliminação da substância patológica (em média 1x o vol. de plasma tratado remove 60% da macromolécula patológica enquanto se tratarmos 1,4x o vol. de plasma então conseguimos remover 75% da macromolécula). Não esquecer que vai existir um equilíbrio entre o espaço intra e extra vascular

É geralmente aceite realizar o tratamento de 1 a 1,5x o vol. de plasma

## Plasmaferese

### Prescrição

#### Volume de plasma a tratar

O tratamento de 1x o vol. de plasma demora cerca de 1,5 a 2h. Se tratarmos 2 a 3x o vol. de plasma então duplicamos ou triplicamos o tempo do procedimento

Se tratarmos mais do que 1x o vol. de plasma aumentamos para além do tempo do procedimento, o custo do tratamento e desafiamos a tolerância do doente

## Plasmaferese

### Prescrição

#### Filtro e técnica

Na plasmaferese são utilizados filtros altamente permeáveis podendo ser utilizados monitores de HD

Na plasmaferese tentamos ter PTM muito baixas (<75mmHg) para minimizar a tendência para a hemólise e a coagulação do filtro. Para isto usamos débitos de sangue baixos ( $\pm 150\text{ml/m}$ ) e é controlado o débito de saída do plasma e o débito de entrada do fluido de reposição (que serão semelhantes para evitar sobrecarga de volume ou hipotensão)

## Plasmaferese

### Prescrição

#### Filtro e técnica

Como anticoagulante do CEC utiliza-se geralmente heparina não fraccionada em dose mais elevada do que na HD (ex: 5000U de carga e 1000U/h de manutenção)

## Plasmaferese

### Prescrição

#### Acesso venoso

Como acesso venoso utiliza-se geralmente um catéter de duplo lúmen de HD colocado numa veia central

## Plasmaferese

### Prescrição

#### Fluidos de reposição

O volume de fluido removido pela plasmaferese tem de ser restituído para prevenir uma depleção de volume

Podem ser utilizados: soluções com albumina ou plasma fresco

Para todas as patologias podem ser utilizadas soluções com albumina excepto para a PTT/SHU (onde a infusão de plasma é terapêutico)

## Plasmaferese

### Prescrição

#### Fluidos de reposição

As soluções com albumina não trazem o risco de transmissão viral, têm um risco mínimo de reacção anafilática. Existe no entanto o risco de coagulopatia por depleção de factores da coagulação e uma perda de imunoglobulinas normais

## Plasmaferese

### Prescrição

#### Fluidos de reposição

Com o plasma fresco não existe depleção de factores de coagulação ou imunoglobulinas (que existem no plasma que estamos a fornecer) no entanto podem ocorrer reacções anafiláticas e complicações relacionadas com a presença de citrato (utilizado como anticoagulante na preparação do plasma): parestesias, cãibras musculares (o citrato induz hipocalcémia)

## Plasmaferese

### Prescrição

#### Frequência da plasmaferese

Na maioria das patologias a plasmaferese serve apenas como terapêutica adjuvante, estando o doente também a fazer terapêutica imunossupressora concomitante (para eliminar a produção da macromolécula patogénica)

## Plasmaferese

### Prescrição

#### Frequência da plasmaferese

Dum modo geral a plasmaferese realiza-se em dias alternados, com tratamento de 1x a 1,5x o volume de plasma, num total de 3 a 5 sessões

#### Excepções:

- Guillain-Barré: após a plasmaferese inicial pode ser necessário mais 1 a 2 sessões por semana até ocorrer melhoria clínica

## Plasmaferese

### Prescrição

#### Frequência da plasmaferese

- PTT/SHU: plasmaferese diária até que a contagem de plaquetas atinja o valor normal e assim se mantenha por 2 a 3 dias consecutivos

- Síndrome de Goodpasture (anticorpo anti membrana basal glomerular): diariamente durante pelo menos 2 semanas



## Plasmaferese

### Caso clínico

Doente de 33 anos, raça negra, submetida a cesariana em 10/07/08 (no Hospital Fernando Fonseca) por hipertensão arterial e proteinúria, encontrava-se no último mês de gravidez. Quatro dias após o parto objectivou-se oligúria, retenção azotada, anemia e trombocitopenia

Em 15/07/08 a doente foi transferida para a UCIM do HSFJ pela possível necessidade de suporte ventilatório e de técnica de depuração extra renal. Na UCIM é iniciada IHDVVC, realizado suporte transfusional e é identificada anemia hemolítica microangiopática (presença de esquizócitos no esfregaço de sangue periférico, LDH muito elevada e haptoglobina inexistente) o que na presença de trombocitopenia e insuficiência renal fizeram o diagnóstico de SHU. Não ocorreu envolvimento Neurológico e não houve necessidade de suporte ventilatório pelo que nesse mesmo dia a doente foi transferida para o Serviço de Nefrologia do HSC

## Plasmaferese

### Caso clínico

No Serviço de Nefrologia do HSC foi iniciado de imediato: PLASMAFERESE E HEMODIÁLISE

A doente tinha à chegada ao Serviço: Hb-6,3 g/dl; Pla-q-59000; LDH-7956 U/L (N<618)

Foram realizadas 11 sessões de plasmaferese (com tratamento de 1x o volume do plasma - 3,0L de plasma) e HD durante 10 dias, após os quais se começou a verificar recuperação da diurese e da função renal. Foi transfundida com 6UCE

Teve alta a 29/07/08 com Cr-3,1 mg/dl e na avaliação seguinte (28/08/08) tinha já cr-1,7 mg/dl

## Plasmaferese

### PLANO DE PLASMAFERESE

PLANO DE PLASMAFERESE

PACIENTE: TPP 2000

DEBIDO A: SHU

HEMATÓCRITO: 28,2%

ANTICOAGULADO: HEPARINA 1000UI

PLASMA A TIRAR: 3,0L (1x PV)

LUGAR DE REALIZAÇÃO: UCIM - HSC

TERAPIA: 1 sessão de plasmaferese a 3,0L de plasma

ANÁLISES:

DATA DE REALIZAÇÃO: 15/07/08

ASSINATURA DO MED: [assinatura]

## Plasmaferese

HSC  
UNIDADE DE HEMODIÁLISE  
PLASMAFERESE

PLANO DE PLASMAFERESE

PACIENTE: TPP 2000

DEBIDO A: SHU

HEMATÓCRITO: 28,2%

ANTICOAGULADO: HEPARINA 1000UI

PLASMA A TIRAR: 3,0L (1x PV)

LUGAR DE REALIZAÇÃO: UCIM - HSC

TERAPIA: 1 sessão de plasmaferese a 3,0L de plasma

ANÁLISES:

DATA DE REALIZAÇÃO: 15/07/08

ASSINATURA DO MED: [assinatura]

## Plasmaferese Cuidados de Enfermagem:

- ▶ Explicar o procedimento;
- ▶ Proporcionar ambiente calmo;
- ▶ Mostrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas/apoio psicológico;
- ▶ Priming do circuito;
- ▶ Preparação do soluto de reposição;

## Plasmaferese Cuidados de Enfermagem:

Durante a Plasmaferese:

- ▶ Avaliar sinais vitais no início de 15/15 min;
- ▶ Controlar balanço hídrico de acordo com prescrição e tolerância do doente;
- ▶ Administrar terapêutica prescrita;
- ▶ Despiste e correcção de ocorrências;
- ▶ Valorizar as queixas do doente;
- ▶ Efectuar registos.

### **Bibliografia:**

CAXARIA, D. et al - Plasmaferese na Prática - **Nephro's**. Volume X. Nº1. Agosto 2006

DAUGIRDAS J., TODD S. - **Manual de Diálise** - parte II, capítulos 11,3ª ed., Editora Medsi, Rio de Janeiro 2003. ISBN: 85-7199-312-2

HARRISON et al - **Medicina Interna** - 15ª ed. Rio de Janeiro, McGraw-Hill, 2002. Voll.p. 497-506



---

ANEXO V Sessão de formação – diálise peritoneal

## Acção de Formação

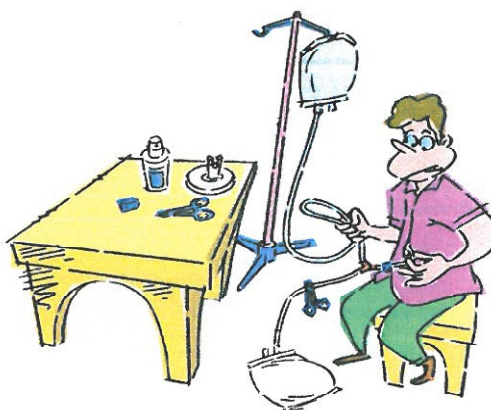
16 de Junho de 2009

8h30m

Sala de Enfermagem da UCIP

*Saber mais sobre...*

# Diálise Peritoneal



**Destinatários:** Toda a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**Rita Reis**  
Mestrado Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Mestrado Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

## Acção de Formação

### **Tema: Diálise Peritoneal**

**Formadora:** Rita Reis

**Objectivo:** Desenvolver conhecimentos sobre Diálise Peritoneal, como método de substituição da função renal;

#### **Objectivos específicos:**

- Proporcionar conhecimentos sobre Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória e Diálise Peritoneal Automática;
- Identificar os tipos de solução dialisante e as suas indicações;
- Conhecer as vantagens e desvantagens da diálise peritoneal;
- Conhecer as principais complicações da técnica de Diálise Peritoneal;
- Divulgar o papel fundamental da enfermagem no sucesso do programa de Diálise Peritoneal;

**Data:** 16 de Junho de 2009

**Horário:** 8h30m

**Duração:** 45min.

**Local:** Sala de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**Destinatários:** Toda a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do HSFX

**Meios Auxiliares:** Computador, Data-Show

**Metodologia:** Expositiva/ activa - com recurso a simulação com material de Diálise peritoneal

## Acção de Formação – plano de acção

**Tema: Diálise Peritoneal**

**Local:** Sala de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**Data:** 16 de Junho de 2009 **Horário:** 8h30m **Duração:** 45min.

**Objectivo:** Desenvolver conhecimentos sobre Diálise Peritoneal, como método de substituição da função renal;

**Objectivos específicos:** Proporcionar conhecimentos sobre Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória e Diálise Peritoneal Automática;

Identificar os tipos de solução dialisante e as suas indicações;

Conhecer as vantagens e desvantagens da diálise peritoneal;


Conhecer as principais complicações da técnica de Diálise Peritoneal;

Divulgar o papel fundamental da enfermagem no sucesso do programa de Diálise Peritoneal;

**Destinatários:** Toda a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do HSFx

Conteúdos	Metodologia	Meios áudio-visuais/ Recursos	Tempo	Formadoras
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Introdução</b> -Apresentação -Tema -Apresentação de objectivos <input checked="" type="checkbox"/> <b>Desenvolvimento</b> - Definição - Vantagens/desvantagens - Complicações - Técnica - demonstração	<input checked="" type="checkbox"/> Método Expositivo  <input checked="" type="checkbox"/> Método Expositivo <input checked="" type="checkbox"/> Método Activo (material de diálise peritoneal, simulação da técnica)	<input type="checkbox"/> Data – Show  <input type="checkbox"/> Data - Show	➤ 5 minutos  ➤ 30 minutos	↓ Rita Reis  ↓ Rita Reis
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Conclusão</b> -Síntese -Avaliação - informal	<input checked="" type="checkbox"/> Método Expositivo	<input type="checkbox"/> Data – Show	➤ 10 minutos	↓ Rita Reis

*Mestrado Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – UCP*



 Mestrado Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

# Diálise Peritoneal

Aluna: Rita Reis  
 Orientador: Enf.ª José Sempere  
 Tutor: Prof. Panífice de Sousa

Junho 2009

# Diálise Peritoneal ??????



Objectivo Geral:

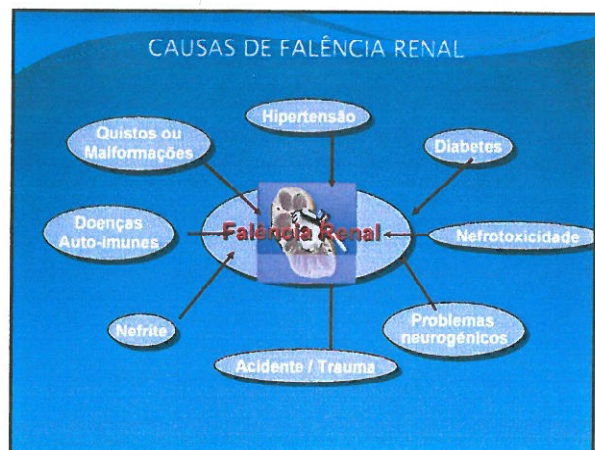
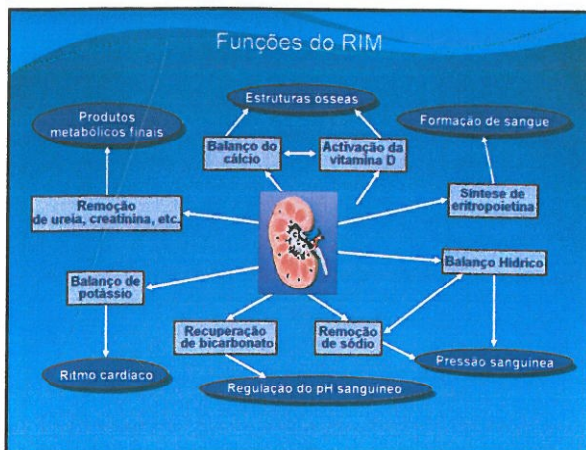
- Desenvolver conhecimentos sobre Diálise Peritoneal, como método de substituição da função renal.

Objectivos Especificos:

- Proporcionar conhecimentos sobre Diálise Peritoneal Contínua Ambulatorial e Diálise Peritoneal Automática.
- Identificar os tipos de solução dialisante e as suas indicações.
- Conhecer as vantagens e desvantagens da diálise peritoneal.
- Conhecer as principais complicações da técnica de Diálise Peritoneal.
- Divulgar o papel fundamental da enfermagem no sucesso do programa de Diálise Peritoneal.

# Diálise Peritoneal

- Definição
- Indicações
- Vantagens /desvantagens
- Prescrição
- Complicações



## Sinais e Sintomas da Doença Renal

Hematúria

Proteinúria  
(Urina fortemente espumosa)

Fadiga

Os sinais e sintomas no início da doença renal são ambíguos e inespecíficos, comuns a outro tipo de patologias.

É fundamental o despiste precoce e o encaminhamento para a consulta de Nefrologia.

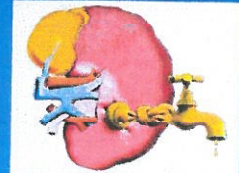
Edemas

Oligoanúria  
Poliúria

Sensação de  
debilidade

Filtração glomerular:  $< 15 \text{ ml / min}$

Terapêutica de substituição da  
função renal



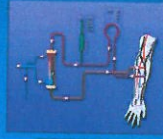
## Que tipo de substituição renal?



Diálise peritoneal



Transplante renal



Hemodiálise

Cada tipo tem as suas vantagens e suas desvantagens.  
A seleção depende de uma decisão entre doente e a equipa.

## Modalidades de Tratamento



Avaliação do doente

Estilo de vida: ocupação, actividade profissional

Avaliação do abdome: cirurgias anteriores, cicatrizes, pregas cutâneas

Patologias associadas: diminuição da acuidade visual, doenças osteo-articulares degenerativas

Condições habitacionais: espaço, condições de higiene

Capacidade de aprendizagem

Adesão Terapêutica

## Diálise Peritoneal

- É um processo substitutivo da função renal baseado nos princípios de difusão, convecção e osmose, que permitem a transferência de moléculas e água do sangue para a solução dialisante, através da membrana peritoneal.

Forma de tratamento da Insuficiência Renal Crónica;

Apoia-se em 3 elementos funcionais:

A membrana peritoneal

O acesso peritoneal

A solução de diálise peritoneal

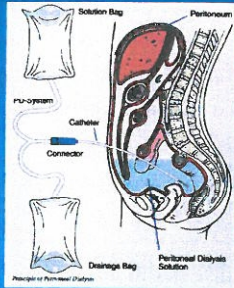
## Diálise Peritoneal

- Consiste na infusão, na cavidade abdominal, de uma solução dialisante, através de um catéter permanente;
  - Durante a permanência da solução na cavidade abdominal, processam-se trocas de moléculas e água;
  - Posteriormente drena-se essa solução saturada e renova-se com nova solução "fresca" (demora 25 a 30')
- Cada ciclo é composto por três fases:
1. Drenagem
  2. Infusão
  3. Permanência

### Peritoneu...

Macro- membrana biológica, formada por várias membranas, tem uma superfície de 1-2 m<sup>2</sup>.

Cavidade peritoneal, espaço compreendido entre o peritoneu parietal e visceral, em condições normais, contém cerca de 100ml de líquido, mas pode acumular grandes quantidades volumes. O peritoneu visceral recebe sangue da artéria mesentérica superior e o retorno é realizado pela circulação portal. O peritoneu parietal recebe nutrição pelas artérias lombares, intercostais e epigástrica; o fluxo venoso realiza-se através da veia cava.



### Fisiologia da Membrana Peritoneal

#### Sangue

**Difusão**  
Movimentação livre do soluto segundo gradientes de concentração.

**Convecção**  
Transporte dos solutos feito por arrasto do fluxo aquoso.

**Osmose**  
Fluxo de água através da membrana semi-permeável conduzida pelo gradiente de concentração induzido pelos solutos.



#### Soluções de DP

Volume das Soluções

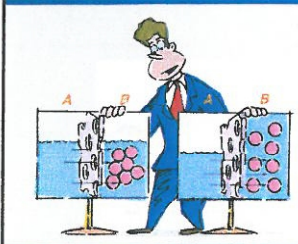
tampões

Electrolitos

Agente osmótico (glucose)

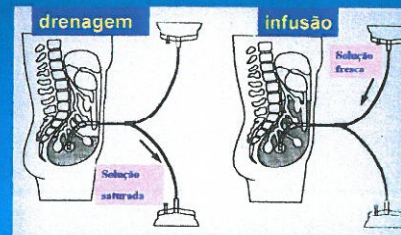
Peritoneu

### O que acontece durante a DP ?

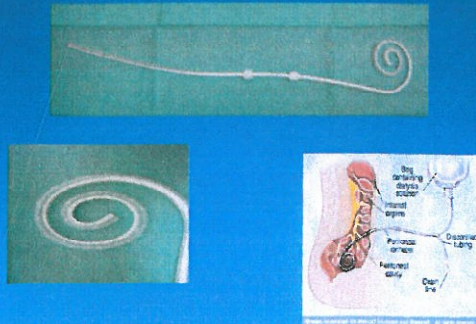


- Correcção do equilíbrio hidro-electrolítico
- Controlo do metabolismo ácido-base
- Purificação do sangue

### Ciclo de DP: Drenagem e Infusão (Mudança)

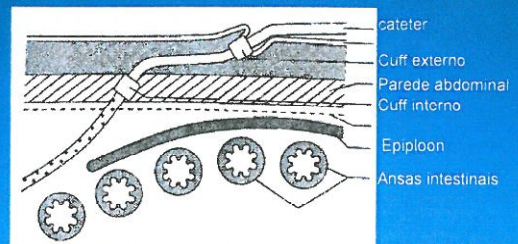


### O cateter de diálise peritoneal...



### Colocação do cateter de Tenckhoff

Cirúrgica  
Peritoneoscópica  
Cega



### Definição de um bom cateter ...

- O trânsito de fluidos ocorre rapidamente (> 200 ml/min)
- Sem dor associada ao trânsito de fluidos
- Os doentes podem sentir algum desconforto
- Drenagem completa
- O volume residual de aproximadamente 100 ml é considerado normal
- Evita infecções

#### Destinado a uso prolongado

#### Maleável

#### Tira radiopaca

Duplo cuff (evita a migração de bactérias) - interno, seguro na musculatura abdominal, e o externo, a uma distância não inferior a 2 cm do orifício de saída

Orifício de saída direccionado para baixo.

#### Sem pontos

Ao cateter conecta-se um prolongador (baxter, fresenius, gambro)

### Cuidados pós implante...

Repouso nas primeiras 24 horas

Repouso moderado nos dias seguintes

Manter a fixação do cateter (cicatrização demora cerca de 6 semanas)

Perigo ao 5º dia: depois de 3/3 dias se crostas não destacam

Início da técnica na 6ª semana

Início da técnica com volumes baixos e aumentar progressivamente

Se necessário iniciar DP precocemente, fazê-lo em repouso e com volumes baixos

Atenção: roupa interior, cintos



### As soluções de Diálise Peritoneal

- Biocompatível
- Boa capacidade de depuração e ultrafiltração
- Fácil de manusear
- Estabilidade prolongada

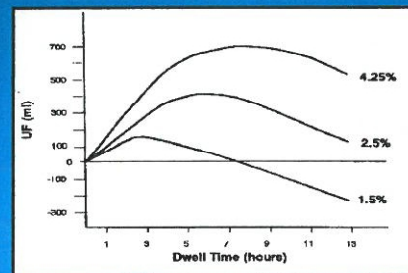


Constituída por 3 componentes. Os **electrólitos**, a solução **tampão** - bicarbonato, o agente osmótico - a glicose. 3 concentrações de glicose - 1,36%, 2,27%, 3,86%. Polímero da glicose (codextrina) - de alto peso molecular, UF de acção longa. Aminoácidos

Sacos de 2 litros/ 5 litros, de dupla câmara

### Agente osmótico

Volumes aproximados de UF relacionados com o tempo de infusão com uma concentração de glicose com 1,5, 2,5 e 4,25%



(Adapted from: Delgado NG et al. J. Amer. Soc. Nephrol. 2:119, 1978)

### Soluções de Diálise – Agente osmótico...

Soluções	Acção	Tempo de permanência	Situação clínica do doente
Glicose 1,5g/l	<200cc	4-6H diurno 10H nocturno	Normotensos, sem sinais de sobrecarga hídrica
Glicose 2,5g/l	200-400cc	4Horas	Com sobrecarga hídrica ligeira
Glicose 4,25g/l	800-1000cc	2 a 4 Horas	Com sobrecarga hídrica grave
Icodextrina 7,5%	800-1000cc	>6 Horas	Com sobrecarga hídrica grave
Aminoácido 1,1%	<200cc	4-6H diurno Proximo refeição	Desnutridos

### Indicações da Diálise Peritoneal

- Preferência no doente bem informado
- Intolerância à HD ou ausência de acesso vascular
- Insuficiência cardíaca
- IRC na criança

### Contra-indicações da Diálise Peritoneal

Perda da função peritoneal documentada, extensas aderências peritoneais ou fibrose peritoneal  
Incapacidade mental ou física para manter a técnica (sem apoio social)  
Doença inflamatória intestinal

## Vantagens

- Processo "suave" contínuo, sem mudanças abruptas no volume de sangue e na composição do fluido corporal.
- Sem necessidade de acesso vascular.
- Bom para crianças e doentes com problemas cardíacos.
- Sem circuito extracorpóreo, sem perdas de sangue, sem contacto sanguíneo com materiais externos.
- Melhor preservação da função renal residual.
- Melhor índice de sobrevivência do doente quando usado como 1ª modalidade de tratamento.
- Tratamento domiciliário, sem transporte para o centro de diálise.
- O doente é autónomo, sempre com o apoio da Unidade de referência.
- Tem menos restrições alimentares.
- DPCA é mais barato que a HD.

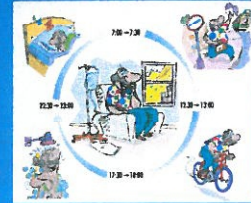
## Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

• Maior autonomia e independência na gestão do seu tratamento.

• Realizada manualmente pelo próprio doente após ensino com saco manual.

• O volume de solução a infundir é de 2l.

• 4 a 5 trocas diárias, 7 dias por semana.



## Diálise Peritoneal Automatizada



- ✓ Trocas automáticas de solutos de diálise
- ✓ Com a ajuda de uma cicladora
- ✓ Realizada habitualmente à noite – o doente conecta-se à noite e desconecta-se de manhã, no final do tratamento (8-10 horas)
- ✓ O plano de tratamento está pré-definido no "cartão", que também guarda toda a informação dos tratamentos (volumes instilados, volumes drenados, interrupções, alarmes).



## Prescrição de Diálise Peritoneal deve indicar:

- Modalidade de tratamento
- Solução de diálise
- Volume de infusão
- Nº de trocas diárias
- Tempo de tratamento
- Medicamentos a administrar via intraperitoneal

## Flexibilidade da DPA

Tempos de infusão  
 Volumes de infusão  
 Concentração de Glucose  
 Nº De Infusões  
 Abdomen vazio ou cheio durante o dia  
 Volumes Residuais

Prescrição individualizada

## Desvantagens

- Risco de infeções: peritonites – infeções orifício cateter.
- Pode haver falência da membrana no tratamento a longo prazo (5 a 6 anos).
- "Burnout syndrome" – cansaço.
- Riscos de má-nutrição.
- Logística (entregas em casa, espaço para os sacos)

## Restrições

Baseada no Auto-Cuidado  
 Requer altas doses de motivação  
 Aprendizagem  
 Escolha modalidade adequada: DPCA ou DPA

## Complicações da DP

**Peritonite** (dor abdominal, líquido turvo, febre, náuseas, vômitos);

Requer a presença de dois dos seguintes critérios:  
**Eflúente turvo (PMN maior do que 100 células/mm<sup>3</sup>)**  
**Cultura positiva do eflúente**

### Complicações de peritonite

Diminuição temporária de ultrafiltração – aumento de peso  
 Perda de proteínas – diminuição do estado de nutrição  
 Perda do cateter  
 Adesências – perda de função  
 Transferência para hemodialise  
 Morte

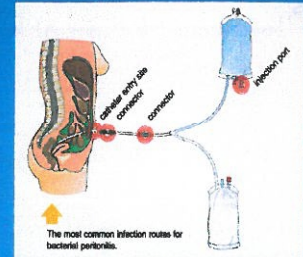


**Antibioterapia intra-peritoneal**

## Peritonite

### Portas de entrada de Organismos em DP

1. Endógeno contaminação através do intestino
2. Exógeno contaminação através do lúmen do cateter (cateter ou pele)
3. Exógeno contaminação através da parede abdominal



## Complicações da DP

- Infecção do Orifício (Dor, Calor, Rubor, Exsudado)



Infecção do túnel sub-cutâneo (Sinais inflamatórios do túnel, *leak*)

Colheita de exsudado  
 Antibioterapia oral  
 \*Repouso

## Outras complicações...

- Complicações relacionadas com a parede abdominal
  - Hernia
  - Dores abdominais
  - Lombalgias
- Esclerose peritoneal (peritonite fúngica)
- Complicações relacionadas com o equilíbrio do fluido
  - Hipovolemia
  - Hipervolemia
- Complicações metabólicas
  - Mã – nutrição
  - Obesidade
- Complicações mecânicas (obstrução/ deslocação do cateter) – mudança de posição, enemas, colocação de um condutor na radiologia

## Prevenção de Infecções

### Minimizar a contaminação

Educação do doente  
 Técnicas de monitorização  
 Reforço do treino (máscara, lavagem das mãos, material necessário)  
 Protocolos standards  
 Pessoal e infraestruturas adequadas  
 Sistemas de desconexão fáceis e seguros  
 Fluidos DP mais bio-compatíveis



## Diálise inadequada

- Peso elevado do doente
- Perda da função renal residual
- Permeabilidade peritoneal baixa
- Sobrecarga Hídrica
- Sintomas Uremicos
- Mã – nutrição
- Falência da técnica
- Hospitalizações
- Aumento da mortalidade

Perda de Ultra-filtração

Programa de DP  
 Acompanhamento multi disciplinar  
 Acompanhamento e despiste de complicações  
 Follow-up

### Em resumo...

- A diálise peritoneal é uma forma de tratamento da insuficiência renal, em alternativa à hemodiálise e ao transplante renal;
- A escolha correcta da técnica é fundamental e exige uma cuidadosa avaliação do doente;
- A prática da diálise peritoneal apoia-se em 3 elementos funcionais: a membrana peritoneal, o acesso peritoneal e a solução de diálise peritoneal;
- O ensino e a adesão do doente à técnica são dois pilares fundamentais no êxito da diálise peritoneal;
- As soluções de diálise existentes permitem ajustar o tratamento aos objectivos pretendidos;
- A peritonite é a complicação mais frequente na diálise peritoneal;
- O enfermeiro tem um papel importante num programa de diálise peritoneal;
- Os doentes devem receber informação adequada sobre as técnicas de diálise e devem poder participar na escolha da técnica, sendo o primeiro um direito e o segundo uma obrigação.

## Diálise Peritoneal

DPCA

DPA



### Referências Bibliográficas

- CASTANHEIRA, Isabel et al. – Técnicas Dialíticas – Sinais Vitais, N.º 40, p14-18, 2002.
- CORONEL, F. et al. – Manual Prático de Diálise Peritoneal – Fresenius Medical Care, Revisfarma, 2006. ISBN 972-99288-5-1.
- DAUGIRDAS J., TODD S. – Manual de Diálise – parte III, capítulos 13 a 21, 3ª ed., Editora Medsi, Rio de Janeiro 2003. ISBN: 85-7199-312-2.
- HARRISON et al. – Medicina Interna – 15ª ed. Rio de Janeiro, McGraw-Hill, 2002. Vol.1, p. 497-506.
- MATILHAS, Helena – Cuidados de enfermagem ao doente submetido a Diálise Peritoneal – Nursing, N.º 173, p. 30-34, Lisboa, Janeiro 2003. ISSN 0871-6196.



---

ANEXO VI Manual - Multilingue UCIP/SU



CENTRO HOSPITALAR DE  
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

HSFX – UCIP

# Manual Multilingue

Contém lista de questões simples em 18 línguas estrangeiras

Albanês  
Alemão  
Árabe  
Bósnio  
Checo  
Eslovaco  
Espanhol  
Inglês  
Francês  
Grego  
Húngaro  
Italiano  
Japonês  
Polaco  
Romeno  
Russo  
Turco  
Ucraniano

Realizado por: Rita Reis – aluna do Mestrado de Especialização em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

Junho 2009



HSFX – Serviço de Urgência Geral

# Manual Multilingue

Contém lista de questões simples em 18 línguas estrangeiras

Albanês  
Alemão  
Árabe  
Bósnio  
Checo  
Eslovaco  
Espanhol  
Inglês  
Francês  
Grego  
Húngaro  
Italiano  
Japonês  
Polaco  
Romeno  
Russo  
Turco  
Ucraniano

Realizado por: Rita Reis – aluna do Mestrado de Especialização em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

Novembro 2009

# PORTUGUESE

# PORTUGUÊS

- 1 Sim. Não. Não sabe. Não compreende.
- 2 Qual é o seu nome? Pode escrevê-lo em Inglês?
- 3 Por favor, escreva a sua morada.
- 4 Que idade tem?
- 5 Pode dar-nos o nome e o número de telefone ou a morada de alguém a ser contactado?
- 6 Será examinado(a) em breve por um(a) <sup>1</sup>médico(a). <sup>2</sup>enfermeiro(a).
- 7 Teve um acidente? Quando? (indique no calendário e no relógio)
- 8 Perdeu os sentidos?
- 9 Quando ficou doente? (indique no calendário e no relógio)
- 10 Tem alguma dor? Indique onde. Quando começou? (indique no calendário e no relógio)
- 11 Qual é o seu nível de dor? 1 (não tem dores) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (dor crónica)
- 12 A dor é constante? Ou vai e vem?
- 13 Tem alguma hemorragia? Indique onde.
- 14 Tem tosse? Tem expectoração?  
De que cor? branca? amarelo-esverdeada? vermelha? castanha?
- 15 Tem falta de ar?
- 16 Vomitou? Vomitou sangue?
- 17 Tem diarreia?
- 18 Tem prisão de ventre?
- 19 As suas fezes são escuras?
- 20 Os tornozelos incham?
- 21 Perdeu peso?
- 22 Tem dificuldade <sup>1</sup>em ver? <sup>2</sup>em ouvir? <sup>3</sup>em engolir? <sup>4</sup>em andar?
- 23 Já fez alguma operação? Indique onde.
- 24 Quando começou o seu último período menstrual? (indique no calendário)  
Está grávida? De quantos meses?  
É possível que esteja grávida? Podemos realizar um teste de gravidez?
- 25 Fuma? Quantos cigarros por dia?
- 26 Tem <sup>1</sup>diabetes? <sup>2</sup>epilepsia? <sup>3</sup>asma?
- 27 Já teve <sup>1</sup>problemas de coração? <sup>2</sup>anginas? <sup>3</sup>tensão alta?  
<sup>4</sup>ataque cardíaco? <sup>5</sup>enfarte? <sup>6</sup>icterícia? <sup>7</sup>hepatite?
- 28 Tem alergia a algum medicamento? Penicilina? Aspirina? Qualquer outro medicamento?
- 29 Está a tomar agora algum medicamento? Tem algum consigo?  
Está a tomar outras drogas ou remédios naturais?
- 30 Quantos comprimidos tomou?
- 31 Tem a vacinação antitetânica em dia?

- 32 Visitou algum país fora do Reino Unido, recentemente? Qual? Quando?
- 33 Sou: <sup>1</sup>enfermeiro(a). <sup>2</sup>médico(a). <sup>3</sup>socorrista. <sup>4</sup>paramédico(a). <sup>5</sup>assistente social.
- 34 Posso examiná-lo(a)? Importa-se de ser examinado/a por <sup>1</sup>um homem? <sup>2</sup>uma mulher?
- 35 Lamento, mas pode ser doloroso.
- 36 Preciso de lhe medir a tensão arterial.
- 37 Preciso de lhe auscultar o peito.
- 38 Preciso de lhe testar o coração.
- 39 Preciso de o (a) examinar internamente.
- 40 Preciso de lhe dar uma injeção.
- 41 Preciso de fazer passar este tubo.
- 42 Preciso de lhe tirar sangue para análise.
- 43 Preciso de o (a) encaminhar para a radiografia.
- 44 Preciso de lhe dar uns pontos.  
Precisa de se dirigir ao seu médico para tirar os pontos neste dia (indique no calendário e no relógio)
- 45 Fracturou um(a): <sup>1</sup>perna. <sup>2</sup>tornozelo. <sup>3</sup>braço. <sup>4</sup>pulso. <sup>5</sup>ombro.
- 46 Precisa de levar gesso no(a): <sup>1</sup>perna. <sup>2</sup>tornozelo. <sup>3</sup>braço. <sup>4</sup>pulso.
- 47 Precisa de usar este(a) (aponte) até esta data (indique no calendário).
- 48 Por favor, urine para este recipiente.
- 49 Não coma nem beba nada.
- 50 Já se pode levantar.
- 51 Precisa de ficar no hospital.  
Aguarde até termos uma cama disponível na enfermaria.
- 52 Vai tudo correr bem. Não se preocupe.
- 53 Quer que lhe chame um táxi?
- 54 Use isto se precisar de ajuda.
- 55 Aguarde. Venha por aqui. Pode ir para casa.
- 56 Volte se tiver mais problemas.
- 57 Vou repetir novamente...

## Perguntas dos doentes

- 58 Quanto tempo tenho de esperar? no máx. 1 hora no máx. 2 horas no máx. 3 horas no máx. 4 horas
- 59 Vão chamar o meu nome?
- 60 Onde está o telefone, preciso de ligar a um familiar/amigo?
- 61 Por favor, pode chamar-me um táxi para eu ir para casa?
- 62 Vou ficar bem?

- 1 Po. Jo. Nuk e di. Nuk e kuptoj.
- 2 Si ju quajnë? Mund ta shkruani emrin në anglisht?
- 3 Ju lutemi shkruajeni adresën tuaj.
- 4 Sa vjeç jeni?
- 5 Mund të na jepni emrin dhe numrin e telefonit ose adresën e dikujt për t'ju kontaktuar?
- 6 Ju do të ekzaminoheni së shpejti nga një <sup>1</sup>doktor. <sup>2</sup>infermiere.
- 7 Keni patur një aksident? Kur? (tregoni me gisht në kalendar dhe në orë)
- 8 E humbët ndërgjegjen?
- 9 Kur u sëmurët? (tregoni me gisht në kalendar dhe në orë)
- 10 Keni dhembje? Tregoni se ku. Kur filloi? (tregoni me gisht në kalendar dhe në orë)
- 11 Cili është niveli i dhimbjes që keni? 1 (nuk keni dhimbje) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (dhimbje kronike)
- 12 Dhimbja është e vazhdueshme? Apo vjen dhe ikën?
- 13 A keni gjakrrjedhje? Tregoni se ku.
- 14 A keni pasur kollë? A nxirrni diçka pas kollës?  
Çfarë ngjyre? e bardhë? e verdhë në të gjelbër? e kuqe? kafe?
- 15 A ju merret fryma?
- 16 Keni vjellë? Keni vjellë gjak?
- 17 Keni pasur diare?
- 18 Jeni kaps?
- 19 Keni bërë nevojë me ngjyrë të zezë?
- 20 Ju janë fryrë gjunjët?
- 21 Jeni dobësuar?
- 22 Keni vështirësi <sup>1</sup>shikimi? <sup>2</sup>dëgjimi? <sup>3</sup>gëlltitjeje? <sup>4</sup>të ecni?
- 23 Keni kaluar ndonjë operacion? Tregoni se ku.
- 24 Kur ju filloi cikli i fundit menstrual? (tregoni në kalendar)  
Jeni shtatzënë? Sa muajshe jeni?  
Ka mundësi të jeni shtatzënë? Mund t'ju bëjmë një test barre?
- 25 Pini cigare? Sa cigare në ditë?
- 26 Vuani nga <sup>1</sup>diabeti i fëmijëve? <sup>2</sup>epilepsia? <sup>3</sup>astma?
- 27 Keni pasur ndonjëherë <sup>1</sup>probleme me zemrën? <sup>2</sup>anginë? <sup>3</sup>tension të lartë të gjakut?  
<sup>4</sup>infarkt? <sup>5</sup>aksident çerebral? <sup>6</sup>(verdhëz)ikter? <sup>7</sup>hepatitë?
- 28 Jeni alergjik nga ndonjë ilaç? Penicilinë? Aspirinë? Ilaç tjetër?
- 29 Merrni ndonjë ilaç tani? Keni ndonjë me vete?  
A merrni mjekime të tjera ose mjekime natyrore?
- 30 Sa tableta keni marrë?
- 31 Jeni të mbuluar nga vakcina e tetanozit?

- 32 Keni qenë në tjetër vend jashtë Mbretërisë së Bashkuar kohët e fundit? Ku? Kur?
- 33 Unë jam një: <sup>1</sup>infermiere. <sup>2</sup>doktor. <sup>3</sup>dhënës i ndihmës së shpejtë. <sup>4</sup>paramjek. <sup>5</sup>punonjës social.
- 34 Mund t'ju ekzaminohet? E keni problem të ekzaminoheni nga një 'burrë? 'grua?
- 35 Më vjen keq, kjo mund t'ju dhembë.
- 36 Duhet t'ju mas tensionin e gjakut.
- 37 Duhet t'ju dëgjoj kraharorin.
- 38 Duhet t'ju testoj zemrën.
- 39 Duhet t'ju ekzaminohet për sëmundjet e brendshme.
- 40 Duhet t'ju bëjë një injeksion.
- 41 Duhet t'ju fut këtë tub.
- 42 Duhet t'ju marr një analizë gjaku.
- 43 Duhet t'ju dërgoj për një radiografi.
- 44 Duhet t'ju vë disa penjë.  
Duhet të shkoni tek mjeku juaj që t'ua heqë ato në këtë ditë (tregoni me gisht në kalendar dhe në orë).
- 45 Keni thyer/frakturuar: <sup>1</sup>këmbën. <sup>2</sup>gjurin. <sup>3</sup>krahun. <sup>4</sup>kyçin e dorës. <sup>5</sup>shpatullën.
- 46 Duhet t'ju vemë në allçi: <sup>1</sup>këmbën. <sup>2</sup>gjurin. <sup>3</sup>krahun. <sup>4</sup>kyçin e dorës.
- 47 Duhet ta mbani këtë (tregoni) deri në këtë datë (tregoni në kalendar).
- 48 Ju lutemi hidhni ujë në këtë enë.
- 49 Mos hani as mos pini gjë.
- 50 Mund të ngriheni tani.
- 51 Duhet të rrini në spital.  
Ju lutemi prisni derisa të lirohet një krevat në pavion.
- 52 Çdo gjë do të shkojë mirë. Mos u merakosni.
- 53 Mund të thërres një taksì për ju?
- 54 Përdorni këtë nëse keni nevojë për ndihmë.
- 55 Ju lutemi prisni. Ejani këtej. Mund të shkoni në shtëpi.
- 56 Ju lutemi kthehuni, nëse keni probleme përsëri.
- 57 Më lejoni t'ua përsëris...

### Pyetje prej pacientëve

- 58 Sa do të pres? deri në 1 orë deri në 2 orë deri në 3 orë deri në 4 orë
- 59 A do ta thërresë njeri emrin tim?
- 60 Ku është telefoni, duhet të telefonoj familjen/një shok?
- 61 Mund të më thërrisni një taksì të shkoj në shtëpi?
- 62 A do të bëhem mirë?

# GERMAN

# DEUTSCH

- 1 Ja. Nein. Ich weiß nicht. Das verstehe ich nicht.
- 2 Wie heißen Sie? Könnten Sie das bitte aufschreiben?
- 3 Bitte schreiben Sie Ihre Adresse auf.
- 4 Wie alt sind Sie?
- 5 Könnten Sie uns bitte den Namen und die Telefonnummer oder die Anschrift von jemandem geben, den wir benachrichtigen können?
- 6 Sie werden bald von <sup>1</sup>einem Arzt <sup>2</sup>einer Krankenschwester/einem Krankenpfleger untersucht werden.
- 7 Hatten Sie einen Unfall? Wann? (auf dem Kalender und der Uhr zeigen)
- 8 Haben Sie das Bewusstsein verloren?
- 9 Wann wurden Sie krank? (auf dem Kalender und der Uhr zeigen)
- 10 Haben Sie Schmerzen? Zeigen Sie bitte, wo. Wann fingen die Schmerzen an? (auf dem Kalender und der Uhr zeigen)
- 11 Bitte geben Sie den Grad Ihrer Schmerzen an: 1 (schmerzfrei) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (chronische Schmerzen)
- 12 Halten die Schmerzen an? Oder kommen und gehen sie?
- 13 Haben Sie Blutungen? Zeigen Sie bitte, wo.
- 14 Haben Sie einen Husten? Haben Sie Auswurf beim Husten?  
Welche Farbe? Weiß? Gelblich-grün? Rot? Braun?
- 15 Sind Sie kurzatmig?
- 16 Haben Sie sich erbrochen? Haben Sie Blut erbrochen?
- 17 Haben Sie Durchfall?
- 18 Leiden Sie unter Verstopfung?
- 19 Haben Sie schwarzen Stuhlgang?
- 20 Schwellen Ihre Knöchel an?
- 21 Haben Sie Gewicht verloren?
- 22 Haben Sie Schwierigkeiten beim <sup>1</sup>Sehen? <sup>2</sup>Hören? <sup>3</sup>Schlucken? <sup>4</sup>Gehen?
- 23 Hatten Sie jemals eine Operation? Zeigen Sie bitte, wo.
- 24 Wann hatten Sie Ihre letzte Menstruation? (auf dem Kalender zeigen)  
Sind Sie schwanger? Im wievielten Monat?  
Wäre es möglich, dass Sie schwanger sind? Können wir einen Schwangerschaftstest durchführen?
- 25 Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten pro Tag?
- 26 Sind Sie <sup>1</sup>Diabetiker(in)? <sup>2</sup>Epileptiker(in)? <sup>3</sup>Asthmatiker(in)?
- 27 Hatten Sie jemals <sup>1</sup>Probleme mit dem Herzen? <sup>2</sup>Angina? <sup>3</sup>Bluthochdruck?  
<sup>4</sup>Herzanfall? <sup>5</sup>Schlaganfall? <sup>6</sup>Gelbsucht? <sup>7</sup>Hepatitis?
- 28 Sind Sie auf irgendwelche Arzneimittel allergisch? Penizillin? Aspirin? Andere Arzneimittel?
- 29 Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Haben Sie sie bei sich?  
Nehmen Sie irgendwelche anderen Arzneimittel oder Naturheilmittel ein?
- 30 Wie viele Tabletten haben Sie genommen?
- 31 Haben Sie eine gültige Tetanusschutzimpfung?

- 32 Sind Sie kürzlich außerhalb Großbritanniens gewesen? Welches Land? Wann?
- 33 Ich bin: <sup>1</sup>eine Krankenschwester/ein Krankenpfleger. <sup>2</sup>ein Arzt/eine Ärztin. <sup>3</sup>ein(e) Ersthelfer(in).  
<sup>4</sup>ein(e) Sanitäter(in). <sup>5</sup>ein(e) Sozialarbeiter(in).
- 34 Darf ich Sie untersuchen? Sind Sie damit einverstanden, von <sup>1</sup>einem Mann <sup>2</sup>einer Frau untersucht zu werden?
- 35 Das könnte weh tun.
- 36 Ich muss Ihren Blutdruck messen.
- 37 Ich muss Ihre Brust abhören.
- 38 Ich muss Ihr Herz überprüfen.
- 39 Ich muss eine interne Untersuchung durchführen.
- 40 Ich muss Ihnen eine Spritze geben.
- 41 Ich muss diesen Schlauch einführen.
- 42 Ich muss eine Blutprobe entnehmen.
- 43 Ich muss Sie zu einer Röntgenuntersuchung schicken.
- 44 Ich muss Sie nähen.  
 Sie müssen an diesem Tag (auf dem Kalender und der Uhr zeigen) zum Arzt gehen, um die Fäden ziehen zu lassen.
- 45 Sie haben sich <sup>1</sup>das Bein <sup>2</sup>den Knöchel <sup>3</sup>den Arm <sup>4</sup>das Handgelenk <sup>5</sup>die Schulter gebrochen.
- 46 Sie brauchen einen Gipsverband um: <sup>1</sup>Ihr Bein. <sup>2</sup>Ihren Knöchel. <sup>3</sup>Ihren Arm. <sup>4</sup>Ihr Handgelenk.
- 47 Sie müssen dies (auf die Stelle zeigen) bis zu diesem Datum (auf dem Kalender zeigen) behalten.
- 48 Bitte geben Sie mir eine Urinprobe in diesem Behälter.
- 49 Bitte nehmen Sie keine Speisen oder Getränke zu sich.
- 50 Sie können jetzt aufstehen.
- 51 Sie müssen im Krankenhaus bleiben.  
 Bitte warten Sie, bis auf der Station ein Bett frei geworden ist.
- 52 Es wird alles in Ordnung kommen. Machen Sie sich keine Sorgen.
- 53 Soll ich Ihnen ein Taxi rufen?
- 54 Benutzen Sie dies, wenn Sie Hilfe brauchen.
- 55 Bitte warten Sie. Bitte folgen Sie mir. Sie können nach Hause gehen.
- 56 Falls Sie weitere Probleme haben sollten, kommen Sie bitte zurück.
- 57 Lassen Sie mich das bitte wiederholen....

## Fragen von Patienten

- 58 Wie lange werde ich warten müssen? bis zu 1 Stunde bis zu 2 Stunden bis zu 3 Stunden bis zu 4 Stunden
- 59 Wird mein Name ausgerufen werden?
- 60 Wo ist das Telefon? Ich muss meine Familie/meinen Freund/meine Freundin anrufen.
- 61 Können Sie mir bitte ein Taxi rufen, das mich nach Hause bringt?
- 62 Werde ich wieder gesund werden?

1	نعم لا لا أعرف. أنا لا أفهم.	١
2	هل بإمكانك أن تكتبه باللغة الإنكليزية؟	٢
3	اكتب عنوانك رجاء.	٣
4	كم عمرك؟	٤
5	هل يمكنك أن تقدم لنا اسم ورقم هاتف أو عنوان شخص يمكن الاتصال به بشأنك؟	٥
6	أنت ستفحص قريباً من قبل <sup>١</sup> طبيب. <sup>٢</sup> ممرضة.	٦
7	هل تعرضت لحادث؟ ومتى؟ (أشر إلى ذلك على التقويم والساعة)	٧
8	هل فقدت الوعي؟	٨
9	متى أصبت بالمريض؟ (أشر إلى ذلك على التقويم والساعة)	٩
10	هل تعاني من الألم؟ أشر إلى مكان الألم. متى بدأ الألم؟ (أشر إلى ذلك على التقويم والساعة)	١٠
11	ما درجة الألم الذي تشعر به؟ ١ (لا أشعر بالألم) ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ (أشعر بالألم دائماً)	١١
12	هذا الألم، هل هو مستمر؟ أم يأتي ويذهب؟	١٢
13	هل لديك أي نزيف؟ أشر إلى مكان النزيف.	١٣
14	هل لديك سعال؟ هل يظهر أي شيء من سعالك؟ ما لونه؟ أبيض؟ أخضر-أصفر؟ أحمر؟ بني؟	١٤
15	هل يتقطع نفسك؟	١٥
16	هل تقيأت؟ هل تقيأت دماً؟	١٦
17	هل تعاني من إسهال؟	١٧
18	هل تعاني من إمساك؟	١٨
19	هل برازك أسود؟	١٩
20	هل كاحلك متورم؟	٢٠
21	هل عانيت من نقصان في الوزن؟	٢١
22	هل تعاني من صعوبة في <sup>١</sup> البصر؟ <sup>٢</sup> السمع؟ <sup>٣</sup> البلع؟ <sup>٤</sup> المشي؟	٢٢
23	هل أجريت لك عملية جراحية؟ أشر إلى موضع العملية.	٢٣
24	متى بدأت عادتك الشهرية الأخيرة؟ (أشري على التقويم) هل أنت حامل؟ كم شهر انقضى منذ بداية الحمل؟ هل يوجد احتمال أن تكوني حاملاً؟ هل بإمكاننا إجراء اختبار للحمل؟	٢٤
25	هل تدخن؟ كم سيكارة في اليوم؟	٢٥
26	هل تعاني من <sup>١</sup> مرض السكر؟ <sup>٢</sup> الصرع؟ <sup>٣</sup> الربو؟	٢٦
27	هل حدث أن عانيت من <sup>١</sup> مشاكل أمراض القلب؟ <sup>٢</sup> الذبحه الصدرية؟ <sup>٣</sup> ضغط الدم العالي؟ <sup>٤</sup> النوبة القلبية؟ <sup>٥</sup> الضربة القلبية؟ <sup>٦</sup> اليرقان؟ <sup>٧</sup> التهاب الكبد؟	٢٧
28	هل تعاني من حساسية لنوع معين من الأدوية؟ البنسلين؟ الأسبيرين؟ أي دواء آخر؟	٢٨
29	هل تتناول أي نوع من الأدوية الآن؟ هل معك الآن بعض من الأدوية التي تتناولها؟ هل تتناول أي عقاقير أخرى أو أدوية علاج طبيعي؟	٢٩
30	كم عدد الحبات التي تناولتها؟	٣٠
31	هل لديك تليخ ساري المفعول لداء الكزاز (التيتانوس)؟	٣١

- 32 هل كنت في بلاد خارج المملكة المتحدة مؤخرا؟ ما هي هذه البلاد؟ ومتى؟
- 33 أنا: 1مرمضة. 2طبيب. 3خبير إسعاف أولي. 4مساعد طبي. 5موظف خدمات إجتماعية.
- 34 هل لي أن أفحصك؟ هل لديك مانع أن يتم فحصك من قبل 1رجل؟ 2امرأة؟
- 35 أسف، قد يسبب لك هذا بعض الألم.
- 36 أحتاج إلى أخذ قياس ضغط دمك.
- 37 أحتاج إلى الإصغاء إلى صدرك.
- 38 أحتاج إلى اختبار قلبك.
- 39 أحتاج إلى القيام بفحوصات داخلية.
- 40 أحتاج إلى إعطائك حقنة.
- 41 أحتاج إلى إدخال هذا الإنيوب.
- 42 أحتاج إلى أخذ عينة من دمك.
- 43 أحتاج إلى إرسالك لأخذ أشعة.
- 44 أحتاج إلى القيام ببعض الخيطات. تحتاج إلى الذهاب إلى طبيبك لإخراج الخياطة في هذا اليوم (أشر إلى ذلك على التقويم والساعة)
- 45 لديك كسر/شرخ في: 1الساق. 2الكاحل. 3الذراع. 4الرسغ. 5الكتف.
- 46 تحتاج إلى جبيرة (جبس) على: 1الساق. 2الكاحل. 3الذراع. 4الرسغ.
- 47 تحتاج إلى إبقاء هذه (أشرف) في مكانها حتى هذا التاريخ (أشر على التقويم).
- 48 رجاء تبول في هذه الحاوية.
- 49 لا تأكل أو تشرب أي شيء.
- 50 يمكنك أن تنهض الآن
- 51 تحتاج إلى البقاء في المستشفى. الرجاء الإنتظار إلى أن يتوفر سرير في حجرة المرضى.
- 52 سيكون كل شيء على ما يرام. لا تقلق بشأن ذلك.
- 53 هل أطلب لك سيارة أجرة؟
- 54 إستعمل هذا إذا احتجت إلى مساعدة.
- 55 رجاء الإنتظار. رجاء تعال معي في هذا الاتجاه. يمكنك العودة إلى بيتك.
- 56 رجاء العودة إذا كانت لديك مشاكل أخرى.
- 57 دعني أعد سرد ذلك عليك ...

## أسئلة من المرضى

- 58 كم سيطول انتظاري؟ مدة تصل إلى ساعة مدة تصل إلى ساعتين مدة تصل إلى ثلاث ساعات مدة تصل إلى أربع ساعات
- 59 هل سيقوم شخص ما بالمناداة علي بالاسم؟
- 60 أين الهاتف، أحتاج إلى الاتصال بعائلتي/صديقي؟
- 61 رجاء، هل بالإمكان أن تطلب لي سيارة أجرة للذهاب إلى البيت؟
- 62 هل سأكون بخير؟

- 1 Da. Ne. Ne znam. Ne razumijem.
- 2 Kako se zovete? Možete li to napisati na engleskom?
- 3 Napišite svoju adresu.
- 4 Koliko vam je godina?
- 5 Možete li nam dati ime i broj telefona ili adresu nekoga s kim treba stupiti u vezu?
- 6 Uskoro će vas pregledati <sup>1</sup>ljekar. <sup>2</sup>medicinska sestra.
- 7 Jeste li doživjeli nesreću? Kada? (pokažite na kalendaru i satu)
- 8 Da li ste izgubili svijest?
- 9 Kada ste se razboljeli? (pokažite na kalendaru i satu)
- 10 Imate li bolova? Pokažite gdje. Kada je počelo boljeti? (pokažite na kalendaru i satu)
- 11 Koliki bol osjećate? 1 (ne osjećam bol) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (hroničan bol)
- 12 Je li bol stalan? Ili nastupa na mahove?
- 13 Krvarite li? Pokažite gdje.
- 14 Kašljete li? Da li nešto iskašljavate?  
Koje je boje? bijelo? žutozeleno? crveno? smeđe?
- 15 Da li vam ponestaje daha?
- 16 Jeste li povraćali? Jeste li povraćali krv?
- 17 Imate li proliv?
- 18 Imate li zatvor?
- 19 Jeste li imali tamne stolice?
- 20 Da li vam otiču članci na nogama?
- 21 Jeste li izgubili na težini?
- 22 Imate li teškoća sa <sup>1</sup>vidom? <sup>2</sup>sluhom? <sup>3</sup>gutanjem? <sup>4</sup>hodom?
- 23 Jeste li ikada imali operaciju? Pokažite gdje.
- 24 Kada vam je počela najnovija menstruacija? (pokažite na kalendaru)  
Jeste li trudni? Koliko ste već mjeseci trudni?  
Jeste li možda trudni? Pristajete li da vam napravimo test trudnoće?
- 25 Pušite li? Koliko cigareta na dan?
- 26 Imate li <sup>1</sup>šećernu bolest? <sup>2</sup>padavicu? <sup>3</sup>astmu?
- 27 Jeste li ikada imali <sup>1</sup>srčane tegobe? <sup>2</sup>anginu pectoris? <sup>3</sup>visok krvni pritisak?  
<sup>4</sup>srčani napad? <sup>5</sup>moždani udar? <sup>6</sup>žuticu? <sup>7</sup>hepatitis?
- 28 Jeste li alergični na neki lijek? Penicilin? Aspirin? Neki drugi lijek?
- 29 Uzimate li sada neki lijek? Imate li ga pri sebi?  
Uzimate li još neki medicinski ili prirodni lijek?
- 30 Koliko ste uzeli tableta?
- 31 Jeste li na vrijeme vakcinisani protiv tetanusa?

- 32 Jeste li skoro išli iz Ujedinjenog Kraljevstva u posjetu nekoj drugoj zemlji?      Kojoj?      Kada?
- 33 Ja sam:      <sup>1</sup>bolničar(ka).      <sup>2</sup>ljekar.      <sup>3</sup>službenik prve pomoći.      <sup>4</sup>paramedicinski radnik.      <sup>5</sup>socijalni radnik.
- 34 Smijem li vas pregledati?      Imate li nešto protiv da vas pregleda      <sup>1</sup>muškarac?      <sup>2</sup>žena?
- 35 Izvinite, ovo bi moglo zaboljeti.
- 36 Moram vam izmjeriti krvni pritisak.
- 37 Moram vam osluhnuti grudi.
- 38 Moram vam pregledati srce.
- 39 Moram vas interno pregledati.
- 40 Moram vam dati injekciju.
- 41 Moram provući ovu cjevčicu.
- 42 Moram vam uzeti krv na pregled.
- 43 Moram vas poslati na rentgen.
- 44 Moram vam zašiti kožu.  
Morate otići ljekaru ovoga dana (pokažite na kalendaru i satu) da vam izvadi šavove.
- 45 Imate prelom/naprslinu:      <sup>1</sup>na nozi.      <sup>2</sup>na nožnom članku.      <sup>3</sup>na ruci.      <sup>4</sup>na zglobu ruke.      <sup>5</sup>na ramenu.
- 46 Moramo vam staviti u gips:      <sup>1</sup>nogu.      <sup>2</sup>nožni članak.      <sup>3</sup>ruku.      <sup>4</sup>ručni zglob.
- 47 Ovo (pokažite) morate nositi do ovog datuma (pokažite na kalendaru).
- 48 Pomokrite se u ovu posudu.
- 49 Nemojte ništa jesti ili piti.
- 50 Sada možete ustati.
- 51 Morate ostati u bolnici.  
Molimo da sačekate dok se ne uprazni ležaj na odjeljenju.
- 52 Sve će biti u redu.      Ne brinite.
- 53 Da li da vam pozovem taksu?
- 54 Upotrijebite ovo ako vam je potrebna pomoć.
- 55 Molim sačekajte.      Molim dođite ovamo.      Možete ići kući.
- 56 Vratite se ako opet bude problema.
- 57 Ponoviću...

## Pacijentova pitanja

- 58 Koliko ću čekati?      najviše 1 sat      najviše 2 sata      najviše 3 sata      najviše 4 sata
- 59 Hoće li neko prozvati moje ime?
- 60 Gdje je telefon, moram pozvati porodicu/prijatelja?
- 61 Možete li mi pozvati taksu da idem kući?
- 62 Hoće li sve biti u redu?

- 1 Ano. Ne. Nevím. Nerozumím.
- 2 Jak se jmenujete? Napište to, prosím.
- 3 Napište prosím svou adresu.
- 4 Kolik je Vám let?
- 5 Můžete nám dát jméno a telefonní číslo nebo adresu osoby, kterou máme informovat?  
Brzy Vás vyšetří <sup>1</sup>doktor. <sup>2</sup>sestra.
- 7 Měl/a jste úraz? Kdy? (ukážte to na kalendáři a hodinách)
- 8 Upadl/a jste do bezvědomí?
- 9 Kdy jste onemocněl/a? (ukážte to na kalendáři a hodinách)
- 10 Máte bolesti? Ukažte kde. Kdy začaly? (ukážte to na kalendáři a hodinách)
- 11 Jak byste ohodnotil/a stupeň pocíťované bolesti? 1 (nic mne nebolí) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (chronická bolest)
- 12 Je bolest trvalá? Nebo přechází a zase se vrací?
- 13 Krvácel/a jste? Ukažte kde.
- 14 Kašlete? Vykašláváte něco?  
Jaké barvy? Je to bílé? žlutozelené? červené? hnědé?
- 15 Dýchá se Vám špatně?
- 16 Zvracel/a jste? Zvracel/a jste krev?
- 17 Máte průjem?
- 18 Máte zácpu?
- 19 Měl/a jste černou stolici?
- 20 Otékají Vám kotníky?
- 21 Zhubl/a jste?
- 22 Špatně <sup>1</sup>vidíte? <sup>2</sup>slyšíte? <sup>3</sup>polykáte? <sup>4</sup>chodíte?
- 23 Byl/a jste někdy operován/a? Ukažte kde.
- 24 Kdy Vám začalo poslední menstruační období? (ukážte to na kalendáři)  
Jste těhotná? V kolikátém měsíci těhotenství jste?  
Mohla byste být těhotná? Můžeme udělat těhotenský test?
- 25 Kouříte? Kolik cigaret denně?
- 26 Máte <sup>1</sup>cukrovku? <sup>2</sup>epilepsii? <sup>3</sup>astma?
- 27 Už jste někdy měl/a <sup>1</sup>problémy se srdcem? <sup>2</sup>angínu? <sup>3</sup>vysoký krevní tlak?  
<sup>4</sup>srdceční záchvat? <sup>5</sup>mrtvici? <sup>6</sup>žloutenku? <sup>7</sup>zánět jater?
- 28 Jste na nějaké léky alergický/á? Na penicilin? Aspirin? Na nějaký jiný lék?
- 29 Užíváte nyní nějaké léky? Máte nějaké léky s sebou?  
Užíváte nějaké jiné léky nebo přírodní léky?
- 30 Kolik tablet jste si vzal/a?
- 31 Kdy jste byl/a naposledy očkován/a proti tetanu?

- 32 Byl/a jste nedávno v nějaké zemi mimo Velkou Británii a Severní Irsko? Ve které? Kdy?
- 33 Jsem: <sup>1</sup>sestra. <sup>2</sup>doktor. <sup>3</sup>pracovník první pomoci. <sup>4</sup>střední zdravotní pracovník. <sup>5</sup>sociální pracovník.
- 34 Mohu Vás vyšetřit? Jste proti tomu, aby Vás vyšetřil/a <sup>1</sup>muž? <sup>2</sup>žena?
- 35 Promiňte, ale může to bolet.
- 36 Musím Vám změřit krevní tlak.
- 37 Musím si poslechnout Váš dech.
- 38 Musím Vám zkontrolovat srdce.
- 39 Musím Vás vyšetřit vnitřně.
- 40 Musím Vám dát injekci.
- 41 Musím vsunout tuto trubičku.
- 42 Musím Vám odebrat vzorek krve.
- 43 Musím Vás poslat na rentgen.
- 44 Musím Vám to zašít.  
V tento den (ukážte to na kalendáři a hodinách) musíte navštívit svého doktora, aby Vám stehy vytáhl.
- 45 Máte frakturu: <sup>1</sup>nohy. <sup>2</sup>kotníku. <sup>3</sup>paže. <sup>4</sup>zápěstí. <sup>5</sup>ramena.
- 46 Musíme Vám dát do sádry: <sup>1</sup>nohu. <sup>2</sup>kotník. <sup>3</sup>paži. <sup>4</sup>zápěstí.
- 47 Musíte to (ukážte) nosit až do tohoto data (ukážte to na kalendáři).
- 48 Běžte se prosím vymočit do této nádoby.
- 49 Nic nejzte a nepijte.
- 50 Nyní se můžete zvednout.
- 51 Musíte zůstat v nemocnici.  
Počkejte prosím, než se Vám na oddělení přichystá lůžko.
- 52 Všechno bude v pořádku. Nebojte se.
- 53 Mám Vám zavolat taxi?
- 54 Toto použijte, pokud budete potřebovat pomoc.
- 55 Počkejte prosím. Pojdte, prosím, tudy. Můžete jít domů.
- 56 Pokud se vyskytnou další problémy, přijďte prosím.
- 57 Ještě jednou to zopakuj...

### Dotazy ze strany pacientů

- 58 Jak dlouho budu čekat? maximálně 1 hodinu maximálně 2 hodiny maximálně 3 hodiny maximálně 4 hodiny
- 59 Mám počkat, až mě zavoláte?
- 60 Kde je telefon, musím zavolat rodině/příteli?
- 61 Můžete mi prosím zavolat taxi, abych mohl/a jet domů?
- 62 Budu v pořádku?

- 1 Áno. Nie. Neviem. Nerozumiem.
- 2 Ako sa voláte? Viete písať po anglicky?
- 3 Prosím, napíšte svoju adresu.
- 4 Koľko máte rokov?
- 5 Môžete nám dať meno a číslo telefónu alebo adresu niekoho, koho máme kontaktovať?  
O chvíľu vás vyšetrí <sup>1</sup>lekár. <sup>2</sup>sestrička.
- 7 Mali ste nehodu? Kedy? (ukážte v kalendári a na hodinách)
- 8 Stratili ste vedomie?
- 9 Kedy ste ochoreli? (ukážte v kalendári a na hodinách)
- 10 Máte bolesti? Ukážte kde vás bolí? Kedy to začalo? (ukážte v kalendári a na hodinách)
- 11 Aká je intenzita bolesti? 1 (nebolí) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (chronická bolesť)
- 12 Bolí to bez prestania? Alebo iba chvíľami?
- 13 Krvácate? Ukážte kde.
- 14 Kašľete? Vykašľavate niečo?  
Akú to má farbu? bielu? zeleno-žltú? červenú? hnedú?
- 15 Zadýchavate sa?
- 16 Vracali ste? Vracali ste krv?
- 17 Máte hnačku?
- 18 Máte zápchu?
- 19 Mali ste čiernu stolicu?
- 20 Opuchajú vám členky?
- 21 Schudli ste?
- 22 Máte problémy <sup>1</sup>s videním? <sup>2</sup>s počúvaním? <sup>3</sup>s prehítaním? <sup>4</sup>pri chôdzi?
- 23 Bol ste niekedy operovaný?/Bola ste niekedy operovaná? Ukážte kde.
- 24 Kedy ste mala poslednú menštruáciu? (ukážte v kalendári)  
Ste tehotná? V ktorom ste mesiaci?  
Je možné, že by ste bola v inom stave? Možeme vám urobiť tehotenský test?
- 25 Fajčíte? Koľko cigariet denne?
- 26 Ste <sup>1</sup>diabetik/diabetička? <sup>2</sup>epileptik/epileptička? <sup>3</sup>astmatik/astmatička?
- 27 Mali ste niekedy <sup>1</sup>problémy so srdcom? <sup>2</sup>angínu pectoris? <sup>3</sup>vysoký krvný tlak?  
<sup>4</sup>infarkt? <sup>5</sup>mozgovú príhodu? <sup>6</sup>žltáčku? <sup>7</sup>hepatitídu?
- 28 Máte alergiu na voľajaký liek? Penicilín? Aspirín? Voľajaký iný liek?
- 29 Beriete teraz voľajaké lieky? Máte voľajaké pri sebe?  
Beriete ešte voľajaké iné lieky alebo prírodné liečivá?
- 30 Koľko tabliet ste zobrali?
- 31 Máte platné očkovanie proti tetanu?

- 32 Vycestovali ste v poslednej dobe z Anglicka? Do ktorého štátu? Kedy?
- 33 Som: <sup>1</sup>zdravotná sestra. <sup>2</sup>lekár/lekárka. <sup>3</sup>od prvej pomoci. <sup>4</sup>zdravotník/zdravotníčka.  
<sup>5</sup>sociálny pracovník/sociálna pracovníčka.
- 34 Môžem vás vyšetrit? Nevadí vám, že vás vyšetří <sup>1</sup>muž? <sup>2</sup>žena?
- 35 Prepáčte, ak to bude bolieť.
- 36 Potrebujem vám odmerať tlak.
- 37 Potrebujem si poslechnúť, ako dýchate.
- 38 Potrebujem vám vyšetrit srdiečko.
- 39 Potrebujem urobiť interné vyšetrenia.
- 40 Potrebujem vám dať injekciu.
- 41 Potrebujem vám zaviesť túto hadičku.
- 42 Potrebujem vám odobrať krv.
- 43 Pošlem vás na rentgén.
- 44 Urobím vám niekoľko stehov.  
Tento deň (ukážte v kalendári a na hodinách) choďte k vášmu lekárovi, aby vám ich vybral.
- 45 <sup>1</sup>Máte zhmoždenú/zlomenú nohu. <sup>2</sup>Máte nohu zlomenú v členku. <sup>3</sup>Máte zhmoždenú/zlomenú ruku.  
<sup>4</sup>Máte zhmoždené/zlomené zápästie. <sup>5</sup>Máte ruku zlomenú v ramene.
- 46 Dáme vám <sup>1</sup>nohu <sup>2</sup>kotník <sup>3</sup>ruku <sup>4</sup>zápästie do sadry.
- 47 Toto (ukážte) budete mať dovtedy (ukážte v kalendári).
- 48 Do tohto sa, prosím, vymočte.
- 49 Nič nejedzte, ani nepite.
- 50 Už sa môžete postaviť.
- 51 Musíte zostať v nemocnici.  
Prosím, počkajte, kým sa na oddelení uvoľní lôžko.
- 52 Všetko bude v poriadku. Nebojte sa.
- 53 Mám vám zavolať taxík?
- 54 Toto použijte, ak budete potrebovať pomoc.
- 55 Prosím, počkajte. Prosím, bežte tadeto. Môžete ísť domov.
- 56 Príďte, ak budete mať problémy.
- 57 Dovoľte, aby som vám zopakoval, že...

### Otázky pacientov

- 58 Ako dlho budem čakať? nie viac ako 1 hodinu nie viac ako 2 hodiny nie viac ako 3 hodiny nie viac ako 4 hodiny
- 59 Vyvolajú moje meno?
- 60 Kde je tu telefón, potrebujem zavolať príbuzných/priateľov.
- 61 Prosím, môžete mi zavolať taxík, aby ma odviezol domov?
- 62 Uzdravím sa?

- 1 Sí. No. No sé. No entiendo.
- 2 ¿Cómo se llama? ¿Quiere escribir su nombre en inglés?
- 3 Escriba, por favor, su dirección.
- 4 ¿Qué edad tiene Ud.?
- 5 ¿Con quién nos podemos comunicar? Haga el favor de escribir su nombre y número de teléfono o su dirección.  
Brevemente le reconocerá <sup>1</sup>un médico. <sup>2</sup>un(a) enfermero/a.
- 7 ¿Ha sufrido Ud. un accidente? ¿Cuándo? (indíquelo en el calendario y el reloj)
- 8 ¿Perdió Ud. el conocimiento?
- 9 ¿Cuándo cayó enfermo/a? (indíquelo en el calendario y el reloj)
- 10 ¿Siente dolor? Señale dónde le duele. ¿Cuándo empezó el dolor? (indíquelo en el calendario y el reloj)
- 11 Valore del 1 al 10 la intensidad de su dolor: 1 (no le duele) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (dolor crónico)
- 12 El dolor que siente, ¿es constante? ¿O es una cosa que pasa y vuelve a sentirse?
- 13 ¿Ha perdido sangre? Señale de qué parte.
- 14 ¿Tiene tos? ¿Le sube algo con la tos?  
¿De qué color? ¿blanco? ¿amarillo-verde? ¿colorado? ¿marrón?
- 15 ¿Le falta el aliento?
- 16 ¿Ha sufrido vómitos? ¿Ha vomitado sangre?
- 17 ¿Ha tenido diarrea?
- 18 ¿Está estreñido/a?
- 19 ¿Ha excretado heces negras?
- 20 ¿Se le hinchan los tobillos?
- 21 ¿Ha adelgazado?
- 22 ¿Le es difícil <sup>1</sup>ver? <sup>2</sup>oír? <sup>3</sup>tragar? <sup>4</sup>caminar?
- 23 ¿Ha tenido una operación alguna vez? Señale dónde.
- 24 ¿Cuándo empezó su último período menstrual? (indíquelo en el calendario)  
¿Está embarazada? ¿De cuántos meses?  
¿Podría ser que estuviera embarazada? ¿Le podemos realizar una prueba de embarazo?
- 25 ¿Fuma Ud.? ¿Cuántos cigarrillos al día?
- 26 ¿Tiene Ud. <sup>1</sup>diabetes sacarina? <sup>2</sup>epilepsia? <sup>3</sup>asma?
- 27 ¿Ha sufrido alguna vez <sup>1</sup>problemas de corazón? <sup>2</sup>angina de pecho? <sup>3</sup>hipertensión?  
<sup>4</sup>un ataque al corazón? <sup>5</sup>una apoplejía? <sup>6</sup>ictericia? <sup>7</sup>hepatitis?
- 28 ¿Sufre de alergia a alguna medicina? ¿Penicilina? ¿Aspirina? ¿Cualquier otra medicina?
- 29 ¿Está Ud. tomando alguna medicina en la actualidad? ¿La tiene consigo?  
¿Está tomando otras medicinas o remedios naturales?
- 30 ¿Cuántos comprimidos ha tomado?
- 31 ¿Está al día con la inmunización contra el tétanos?

- 32 ¿Ha visitado recientemente un país distinto del Reino Unido? ¿Cuál? ¿Cuándo?
- 33 Soy: <sup>1</sup>enfermero/a. <sup>2</sup>médico. <sup>3</sup>personal de primeros auxilios. <sup>4</sup>paramédico/a. <sup>5</sup>trabajador/a social.
- 34 ¿Me permite reconocerlo/a? ¿Le importa que lo/la reconozca <sup>1</sup>un hombre? <sup>2</sup>una mujer?
- 35 Lo siento, pero esto le puede doler.
- 36 Tengo que tomarle la presión.
- 37 Tengo que auscultarlo/la.
- 38 Tengo que hacerle pruebas del corazón.
- 39 Tengo que hacer un examen interno.
- 40 Tengo que darle una inyección.
- 41 Tengo que ponerle este tubo.
- 42 Tengo que sacarle una muestra de sangre.
- 43 Tienen que hacerle una radiografía.
- 44 Tengo que hacer sutura.  
Tendrá que acudir a su médico para que le quite los puntos este día (indíquelo en el calendario y el reloj)
- 45 Tiene roto/fracturado: <sup>1</sup>la pierna. <sup>2</sup>el tobillo. <sup>3</sup>el brazo. <sup>4</sup>la muñeca. <sup>5</sup>el hombro.
- 46 Tienen que escayolarle: <sup>1</sup>la pierna. <sup>2</sup>el tobillo. <sup>3</sup>el brazo. <sup>4</sup>la muñeca.
- 47 Tiene que llevar esto (señale) puesto hasta este día (indíquelo en el calendario).
- 48 Haga el favor de orinar en este recipiente.
- 49 No coma ni beba nada.
- 50 Ya puede levantarse.
- 51 Tiene que quedarse en el hospital.  
Por favor, espere hasta que quede una cama libre en el pabellón.
- 52 Todo va bien. No se preocupe.
- 53 ¿Le llamo un taxi?
- 54 Utilice esto si lo necesita.
- 55 Espere, por favor. Venga por aquí. Ya puede irse.
- 56 Por favor, regrese si tiene más problemas.
- 57 Permítame que se lo repita...

## Preguntas de los pacientes

- 58 ¿Cuánto tiempo tendré que esperar? menos de 1 hora    menos de 2 horas    menos de 3 horas    menos de 4 horas
- 59 ¿Alguien me llamará?
- 60 ¿Dónde hay un teléfono? Tengo que llamar a mi familia/a un amigo.
- 61 Por favor, ¿podría llamar un taxi para que me llevara a casa?
- 62 ¿Me voy a poner bien?

# ENGLISH

- 1 Yes. No. Don't know. I don't understand.
- 2 What is your name? Can you write it in English?
- 3 Please write your address.
- 4 How old are you?
- 5 Can you give us the name and telephone number or address of someone to be contacted?
- 6 You will be examined soon by a <sup>1</sup>doctor. <sup>2</sup>nurse.
- 7 Have you had an accident? When? (show on calendar and clock)
- 8 Did you lose consciousness?
- 9 When did you become ill? (show on calendar and clock)
- 10 Have you any pain? Point where. When did it start? (show on calendar and clock)
- 11 What is your level of pain? 1 (not in pain) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (chronic pain)
- 12 The pain, is it constant? Or does it come and go?
- 13 Have you any bleeding? Point where.
- 14 Do you have a cough? Do you cough anything up?  
What colour? white? yellow-green? red? brown?
- 15 Are you short of breath?
- 16 Have you vomited? Have you vomited blood?
- 17 Have you any diarrhoea?
- 18 Are you constipated?
- 19 Have you passed black stools?
- 20 Do your ankles swell?
- 21 Have you lost weight?
- 22 Have you difficulty <sup>1</sup>seeing? <sup>2</sup>hearing? <sup>3</sup>swallowing? <sup>4</sup>walking?
- 23 Have you ever had an operation? Point where.
- 24 When did your last menstrual period begin? (show on calendar)  
Are you pregnant? How many months pregnant are you?  
Could you possibly be pregnant? Can we do a pregnancy test?
- 25 Do you smoke? How many cigarettes a day?
- 26 Do you have <sup>1</sup>sugar diabetes? <sup>2</sup>epilepsy? <sup>3</sup>asthma?
- 27 Have you ever had <sup>1</sup>heart problems? <sup>2</sup>angina? <sup>3</sup>high blood pressure?  
<sup>4</sup>heart attack? <sup>5</sup>stroke? <sup>6</sup>jaundice? <sup>7</sup>hepatitis?
- 28 Are you allergic to any medicine? Penicillin? Aspirin? Any other medicine?
- 29 Are you taking any medicine now? Have you some with you?  
Are you taking any other drugs or natural remedies?
- 30 How many tablets have you taken?
- 31 Are you up to date with tetanus immunisation?

# ENGLISH

- 32 Have you been to a country outside the UK recently? Which one? When?
- 33 I am a: <sup>1</sup>nurse. <sup>2</sup>doctor. <sup>3</sup>first aider. <sup>4</sup>paramedic. <sup>5</sup>social worker.
- 34 May I examine you? Do you mind being examined by <sup>1</sup>a man? <sup>2</sup>a woman?
- 35 Sorry, this might hurt.
- 36 I need to take your blood pressure.
- 37 I need to listen to your chest.
- 38 I need to test your heart.
- 39 I need to examine you internally.
- 40 I need to give you an injection.
- 41 I need to pass this tube.
- 42 I need to take a sample of your blood.
- 43 I need to send you for an X-ray.
- 44 I need to give you some stitches.  
You need to go to your doctor to get your stitches out on this day (show on calendar and clock).
- 45 You have a broken/fractured: <sup>1</sup>leg. <sup>2</sup>ankle. <sup>3</sup>arm. <sup>4</sup>wrist. <sup>5</sup>shoulder.
- 46 You need to have a cast put on your: <sup>1</sup>leg. <sup>2</sup>ankle. <sup>3</sup>arm. <sup>4</sup>wrist.
- 47 You need to keep this (point) on until this date (show on calendar).
- 48 Please pass water into this container.
- 49 Do not eat or drink anything.
- 50 You may get up now.
- 51 You need to stay in hospital.  
Please wait until there is a bed available on the ward.
- 52 Everything will be all right. Don't worry.
- 53 Shall I call a taxi for you?
- 54 Use this if you need help.
- 55 Please wait. Please come this way. You may go home.
- 56 Please come back if you have more problems.
- 57 Let me repeat that back to you...

## Questions from patients

- 58 How long will I be waiting? up to 1 hour up to 2 hours up to 3 hours up to 4 hours
- 59 Will someone call my name?
- 60 Where is the telephone, I need to ring my family/friend?
- 61 Please can you call a taxi for me to go home?
- 62 Am I going to be alright?

# FRENCH

# FRANÇAIS

- 1 Oui. Non. Ne sais pas. Je ne comprends pas.
- 2 Comment vous appelez-vous ? Savez-vous écrire votre nom en anglais ?
- 3 Veuillez écrire votre adresse.
- 4 Quel âge avez-vous ?
- 5 Pouvez-vous nous donner le nom et le numéro de téléphone ou l'adresse d'une personne à contacter ?  
Vous serez bientôt examiné(e) par un(e) <sup>1</sup>médecin. <sup>2</sup>infirmière.
- 6 Avez-vous eu un accident ? Quand ? (indiquez le jour et l'heure sur le calendrier et la pendule)
- 7 Avez-vous perdu connaissance ?
- 8 Quand êtes-vous tombé malade ? (indiquez le jour et l'heure sur le calendrier et la pendule)
- 9 Avez-vous mal ? A quel endroit ? Depuis quand ? (indiquez le jour et l'heure sur le calendrier et la pendule).
- 10 Quel est votre niveau de douleur ? 1 (aucune douleur) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (douleur chronique)
- 11 Est-ce que c'est une douleur constante ou intermittente ?
- 12 Est-ce que vous saignez ? Où ?
- 13 Toussez-vous ? Crachez-vous quand vous toussiez ?  
De quelle couleur est le mucus : blanc ? jaune-vert ? rouge ? brun ?
- 14 Avez-vous le souffle court ?
- 15 Avez-vous vomi ? Avez-vous craché du sang ?
- 16 Avez-vous de la diarrhée ?
- 17 Etes-vous constipé(e) ?
- 18 Avez-vous des selles noires ?
- 19 Vos chevilles sont-elles enflées ?
- 20 Avez-vous maigri ?
- 21 Eprenevez-vous des difficultés à <sup>1</sup>voir ? <sup>2</sup>entendre ? <sup>3</sup>avalier ? <sup>4</sup>marcher ?
- 22 Avez-vous déjà été opéré(e) ? Indiquez à quel endroit.
- 23 A quand remonte votre dernier cycle menstruel ? (indiquez le jour sur le calendrier)  
Etes-vous enceinte ? Depuis combien de mois ?  
Seriez-vous enceinte ? Pouvons-nous vous faire un test de grossesse ?
- 24 Fumez-vous ? Combien de cigarettes par jour ?
- 25 Avez-vous <sup>1</sup>un diabète sucré ? <sup>2</sup>de l'épilepsie ? <sup>3</sup>de l'asthme ?
- 26 Avez-vous eu <sup>1</sup>des problèmes cardiaques ? <sup>2</sup>une angine ? <sup>3</sup>une hypertension artérielle ?  
<sup>4</sup>une crise cardiaque ? <sup>5</sup>une attaque ? <sup>6</sup>une jaunisse ? <sup>7</sup>une hépatite ?
- 27 Etes-vous allergique à un médicament ? La pénicilline ? L'aspirine ? Un autre médicament ?
- 28 Prenez-vous des médicaments en ce moment ? En avez-vous sur vous ?  
Prenez-vous d'autres médicaments ou des remèdes naturels ?
- 29 Combien de comprimés avez-vous pris ?
- 30 Votre vaccin antitétanique est-il à jour ?

- 32 Avez-vous dernièrement visité un autre pays que le RU ? Lequel ? Quand ?
- 33 Je suis un(e) : <sup>1</sup>infirmière. <sup>2</sup>médecin. <sup>3</sup>secouriste. <sup>4</sup>ambulancier. <sup>5</sup>travailleur social.
- 34 Puis-je vous examiner ? Acceptez-vous d'être examiné(e) par <sup>1</sup>un homme ? <sup>2</sup>une femme ?
- 35 Désolé(e), cela peut vous faire mal.
- 36 Je dois prendre votre tension artérielle.
- 37 Je dois écouter votre poitrine.
- 38 Je dois tester votre cœur.
- 39 Je dois vous faire un examen interne.
- 40 Je dois vous faire une piqûre.
- 41 Je dois vous intuber.
- 42 Je dois vous faire un prélèvement sanguin.
- 43 Je dois vous faire passer une radiographie.
- 44 Je dois vous faire des points de suture. Vous devez consulter votre médecin pour qu'il vous les enlève à cette date (indiquez le jour et l'heure sur le calendrier et la pendule).
- 45 Vous vous êtes cassé/fracturé : <sup>1</sup>la jambe. <sup>2</sup>la cheville. <sup>3</sup>le bras. <sup>4</sup>le poignet. <sup>5</sup>l'épaule.
- 46 Il faut vous plâtrer : <sup>1</sup>la jambe. <sup>2</sup>la cheville. <sup>3</sup>le bras. <sup>4</sup>le poignet.
- 47 Vous devez garder ceci (indiquez) jusqu'à cette date (indiquez le jour sur le calendrier).
- 48 Veuillez uriner dans ce récipient.
- 49 N'absorbez pas de nourritures ou de boissons.
- 50 Vous pouvez vous lever maintenant.
- 51 Vous devez rester à l'hôpital.  
Veuillez patienter jusqu'à ce qu'un lit se libère dans la salle commune.
- 52 Tout ira bien. Ne vous inquiétez pas.
- 53 Dois-je vous appeler un taxi ?
- 54 Utilisez ceci si vous avez besoin d'aide.
- 55 Veuillez patienter. Venez ici. Vous pouvez rentrer chez vous.
- 56 N'hésitez pas à revenir si vos problèmes s'aggravent.
- 57 Laissez-moi vous le répéter...

## Questions posées par les patients

- 58 Pendant combien de temps vais-je devoir attendre ? 1 heure max. 2 heures max. 3 heures max. 4 heures max.
- 59 Quelqu'un va-t-il m'appeler ?
- 60 Où se trouve le téléphone, je dois appeler ma famille/mon ami(e) ?
- 61 Pouvez-vous m'appeler un taxi pour que je rentre chez moi ?
- 62 Est-ce que je vais me rétablir ?

# GREEK

# ΕΛΛΗΝΙΚΑ

- 1 Ναι. Όχι. Δεν ξέρω. Δεν καταλαβαίνω.
- 2 Πώς λέγεστε; Μπορείτε να γράψετε το όνομά σας στα Αγγλικά;
- 3 Γράψτε τη διεύθυνσή σας.
- 4 Πόσων χρονών είστε;
- 5 Μπορείτε να μου δώσετε το όνομα και το τηλέφωνο ή τη διεύθυνση κάποιου γνωστού σας, για να έλθουμε σ' επαφή μαζί του αν χρειαστεί;
- 6 Θα σας εξετάσει σύντομα ένας γιατρός. μία νοσοκόμα.
- 7 Είχατε κάποιο δυστύχημα; Πότε; (δείξτε με το ημερολόγιο και το ρολόι)
- 8 Χάσατε τις αισθήσεις σας;
- 9 Πότε αρρωστήσατε; (δείξτε με το ημερολόγιο και το ρολόι)
- 10 Πονάτε πουθενά; Δείξτε με που. Πότε άρχισε ο πόνος; (δείξτε με το ημερολόγιο και το ρολόι).
- 11 Ποιο είναι το επίπεδο του πόνου σας; 1 (καθόλου πόνος) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (χρόνιος πόνος)
- 12 Ο πόνος είναι συνεχής; Ή κατά διαστήματα;
- 13 Είχατε αιμορραγία; Δείξτε με που.
- 14 Έχετε βήχα; Όταν βήχετε, φτύνετε τίποτα; Τί χρώμα; άσπρο; κιτρινοπράσινο; κόκκινο; καφέ;
- 15 Έχετε προβλήματα αναπνοής;
- 16 Κάνατε εμετό; Έχετε κάνει εμετό με αίμα;
- 17 Έχετε διάρροια;
- 18 Έχετε δυσκοιλιότητα;
- 19 Έχετε αποβάλει μαύρα κόπρανα;
- 20 Είναι πρησμένοι οι αστράγαλοί σας;
- 21 Έχετε χάσει βάρος;
- 22 Έχετε πρόβλημα όρασης; ακοής; κατάποσης; βαδίσματος;
- 23 Έχετε εγχειριστεί; Δείξτε με που.
- 24 Πότε άρχισε η τελευταία σας γυναικολογική περίοδος; (δείξτε με το ημερολόγιο)  
Είστε έγκυος; Πόσο μηνών είστε έγκυος;  
Θα μπορούσατε να είστε πιθανά έγκυος; Μου επιτρέπετε να σας κάνω ένα τεστ εγκυμοσύνης;
- 25 Καπνίζετε; Πόσα τσιγάρα την ημέρα;
- 26 Έχετε διαβήτη; επιληψία; άσθμα;
- 27 Είχατε ποτέ σας προβλήματα με την καρδιά σας; στηθάγχη; υψηλή πίεση;  
καρδιακή προσβολή; εγκεφαλικό; περάσει ίκτερο; ηπατίτιδα;
- 28 Έχετε αλλεργία σε κάποιο φάρμακο; Πενικιλίνη; Ασπιρίνη; Άλλο φάρμακο;
- 29 Παίρνετε φάρμακα αυτό το διάστημα; Τα έχετε μαζί σας;  
Παίρνετε κανένα άλλο φάρμακο ή κάνετε κάποια φυσική θεραπεία;
- 30 Πόσες ταμπλέτες έχετε πάρει;
- 31 Έχετε εμβολιαστεί πρόσφατα εναντίον του τέτανου;

- 32 Έχετε επισκεφτεί χώρα εκτός του Ηνωμένου Βασιλείου πρόσφατα; Ποιά; Πότε;
- 33 Είμαι: <sup>1</sup>νοσοκόμα. <sup>2</sup>γιατρός. <sup>3</sup>υπεύθυνος πρώτων βοηθειών. <sup>4</sup>οδηγός ασθενοφόρου.  
<sup>5</sup>κοινωνική λειτουργός.
- 34 Μπορώ να σας εξετάσω; Σας πειράζει αν εξεταστείτε από <sup>1</sup>έναν άντρα; <sup>2</sup>μία γυναίκα;
- 35 Συγγνώμη, αυτό ίσως πονέσει.
- 36 Πρέπει να σας πάρω την πίεση.
- 37 Πρέπει να ακούσω το στήθος σας.
- 38 Πρέπει να εξετάσω τη καρδιά σας.
- 39 Πρέπει να σας κάνω ευωτερική γυναικολογική εξέταση.
- 40 Πρέπει να σας κάνω ένεση.
- 41 Πρέπει να σας βάλω αυτόν τον σωλήνα.
- 42 Πρέπει να σας πάρω αίμα.
- 43 Πρέπει να σας βγάλω ακτινογραφία.
- 44 Πρέπει να σας κάνω μερικά ράμματα.  
Πρέπει να πατε στο γιατρό σας για να σας βγάλει τα ράμματα αυτή την ημέρα  
(δείξτε με το ημερολόγιο και το ρολόι).
- 45 Έχετε σπασμένο/ραγισμένο: <sup>1</sup>πόδι. <sup>2</sup>αστράγαλο. <sup>3</sup>βραχίονα (μπράτσο). <sup>4</sup>καρπό. <sup>5</sup>ώμο.
- 46 Πρέπει να σας βάλουν γύψο στο: <sup>1</sup>πόδι. <sup>2</sup>αστράγαλο. <sup>3</sup>βραχίονα (μπράτσο). <sup>4</sup>καρπό.
- 47 Πρέπει να το φοράτε αυτό (δείξτε το) μέχρι αυτή την ημερομηνία (δείξτε με το ημερολόγιο).
- 48 Παρακαλώ, ουρήστε σε αυτό το δοχείο.
- 49 Να μη φάτε, ούτε να πιείτε τίποτα.
- 50 Μπορείτε να σηκωθείτε.
- 51 Χρειάζεται να μείνετε στο νοσοκομείο.  
Παρακαλώ περιμένετε έως ότου βρεθεί ένα διαθέσιμο κρεβάτι στο θάλαμο.
- 52 Όλα θα πάνε καλά. Μην στενοχωριέστε.
- 53 Να σας καλέσω ένα ταξί;
- 54 Αν το χρειάζεστε, χρησιμοποιήστε το.
- 55 Παρακαλώ περιμένετε. Παρακαλώ ελάτε από δω. Μπορείτε να πηγαίνετε.
- 56 Σας παρακαλώ να επιστρέψετε αν τα προβλήματά σας συνεχίσουν.
- 57 Λοιπόν επαναλαμβάνω...

## Ερωτήσεις των ασθενών

- 58 Πόσο θα περιμένω; έως και 1 ώρα έως και 2 ώρες έως και 3 ώρες έως και 4 ώρες
- 59 Μπορεί κάποιος να καλέσει τ' όνομά μου;
- 60 Που είναι το τηλέφωνο, πρέπει να καλέσω την οικογένειά μου/τους φίλους μου.
- 61 Παρακαλώ μπορείς να μου καλέσεις ένα ταξί για να με πάει σπίτι;
- 62 Θα είμαι εντάξει;

# HUNGARIAN

# MAGYAR

- 1 Igen. Nem. Nem tudom. Nem értem.
- 2 Kérem, mondja meg a nevét. Le tudná írni angolul?
- 3 Kérem, írja le a címét.
- 4 Mennyi idős?
- 5 Meg tudná adni valakinek a nevét és címét vagy telefonszámát, akivel érintkezésbe léphetnénk?
- 6 Hamarosan megvizsgálja Önt egy <sup>1</sup>orvos. <sup>2</sup>ápoló.
- 7 Baleset érte Önt? Mikor? (mutassa meg a naptáron és az órán)
- 8 Elvesztette az eszméletét?
- 9 Mikor lett beteg? (mutassa meg a naptáron és az órán)
- 10 Fáj valamije? Mutassa meg, hol fáj. Mikor kezdett fájni? (mutassa meg a naptáron és az órán)
- 11 Milyen erős fájdalma van? 1 (nincs fájdalom) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (krónikus fájdalom)
- 12 Állandóan fáj, vagy csak időnként?
- 13 Vérzése volt? Mutassa meg, hol vérzett.
- 14 Köhög? Köhögéskor hoz fel köpetet?  
Ha igen, milyen a színe? fehér? sárgás zöld? vörös? barna?
- 15 Kapkodnia kell lélegzet után?
- 16 Hányt? Hányt vért?
- 17 Hasmenése van?
- 18 Székrekedése van?
- 19 Volt-e fekete széklete?
- 20 Fel szokott dagadni a bokája?
- 21 Fogyott?
- 22 Vannak <sup>1</sup>látási? <sup>2</sup>hallási? <sup>3</sup>nyelési? <sup>4</sup>járási nehézségei?
- 23 Operálták valaha? Mutassa meg, hol.
- 24 Mikor kezdődött az utolsó menstruációja? (mutassa meg a naptáron)  
Terhes? Ha igen, hány hónapos terhes?  
Lehetséges-e, hogy terhes? Elvégezhetnénk egy terhességi tesztet?
- 25 Dohányzik? Naponta hány cigarettát?
- 26 <sup>1</sup>Cukorbeteg? <sup>2</sup>epilepsziás? <sup>3</sup>asztmás?
- 27 Volt valaha <sup>1</sup>baja a szívével? <sup>2</sup>torokgyulladás? <sup>3</sup>magas vérnyomása?  
<sup>4</sup>infarktusa? <sup>5</sup>agyvérzése? <sup>6</sup>sárgasága? <sup>7</sup>májgyulladása?
- 28 Allergiás valamilyen gyógyszerre? Penicillinre? Aszpirinre? Más gyógyszerre?
- 29 Szed valamilyen gyógyszert jelenleg? Itt van Önnél?  
Szed valami más gyógyszert vagy gyógyhatású természetes készítményt?
- 30 Hány tablettát vett be?
- 31 Kapott mostanában tetanusz injekciót, ami jelenleg is védelemet biztosít?

- 32 Járt mostanában az Egyesült Királyságon kívül más országban? Melyikben? Mikor?
- 33 Én: <sup>1</sup>ápoló. <sup>2</sup>orvos. <sup>3</sup>elsősegélynyújtó. <sup>4</sup>paramedikus. <sup>5</sup>szociális munkás.
- 34 Megvizsgálhatom Önt? Óhajtja, hogy egy férfi vizsgálja meg? egy nő?
- 35 Elnézést, ez lehet, hogy fájni fog.
- 36 Meg kell mérnem a vérnyomását.
- 37 Meg kell hallgatnom a mellkasát.
- 38 Egy szívtesztet kell csinálnom.
- 39 Belső vizsgálatot kell végrehajtanom.
- 40 Injekciót kell adnom Önnek.
- 41 Be kell vezetnem ezt a csövet.
- 42 Vért kell vennem Öntől.
- 43 El kell küldenem Önt röntgenre.
- 44 Néhány öltésre van szüksége.  
Ezen a napon el kell mennie az Ön orvosához a varratok eltávolításához (mutassa meg a naptáron és az órán).
- 45 Önnek eltörött: a lába. a bokája. a karja. a csuklója. válla.
- 46 Be kell gipszelni az Ön: lábát. bokáját. karját. csuklóját.
- 47 Ezt (mutasson rá) eddig a dátumig nem szabad levenni (mutassa meg a naptáron).
- 48 Kérem, vizeljen ebbe az edénybe.
- 49 Semmit sem szabad ennie vagy innia.
- 50 Tessék, felkelhet.
- 51 Itt kell tartanunk a kórházban.  
Kérem, várjon, amíg előkészítünk egy ágyat az osztályon.
- 52 Nincs ok aggodalomra. Minden rendbe jön.
- 53 Hívhatok Önnek egy taxit?
- 54 Ha szüksége van valamire, használja ezt.
- 55 Kérem, várjon. Kérem, erre jöjjön. Hazamehet.
- 56 További problémák esetén, kérem, jöjjön vissza.
- 57 Kérem, hadd ismételjem ezt meg önnek...

## A beteg kérdései

- 58 Meddig kell várnom? legfeljebb 1 órát legfeljebb 2 órát legfeljebb 3 órát legfeljebb 4 órát
- 59 Valaki szólítani fogja a nevemet?
- 60 Hol van egy telefon? Fel kell hívnom a családomat/barátomat?
- 61 Kérem, hívna nekem egy taxit, hogy haza tudjak menni?
- 62 Minden rendben van velem?

- 1 Si. No. Non so. Non comprendo.
- 2 Come si chiama? Potrebbe scrivere il suo nome in inglese?
- 3 Per favore, voglia scrivere il suo indirizzo.
- 4 Quanti anni ha?
- 5 Potrebbe darci il nome, il numero di telefono o l'indirizzo di una persona da contattare?
- Appena possibile 'un medico 'un'infermiera la visiterà.
- 7 Ha avuto degli incidenti? Quando? (illustrare sul calendario e sull'orologio)
- 8 Ha perso conoscenza?
- 9 Quando si è ammalato? (illustrare sul calendario e sull'orologio)
- 10 Ha dolori? Indicare dove. Quando hanno avuto inizio? (illustrare sul calendario e sull'orologio)
- 11 Qual'è il livello di dolore che percepisce? 1 (nessun dolore) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (dolore cronico)
- 12 Si tratta di un dolore costante? O va e viene?
- 13 Ha delle perdite di sangue? Indicare dove.
- 14 Ha tosse? Tossendo, espettora della materia?  
Di quale colore? bianca? giallo-verde? rossa? marrone?
- 15 Respira affannosamente?
- 16 Ha vomitato? Ha vomitato sangue?
- 17 Ha diarrea?
- 18 Soffre di stitichezza?
- 19 Ha notato feci nere?
- 20 Ha gonfiori alle caviglie?
- 21 Ha perso peso?
- 22 Ha difficoltà a vedere? sentire? deglutire? camminare?
- 23 Ha mai subito un'operazione chirurgica? Indicare dove.
- 24 Quando è iniziato il suo ultimo periodo mestruale? (illustrare sul calendario)  
È gravida? Di quanti mesi?  
Potrebbe essere gravida? Possiamo effettuare un test di gravidanza?
- 25 Fuma? Quante sigarette al giorno?
- 26 Soffre di diabete mellito? epilessia? asma?
- 27 Ha mai avuto problemi cardiaci? angina? pressione sanguigna alta?  
attacchi cardiaci? ictus? itterizia? epatite?
- 28 È allergico a certe medicine? Penicillina? Aspirina? Qualsiasi altra medicina?
- 29 Attualmente sta prendendo medicine? Le ha portate con lei?  
Prende altre medicine o rimedi naturali?
- 30 Quante compresse ha assunto?
- 31 È in regola con la vaccinazione antitetanica?

- 32 Recentemente è stato in un paese esterno al Regno Unito? Quale? Quando?
- 33 Io sono: un'infermiera. un medico. un soccorritore. un paramedico. un'assistente sociale.
- 34 Posso visitarla? Desidera essere visitato da un uomo? da una donna?
- 35 Mi dispiace, può far male.
- 36 Dovrei misurarle la pressione sanguigna.
- 37 Dovrei auscultarla.
- 38 Dovrei controllarle il cuore.
- 39 Dovrei farle una visita interna.
- 40 Dovrei farle un'iniezione.
- 41 Dovrei inserire questo tubo.
- 42 Dovrei farle un prelievo di sangue.
- 43 Dovrei sottoporla ai raggi X.
- 44 Dovrei darle dei punti.  
In questa data dovrà farsi togliere i punti dal suo medico (illustrare sul calendario e sull'orologio).
- 45 Ha una frattura: alla gamba. alla caviglia. al braccio. al polso. alla spalla.
- 46 Dovremo ingessarle: la gamba. la caviglia. il braccio. il polso.
- 47 Dovrà portare questo (indicare) fino a questo giorno (illustrare sul calendario).
- 48 Per favore urini in questo contenitore.
- 49 Non mangi e non beva nulla.
- 50 Adesso può alzarsi.
- 51 Dovrebbe rimanere in ospedale.  
Per favore attenda qui fino a che ci sarà un letto libero nel reparto.
- 52 Andrà tutto bene. Non si preoccupi.
- 53 Posso chiamarle un taxi?
- 54 Usi questo se ha bisogno di aiuto.
- 55 Dovrebbe attendere. Venga di qua. Può ritornare a casa.
- 56 Non esiti a tornare se dovesse avere altri problemi.
- 57 Le spiego di nuovo...

## Domande dei pazienti

- 58 Quanto dovrò aspettare? fino a 1 ora fino a 2 ore fino a 3 ore fino a 4 ore
- 59 Mi chiameranno per nome?
- 60 Dov'è il telefono, devo chiamare la mia famiglia/un mio amico?
- 61 Per favore mi può chiamare un taxi per tornare a casa?
- 62 Andrà tutto a posto?

- 1 はい。 いいえ。 知りません。 わかりません。
- 2 お名前は？ 英語で書いて頂けますか？
- 3 住所を書いて下さい。
- 4 何才ですか？
- 5 連絡をとる方の名前と電話番号或いは住所、お分かりですか？  
すぐに 1 医師 2 看護師 が診察します。
- 7 事故に会った事がありますか？ 何時？（カレンダーと時計を使って示して下さい）
- 8 意識を失いましたか？
- 9 発病は何時ですか？（カレンダーと時計を使って示して下さい）
- 10 何処か痛みますか？ 場所を示して下さい。 何時痛みが始まりましたか？  
（カレンダーと時計を使って示して下さい）。
- 11 痛みの程度はどのくらいですか？ 1（痛みはない） 2 3 4 5 6 7 8 9 10（慢性の痛み）
- 12 痛みは連続的ですか？ それとも断続的ですか？
- 13 出血がありましたか？ 場所を示して下さい。
- 14 咳が出ますか？ 咳と一緒にたんが出ますか？  
色は？ 白色？ 黄緑色？ 赤色？ 褐色？
- 15 息切れがしますか？
- 16 吐きましたか？ 血を吐きましたか？
- 17 下痢していますか？
- 18 便秘していますか？
- 19 黒い便が出ましたか？
- 20 足首が腫れあがる事がありますか？
- 21 体重の減少がありましたか？
- 22 1 見る事 2 聞く事 3 呑み込み 4 歩行 に困難がありますか？
- 23 手術を受けた事がありますか？ どの手術だったか場所を示して下さい。
- 24 最も最近の生理の初日は？（カレンダーで示して下さい）  
妊娠していますか？ 妊娠何ヶ月ですか？  
妊娠している可能性がありますか？ 妊娠検査をしてもいいですか？
- 25 喫煙しますか？ 日に何本吸いますか？
- 26 1 糖尿病 2 てんかん 3 喘息 4 がありますか？
- 27 1 心臓病 2 狭心症 3 高血圧 4 心臓発作  
5 脳卒中 6 黄疸 7 肝炎 を患った事がありますか？
- 28 薬物にアレルギー反応を示しますか？ ペニシリン？ アスピリン？ その他の薬？
- 29 現在何らかの医薬を服用していますか？ 今手元にお持ちですか？  
そのほかに薬や自然健康薬品などを服用していますか？
- 30 薬は何錠飲みましたか？
- 31 破傷風の予防注射はまだ有効ですか？

- 32 最近英国外に行きましたか?    どの国ですか?    何時ですか?
- 33 私は    1看護師    2医師    3応急処置士    4救命士    5ソーシャルワーカー    です。
- 34 診察してもいいですか?    1男性?    2女性    が診察しても構いませんか?
- 35 すみません、痛いかもしれません。
- 36 血圧を計らせて下さい。
- 37 胸に聴診器を当てさせて下さい。
- 38 心臓を調べさせて下さい。
- 39 内診察をさせて下さい。
- 40 注射をさせて下さい。
- 41 このチューブの挿入をさせて下さい。
- 42 血液の採取をさせて下さい。
- 43 X線写真を撮ってきて下さい。
- 44 縫合をします。  
この日にあなたのいつものお医者さんで、抜糸してもらって下さい (カレンダーと時計を使って示して下さい)。
- 45 1脚    2足首    3腕    4手首    5肩    を骨折しています。
- 46 1脚    2足首    3腕    4手首    にギブスを着ける必要があります。
- 47 この日までこれを (指差して) 着けていてください。(カレンダーで示して下さい)。
- 48 この容器に尿を採取して下さい。
- 49 飲食をしないで下さい。
- 50 起き上がって結構です。
- 51 病院に滞在する必要があります。  
病室のベッドの用意ができるまでお待ち下さい。
- 52 すべて大丈夫です。    心配はありません。
- 53 タクシーを呼びましょうか?
- 54 手助けが必要な時はこれを使用して下さい。
- 55 お待ち下さい。    こちらへどうぞ。    お帰りになって結構です。
- 56 異状があったら、またおいで下さい。
- 57 繰り返して確認させてください。

## 患者からの質問

- 58 どのくらい待つのでしょうか。    1時間以内    2時間以内    3時間以内    4時間以内
- 59 名前を呼んで頂けますか?
- 60 電話はどこですか? 家族/友達に連絡したいので。
- 61 うちに帰るのでタクシーを呼んでください。
- 62 大丈夫でしょうか?

# POLISH

# POLSKI

- 1 Tak. Nie. Nie wiem. Nie rozumiem.
- 2 Jak się Pan/Pani nazywa? Czy może Pan/Pani to napisać po angielsku?
- 3 Proszę napisać swój adres.
- 4 Ile ma Pan/Pani lat?
- 5 Czy może Pan/Pani podać nazwisko i telefon albo adres osoby, z którą moglibyśmy się skontaktować?  
Zaraz zbada Pana/Panią <sup>1</sup>lekarz. <sup>2</sup>pielęgniarka.
- 6 Czy miał(a) Pan/Pani wypadek? Kiedy? (wskazać na kalendarzu i zegarze)
- 7 Czy stracił(a) Pan/Pani przytomność?
- 8 Kiedy Pan/Pani zachorował(a)? (wskazać na kalendarzu i zegarze)
- 9 Czy ma Pan/Pani jakieś bóle? Proszę wskazać, gdzie. Kiedy się zaczęły? (wskazać na kalendarzu i zegarze)
- 10 Proszę określić poziom bólu: 1 (brak bólu) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (ciągły ból)
- 11 Czy ten ból jest ciągły. Czy przerywany?
- 12 Czy miał(a) Pan/Pani jakiś krwotok? Proszę wskazać, gdzie.
- 13 Czy ma Pan/Pani kaszel? Czy wykrztusza Pan/Pani cokolwiek?  
Jakiego jest to koloru? białego? żółto-zielonego? czerwonego? brązowego?
- 14 Czy oddycha Pan/Pani swobodnie?
- 15 Czy miał(a) Pan/Pani wymioty? Czy wymiotował(a) Pan/Pani krwią?
- 16 Czy ma Pan/Pani biegunkę?
- 17 Czy ma Pan/Pani zaparcie?
- 18 Czy oddawał(a) Pan/Pani czarny stolec?
- 19 Czy puchną Panu/Pani kostki?
- 20 Czy stracił(a) Pan/Pani na wadze?
- 21 Czy ma Pan/Pani trudności z <sup>1</sup>widzeniem? <sup>2</sup>słuchem? <sup>3</sup>przełykaniem? <sup>4</sup>chodzeniem?
- 22 Czy przeszedł/przeszła Pan/Pani jakieś operacje? Gdzie, proszę wskazać na ciele.
- 23 Kiedy zaczęła się Pani ostatnia miesiączka? (wskazać na kalendarzu)  
Czy jest Pani w ciąży? W którym miesiącu?  
Czy istnieje możliwość, że jest Pani w ciąży? Czy możemy zrobić test ciążowy?
- 24 Czy Pan/Pani pali? Ile papierosów dziennie?
- 25 Czy cierpi Pan/Pani na <sup>1</sup>cukrzycę? <sup>2</sup>epilepsję? <sup>3</sup>astmę?
- 26 Czy miał(a) Pan/Pani <sup>1</sup>dolegliwości sercowe? <sup>2</sup>anginę? <sup>3</sup>wysokie ciśnienie?  
<sup>4</sup>atak serca? <sup>5</sup>wylew? <sup>6</sup>żółtaczkę? <sup>7</sup>wirusowe zapalenie wątroby?
- 27 Czy jest Pan/Pani uczulony(a) na jakiekolwiek lekarstwo? Penicylina? Aspiryna? Inne?
- 28 Czy przyjmuje Pan/Pani teraz jakieś lekarstwa? Czy ma je Pan/Pani przy sobie?  
Czy przyjmuje Pan/Pani inne lekarstwa lub leki naturalne?
- 29 Ile tabletek Pan/Pani zażył(a)?
- 30 Czy posiada Pan/Pani aktualne szczepienie przeciw tężcowi?

- 32 Czy przebywał(a) Pan/Pani ostatnio poza Zjednoczonym Królestwem? W jakim kraju? Kiedy?
- 33 Jestem: <sup>1</sup>pielęgniarką. <sup>2</sup>lekarzem. <sup>3</sup>udzielającym pierwszej pomocy. <sup>4</sup>pracownikiem paramedycznym.  
<sup>5</sup>pracownikiem socjalnym.
- 34 Czy mogę Pana/Panią zbadać? Czy nie ma Pan/Pani nic przeciwko temu, by być badanym(a) przez <sup>1</sup>mężczyznę? <sup>2</sup>kobietę?
- 35 Przepraszam, to może zabołec.
- 36 Trzeba zmierzyć Panu/Pani ciśnienie krwi.
- 37 Trzeba Pana/Panią osłuchać.
- 38 Trzeba zrobić Panu/Pani EKG.
- 39 Trzeba przebadać Pana/Panią wewnętrznie.
- 40 Trzeba dać Pani/Panu zastrzyk.
- 41 Trzeba założyć Panu/Pani tę rurkę.
- 42 Trzeba pobrać Pani/Panu próbkę krwi.
- 43 Trzeba zrobić Panu/Pani rentgen.
- 44 Trzeba założyć Panu/Pani kilka szwów.  
W celu wyjęcia szwów proszę udać się do swojego lekarza (wskazać na kalendarzu i zegarze).
- 45 Ma Pan/Pani złamaną/pękniętą: <sup>1</sup>nogę. <sup>2</sup>kostkę. <sup>3</sup>ramię. <sup>4</sup>nadgarstek. <sup>5</sup>bark.
- 46 Trzeba założyć Panu/Pani opatrunek unieruchamiający na: <sup>1</sup>nogę. <sup>2</sup>kostkę. <sup>3</sup>ramię. <sup>4</sup>nadgarstek.
- 47 Należy to (wskazać) nosić aż do (wskazać na kalendarzu).
- 48 Proszę oddać mocz do tego naczynia.
- 49 Proszę niczego nie jeść ani nie pić.
- 50 Czy może Pan/Pani wstać.
- 51 Musi Pan/Pani pozostać w szpitalu.  
Proszę poczekać, aż na oddziale zwolni się łóżko.
- 52 Wszystko będzie w porządku. Proszę się nie niepokoić.
- 53 Czy wezwać Panu/Pani taksówkę?
- 54 Proszę tego użyć, jeśli potrzebuje Pan/Pani pomocy.
- 55 Proszę poczekać. Proszę tędy. Może Pan/Pani iść do domu.
- 56 Proszę przyjść ponownie, jeśli pojawi się więcej problemów.
- 57 Pozwoli Pan/Pani, że powtórzę...

### Pytania zadawane przez pacjenta

- 58 Jak długo będę czekać? do 1 godziny do 2 godzin do 3 godzin do 4 godzin
- 59 Czy zostanę wywołany/a po nazwisku?
- 60 Gdzie jest telefon, muszę zadzwonić do rodziny/przyjaciół?
- 61 Czy mogę prosić o wezwanie taksówki, która odwiezie mnie do domu?
- 62 Czy wydobrzeję?

- 1 Da. Nu. Nu știu. Nu înțeleg.
- 2 Cum vă numiți? Știți să vă ortografiați numele în englezește?
- 3 Notați, vă rog, adresa dvs.
- 4 Ce vârstă aveți?
- 5 Ne puteți da numele și numărul de telefon sau adresa vreunei persoane cu care să putem intra în legătură?  
 Veți fi consultat în curând de 'un medic. 'o asistentă medicală.
- 7 Ați suferit un accident? Când? (arătați pe calendar și pe ceas)
- 8 V-ați pierdut cunoștința?
- 9 Când v-ați îmbolnăvit? (arătați pe calendar și pe ceas)
- 10 Aveți dureri? Arătați unde vă doare. Când s-au declanșat durerile? (arătați pe calendar și pe ceas)
- 11 Ce nivel de durere simțiți? 1 (nu simt durere) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (durere cronică)
- 12 Aveți dureri tot timpul? Sau numai din când în când?
- 13 Aveți sângerări? Arătați unde.
- 14 Tușiți? Expectoratiți?  
 Ce culoare are expectorația? albă? galben-verzuie? roșie? maronie?
- 15 Respirați cu greutate?
- 16 Ați vomitat? Ați vomitat sânge?
- 17 Aveți diaree?
- 18 Sunteți constipat?
- 19 Ați avut scaune de culoare neagră?
- 20 Vi se umflă gleznele?
- 21 Ați pierdut în greutate?
- 22 Aveți tulburări de 'vedere? 'auz? 'la înghițire? 'la mers?
- 23 Ați suportat vreodată o intervenție chirurgicală? Arătați unde.
- 24 Care a fost prima zi a ultimei menstruații? (arătați pe calendar)  
 Sunteți însărcinată? În ce lună de sarcină sunteți?  
 E posibil să fiți însărcinată? Putem să vă facem un test de sarcină?
- 25 Sunteți fumător? Câte țigări fumați pe zi?
- 26 Suferiți de 'diabet zaharat? 'epilepsie? 'astm?
- 27 Ați avut vreodată 'probleme cardiace? 'angină? 'tensiune arterială mare?  
 'infarct? 'accident vascular? 'icter? 'hepatită?
- 28 Sunteți alergic la vreun medicament? Penicilină? Aspirină? Alt medicament?
- 29 Luați vreun medicament în momentul de față? Îl aveți la dvs.?  
 Luați curent altă medicație sau remedii naturale?
- 30 Câte tablete ați luat?
- 31 Sunteți la zi cu vaccinările antitetanos?

- 32 Ați fost recent în vreo țară din afara Marii Britanii? În ce țară? Când?
- 33 Sunt: <sup>1</sup>asistent medical. <sup>2</sup>medic. <sup>3</sup>personal de prim-ajutor. <sup>4</sup>personal medical auxiliar. <sup>5</sup>lucrător social.
- 34 Îmi permiteți să vă consult? Vă deranjează dacă vă consultă <sup>1</sup>un bărbat? <sup>2</sup>o femeie?
- 35 Scuze, s-ar putea să vă doară.
- 36 Trebuie să vă iau tensiunea arterială.
- 37 Trebuie să vă ascult la plămâni.
- 38 Trebuie să vă verific inima.
- 39 Trebuie să vă fac un examen intern.
- 40 Trebuie să vă fac o injecție.
- 41 Trebuie să vă introduc acest tub.
- 42 Trebuie să vă iau o probă de sânge.
- 43 Trebuie să vă trimit la o radiografie.
- 44 Trebuie să vă pun niște copci.  
Trebuie să mergeți la medicul dvs. pentru a vă scoate copcile în ziua aceasta (arătați pe calendar și pe ceas).
- 45 Aveți o ruptură/fraktură de: <sup>1</sup>picioar. <sup>2</sup>gleznă. <sup>3</sup>braț. <sup>4</sup>articulația mâinii. <sup>5</sup>umăr.
- 46 Trebuie să vi se pună gips la: <sup>1</sup>picioar. <sup>2</sup>gleznă. <sup>3</sup>braț. <sup>4</sup>articulația mâinii.
- 47 Trebuie să țineți aceasta (arătați) până la această dată (arătați pe calendar).
- 48 Vă rog să urinați în acest vas.
- 49 Nu mâncați și nu beți nimic.
- 50 Acum puteți să vă ridicați.
- 51 Trebuie să rămâneți în spital.  
Vă rog să așteptați până se eliberează un pat în pavilion.
- 52 Se va rezolva totul. Nu vă faceți griji.
- 53 Să vă chem un taxi?
- 54 Folosiți aceasta dacă aveți nevoie de ajutor.
- 55 Vă rog să așteptați. Vă rog să veniți pe aici. Puteți pleca acasă.
- 56 Vă rog să reveniți dacă mai aveți probleme.
- 57 Dați-mi voie să vă mai spun o dată...

## Întrebări de la pacienți

- 58 Cât timp trebuie să aștept? până la 1 oră până la 2 ore până la 3 ore până la 4 ore
- 59 Mă va chema cineva după nume?
- 60 Unde este telefonul? Trebuie să-mi sun familia/prietenul.
- 61 Vă rog, puteți să-mi chemați un taxi pentru a merge acasă?
- 62 Mă voi face bine?

- 1 Да. Нет. Не знаю. Не понимаю.
- 2 Как вас зовут? Можете ли вы написать свое имя по-английски?
- 3 Пожалуйста, напишите ваш адрес.
- 4 Сколько вам лет?
- 5 Можете ли вы сообщить нам имя и номер телефона или адрес человека, с которым мы можем связаться?  
Вас скоро осмотрит <sup>1</sup>врачи. <sup>2</sup>медсестра.
- 7 С вами произошел несчастный случай? Когда? (показать по календарю и по часам)
- 8 Вы теряли сознание?
- 9 Когда вы заболели? (показать по календарю и по часам)
- 10 У вас что-нибудь болит? Покажите где. Когда боль появилась? (показать по календарю и по часам)
- 11 Как Вы оцените степень боли? 1 (не болит) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (болит постоянно)
- 12 Боль у вас постоянная или она проходит и опять появляется?
- 13 У вас было кровотечение? Покажите где.
- 14 Вы кашляете? Отходят ли с кашлем выделения?  
Какого цвета? белого? желто-зеленого? красного? бурого?
- 15 Вы задыхаетесь?
- 16 Вас тошнило? Была ли у Вас рвота с кровью?
- 17 У вас понос?
- 18 У вас запор?
- 19 Был ли у Вас стул черного цвета?
- 20 Ваши щиколотки распухают?
- 21 Похудели ли вы недавно?
- 22 Вам трудно <sup>1</sup>видеть? <sup>2</sup>слышать? <sup>3</sup>глотать? <sup>4</sup>ходить?
- 23 Вы когда-либо переносили операцию? Покажите где.
- 24 Когда началась ваша последняя менструация? (показать по календарю)  
Вы беременны? На каком вы месяце беременности?  
Можете ли Вы быть беременны? Вы позволите нам взять анализ на беременность?
- 25 Вы курите? Сколько сигарет в день?
- 26 Страдаете ли вы <sup>1</sup>диабетом? <sup>2</sup>эпилепсией? <sup>3</sup>астмой?
- 27 Были ли у Вас когда-либо <sup>1</sup>проблемы с сердцем? <sup>2</sup>стенокардия? <sup>3</sup>высокое артериальное давление?  
<sup>4</sup>сердечные приступы? <sup>5</sup>апоплексический удар? <sup>6</sup>разлитие желчи? <sup>7</sup>гепатит?
- 28 У вас есть аллергия на какое-нибудь лекарство? Пенициллин? Аспирин? Что-либо другое?
- 29 Вы принимаете какое-либо лекарство сейчас? Оно у вас есть с собой?  
Вы принимаете какие-нибудь другие медицинские препараты или природные средства?
- 30 Сколько таблеток Вы приняли?
- 31 Вам сделана прививка против столбняка? Не истек ли ее срок?

- 32 Выезжали ли Вы в последнее время за пределы Великобритании? Куда? Когда?
- 33 Я: <sup>1</sup>медсестра (медбрат). <sup>2</sup>врач. <sup>3</sup>специалист по оказанию первой помощи. <sup>4</sup>фельдшер.  
<sup>5</sup>социальный работник.
- 34 Вы позволите мне осмотреть Вас? Вы не возражаете, если Вас осмотрит <sup>1</sup>мужчина? <sup>2</sup>женщина?
- 35 Простите, сейчас может быть больно.
- 36 Мне нужно измерить ваше давление.
- 37 Мне необходимо прослушать вашу грудную клетку.
- 38 Мне необходимо проверить работу вашего сердца.
- 39 Мне нужно провести внутренний осмотр.
- 40 Мне нужно сделать вам укол.
- 41 Мне нужно провести эту трубку.
- 42 Мне нужно взять анализ вашей крови.
- 43 Мне нужно сделать вам рентгеновский снимок.
- 44 Мне нужно наложить вам швы.  
Вам необходимо обратиться в местное учреждение для снятия швов в этот день (показать по календарю и по часам).
- 45 У Вас перелом/трещина: <sup>1</sup>ноги. <sup>2</sup>лодыжки. <sup>3</sup>руки. <sup>4</sup>кисти. <sup>5</sup>плеча.
- 46 Вам необходимо наложить гипс на: <sup>1</sup>ногу. <sup>2</sup>лодыжку. <sup>3</sup>руку. <sup>4</sup>кисть.
- 47 Вам нельзя снимать это (указать) до этой даты (показать по календарю).
- 48 Пожалуйста, помочитесь в эту пробирку.
- 49 Ничего не ешьте и не пейте.
- 50 Теперь вы можете встать.
- 51 Вы должны остаться в больнице.  
Пожалуйста, подождите, пока в палате не освободится койка.
- 52 Все будет в порядке. Не волнуйтесь.
- 53 Вызвать Вам такси?
- 54 Пользуйтесь этим, если вам нужна помощь.
- 55 Пожалуйста, подождите. Пройдите сюда, пожалуйста. Вы можете идти домой.
- 56 Приходите к нам, если у Вас снова возникнут проблемы.
- 57 Позвольте мне повторить еще раз...

## Вопросы, задаваемые пациентами

- 58 Как долго мне придется ждать? не более 1 часа не более 2 часов не более 3 часов не более 4 часов
- 59 Меня вызовут по имени?
- 60 Где здесь телефон, мне нужно позвонить родным/знакомым?
- 61 Вы не могли бы вызвать для меня такси?
- 62 Я скоро поправлюсь?

- 1 Evet. Hayır. Bilmiyorum. Anlamadım.
- 2 Adınız nedir? Lütfen yazar mısınız?
- 3 Lütfen adresinizi yazınız.
- 4 Kaç yaşındasınız?
- 5 Temas kurabileceğimiz bir kişinin adını ve telefon numarasını veya adresini verebilir misiniz?  
Bir <sup>1</sup>doktor <sup>2</sup>hemşire tarafından kısa bir süre sonra muayene edileceksiniz.
- 7 Bir kaza geçirdiniz mi? Ne zaman? (takvim ve saat üzerinde gösterin)
- 8 Bayıldınız mı?
- 9 Ne zaman hastalandınız? (takvim ve saat üzerinde gösterin)
- 10 Bir yeriniz ağrıyor mu? Ağrıyan yere işaret ediniz. Ne zaman başladı? (takvim ve saat üzerinde gösterin)
- 11 Ağrı düzeyiniz nedir? 1 (ağrı yok) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (kronik ağrı)
- 12 Ağrınız hep var mı? Yoksa gelip gidiyor mu?
- 13 Kanama geçirdiniz mi? Kanayan yere işaret ediniz.
- 14 Öksürüyor musunuz? Öksürünce balgam geliyor mu?  
Ne renk? beyaz? sarı-yeşil? kırmızı? kahverengi?
- 15 Nefesiniz sıkışıyor mu?
- 16 Kustunuz mu? Kanlı kusma yaşadınız mı?
- 17 İshal misiniz?
- 18 Kabızlık çekiyor musunuz?
- 19 Koyu dışkı geçirdiniz mi?
- 20 Ayak bilekleriniz şişiyor mu?
- 21 Kilo verdiniz mi?
- 22 <sup>1</sup>Görmekte <sup>2</sup>İşitirken <sup>3</sup>Yutkunurken <sup>4</sup>Yürürken zorluk çekiyor musunuz?
- 23 Hiç ameliyat geçirdiniz mi? Ameliyat olduğunuz yere işaret ediniz.
- 24 En son adetiniz ne zaman başladı? (takvim üzerinde gösterin)  
Hamile misiniz? Kaç aylık hamilesiniz?  
Hamile olma ihtimaliniz var mı? Gebelik testi yapabilir miyiz?
- 25 Sigara içiyor musunuz? Günde kaç tane?
- 26 <sup>1</sup>Şeker hastalığınız <sup>2</sup>Epilepsi <sup>3</sup>Astım var mı?
- 27 Hiç <sup>1</sup>kalp rahatsızlığı <sup>2</sup>anjin <sup>3</sup>yüksek tansiyon  
<sup>4</sup>kalp krizi <sup>5</sup>felç <sup>6</sup>sarılık <sup>7</sup>karaciğer iltihabı geçirdiniz mi?
- 28 Alerjik olduğunuz ilaç var mı? Penisilin? Aspirin? Başka ilaçlar?
- 29 Şu anda ilaç alıyor musunuz? Aldığınız ilaç yanınızda mı?  
Başka ilaçlar veya doğal tedavi yöntemleri kullanıyor musunuz?
- 30 Kaç tane hap yuttunuz?
- 31 Tetanos aşınızın bağışıklığı geçerli mi?

- 32 Son zamanlarda Birleşik Krallık'ın dışında bir ülkede bulundunuz mu? Hangi ülkede? Ne zaman?
- 33 Ben: <sup>1</sup>hemşireyim. <sup>2</sup>doktorum. <sup>3</sup>ilk yardım görevlisiyim. <sup>4</sup>paramedik görevlisiyim (acil bakım teknikeri).  
<sup>5</sup>sosyal görevliyim.
- 34 Sizi muayene edebilir miyim? <sup>1</sup>Bir erkek <sup>2</sup>Bir kadın tarafından muayene edilmekten rahatsız olur musunuz?
- 35 Üzgünüm, bu biraz canınızı acıtabilir.
- 36 Tansiyonunuzu ölçmem gerekiyor.
- 37 Göğsünüzü dinlemem gerekiyor.
- 38 Kalbinizi test etmem gerekiyor.
- 39 Sizi dahili olarak muayene etmem gerekiyor.
- 40 İğne yapmam gerekiyor.
- 41 Bu tüpü geçirmem gerekiyor.
- 42 Sizden kan almam gerekiyor.
- 43 Sizi röntgen çekimine göndermem gerekiyor.
- 44 Size birkaç dikiş atmam gerekiyor.  
Bu gün (takvim ve saat üzerinde gösterin) doktorunuza gidip, dikişlerinizi aldirmalısınız.
- 45 Kırık/çatlak kemiğiniz var: <sup>1</sup>bacak. <sup>2</sup>ayak bileği. <sup>3</sup>kol. <sup>4</sup>el bileği. <sup>5</sup>omuz.
- 46 Şunu alçıya aldirmalısınız: <sup>1</sup>bacağınızı. <sup>2</sup>ayak bileğinizi. <sup>3</sup>kolunuzu. <sup>4</sup>el bileğinizi.
- 47 Bunu (gösterin) bu tarihe (takvim üzerinde gösterin) kadar saklamanız gerekiyor.
- 48 Lütfen bu kaba işeyin.
- 49 Hiçbir şey yemeyin ve içmeyin.
- 50 Artık kalkabilirsiniz.
- 51 Hastanede kalmanız gerekiyor.  
Koğuştta yatak boşalana kadar lütfen bekleyin.
- 52 Her şey iyi olacak. Endişe etmeyin.
- 53 Sizin için taksi çağırabilir miyim?
- 54 Yardıma ihtiyacınız olursa bunu kullanın.
- 55 Lütfen bekleyin. Lütfen buradan gelin. Eve gidebilirsiniz.
- 56 Şikayetleriniz devam ederse lütfen tekrar gelin.
- 57 Bunu size bir kez daha tekrar etmek istiyorum...

### Hastalardan gelen sorular

- 58 Ne kadar bekleyeceğim? 1 saat kadar 2 saat kadar 3 saat kadar 4 saat kadar
- 59 Ad okunarak mı çağırılacağım?
- 60 Telefon nerede? Ailemi/arkadaşlarımı aramam gerekiyor.
- 61 Eve gitmem için lütfen bana bir taksi çağırır mısınız?
- 62 Düzelecek miyim?

- 1 Так. Ні. Не знаю. Я не розумію.
- 2 Як Вас звать? Ви можете це написати англійською?
- 3 Будь ласка, запишіть Вашу адресу.
- 4 Скільки Вам років?
- 5 Ви можете дати нам ім'я, телефонний номер чи адресу кого-небудь, з ким можна зв'язатися?  
Незабаром Вас огляне 'лікар. 'медсестра.
- 7 Ви потрапили в аварію? Коли? (покажіть на календарі і годиннику)
- 8 Ви непритомніли?
- 9 Коли Ви занедужали? (покажіть на календарі і годиннику)
- 10 У Вас щось болить? Покажіть де. Коли це почалося? (покажіть на календарі і годиннику)
- 11 Виберіть ступінь болю, що відчуваєтеся? 1 (відсутність болю) 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (хронічний біль)
- 12 Біль продовжується постійно? Або вона проходить і починається знову?
- 13 У Вас є кровотеча? Покажіть де.
- 14 Ви кашляєте? Ви щось відхаркуєте?  
Якого кольору? білого? жовто-зеленого? червоного? коричневого?
- 15 Ви страждаєте задишкою?
- 16 Вас знудило? Вас вирвало кров'ю?
- 17 У Вас розлад шлунка?
- 18 Ви страждаєте на запор?
- 19 Чи були у Вас випорожнення чорного кольору?
- 20 У Вас опухають щиколотки?
- 21 Ви схуднули?
- 22 У Вас є труднощі із 'зором? 'слухом? 'ковтанням? 'ходьбою?
- 23 Вам коли-небудь робили операцію? Покажіть де.
- 24 Коли почався Ваш останній менструальний цикл? (покажіть на календарі)  
Ви вагітні? На якому Ви місяці вагітності?  
Чи можливо, що Ви вагітні? Ми можемо провести тест на вагітність?
- 25 Ви палите? Скільки сигарет на день?
- 26 Ви страждаєте на 'цукровий діабет? 'епілепсію? 'астму?
- 27 У Вас коли-небудь були 'серцево-судинні захворювання? 'ангіна? 'високий кров'яний тиск?  
'серцеві напади? 'інсульт? 'жовтяниця? 'гепатит?
- 28 Чи є у Вас алергія на які-небудь ліки? Пеніцилін? Аспірин? Які-небудь інші ліки?
- 29 Ви приймаєте які-небудь ліки в даний час? У Вас ці ліки із собою?  
Ви приймаєте які-небудь інші ліки чи натуральні препарати?
- 30 Скільки таблеток Ви прийняли?
- 31 Вам вчасно зробили протиправцеве щеплення?

- 32 Останнім часом Ви виїжджали за межі Великої Британії? У яку країну? Коли?
- 33 Я: <sup>1</sup>медсестра. <sup>2</sup>лікар. <sup>3</sup>санітар швидкої допомоги. <sup>4</sup>фельдшер. <sup>5</sup>соціальний працівник.
- 34 Я можу Вас оглянути? Ви не заперечуєте, якщо Вас огляне <sup>1</sup>чоловік? <sup>2</sup>жінка?
- 35 Пробачте, може бути боляче.
- 36 Мені необхідно вимірити Ваш кров'яний тиск.
- 37 Мені необхідно послухати Вашу грудну клітку.
- 38 Мені необхідно послухати Ваше серце.
- 39 Мені необхідно провести внутрішній огляд.
- 40 Мені необхідно зробити Вам укол.
- 41 Мені необхідно уставити цю трубку.
- 42 Мені необхідно взяти у Вас кров на аналіз.
- 43 Мені необхідно направити Вас на рентген.
- 44 Мені необхідно накласти Вам шви.  
Вам необхідно буде прийти до Вашого лікаря в цей день (покажіть на календарі і годинник), щоб зняти шви.
- 45 У Вас перелом/тріщина: <sup>1</sup>ноги. <sup>2</sup>щиколотки. <sup>3</sup>руки. <sup>4</sup>зап'ястя. <sup>5</sup>плеча.
- 46 Вам необхідно накласти гіпс на: <sup>1</sup>ногу. <sup>2</sup>щиколотку. <sup>3</sup>руку. <sup>4</sup>зап'ястя.
- 47 Вам доведеться ходити з цим (показати) до цього числа (покажіть на календарі).
- 48 Будь ласка, помочіться в цю склянку.
- 49 Нічого не їжте і не пийте.
- 50 Тепер Ви можете встати.
- 51 Вам потрібно залишитися в лікарні.  
Будь ласка, почекайте, поки в палаті не звільниться ліжко.
- 52 Усе буде гаразд. Не турбуйтеся.
- 53 Викликати Вам таксі?
- 54 Скористайтеся цим, якщо Вам буде потрібна допомога.
- 55 Будь ласка, почекайте. Сюди, будь ласка. Ви можете йти додому.
- 56 Будь ласка, приходьте, якщо виникнуть які-небудь ускладнення.
- 57 Дозвольте повторити вам це...

## Питання пацієнтів

- 58 Як довго потрібно чекати? приблизно 1 годину приблизно 2 години приблизно 3 години приблизно 4 години
- 59 Мене викличуть?
- 60 Де знаходиться телефон, мені потрібно зателефонувати родині/другові?
- 61 Ви не могли б викликати таксі, щоб я доїхав/доїхала додому?
- 62 Зі мною усе буде добре?



ANEXO VII (Cartaz – evite os salpicos)

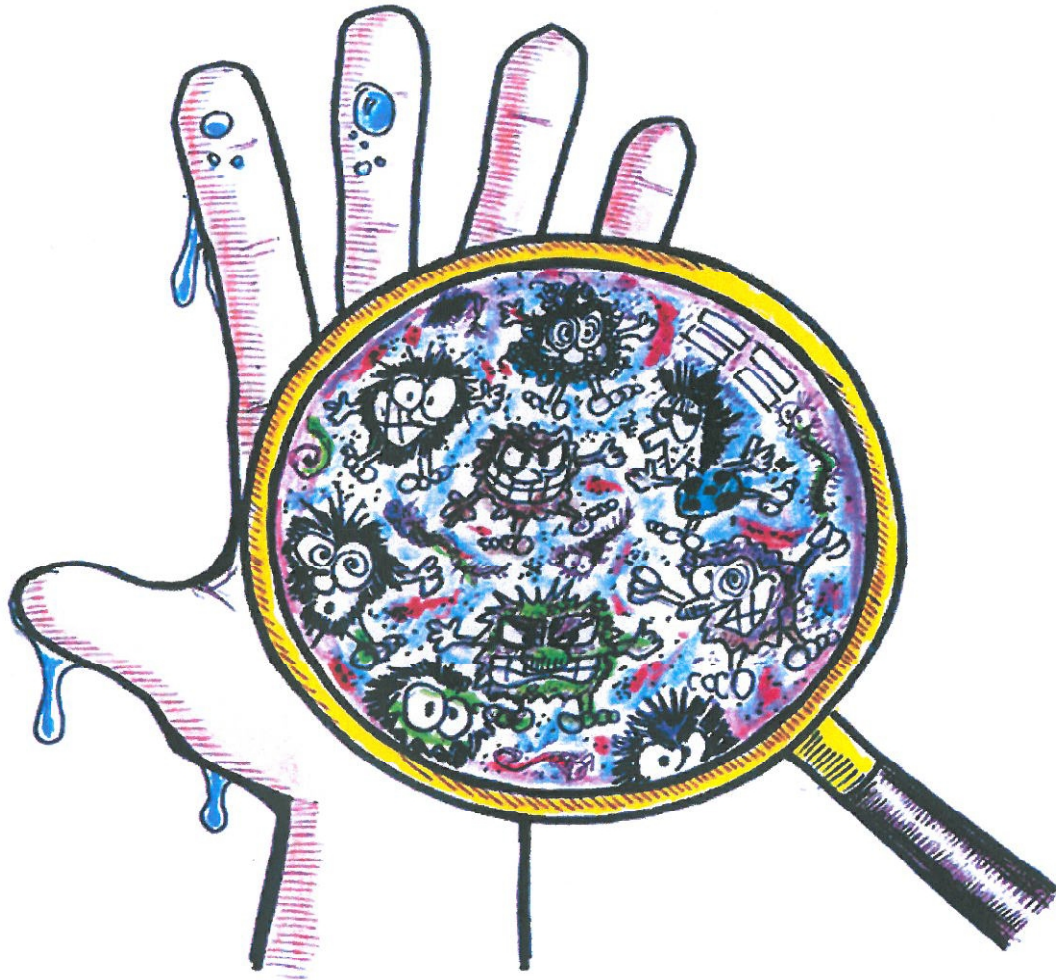
# Faça os despejos com suavidade...



## Evite os Salpicos!



ANEXO VIII Cartaz –lavagem das mãos



A higiene das mãos é  
uma prioridade!

Quando lavou as mãos  
pela última vez?



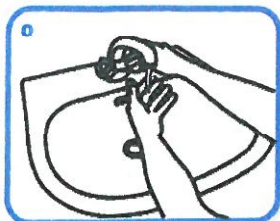
---

ANEXO IX Cartaz –Lavagem das mãos

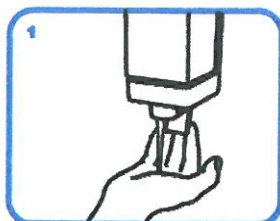
# Lavagem das mãos



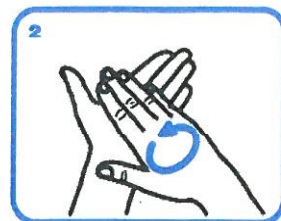
Duração total do procedimento: 40-60 seg.



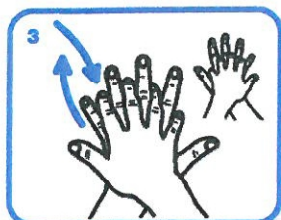
Molhe as mãos com água



Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



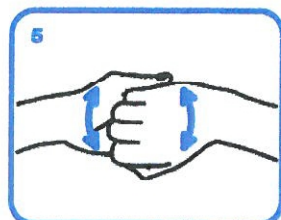
Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



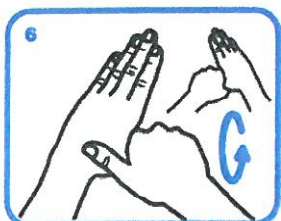
Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



Palma com palma com os dedos entrelaçados



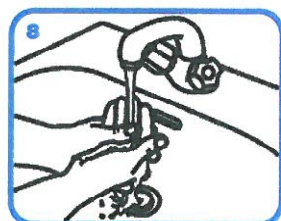
Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



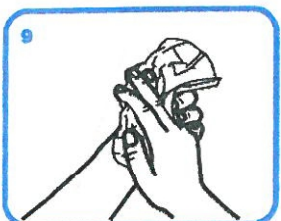
Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



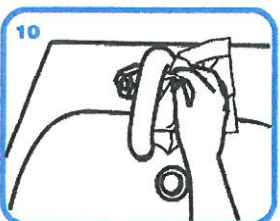
Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



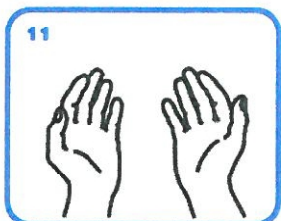
Enxague as mãos com água



Seque as mãos com toalhete descartável



Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



Agora as suas mãos estão seguras.

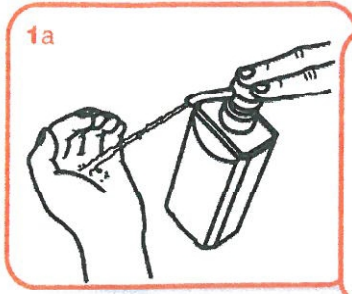


ANEXO X Cartaz – Desinfecção das mãos – OMS

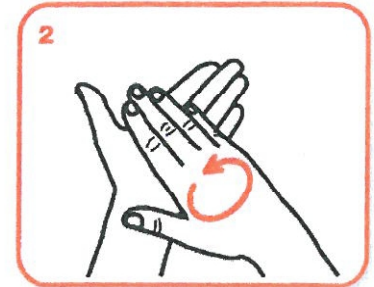
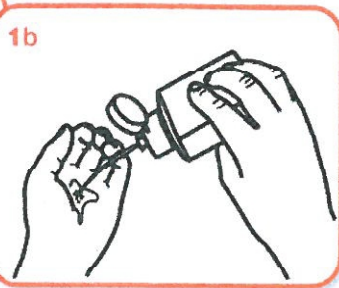
# Fricção Anti-séptica das mãos



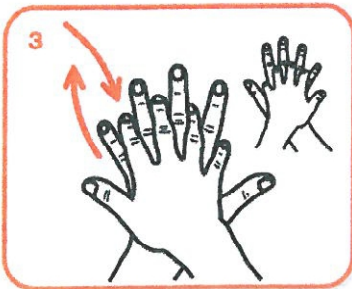
Duração total do procedimento: 20-30 seg.



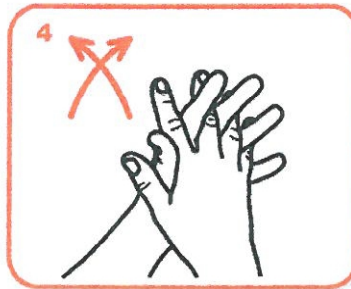
1a  
Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies



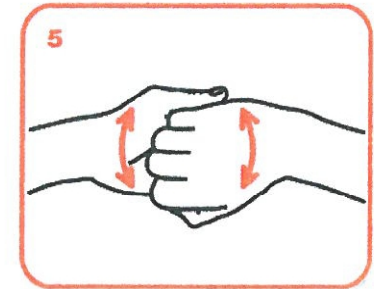
2  
Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



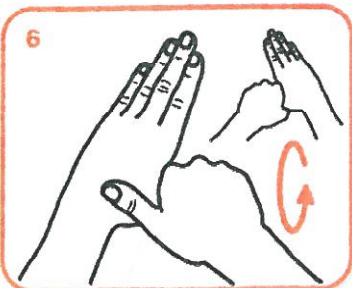
3  
Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



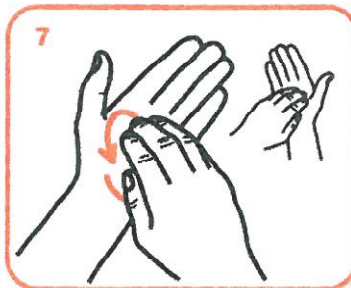
4  
As palmas das mãos com dedos entrelaçados



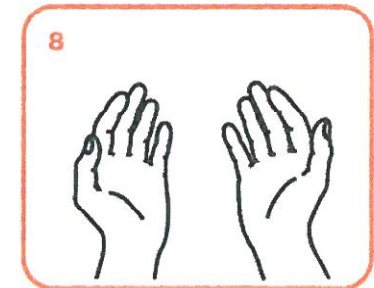
5  
Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados



6  
Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



7  
Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



8  
Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.



ANEXO XI Norma de Isolamento de Quarto de Pressão  
Negativa

# PRECAUÇÕES DE ISOLAMENTO



**Realizado por:** Enf<sup>o</sup>Rita Reis  
Aluna do Mestrado de Especialização em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa  
**Orientada por:** Enf<sup>a</sup> Paula Baptista

Novembro 2009



CENTRO HOSPITALAR DE  
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

## **Norma de Isolamento Respiratório**

### **Isolamento de Contenção – em quarto de pressão negativa**

## **Isolamento Respiratório em quarto de pressão negativa**

As precauções de via aérea aplicam-se a doentes com infeções suspeitas ou confirmadas por microorganismos transmitidos por partículas de dimensão inferior a 5  $\mu\text{m}$ . Estas podem manter-se em suspensão ou ser transportadas a longas distâncias por correntes de ar, podendo desta forma ser inaladas pelo hospedeiro susceptível num mesmo quarto ou muito longe da fonte, dependendo dos factores ambientais (correntes de ar, ventilação). Também aqui importa salientar que a principal via de transmissão exógena é o contacto directo ou indirecto (material e equipamento).

Nestas situações é necessário que o isolamento do doente seja feito em quarto individual preferencialmente, com pressão negativa. A porta do quarto deve manter-se fechada. Deverá ter um mínimo de 6 a 12 renovações de ar por hora.

Este tipo de isolamento aplica-se a patologias tais como: tuberculose pulmonar, varicela ou sarampo.

É possível tornar, se necessário, este isolamento em isolamento protector, com sistema de pressão positiva, no entanto esta alteração exige acompanhamento pela equipa de manutenção, pelo que não deve ser realizada por nenhum profissional de saúde.

É responsabilidade do profissional de saúde verificar o adequado funcionamento do sistema e reportar qualquer anomalia. Esta verificação consiste na leitura dos valores apresentados no visor da entrada da antecâmara, que deverá ser realizada todos os turnos, pelo chefe de equipa.



CENTRO HOSPITALAR DE  
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

## Norma de Isolamento Respiratório

### Isolamento de Contenção – Sistema de Ventilação com pressão negativa

#### Objectivos:

- Prevenir a transmissão de doenças infecciosas de um doente para outro(s), utentes e/ou profissionais.

#### Sistema de ventilação com pressão negativa:

- A unidade de pressão negativa é constituída pelo quarto, por uma antecâmara, por um sistema de ventilação próprio, que impede a saída de ar para fora da unidade de isolamento, é possível controlar essa pressão através de um monitor/visor que se encontra à entrada da antecâmara, que fornece dados sobre a temperatura e a pressão dentro do quarto (inferior a zero numa escala em *Pascal*), a pressão na antecâmara (superior a zero numa escala em *Pascal*);
- A programação dos dados anteriormente referidos são determinados pela equipa técnica contratada para o efeito e qualquer anomalia dever-lhe-á ser reportada;
- O quarto deve ter pressão negativa relativamente às áreas contíguas, e a exaustão feita para o exterior; se a saída de ar for feita para outras áreas do hospital, o ar deverá passar antes da exaustão por filtros de alta eficácia (filtros HEPA);
- A porta deverá estar sempre fechada (para se manter a pressão desejada);
- O doente deve permanecer sempre dentro do quarto;
- As áreas de isolamento devem conter todos os materiais, equipamentos e infraestruturas que permitam a contenção na fonte e a individualização de materiais (estetoscópio, monitor);
- No quarto de isolamento deverá permanecer apenas e somente o material indispensável;

- O equipamento de protecção individual (EPI) deverá estar na antecâmara;
- A colocação e a remoção do EPI, é realizada na antecâmara, respeitando criteriosamente a sequência preconizada para ambos os procedimentos;
- O profissional deve sempre entrar no isolamento com máscara tipo respirador;
- Se for necessário transportar o doente, este deve usar máscara cirúrgica;
- A antecâmara funciona como pressão positiva, daí que a porta do quarto do doente (porta interna) só abre quando a da antecâmara (porta externa), se encontrar fechada, funcionando como sistema de segurança;
- As entradas e saídas do quarto devem ser condicionadas;
- Restringir o número de visitas;
- Qualquer visita não pode entrar sem consultar o enfermeiro, esta segue os mesmos procedimentos de entrada que o profissional;
- O numero de profissionais a entrar no isolamento deve ser restrito, devendo haver pessoal dedicado;

### **Recursos Materiais:**

- Quarto individual;
- Máscara tipo Respirador;
- Viseira ou óculos de protecção (aquando da execução de técnicas invasivas ou probabilidade de salpicos);
- Luvas não esterilizadas, de uso único;
- Bata descartável, de uso único.

### **Limpeza e descontaminação:**

O material de limpeza deverá ser de uso exclusivo para a unidade de isolamento. A limpeza da unidade deverá respeitar as normas de limpeza instituídas pelo serviço e inclui a limpeza de chão e paredes até 2/3. Todo o material deverá ser limpo antes de ser usado noutro doente.

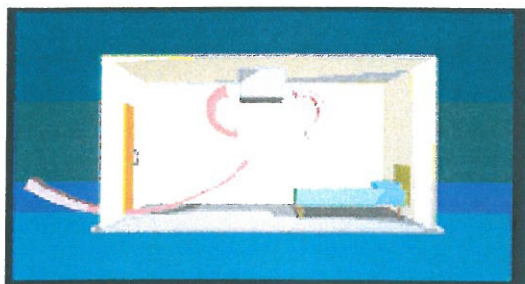


CENTRO HOSPITALAR DE  
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

## Norma de Isolamento Respiratório

Isolamento de Contenção – Sistema de Ventilação com pressão negativa

### Isolamento Respiratório Quarto Pressão Negativa



#### Objectivos:

- Prevenir a transmissão de doenças infecciosas de um doente para outro(s), utentes e/ou profissionais.

#### Recursos Materiais:

- Quarto individual;
- Máscara tipo Respirador;
- Viseira ou óculos de protecção (aquando da execução de técnicas invasivas ou probabilidade de salpicos);
- Luvas não esterilizadas, de uso único;
- Bata descartável, de uso único.



CENTRO HOSPITALAR DE  
LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

## Norma de Isolamento Respiratório

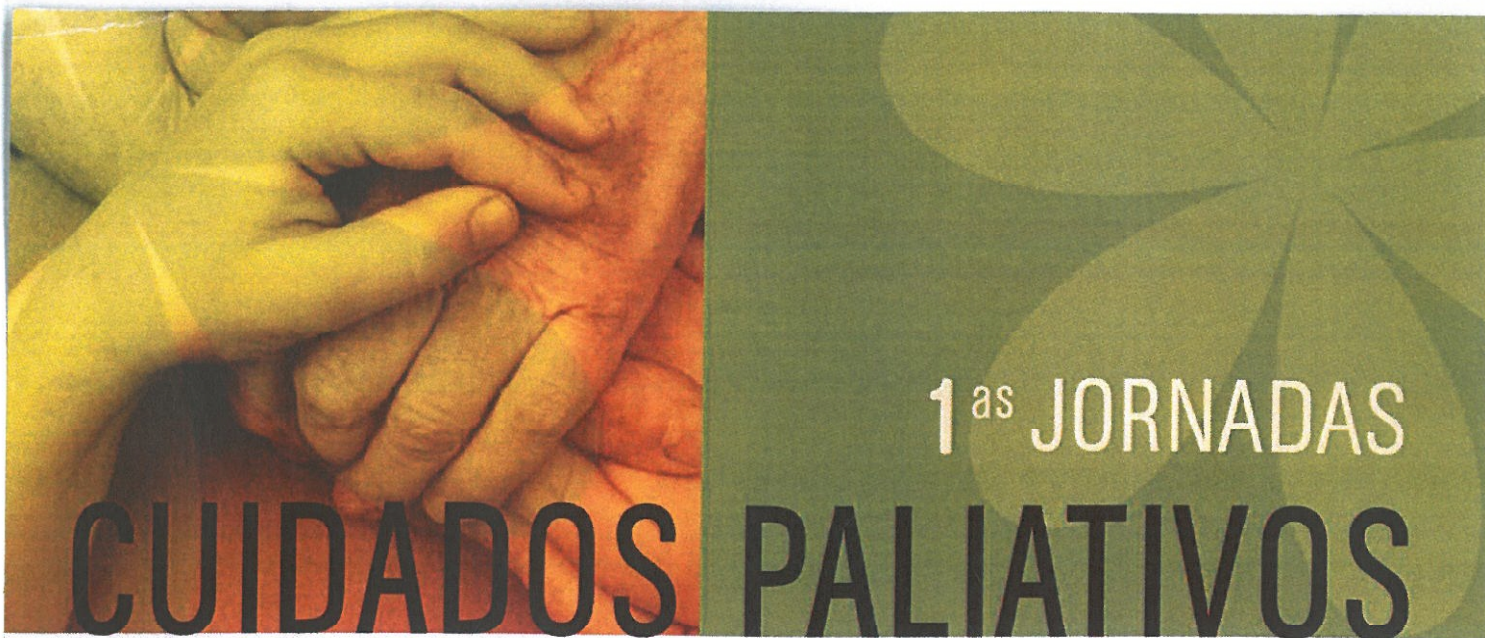
### Isolamento de Contenção – Sistema de Ventilação com pressão negativa

Procedimento	Justificação
<ul style="list-style-type: none"><li>• Doente em quarto individual de isolamento de pressão negativa;</li><li>• As portas devem estar sempre fechadas;</li><li>• A colocação e remoção de EPI, deve ser realizada na antecâmara;</li><li>• Cumprir rigorosamente a regra de permanência no quarto:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Usar fato de circulação</li><li>2. Proceder à lavagem e/ou desinfecção das mãos sempre que necessário;</li><li>3. Assegurar a existência de material de consumo clínico e de sacos para acondicionamento de roupas e resíduos, nos locais adequados</li><li>4. Colocar respirador</li><li>5. Vestir bata de uso único</li><li>6. Calçar luvas</li><li>7. Verificar manutenção do sistema (substituição dos filtros e funcionalidade do sistema de ar ambiente);</li></ol></li><li>• Cumprir rigorosamente as regras para a saída do quarto: descartar todo o EPI sem se contaminar e lavar as mãos na antecâmara;</li><li>• Informar e esclarecer o doente e/ou pessoas significativas sobre as necessidades, vantagens e regras do isolamento;</li><li>• Supervisar a recolha e acondicionamento de roupa e resíduos;</li><li>• Supervisar o número de visitas no quarto.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assegura a contenção na fonte;</li><li>• Assegura a contenção na fonte;</li><li>• Assegura a protecção individual e colectiva;</li><li>• Assegura a protecção individual e colectiva;</li> <li>• Garante barreiras eficazes na segurança individual e colectiva;</li><li>• Promove a auto-responsabilização e a colaboração de todos os intervenientes;</li><li>• Previne a disseminação da infecção;</li><li>• Previne a disseminação da infecção.</li></ul>



---

ANEXO XII “1ª Jornadas de Cuidados Paliativos”



Certifica-se que o(a) Sr.(a) Rita Carvalho

Participou nas 1as Jornadas de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E., realizadas nos dias 09 e 10 de Outubro de 2009, organizadas pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do IPOLFG.

Comissão Organizadora

Madalena Feio

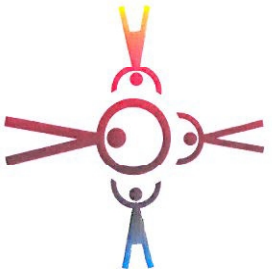
Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos





---

ANEXO XIII “1º Congresso Nacional de Cuidados  
Continuados”



**1º CONGRESSO  
NACIONAL  
CIDADADOS  
CONTINUADOS**

# **CERTIFICADO**

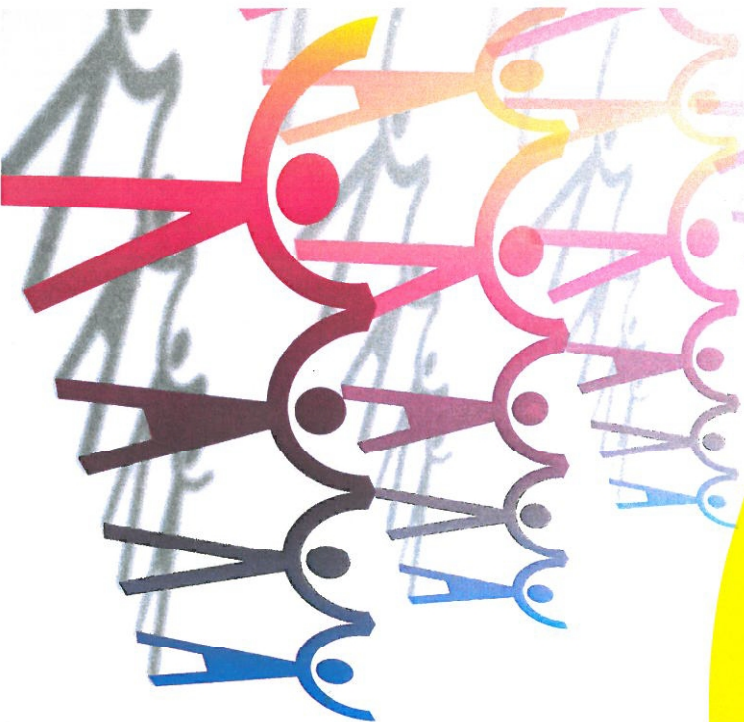
Certificamos que,

**RITA CRISTINA DA CRUZ DOS REIS CARVALHO**

estive presente no **1º Congresso Nacional de Cidadados Continuados**,  
que decorreu nos dias 30 e 31 de Outubro de 2009, no Centro de Congressos de  
Aveiro.

Aveiro, 31 de Outubro de 2009

*Dr. Manuel Caldas de Almeida*  
Presidente





---

ANEXO XIV “cuidados continuados integrados -  
planeamento de alta de enfermagem” –  
CHLO



Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos  
Núcleo de Formação

## CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Decreto Regulamentar n.º 35/2002 de 23 de Abril)

Rita Cristina da Cruz dos Reis Carvalho, nascido(a) a 18/04/1972, natural de Lisboa, de nacionalidade Portuguesa, sexo feminino, portador(a) do Cartão de Cidadão n.º 9910037, frequentou o Curso:

**“Cuidados Continuados Integrados - Planeamento de  
Alta de Enfermagem”**

Data de Realização: 2, 3, 4 e 10 de Novembro de 2009

Duração: 24 horas

Lisboa, 19 de Novembro de 2009

A Coordenadora do Núcleo de Formação

(Ana Cristina Alves)

Certificado n.º 1447/09

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa NIF: 507618319

Entidade Formadora Acreditada. Processo de Renovação n.º 028/08-11-2000. Despacho de 04-12-2000 do Ministério da Saúde

Modalidade de Formação: Formação Contínua

Área de Formação: Saúde (723)

### CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

- . Evolução dos Cuidados Continuados em Portugal
- . Análise da Legislação sobre Cuidados Continuados Integrados
- . Diferentes tipologias das instituições que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
- . Unidades de Internamento e Unidades de Cuidados Domiciliários ou em Ambulatório
- . Fluxograma de referenciação para a RNCCI
- . Consulta e análise de informação do *site* da Unidade de Missão
- . Planeamento de Alta de Enfermagem e referência para Equipa de Gestão de Altas do Hospital
- . Evolução dos Registos de Enfermagem. Situação actual.
- . Carta de Alta/Transferência de Enfermagem
- . Trabalho de grupo: Análise e discussão de casos. Elaboração de Nota de Alta/Transferência de Enfermagem
- . Identificação de situações de perda de autonomia
- . Critérios de referência/exclusão
- . Processo de Aprendizagem e Métodos de Ensino
- . Estudo e análise de casos

Observações: O Curso não prevê qualquer processo de avaliação, para além da avaliação de nível 1.



ANEXO XV 1º simpósio de Acessos vasculares

# CERTIFICADO



Associação Portuguesa de  
**Insuficientes Renais**

## 1.º SIMPÓSIO ACESSOS VASCULARES

Certifica-se que:

Enf.ª *Rita Reis Carvalho*

participou no 1.º Simpósio sobre "**ACESSOS VASCULARES**",  
realizado em Lisboa a 15 de Novembro de 2009.

O Presidente da Direcção Nacional

(Carlos Silva)

Via Principal de Peões, Lote 105  
Loja B – Zona I de Chelas  
1950-244 Lisboa  
Tel. 218 371 654  
apir@mail.telepac.pt

**LISBOA 09**  
15 DE NOVEMBRO



---

ANEXO XVI Questionário – Atendimento ao doente com  
H1N1

## QUESTIONÁRIO

A Prevenção e o Controle da Infecção Hospitalar reveste-se de uma importância fundamental no tratamento do utente que recorre ao Serviço de Urgência Geral. A pandemia de Gripe e o atendimento a doentes com suspeita de H1N1, exige de todos os profissionais de saúde uma maior consciencialização desta temática.

A opinião dos profissionais de saúde é uma informação preciosa no processo de melhoria.

No sentido de realizar um levantamento sobre as dificuldades/ necessidades dos profissionais na implementação de práticas correctas no atendimento ao utente com suspeita de Gripe “A”, solicita-se a sua colaboração no preenchimento deste questionário. Agradecemos desde já a sua colaboração.

### I

ENFERMEIRO       AAM

### II

Assinale com X, a/as respostas que mais se adequam.

1 - Considera ter formação/informação suficiente sobre os cuidados a ter com um utente com suspeita de H1N1?

SIM

NÃO

2 - Na sua opinião, qual/quais os factores que dificultam o cumprimento das Medidas de Isolamento no utente com suspeita de H1N1?

- Falta de formação sobre esta temática
- Não existência de material disponível para cumprir o isolamento
- Não ter evidência dos benefícios do cumprimento das medidas de isolamento
- Considerar que o cumprimento das medidas de isolamento não é uma prioridade
- Complexidade do utente
- Falta de tempo
- Falta de uma unidade adequada para isolamentos
- Outros, especifique - \_\_\_\_\_

3 - Na sua opinião, qual/quais os procedimentos mais descuidados na abordagem a este utente?

- Lavagem das mãos antes/após contacto com o utente
- Colocação do equipamento de protecção individual
- O retirar do equipamento de protecção individual
- Limpeza e desinfecção de superfícies ambientais
- Conhecimento das Precauções Básicas
- O ensino/informação ao utente
- Outros, especifique - \_\_\_\_\_

4 – Quanto à Lavagem das Mãos, qual/quais os momentos em que considera ocorrerem mais falhas?

- Quando entra no serviço e inicia o turno
- Antes de prestar cuidados ao utente
- Após prestar cuidados ao utente
- Antes de colocar luvas
- Após retirar luvas
- Antes de sair de uma unidade de isolamento
- Entre prestação de cuidados a diferentes utentes
- Entre procedimentos diferentes no mesmo utente (em zonas com grau de contaminação diferente)
- Outros, especifique – \_\_\_\_\_

5 – Se num turno, tiver dúvidas quanto à implementação de Medidas de Isolamento, como as esclarece?

- Procura informar-se junto do chefe de equipa
- Procura informar-se junto de colegas
- Procura informar-se junto do médico de serviço
- Recorre ao elo de ligação da comissão de controle de infecção do serviço
- Procura informação disponível no serviço – normas, manual da Comissão de Controlo de Infecção, intranet
- Outros, especifique – \_\_\_\_\_

### III –

#### SUGESTÕES

A sua opinião é útil, use o espaço seguinte, se o desejar, para contributos que visem a melhoria da Prevenção e Controlo de Infecção associada aos Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Gratas pela sua colaboração,

Enf<sup>ª</sup> Celina Duarte

Enf<sup>ª</sup> Paula Sares

Enf<sup>ª</sup> Rita Reis

(Alunas da Especialidade Médico-cirúrgica – Universidade Católica)



ANEXO XVII Apresentação estatística dos resultados do  
questionário – Atendimento ao doente  
com H1N1

## SUGESTÕES ENFERMEIROS

- Cartazes do modo de colocação da máscara
- Mais formação
- Melhoria das condições físicas/estruturais
- Mais dispositivos para lavagem das mãos
- Formação sobre a Gripe “A” obrigatória para:
  - Enfermeiros
  - Médicos
  - Auxiliares
  - Empregadas de limpeza
- Circuito de isolamento do utente
- Secções de esclarecimento sobre a vacina da Gripe “A”

## SUGESTÕES AUXILIARES

- Melhor resposta relativamente ao fardamento e lavagem do mesmo
- Serem informados sempre que um utente apresente suspeita de Gripe “A”.

**Serviço de Urgência Geral – HSFX**

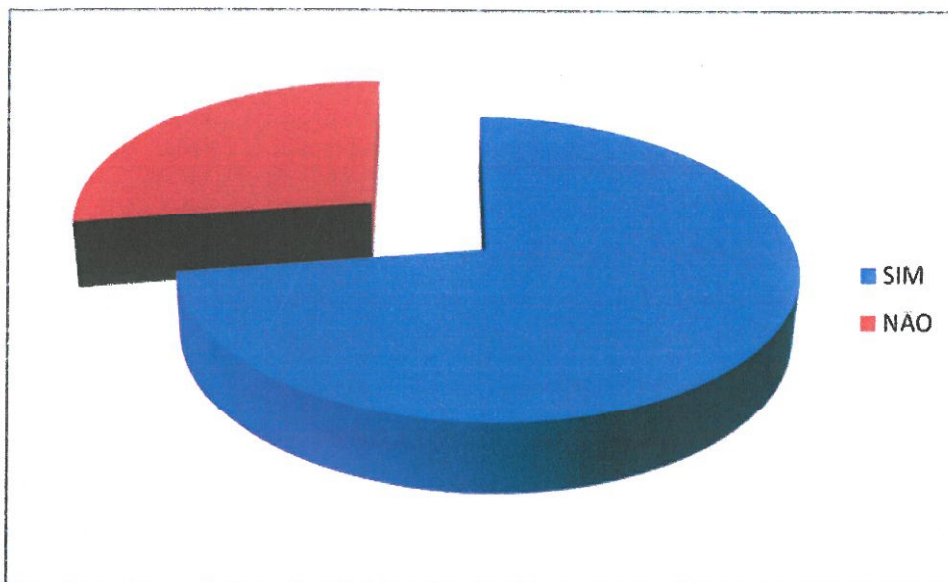
**Questionário realizado em Outubro/Novembro de 2009**

**Inserido no trabalho: “Cuidados a ter com o doente com suspeita de Gripe A”**

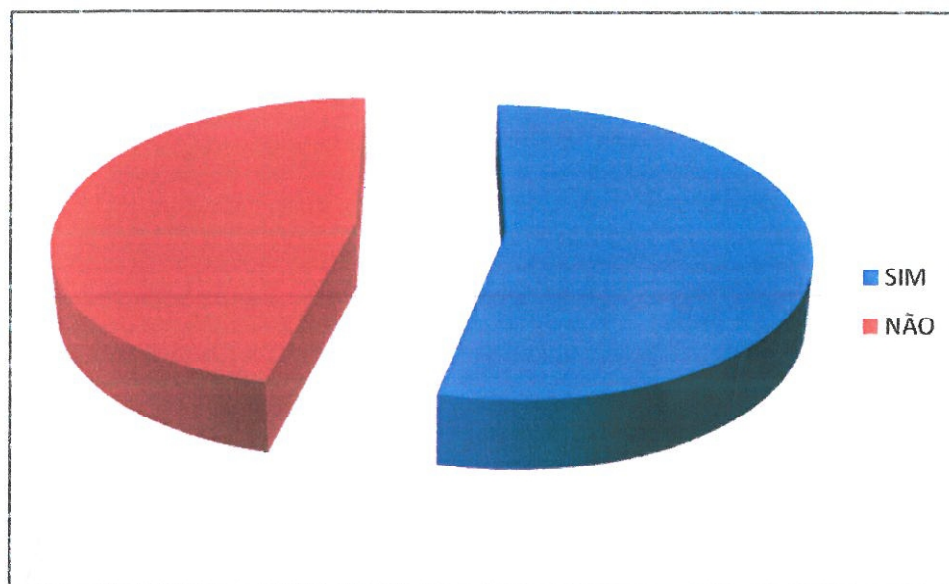
**Mestrado Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – UCP**

**Celina Duarte; Paula Sares; Rita Reis**

Considera ter formação/informação suficiente sobre os cuidados a ter com um utente com suspeita de H1N1?



Enfermeiros

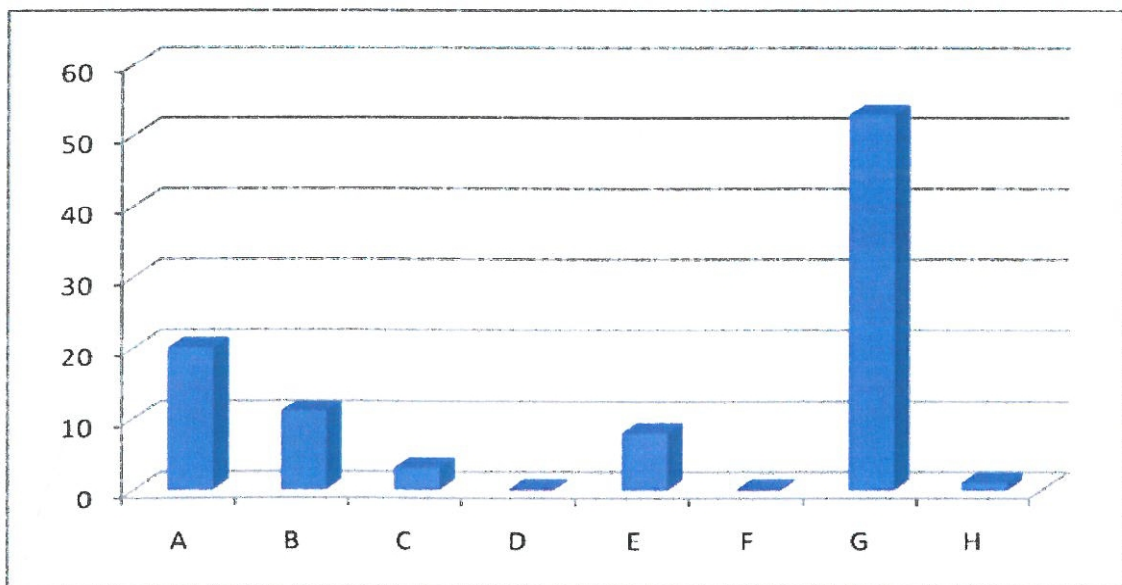


Auxiliares

**ENFERMEIROS**

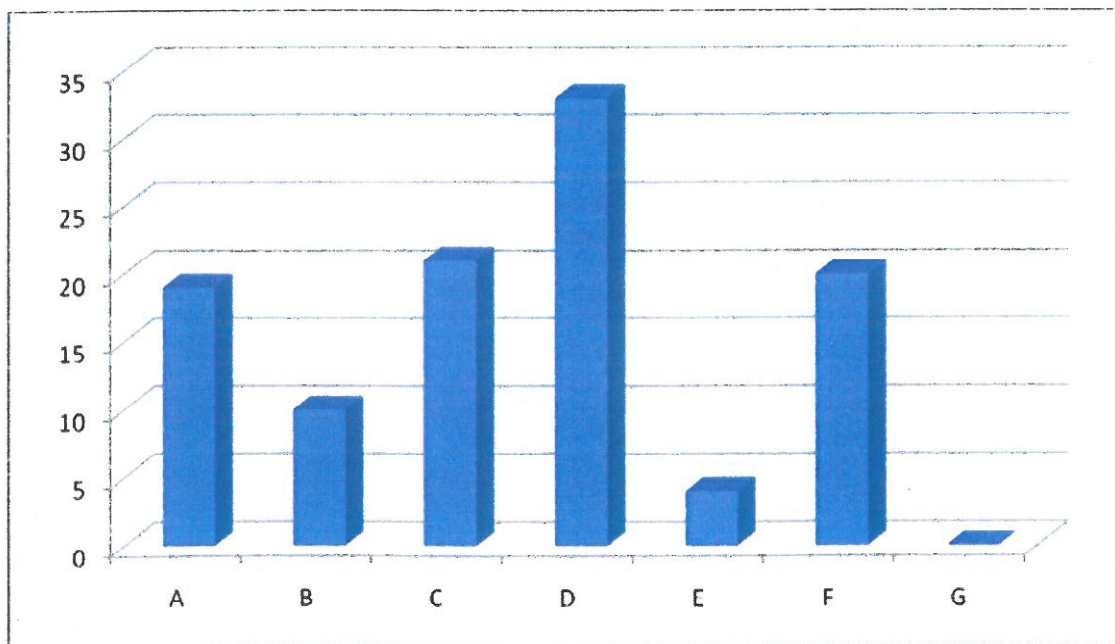
**Na sua opinião, qual/quais os factores que dificultam o cumprimento das Medidas de Isolamento no doente com suspeita de H1N1?**

A	Falta de formação sobre esta temática	20
B	Não existência de material disponível para cumprir o isolamento	11
C	Não ter evidência dos benefícios do cumprimento das medidas de isolamento	3
D	Considerar que o cumprimento das medidas de isolamento não é uma prioridade	0
E	Complexidade do doente	8
F	Falta de tempo	0
G	Falta de uma unidade adequada para isolamentos	53
H	Outros	1



**ENFERMEIROS**

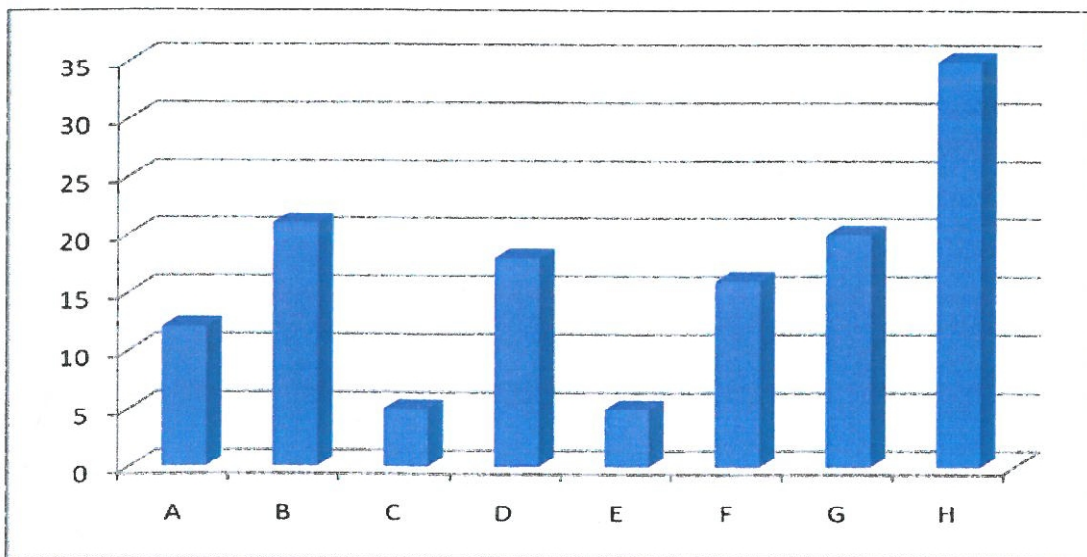
<b>Na sua opinião, qual/quais os procedimentos mais descuidados na abordagem a este doente?</b>		
A	Lavagem das mãos antes/após contacto com o doente	20
B	Colocação do equipamento de protecção individual	12
C	O retirar do equipamento de protecção individual	21
D	Limpeza e desinfeção de superfícies ambientais	35
E	Conhecimento das Precauções Básicas	4
F	O ensino/informação ao doente	26
G	Outros -	1



**ENFERMEIROS**

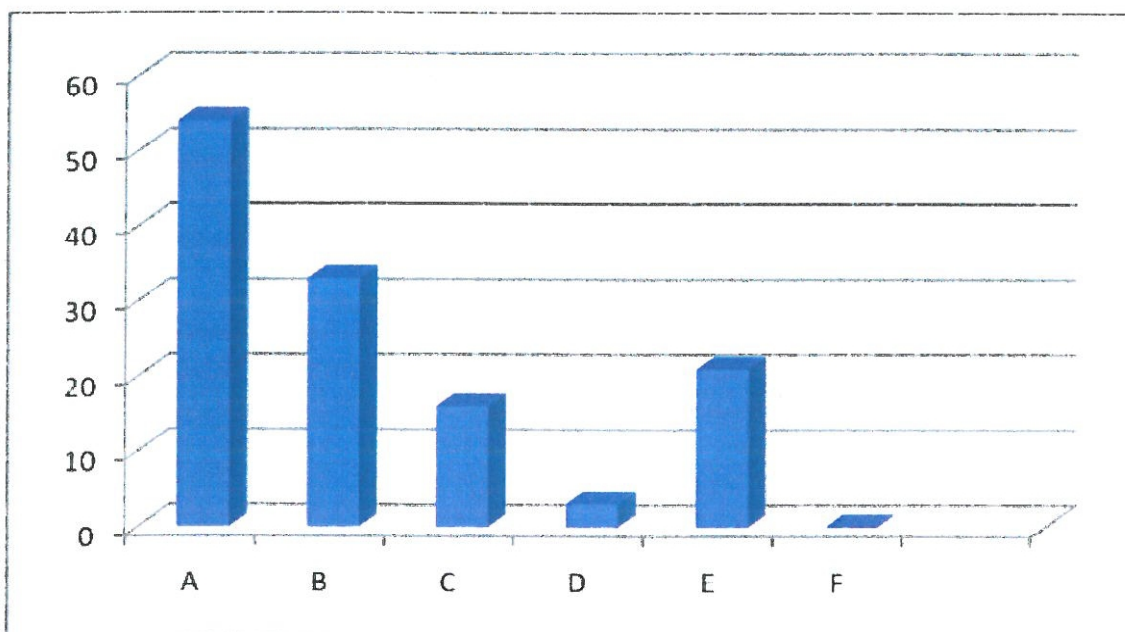
**Quanto à Lavagem das Mãos, qual/quais os momentos em que considera ocorrerem mais falhas?**

A	Quando entra no serviço e inicia o turno	12
B	Antes de prestar cuidados ao doente	21
C	Após prestar cuidados ao doente	5
D	Antes de colocar luvas	18
E	Após retirar luvas	5
F	Antes de sair de uma unidade de isolamento	16
G	Entre prestação de cuidados a diferentes doentes	20
H	Entre procedimentos diferentes no mesmo doente (em zonas com grau de contaminação diferente)	35
I	Outros –	0



**ENFERMEIROS**

<b>Se num turno, tiver dúvidas quanto à implementação de Medidas de Isolamento, como as esclarece?</b>		
A	Procura informar-se junto do chefe de equipa	54
B	Procura informar-se junto de colegas	33
C	Procura informar-se junto do médico de serviço	16
D	Recorre ao elo dinamizador da comissão de controle de infeção do serviço	3
E	Procura informação disponível no serviço – normas, manual da Comissão de Controlo de Infeção, intranet	21
F	Outros –	0



**Na sua opinião, qual/quais os factores que dificultam o cumprimento das Medidas de Isolamento no doente com suspeita de H1N1?**

ENFERMEIROS E AAM:

R: Falta de uma unidade adequada para isolamentos

**Na sua opinião, qual/quais os procedimentos mais descuidados na abordagem a este doente?**

AAM - Lavagem das mãos antes/após contacto com o doente

ENF - Limpeza e desinfeção de superfícies ambientais

**Quanto à Lavagem das Mãos, qual/quais os momentos em que considera ocorrerem mais falhas?**

AAM - Quando entra no serviço e inicia o turno

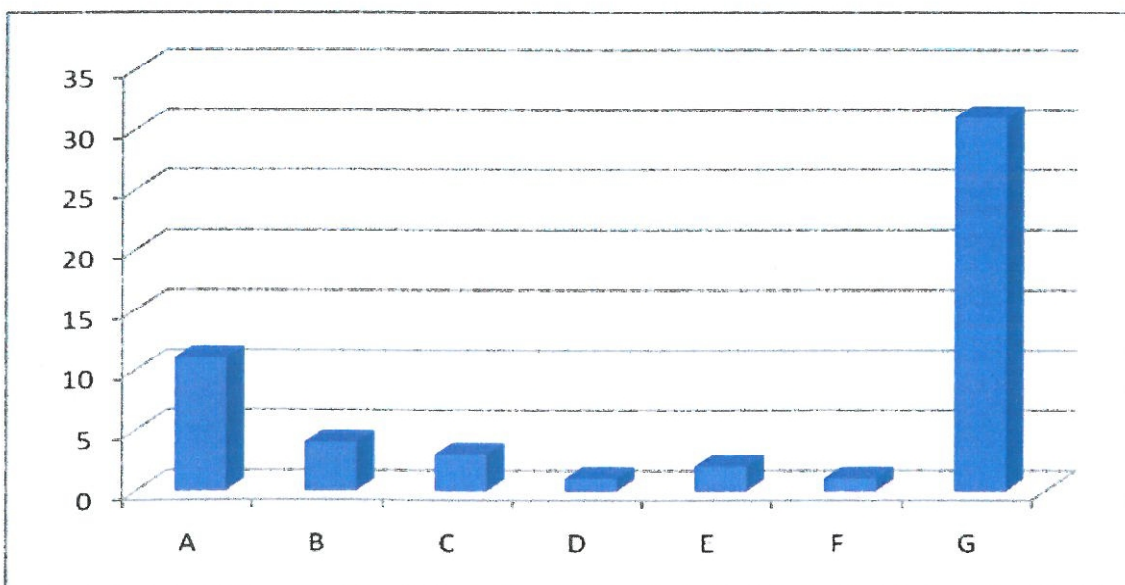
ENF - Entre procedimentos diferentes no mesmo doente (em zonas com grau de contaminação diferente)

**Se num turno, tiver dúvidas quanto à implementação de Medidas de Isolamento, como as esclarece?**

R: Procura informar-se junto do chefe de equipa

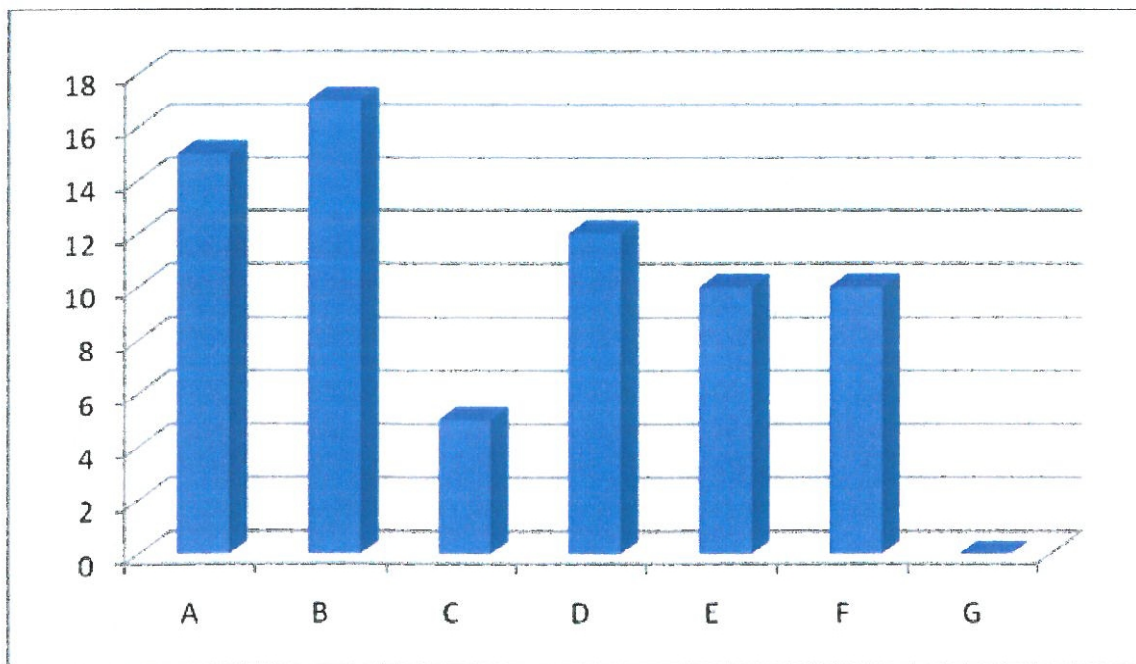
**AAM**

Na sua opinião, qual/quais os factores que dificultam o cumprimento das Medidas de Isolamento no doente com suspeita de H1N1?		
A	Falta de formação sobre esta temática	11
B	Não existência de material disponível para cumprir o isolamento	4
C	Não ter evidência dos benefícios do cumprimento das medidas de isolamento	3
D	Considerar que o cumprimento das medidas de isolamento não é uma prioridade	1
E	Complexidade do doente	2
F	Falta de tempo	1
G	Falta de uma unidade adequada para isolamentos	31



**AAM**

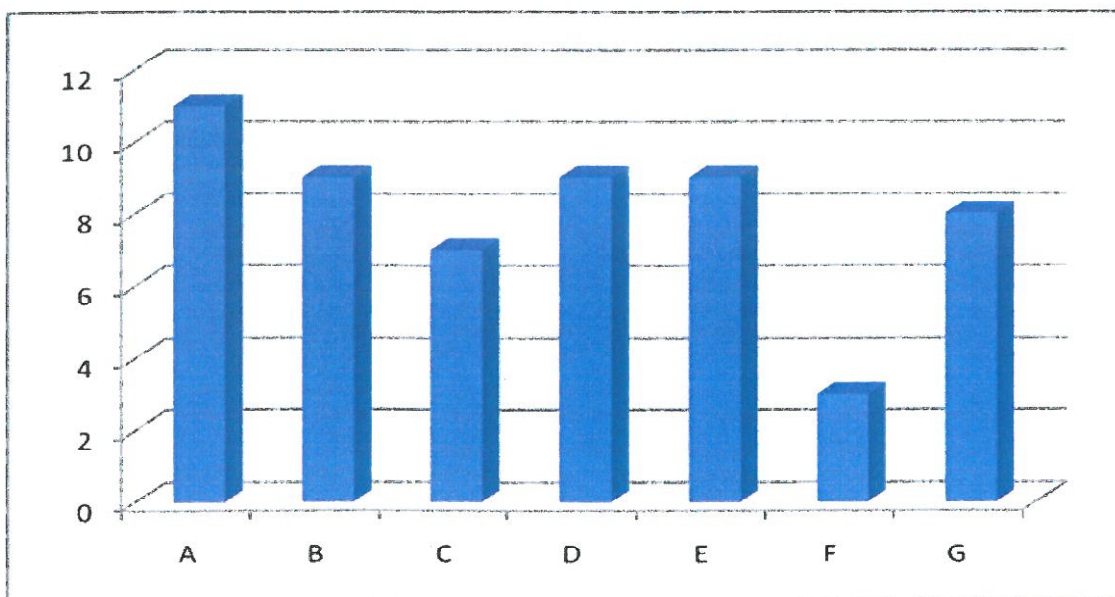
Na sua opinião, qual/quais os procedimentos mais descurados na abordagem a este doente?		
A	Lavagem das mãos antes/após contacto com o doente	15
B	Colocação do equipamento de protecção individual	17
C	O retirar do equipamento de protecção individual	5
D	Limpeza e desinfeção de superfícies ambientais	12
E	Conhecimento das Precauções Básicas	10
F	O ensino/informação ao doente	10
G	Outros -	0



**AAM**

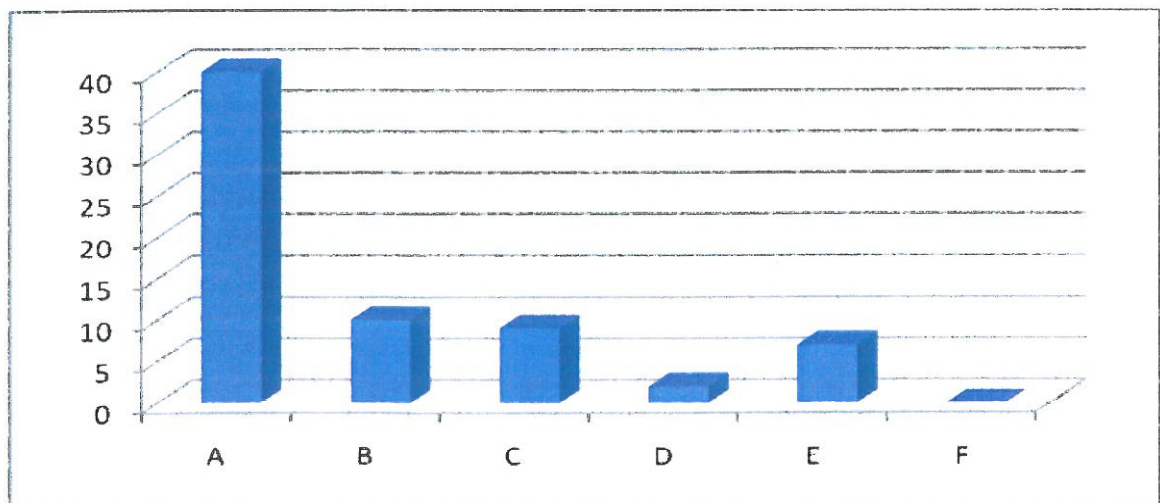
**Quanto à Lavagem das Mãos, qual/quais os momentos em que considera ocorrerem mais falhas?**

A	Quando entra no serviço e inicia o turno	11
B	Antes de prestar cuidados ao doente	9
C	Após prestar cuidados ao doente	7
D	Antes de colocar luvas	9
E	Após retirar luvas	9
F	Antes de sair de uma unidade de isolamento	3
G	Entre prestação de cuidados a diferentes doentes	8
H	Entre procedimentos diferentes no mesmo doente (em zonas com grau de contaminação diferente)	18
I	Outros –	0



AAM

Se num turno, tiver dúvidas quanto à implementação de Medidas de Isolamento, como as esclarece?		
A	Procura informar-se junto do chefe de equipa	40
B	Procura informar-se junto de colegas	10
C	Procura informar-se junto do médico de serviço	9
D	Recorre ao elo dinamizador da comissão de controle de infeção do serviço	2
E	Procura informação disponível no serviço – normas, manual da Comissão de Controlo de Infecção, intranet	7
F	Outros –	0





ANEXO XVIII Folheto de Medidas de isolamento

## **Colabore com a equipa de enfermagem no melhor tratamento do seu familiar ou amigo.**

- Respeite as precauções básicas afim de evitar infeções
- O uso de material de protecção individual é fundamental
- Restrinja o seu contacto à unidade do doente que visita
- Respeite as regras de isolamento estipuladas pelo serviço
- Não traga objectos para a unidade do doente sem conhecimento da enfermeira
- Respeite as orientações do médico ou enfermeiro.

Se tiver alguma dúvida ou necessitar de algum esclarecimento, não hesite em contactar a equipa de enfermagem.

As mãos são as principais responsáveis pela transmissão da infeção nos hospitais. A sua correcta lavagem é essencial para a prevenção da infeção hospitalar.

Proteja o seu doente, procedendo à lavagem das mãos à entrada e à saída do quarto.



A equipa de enfermagem do Serviço de Urgência deseja-lhe uma rápida recuperação.

### **Realizado por:**

Enf<sup>te</sup> Celina Duarte  
Enf<sup>te</sup> Paula Sares  
Enf<sup>te</sup> Rita Reis

Mestrado de Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica—UCP

**HSFX—Serviço de  
Urgência**

**Tel: 210431113**

**CHLO-HSFX**  
Serviço de  
Urgência Geral

**MEDIDAS DE  
ISOLAMENTO**



**Novembro 2009**

# MEDIDAS DE ISOLAMENTO

O seu familiar ou amigo encontra-se em isolamento, o que significa que quando o visitar terá que ter alguns cuidados.

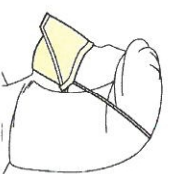
O isolamento é um importante instrumento no controlo da infeção hospitalar.

## ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO



Higienização das mãos

1 - Desinfecte as mãos com solução alcoólica à entrada do quarto



2 - Coloque a máscara de modo a cobrir o nariz, boca e queixo, ajuste ao nariz e aperte as fitas na parte posterior da cabeça.



Luvas e Avental

3 - Coloque a bata, vestindo pela frente e apertando-a atrás das costas. Calce as luvas.



Quarto privado

4 - Se quarto de isolamento - mantenha a porta fechada! Limite entradas e saídas a o m í n i m o indispensável.

Proceda à sua visita de modo normal, tente ser breve.

É fundamental que mantenha a máscara enquanto está no quarto.

Antes de sair do quarto ou da unidade do doente retire:

1º luvas

2º bata

Retire a máscara após sair do quarto.

A bata e luvas devem ser descartadas no saco plástico branco e não devem ser nunca sair do quarto ou da unidade individual



Higienização das mãos

Desinfecte as mãos com solução alcoólica à saída do quarto



ANEXO XIX Sessão de formação – Medidas de  
Protecção e prevenção da Gripe A

## Acção de Formação

Dia 9, 10 e 11 de Novembro de 2009

8h30m

Sala do Piso 0

# **Medidas de Precaução e Prevenção da Gripe**



**Destinatários:** Toda a equipa do Serviço de Urgência Geral do HSFX

**Celina Duarte  
Paula Sares  
Rita Reis**

Mestrado Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Mestrado Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

## Acção de Formação

**Tema:** Medidas de Precaução e Prevenção da Gripe A

**Formadores:** Celina Duarte; Paula Sares; Rita Reis

**Objectivo Geral:** Sensibilizar os profissionais para a problemática das medidas de precaução e prevenção da Gripe A

**Objectivos específicos:**

- Prevenir a transmissão da infecção cruzada pelo vírus H1N1, no Serviço de Urgência
- Sensibilizar para a prática de cuidados ao doente com suspeita de H1N1, de forma segura;
- Uniformizar procedimentos;
- Contribuir para a minimização do impacto da gripe no Serviço de Urgência;

**Data:** 9,10 e 11 de Novembro de 2009

**Horário:** 8h30m

**Duração:** 30 min.

**Local:** Sala do Serviço de Urgência do Piso 0

**Destinatários:** Toda a equipa do Serviço de Urgência do HSFX

**Meios Auxiliares:** Computador, Data-Show

**Metodologia:** Expositiva/ activa - com recurso a simulação com Equipamento de Protecção Individual

## Acção de Formação – plano de acção

### Tema: Medidas de Prevenção e Prevenção da Gripe A

Local: Sala do Serviço de Urgência do HSFx – Piso 0

Data: 9, 10 e 11 de Novembro de 2009 Horário: 8h30m Duração: 30 minutos

Objectivo: Sensibilizar os profissionais para a problemática das medidas de precaução e prevenção da Gripe A;

Objectivos específicos: **Prevenir a transmissão da infecção cruzada pelo vírus H1N1, no serviço de Urgência;**  
**Sensibilizar par a prática de cuidados ao doente com suspeita de H1N1, de forma segura;**  
**Contribuir para a minimização do impacto da gripe no Serviço de Urgência.**

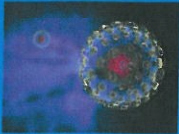
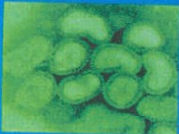
Destinatários: Toda a equipa do Serviço de Urgência do HSFx

Conteúdos	Metodologia	Meios áudio-visuais/ Recursos	Tempo	Formadoras
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Introdução</b> -Apresentação -Tema -Apresentação de objectivos <input checked="" type="checkbox"/> <b>Desenvolvimento</b> - Apresentação dos resultados do estudo realizado no SU - Definição -EPI - Precauções básicas e respiratórias	<input checked="" type="checkbox"/> Método Expositivo  <input checked="" type="checkbox"/> Método Expositivo <input checked="" type="checkbox"/> Método Activo (demonstração da colocação e remoção do EPI)	<input type="checkbox"/> Data – Show  <input type="checkbox"/> Data - Show  <input type="checkbox"/> Data – Show	➤ 5 minutos  ➤ 20 minutos  ➤ 5 minutos	➤ Paula Sares  ➤ Paula sares ➤ Rita Reis ➤ Celina Duarte  ➤ Celina Duarte
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Conclusão</b> - Síntese - Avaliação - informal	<input checked="" type="checkbox"/> Método Expositivo			

Mestrado Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - UCP

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental  
Hospital de S. Francisco Xavier  
Serviço de Urgência Geral

## Medidas de Protecção e Prevenção da Gripe A

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E.  
Instituto de Cardiocirculação e Respiração

## Medidas de Protecção e Prevenção da Gripe A

Celma Duarte  
Paula Sares  
Rita Reis

Membros do Curso de Mestrado Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

Novembro 2009

### Medidas de Protecção e Prevenção da Gripe A

#### Objectivo Geral

- Sensibilizar os profissionais do Serviço de Urgência para as medidas de protecção e prevenção da Gripe A

### Medidas de Protecção e Prevenção da Gripe A

#### Objectivos Específicos

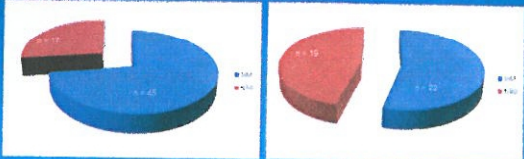
- Prevenir a transmissão da infecção cruzada pelo vírus H1N1, no Serviço de Urgência
- Sensibilizar para a prática de cuidados ao doente com suspeita de H1N1, de forma segura;
- Uniformizar procedimentos;
- Contribuir para a minimização do impacto da gripe no Serviço de Urgência.

### Levantamento realizado no serviço sobre as dificuldades/necessidades dos profissionais, na implementação das práticas correctas no atendimento ao doente com suspeita de Gripe A

- Período de 23 a 31 de Outubro de 2009
- Amostra: 69% AAM  
68% Enfermeiros

### Considera ter formação/informação suficiente sobre os cuidados a ter com um utente com suspeita de H1N1?

Profissão	Sim	Não
Enfermeiros	45	10
Auxiliares	50	15



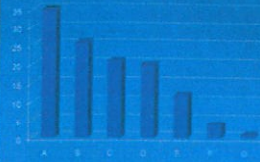
Na sua opinião, qual/quais os factores que dificultam o cumprimento das Medidas de Isolamento no doente com suspeita de H1N1?

	Enf.	AAM
Falta de uma unidade adequada para isolamento	85,3% (n=53)	78,6% (n=31)
Falta de formação sobre esta temática	42,3% (n=26)	36,8% (n=11)
Não existência de material disponível para cumprir o isolamento	17,7% (n=11)	9,8% (n=4)
Complexidade do doente	13,9% (n=8)	4,9% (n=2)
Não ter evidência dos benefícios do cumprimento das medidas de isolamento	4,8% (n=3)	7,3% (n=3)
Falta de tempo	0	3,4% (n=1)
Considerar que o cumprimento das medidas de isolamento não é uma prioridade	0	3,4% (n=1)

## Enfermeiros

Na sua opinião, qual/quais os procedimentos mais descuidados na abordagem a este doente?

A	Limpeza e desinfeção de superfícies ambientais	35
B	O ensino/informação ao doente O retirar do equipamento de protecção individual	26
C	Lavagem das mãos antes/aps contacto com o doente	21
D	Colocação do equipamento de protecção individual	20
E	Conhecimento das Precauções Básicas	12
F	Outros	4
G		1



## Auxiliares

Na sua opinião, qual/quais os procedimentos mais descuidados na abordagem a este doente?

A	Colocação do equipamento de protecção individual	17
B	Lavagem das mãos antes/aps contacto com o doente	15
C	Limpeza e desinfeção de superfícies ambientais	12
D	Conhecimento das Precauções Básicas	10
E	O ensino/informação ao doente	10
F	O retirar do equipamento de protecção individual	5
G	Outros	0



Quanto à Lavagem das Mãos, qual/quais os momentos em que considera ocorrerem mais falhas?

	Enf.	AAM
Entre procedimentos diferentes no mesmo doente (em zonas com grau de contaminação diferente)	56,0% (n=35)	44% (n=18)
Antes de prestar cuidados ao doente	32,0% (n=21)	33% (n=9)
Entre prestação de cuidados a diferentes doentes	12,0% (n=20)	10,0% (n=8)
Antes de colocar luvas	20% (n=18)	22% (n=9)
Apos retirar luvas	8% (n=5)	22% (n=9)
Antes de sair de uma unidade de isolamento	15,0% (n=16)	7,3% (n=3)
Quando entra no serviço e inicia o turno	14,0% (n=12)	26,8% (n=11)
Apos prestar cuidados ao doente	8% (n=5)	17% (n=7)

Apesar da informação a que todos temos acesso, podemos melhorar procedimentos?



## Gripe A

### Definição

O novo vírus da Gripe A(H1N1)v ( . ) é um novo subtipo de vírus que afecta os seres humanos. Este novo subtipo contém genes das variantes humana, aviária e suína do vírus da Gripe (...). Em contraste com o vírus típico da gripe suína, este novo vírus da Gripe A(H1N1)v é transmissível entre os seres humanos.®

DGS, 2009

### Período de Incubação

- O tempo que decorre entre o momento em que uma pessoa é infectada e o aparecimento dos primeiros sintomas, pode variar entre 1 e 7 dias.
- Os doentes podem infectar (contagiar) outras pessoas por um período até 7 dias, a que se chama período de transmissão. É, contudo, prudente considerar que um doente mantém a capacidade de infectar outras pessoas durante todo o tempo em que manifestar sintomas.

### Sintomas

- Febre
- Sintomas respiratórios (tosse, congestão nasal)
- Dor de garganta
- Possibilidade de ocorrência de outros sintomas:
  - Dores corporais ou musculares;
  - Dor de cabeça;
  - Arrepios;
  - Fadiga;
  - Vômitos ou diarreia (embora não sendo típicos na Gripe sazonal, têm sido verificados em alguns dos casos recentes de infecção pelo novo vírus da Gripe A(H1N1)v).
- Em alguns casos, podem surgir complicações graves em pessoas saudáveis que tenham contraído a infecção.

DGS, 2009

### Vias de Transmissão

- Idêntico ao da Gripe Sazonal.
- Pessoa para pessoa através de gotículas libertadas na fala, tosse ou espirro.
- Contactos mais próximos (a menos de 1 metro) com uma pessoa infectada podem representar situação de risco.
- Contágio indirecto (quando há contacto com gotículas ou outras secreções do nariz e da garganta de uma pessoa infectada - por exemplo, através do contacto com maçanetas das portas, superfícies de utilização pública).

### Colocação e Remoção de EPI

- O doente usa máscara cirúrgica
- O técnico de saúde usa respirador de partículas
- A colocação e remoção do EPI deve ser rigorosa.
- Colocada sempre antes do contacto com o doente
- Isolamento Respiratório



### Aspectos fundamentais:

- **HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS** – deve ser reforçada a sua rotina em todos os serviços de saúde e no transporte de doentes (OT-11.1)
- Se as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas de matéria orgânica – lavar com água e sabão;
- Restantes casos – solução anti-séptica de base alcoólica.

### Aspectos fundamentais:

- Uso de **Equipamento de Protecção Individual (EPI)** – de acordo com o nível de cuidados a prestar
  - 1º
    - Reunir o material necessário;
    - Planear as áreas de colocação e remoção do EPI;
    - Assegurar existência de um local onde depositar o material usado;
    - Durante o seu uso **Não contaminar** superfícies e objectos não relacionados com os cuidados ao doente.

## Equipamento de Protecção Individual (EPI) de acordo com o nível de cuidados a prestar

Cuidados a prestar	Características	Observações
Cuidados não clínicos – contactos com doentes a distância >1 m	Bata/uniforme habitual	
A.1 – Cuidados clínicos não invasivos e a menos de 1 m; A.2 – Cuidados não clínicos A.3-Visitas e Acompanhantes	- Bata: Descartável e impermeável - Mascara Cirúrgica: resistente a fluidos - Luvas: Uso único - descartável, não esterilizadas	

Cuidados a prestar	Características	Observações
B – Procedimentos invasivos ou que provoquem aerosolização	<b>Bata</b> - Com abertura atrás - Uso único (descartável) - Impermeável - Punhos que apertam ou com elásticos - Comprimento até ao meio das pernas ou tornozelo <b>Avental</b> - Impermeável <b>Touca</b> - Uso único (descartável) <b>Mascara</b> - Respirador de partículas - Classe P2 ou P3 ou equivalente adequado à situação <b>Protecção ocular</b> - Visera ou Óculos com protecção lateral <b>Luvas</b> - Uso único (descartável) – soma do tempo da bata <b>Protecção de calçado</b> - Cobrir sapatos - Uso único (descartável)	A: Utiliza caso não existam batas impermeáveis  Em caso de inexistência de respirador de partículas aconselha-se a utilização de 2 máscaras cirúrgicas superpostas

### Colocação do EPI



#### 2. Bata

- Abra a bata pela parte posterior;
- Vista apertando os atilhos atrás;
- Caso as batas sejam pequenas pode vestir duas, (uma à frente e outra atrás em que a primeira ata à frente e a segunda atrás).

#### 3. Colocar protecção facial ou máscara e protecção ocular.



- Colocar a máscara sobre o nariz boca e queixo
- Ajustar a parte superior ao nariz
- Segure a cabeça com os atilhos ou elásticos
- Ajuste-a
- (Atenção: ensino ao doente e familiar)

4. Colocar touca.



5. Colocar luvas.



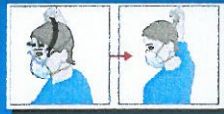
## Remoção de EPI



1. Retirar bata e luvas enrolando-as de forma a que a parte exposta fique para dentro (remove-se em 1º lugar o material mais contaminado);

2. Proceder à higienização das mãos;

## Remoção de EPI



3. Retirar touca;

4. Remover protecção facial ou protecção ocular e máscara (obedecendo a esta ordem, tocando sempre nos elásticos e nunca na parte da frente);

5. Proceder à higienização das mãos;



## Limpeza e desinfecção de Áreas

A limpeza e desinfecção das superfícies devem respeitar as normas em vigor.

O vírus da gripe é inativado com os desinfectantes habituais, como por exemplo, hipoclorito de sódio e álcool a 70°.

• Os equipamentos utilizados no doente



devem ser adequadamente limpos e desinfectados antes de serem utilizados noutra doente.



### Após a alta

- O material descartável deve ser rejeitado
- Cada unidade deve ter única e exclusivamente o material necessário e o EPI deve estar sempre fora da unidade;

### Após a alta

- Deve se proceder a limpeza da maca/cadeirão e das superfícies;



- O equipamento de limpeza daquela unidade deve permanecer dentro da mesma e ser de uso exclusivo

### Triagem e transporte de resíduos

- Os resíduos contaminados pelo vírus da gripe devem ser tratados como resíduos clínicos infecciosos (Grupo III – saco branco)
- Para lidar com estes sacos deve-se usar luvas e as mãos devem ser higienizadas depois de retiradas as luvas



### Triagem e transporte de resíduos

- Os sacos de recolha de resíduos devem ser fechados com braçadeira dentro da área de isolamento a 2/3 da sua capacidade e colocados em contentores estanques para o transporte em segurança

### Manipulação de roupa e louça

- Devem ser seguidas precauções padrão – lavagem de acordo com os procedimentos de rotina;
- Equacionar o uso de louça descartável para o isolamento;
- Atenção ao saco da roupa se estiver dentro da unidade (o transporte do mesmo deve ser realizado para o exterior com duplo saco...).

### Conclusão

- A colocação e remoção de EPI adequada assume um papel fundamental na prevenção e controlo de infecção cruzada, pelo que deve obedecer a algumas regras.
- O controlo da infecção hospitalar é uma responsabilidade de todos e para todos.
- O vírus pode permanecer nas superfícies até 8 horas pelo que a limpeza das mesmas é fundamental.
- O vírus da gripe é inativado por desinfetantes habituais.


### EFEITO "GRIPE SUÍNA"





SE VOCÊ NÃO ABRE ESSA PORTA, NÃO VAMOS ASSOCIAR!

As medidas de precaução e prevenção da Gripe A exigem a colaboração de todos!

Medidas simples salvam vidas




Contamos com a colaboração de todos!



Obrigado

Bibliografia

- <http://www.DGS.pt>





ANEXO XX Sessão de formação – Insuficiência Renal –  
Métodos de Substituição da função renal



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



## Acção de Formação

Dia 18 de Novembro de 2009

8h30m

Sala do Piso 0

# ***Insuficiência Renal***

# ***Métodos de substituição da função renal***



**Destinatários: Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência - HSFx**

**Rita Reis**

Mestrado Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Mestrado Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

## Acção de Formação

**Tema:** Insuficiência Renal – Métodos de Substituição da Função Renal

**Formadores:** Rita Reis

**Objectivo Geral:** Desenvolver conhecimentos sobre insuficiência renal e métodos de substituição da função renal;

**Objectivos específicos:**

- Aprofundar conhecimentos sobre insuficiência renal;
- Identificar as principais características de cada método de substituição da função renal;
- Reflectir sobre o papel do enfermeiro na opção do doente pelo método de substituição da função renal.

**Data:** 18 de Novembro de 2009

**Horário:** 8h30m

**Duração:** 30 min.

**Local:** Sala do Serviço de Urgência do Piso 0

**Destinatários:** Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência do HSFX

**Meios Auxiliares:** Computador, Data-Show

**Metodologia:** Expositiva/ activa - com recurso a material referente aos diferentes métodos de substituição renal.

## Acção de Formação – plano de acção

### Tema: Insuficiência Renal – Métodos de Substituição da Função Renal

Local: Sala do Serviço de Urgência do HSEF – Piso 0

Data: 18 de Novembro de 2009 Horário: 8h30m Duração: 30 minutos

Objectivo: Desenvolver conhecimentos sobre Insuficiência Renal e métodos de substituição da função renal;

Objectivos específicos: Aprofundar conhecimentos sobre insuficiência renal;



Identificar as principais características de cada método de substituição da função renal;

Reflectir sobre o papel do enfermeiro na opção do doente pelo método de substituição da função renal.

Destinatários: Equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do HSEF

Conteúdos	Metodologia	Meios áudio-visuais/ Recursos	Tempo	Formadoras
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Introdução</b> -Apresentação -Tema -Apresentação de objectivos <input checked="" type="checkbox"/> <b>Desenvolvimento</b> - Função do rim - IRA/IRC - Modalidades de tratamento - Opção pela modalidade – papel do enfermeiro	<input checked="" type="checkbox"/> Método Expositivo  <input checked="" type="checkbox"/> Método Expositivo <input checked="" type="checkbox"/> Método Activo (com cateteres de HD e DPCA)	<input type="checkbox"/> Data – Show	➤ 5 minutos	↓ Rita Reis
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Conclusão</b> -Síntese -Avaliação - informal	<input checked="" type="checkbox"/> Método Expositivo	<input type="checkbox"/> Data – Show	➤ 20 minutos  ➤ 5 minutos	↓ Rita Reis  ↓ Rita Reis

Mestrado Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - UCP

Serviço de Urgência Geral  
 HSPX

Instituto de Ciências da Saúde  
 Mestrado Especialização em  
 Enfermagem Médico-Cirúrgica

## Insuficiência Renal

### Métodos de substituição da função renal

Aluna: Rita Reis  
 Orientador: Enf.<sup>a</sup> Paula Baptista

Novembro 2009

## Insuficiência Renal

### Métodos de substituição da função renal

**Objectivo Geral**

- Desenvolver conhecimentos sobre insuficiência renal e métodos de substituição da função renal;

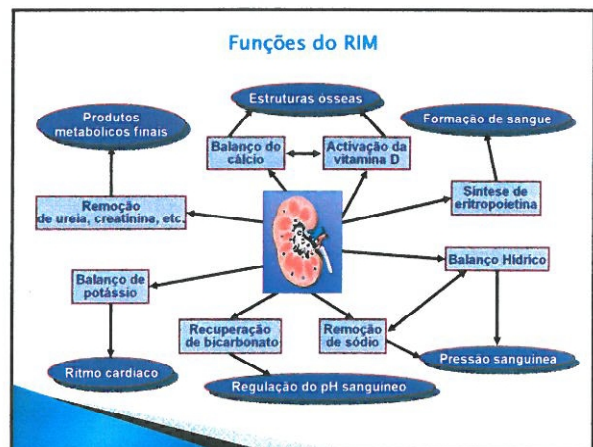
**Objectivos específicos**

- Aprofundar conhecimentos sobre a insuficiência renal;
- Identificar as principais características de cada método de substituição da função renal;
- Reflectir sobre o papel do enfermeiro na opção do doente pelo método de substituição da função renal.

## Insuficiência Renal

### Métodos de substituição da função renal

- Função do rim
- Causas da falência renal
- Sinais e sintomas da insuficiência renal
- Modalidades de tratamento
- O enfermeiro na consulta de opções



### Sinais e Sintomas da Insuficiência Renal

**Hematuria**      **Proteinúria (Urina fortemente espumosa)**      **Fadiga**

Os sinais e sintomas no início da doença renal são ambiguos e inespecificos, comuns a outro tipo de patologias.  
 É fundamental o despiste precoce e o encaminhamento para a consulta de Nefrologia.

**Edemas**      **Oligoanúria Poliúria**      **Astenia**

Filtração glomerular: < 75 ml / min

Terapêutica de substituição da função renal



## Insuficiência Renal

Insuficiência Renal Aguda	Características	Exemplos
Pré-Renal	-Relacionada com a má perfusão renal, sendo os rins estruturalmente normais	-Choque hipovolêmico, septico, cardiogênico
Renal (intrínseca)	- Lesão do parênquima renal, por vezes 2ª a problemas pré renais	-Factores pré renais prolongados -Lesão nefrotóxica -Rabdomiólise -Nefrotoxicidade -Glomerulonefrite aguda -PNA
Pós-renal	-Má drenagem urinária de ambos os rins ou do único rim funcional	-Obstrução ureteres -Hipertrofia da próstata -Obstrução intra renal

## Insuficiência Renal Aguda

- ▶ Hiperkaliémia
  - Administração oral ou rectal (enema) de agentes permutadores de potássio (resina);
  - Administração EV de insulina e dextrose - ajuda a remover os iões de potássio do espaço extra-celular, fazendo-o regressar ao compartimento intra-celular (glicémia!);
  - Hemodiálise.

## Insuficiência Renal Aguda

- ▶ Sobrecarga hídrica;
- ▶ Acidose metabólica (Bicarbonato de sódio, hemodiálise);
- ▶ Urémia - acumulação de produtos azotados do metabolismo - náuseas, vômitos, confusão mental, agitação;

➔ Hemodiálise

## Insuficiência Renal Crónica em HD

- ▶ Hiperkaliémia ➔ Hemodiálise
- ▶ Sobrecarga hídrica

- Identificar acesso de HD
- Se FAV, não puncionar membro
- ~~Soroterapia, diuréticos, algaliação~~

## Internamento no Serviço de Nefrologia

- ▶ Caracterização da doença renal - estudo
- ▶ Biópsia renal
- ▶ IRA/IRC
- ▶ Estadiamento
- ▶ Se necessário indução urgente de Tratamento de Substituição da Função Renal - Hemodiálise

▶ Consulta de Opções de tratamento

## Modalidades de Tratamento



## Tratamento da Insuficiência Renal

- ▶ **Transplante Renal**
  - Cadáver
  - dador vivo
- ▶ **Diálise**
  - Hemodiálise
  - Diálise Peritoneal

## Transplante Renal

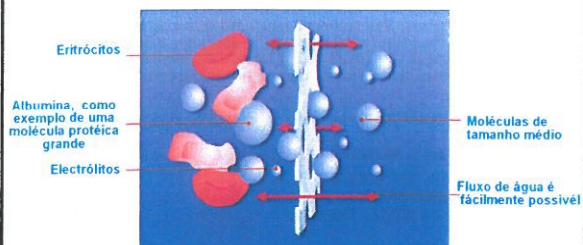
- ▶ **Critérios clínicos:**
  - a cada candidato é permitida a inscrição em 2 UT
  - a cada candidato é atribuído um grau de urgência clínica
    - **SU** ( super urgente ): IRC em HD sem AV e sem possibilidade de DP
    - **U1** ( urgência 1 ): crianças até aos 16 anos com atraso de desenvolvimento
    - **U2** ( urgência 2 ): todos os outros doentes
    - **CT** ( contra indicação temporária )
    - **CD** ( contra indicação definitiva )

## ▶ Diálise

- Hemodiálise
- Diálise Peritoneal

## Bases Físicas da Diálise

### Membrana Semipermeável

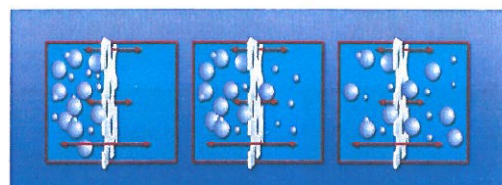


A membrana semipermeável funciona como um filtro, só moléculas suficientemente pequenas podem atravessá-la

## Bases Físicas da Diálise

### Difusão

Início: Diferente concentração → Tempo → Final: Igual concentração

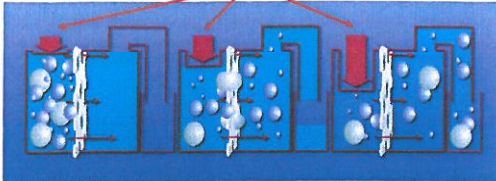


A difusão é uma consequência do movimento aleatório de moléculas

### Bases Físicas da Diálise

#### Ultrafiltração

Tempo →  
Pressão

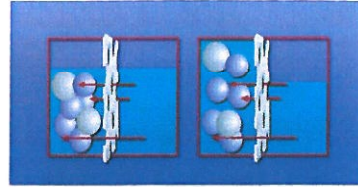


A pressão num lado da membrana produz a filtração de água com substâncias solventes, na medida em que estas podem atravessar a membrana.

### Bases Físicas da Diálise

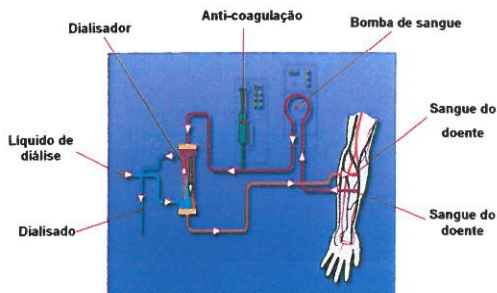
#### Osmose

Tempo →

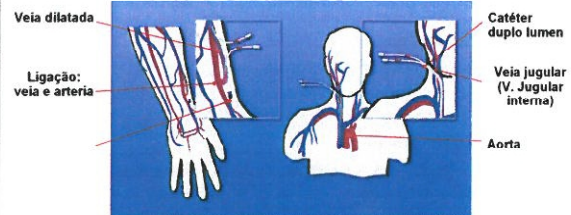


A diferença da difusão das partículas não atravessam a membrana, sem que a concentração tenda a igualar-se, por isto a água passa através da membrana.

### Hemodiálise Esquema de Fluxo de Hemodiálise



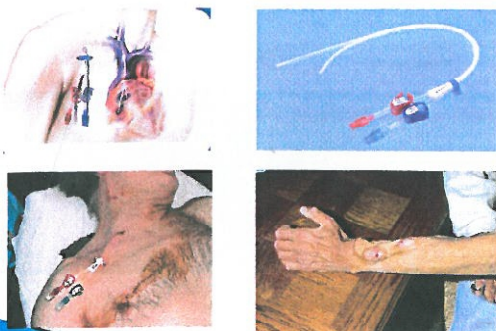
### Hemodiálise Acesso Vascular



o acesso vascular que usa as veias periféricas do antebraço tem a grande vantagem de poder ser usado por muito tempo, mas necessita de um tempo de espera de várias semanas após a cirurgia antes de se poder usar.

O acesso por um catéter inserido numa veia central pode ser utilizado imediatamente.  
Cateter de longa duração/cateter provisório

### Acessos de Hemodiálise



### Diálise Peritoneal

- É um processo substitutivo da função renal baseado nos princípios de difusão, convecção e osmose, que permitem a transferência de moléculas e água do sangue para a solução dialisante, através da membrana peritoneal;
- Forma de tratamento da Insuficiência Renal Crónica;
- Apoia-se em 3 elementos funcionais:
  - A membrana peritoneal
  - O acesso peritoneal
  - A solução de diálise peritoneal

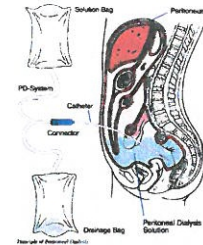
## O cateter de diálise peritoneal...



## Diálise Peritoneal

• Cada ciclo é composto por três fases:

1. Drenagem
2. Infusão
3. Permanência



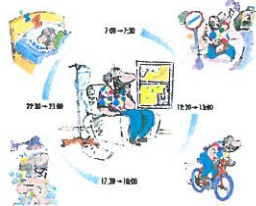
## Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

Maior autonomia e independência na gestão do seu tratamento...

Realizada manualmente pelo próprio doente após ensino, com saco manual.

O volume de solução a infundir é de 2l.

4 a 5 trocas diárias, 7 dias por semana.



## Diálise Peritoneal Automatizada

Trocas automáticas de solutos de diálise.

Com a ajuda de uma cicladora

Realizada habitualmente à noite – o doente conecta-se à noite e desconecta-se de manhã, no final do tratamento (8-10 horas).

O plano de tratamento está pré definido no "cartão", que também guarda toda a informação dos tratamentos (volumes instilados, volumes drenados, interrupções, alarmes).



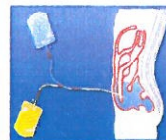
## Diálise Peritoneal

DPCA

DPA



## Que tipo de substituição renal?



Diálise peritoneal



Transplante renal



Hemodiálise

Cada um tem as suas vantagens e suas desvantagens. A selecção depende de uma decisão entre doente e a equipa.

## Insuficiência Renal Métodos de substituição da função renal



Obrigada!

## Referências Bibliográficas

CASTANHEIRA, Isabel et al. - Técnicas Dialíticas - **Sinais Vitais**. Nº 40, p14-18. 2002

CORONEL, F. et al. - **Manual Prático de Diálise Peritoneal** - Fresenius Medical Care, Revisfarma, 2006. ISBN 972-99288-5-1

DAUGIRDAS J., TODD S. - **Manual de Diálise** - parte III, capítulos 13 a 21, 3ª ed., Editora Medsi, Rio de Janeiro 2003. ISBN: 85-7199-312-2

HARRISON et al - **Medicina Interna** - 15ª ed. Rio de Janeiro, McGraw-Hill, 2002. VolI p. 497-506

MALHADAS, Helena - Cuidados de enfermagem ao doente submetido a Diálise Peritoneal - **Nursing**. Nº 173, p. 30-34, Lisboa, Janeiro 2003. - ISSN 0871-6196



---

ANEXO XXI Pré – Projecto – acompanhamento familiar  
na urgência



**Serviço de Urgência Geral HSFX**

**Direito de Acompanhamento dos Utentes dos  
Serviços de Urgência do  
Serviço Nacional de Saúde (SNS)**

Pré -Projecto de Implementação do  
Acompanhamento Familiar  
no Serviço de Urgência do HSFX  
*em cumprimento da Lei 33/2009 de 14 de Julho*

**Realizado por:** Celina Duarte

Paula Sares

Rita Reis

Alunas do Mestrado de Especialização em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

**Orientadora:** Enf<sup>a</sup> Paula Baptista

Novembro 2009

## ÍNDICE

<b>0 - INTRODUÇÃO</b>	3
<b>1 - DESENVOLVIMENTO</b>	4
<b>2 – CONCLUSÃO</b>	15
<b>3 - BIBLIOGRAFIA</b>	16
<b>ANEXOS</b>	17
<b>ANEXO I - Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro - Diário da República, 1.ª série — N.º 178, p. 6254</b>	18
<b>ANEXO II - Lei nº 33/2009 de 14 de Julho Diário da República Iª. Série – Nº 134, p. 4467</b>	21

## O – INTRODUÇÃO

O acompanhamento familiar tem um papel importante no apoio psicológico e afectivo do Utente que recorre ao Serviço de Urgência Geral.

A presença de um membro da família ou pessoa significativa que acompanhe o Utente durante a sua permanência num Serviço de Urgência Geral é cada vez mais uma realidade. O Utente tem direito à presença de um acompanhante.

Devido ao comprometimento da sua situação clínica, pode ter dificuldade em comunicar ou exprimir as suas necessidades, daí a presença de um acompanhante ser encarada como uma mais-valia.

*“A família é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas. “ (VIEIRA, 2007).*

A redacção deste pré projecto, serve como instrumento de trabalho para o desenvolvimento e implementação do acompanhamento de familiares ao utente no Serviço de Urgência. Pretende ser, em simultâneo uma reflexão e uma sugestão. Encontra-se disposto de forma sequencial, baseada nas fases de um projecto, centrando-nos nas fases de conceptualização e planeamento. Terminamos com algumas considerações finais que pretendem sintetizar a importância de desenvolver/implementar projectos de melhoria contínua da qualidade na área da saúde, como este, que têm como objectivo a satisfação do utente/família que recorre ao serviço de Urgência, mas que inevitavelmente implicam uma reorganização do serviço e dos próprios cuidados.

## **1 – DESENVOLVIMENTO**

Um projecto compreende um conjunto de actividades realizadas de forma sequencial, visando maximizar os recursos disponíveis e atingir os objectivos propostos. Um projecto é composto de cinco fases, conceptual, planeamento, fase de teste, de implementação e encerramento. Assim, com a presente reflexão pretendemos realizar a fase conceptual, onde realizamos o diagnóstico da situação e o enquadramento legal. Posteriormente, realizamos o planeamento da implementação do acompanhamento e a possível norma de actuação.

Os intervenientes no projecto são todos os profissionais do Serviço de Urgência, utentes e familiares que a ela recorrem.

As principais restrições à implementação do projecto são de ordem temporal (um ano para colocar em prática a política de acompanhamento na Urgência) e de ordem logística, uma vez que a afluência à Urgência é grande e o espaço físico será certamente um constrangimento.

### **Diagnóstico da Situação**

A legislação portuguesa consagrava um conjunto de direitos aos utentes do SNS, nomeadamente, o direito de visita e acompanhamento familiar mas, apenas, no internamento. No caso das crianças e adolescentes, a legislação permitia e definia com clareza o direito de acompanhamento no internamento enfermarias dos hospitais portugueses. O mesmo acontecia no caso de doentes portadores de deficiência.

O mesmo não se verificava com os utentes que recorriam aos serviços de urgência. Não existindo até então, qualquer legislação específica sobre o assunto, os hospitais adoptavam soluções muito diferentes, consoante as suas condições físicas, estado clínico dos doentes e disponibilidade dos profissionais.

Há hospitais que impedem liminarmente o acompanhamento dos cidadãos admitidos no respectivo serviço de urgência e, outros, em que esse acompanhamento é autorizado, variando no entanto as condições em que tal é permitido.

O estado clínico do doente que recorre ao serviço de urgência é variável, desde situações agónicas, de extrema gravidade, com necessidade de atitudes clínicas emergentes até outros casos menos graves, em que não há qualquer perda ou limitação nem da autonomia do doente nem das suas capacidades de comunicar e compreender.

Apesar desta variedade de situações clínicas o recurso a um serviço de urgência é sempre um momento de grande fragilidade do doente que, de um modo geral, fica dominado por sentimentos de insegurança, angústia e ansiedade. Com frequência o doente que é admitido na urgência de um hospital sente-se perdido num meio desconhecido e confronta-se com um ambiente que percebe como hostil.

Os serviços de urgência hospitalares são, ainda, a principal porta de entrada no SNS. O elevado número de doentes que acorrem à urgência – geralmente superlotada e onde quase sempre se esperam algum tempo para serem atendidos ou realizar todos os exames ou tratamentos solicitados, é igualmente um factor que muito contribui para a perturbação sentida pelos doentes admitidos.

A impessoalidade própria do serviço de urgência, onde os doentes permanecem geralmente por curtos períodos de tempo, contribui também para agravar e deteriorar a condição psicológica dos doentes.

A humanização dos serviços de saúde passa pela presença da família, pelo acompanhamento familiar ou pela visita, facto este muitas vezes “reclamado” pelo próprio doente ou pelo seu familiar que muitas vezes aguarda na sala de espera.

A desejada humanização dos serviços de saúde é por vezes difícil de conseguir e assegurar nas urgências hospitalares onde, quer pela intensidade e diversidade dos cuidados, quer pelas razões descritas, quase tudo é adverso e incómodo para o doente.

Podemos dizer que as crianças, os adolescentes e os idosos são, certamente, os que mais se sentem desapoiados e desprotegidos quando dão entrada num serviço de urgência.

Por outro lado, a experiência no serviço de urgência hospitalar demonstra de forma inquestionável que um doente inquieto, inseguro e intranquilo é um elemento perturbador da organização e funcionamento de uma urgência. E, naturalmente, é uma dificuldade acrescida para o sucesso e eficácia dos cuidados e tratamentos prestados.

A tranquilidade e estabilidade emocional do doente admitido num serviço de urgência pode beneficiar da presença junto de si de um acompanhante – familiar ou amigo, não apenas enquanto espera para ser atendido mas também nos intervalos – por regra longos, entre observações, exames ou tratamentos. Este acompanhamento dá conforto psicológico, gera confiança nos serviços e reforça a disponibilidade do doente para aceitar e cumprir as orientações prescritas.

Por outro lado, não raras vezes o acompanhante é essencial para um mais detalhado conhecimento dos antecedentes e da história clínica do doente, facilitando o trabalho dos profissionais tanto no diagnóstico como no tratamento.

No caso particular dos doentes que não falam e/ou não ouvem e nos que não falam a língua portuguesa, o acompanhamento é um meio indispensável à abordagem da sua situação clínica.

É uma evidência que, actualmente, alguns serviços de urgência não dispõem de instalações que permitam a presença de acompanhantes junto dos doentes, nuns casos por escassez de espaço, noutros pela organização da área disponível.

O Serviço de Urgência do Hospital de S. Francisco Xavier, foi recentemente sujeito a obras, que optimizaram os espaços referentes aos diversos sectores e que permitem a reorganização de estratégias e circuitos.

É, pois, este o momento mais oportuno para introduzir e garantir nos respectivos projectos de requalificação as condições logísticas que permitam o acompanhamento dos doentes, preconizado pela actual legislação e que deve entrar em vigor dentro de um ano.

Por último, deve reconhecer-se que para muitos profissionais dos serviços de urgência, a presença de acompanhantes junto dos doentes pode suscitar alguma estranheza e até ser entendida como mais um factor de perturbação do seu trabalho. Para tal é fundamental a formação e informação sobre esta temática, com sessões de esclarecimento e criação de estratégias precoces de actuação, consoante o local onde o utente se encontra.

O acompanhamento em Pediatria e o horário de visitas alargado nalguns serviços são bons exemplos. Os bons resultados verificados e a experiência entretanto acumulada, cedo dissiparam dúvidas e resistências por parte dos profissionais de saúde.

O acompanhamento familiar dos doentes durante a sua estadia nos serviços de urgência tem grandes potencialidades enquanto factor de humanização dos hospitais e instrumento para uma melhor e mais eficaz relação entre utentes e serviços de saúde. Deve ser, pois, consagrado como um direito dos utentes do SNS, exercido de acordo com as instruções dos profissionais e aplicado segundo as melhores práticas de organização e funcionamento de serviços de urgência.

### **Suporte Legal**

Todos os doentes que dêem entrada numa urgência do Serviço Nacional de Saúde passam “hoje” a ter direito a um acompanhante, que deve ter “informação adequada e em tempo razoável” sobre o utente.

Publicada em Diário da República, a Lei n.º 33/2009 da Assembleia da República (ANEXO I), “reconhece e garante a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada”. O regime de acompanhamento familiar em internamento hospitalar encontra-se estabelecido na Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro (ANEXO II).

No momento de admissão num serviço de urgência, o doente deve ser informado deste direito. Quando a situação clínica não permitir ao doente fazer a declaração da sua vontade, os serviços de urgência devem promover esse direito.

A lei interdita, no entanto, a assistência do acompanhante a intervenções cirúrgicas e outros exames ou tratamentos que possam ser prejudicados pela sua presença, excepto se for dada autorização expressa pelo clínico responsável.

De acordo com a legislação, o acompanhante tem direito a “informação adequada e em tempo razoável sobre o doente”, nas diferentes fases do atendimento, excepto quando há “indicação expressa em contrário do doente” e “matéria reservada por segredo clínico”. Cabe ao acompanhante comportar-se com civismo e respeitar e acatar as instruções e indicações dos profissionais de serviço.

No caso de violar estes deveres, o acompanhante pode ser impedido de permanecer junto do doente e ser obrigado a sair do serviço de urgência, podendo ser indicada outra pessoa em sua substituição.

No prazo de um ano, as instituições do SNS que disponham de serviço de urgência devem proceder às alterações necessárias nas instalações, organização e funcionamento dos respectivos serviços de urgência para permitir que os doentes possam usufruir deste direito sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento daqueles serviços.

“O direito de acompanhamento nos serviços de urgência deve estar consagrado no regulamento da respectiva instituição de saúde, o qual deve definir com clareza e rigor as respectivas normas e condições de aplicação”, sublinha a legislação.

### **A família**

O familiar acompanhante é entendido como aquele que permanece ao lado do Utente internado, fornecendo apoio emocional, mas também auxiliando nas tarefas que apresentam intima relação com as rotinas desenvolvidas no ambiente familiar.

Torna-se importante reconhecer as famílias como unidades activas, responsáveis e co-participantes na prestação de cuidados directos/indirectos ao Utente.

O Enfermeiro é responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, este assume o dever de prestar atenção à pessoa como uma totalidade única inserida numa família e numa comunidade, e de contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

O Enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo passa junto do utente, e ao integrar a família na prestação de cuidados tem o privilégio de estabelecer a verdadeira relação de ajuda.

A humanização dos cuidados relaciona-se essencialmente com as atitudes e processos de comunicação Enfermeiro – Utente - Família.

Cuidar, é possuir conhecimentos científicos, técnicos e sobretudo de relação.

Dar apoio aos familiares dos utentes sempre foi um acto de solidariedade e dependente das habilidades e do conhecimento de cada profissional de saúde, mas hoje são também um conjunto de estratégias e intervenções fundamentadas que devem fazer parte dos conhecimentos e ser um instrumento de trabalho de qualquer profissional de saúde. Ou seja, do enfermeiro espera-se atitudes relacionais diferenciadoras que se constituem como referencial.

A comunicação deve ser feita de modo claro, com utilização de termos que sejam compreendidos pelos familiares pois a utilização de expressões técnicas complexas, pode impedir que o significado da mensagem seja assimilado.

Humanizar pode ser interpretado como “tornar mais humano” e humanizar converge para a qualidade do atendimento global ao Utente/Família.

Tendo em conta os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001) o exercício profissional dos enfermeiros centra-se na relação interpessoal. E cada pessoa é concebida como um ser social e agente intencional de comportamentos, baseados nos valores, crenças e desejos de natureza individual, que tornam a pessoa um ser único.

O Enfermeiro substitui, ajuda e complementa as competências funcionais das pessoas em situação de dependência, na realização das actividades de vida. Orienta, supervisiona, e lidera os processos de adaptação individual, o auto cuidado, os processos de luto, os processos de aquisição e mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis.

Para a concretização deste projecto dois pontos são fundamentais nesta fase. A criação da Norma para o Acompanhamento de Familiares ao Utente que recorre à Urgência do HSFX e o planeamento das actividades a desenvolver até à sua implementação.

Assim, passamos a apresentar a Norma para o Acompanhamento de Familiares ao Utente no serviço de Urgência do HSFX.



**Norma para o Acompanhamento de Familiares ao Utente no  
Serviço de Urgência Geral do H.S.F.X.**

**Objectivo:** Cumprimento da legislação sobre o acompanhamento de familiares ao utente no serviço de urgência.

**Destinatários:** Todos os utentes que recorrem ao Serviço de Urgência.

**Âmbito:** Humanização dos cuidados e satisfação do utente.

**Conceitos:**

**Direito de acompanhamento**

É reconhecido e garantido a qualquer cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde o direito de acompanhamento por familiar ou amigo.

**Acompanhante**

- 1 – Qualquer cidadão que opte por exercer o direito de acompanhamento, tem que autorizar o familiar ou amigo que o acompanhará, excepto no caso previsto no número seguinte.
- 2 - Sempre que a situação clínica do doente não permita (reanimação) ou na declaração da sua vontade.

**Limites ao direito de acompanhamento**

- 1 - Salvo situações excepcionais, não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correcção prejudicadas pela presença do acompanhante.
- 2 - Nos casos previstos no número anterior, compete ao profissional de saúde responsável pela execução do acto clínico em questão – exame, técnica ou tratamento, informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.



## Norma para o Acompanhamento de Familiares ao Utente no Serviço de Urgência Geral do H.S.F.X.

### **Eficácia da prestação dos cuidados**

O acompanhamento não pode prejudicar a organização e funcionamento dos serviços de urgência, nem comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos para que estes sejam eficazes.

### **Deveres do acompanhante**

1. O acompanhante deve respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço.
2. Podem ocorrer situações clínicas, organizacionais ou outras, que impeçam o acompanhamento pelo familiar. Cabe ao profissional (médico ou enfermeiro) de turno essa avaliação e o esclarecimento dos sujeitos em causa.
3. No caso de desobediência ou desrespeito, os serviços podem impedir o acompanhante de permanecer junto do doente e determinar a sua saída do serviço de urgência.

### **Condições do acompanhamento**

O acompanhamento familiar permanente é exercido tanto no período diurno como nocturno, e com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e pelas demais normas estabelecidas no respectivo regulamento hospitalar.

### **Cooperação entre o acompanhante e os serviços**

Os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação, para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados ao utente.

Os acompanhantes devem cumprir as instruções que lhes forem dadas pelos profissionais de saúde.

### **Refeições (Só se aplica se o utente estiver internado)**

O acompanhante da pessoa internada, tem direito a refeição gratuita, no hospital ou na unidade de saúde, sempre que permaneça na instituição 6 horas por dia, esteja isento do pagamento de taxa moderadora no acesso às prestações de saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, e desde que verificada uma das seguintes condições:

- a) A pessoa internada se encontre em perigo de vida;
- b) A pessoa internada se encontre no período pós-operatório e até 48 horas depois da intervenção;
- c) Quando a acompanhante seja mãe e esteja a amamentar a criança internada;
- d) Quando a pessoa internada esteja isolada por razões de critério médico-cirúrgico;
- e) Quando o acompanhante resida a uma distancia superior a 30 km do local onde se situa o hospital ou a unidade de saúde onde decorre o internamento.

### **Adaptação dos serviços**

A organização e funcionamento do serviço de urgência não devem ser postas em causa, pelo que a avaliação dos contextos é fundamental.

É necessário o envolvimento de todos, de forma a permitir que todos os doentes possam usufruir do direito de acompanhamento sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento dos serviços.

### **Regulamentos**

O direito de acompanhamento no serviço de urgência deve estar consagrado no Regulamento do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, o qual deve definir com clareza e rigor as respectivas normas e condições de aplicação.

## Planeamento de Actividades 2009/2010

### **Problema:**

Acompanhamento de familiar durante a permanência do utente no Serviço de urgência.

1ª Fase – SO

2ª Fase - Balcões

### Objectivos:

- Humanizar a estadia do utente no serviço de urgência;
- Identificar precocemente o familiar cuidador;
- Antecipar alguns constrangimentos à “alta” (detecção precoce, com sinalização e referência precoce ao serviço social).

### Planeamento:

2009

- Reunião com os responsáveis de serviço quanto à optimização de espaços para o acompanhamento de familiares (manter o mesmo número de unidades, criação de circuitos para o acompanhante);
- Definição de um elemento dinamizador responsável pela implementação do projecto – definição de funções do dinamizador;

Planeamento:

2010

- Reunião com o conselho de administração para criação do regulamento interno;
- Elaboração da *Norma de Acompanhamento do Utente no Serviço de Urgência*;
- Sensibilização da equipa e envolver a mesma para a necessidade de implementação do projecto, com vista ao cumprimento da lei em 2010;
- Definição temporal da implementação do projecto – cronograma;
- Elaboração de folheto informativo para os familiares – poderá ser incluída no âmbito dos Padrões de Qualidade emanados pela Ordem dos Enfermeiros;
- Iniciar a implementação do Acompanhamento num dos sectores - SO;
- Acompanhamento diário realizado pelo dinamizador, que avalia com o enfermeiro da prestação de cuidados, o decorrer dos acompanhamentos;
- Avaliação dos resultados, no decorrer da primeira semana, reunir com a equipa, detectar fragilidades da implementação, pontos positivos e pontos negativos;
- Reformular a implementação, se necessário;
- Implementar no segundo sector – Balcões;
- Se possível registar numa plataforma informática o número de acompanhamentos (por exemplo, por turno, o chefe de equipa de enfermagem);
- Dar visibilidade aos resultados.

### 3 - CONCLUSÃO

A satisfação do Utente/Família face aos cuidados prestados e a excelência destes é uma preocupação, e tendo em conta que a humanização dos cuidados prestados ao Utente e Família é uma prioridade, surgiram algumas directrizes no sentido de dar resposta ao direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do serviço nacional de saúde.

A lei nº 33/2009 de 14 de Julho, no artigo 1.º reconhece e garante a todo o cidadão admitido num Serviço de Urgência do Sistema Nacional de Saúde o direito de acompanhamento por uma pessoa.

No artigo 2.º da mesma lei é referido que todo o cidadão admitido no Serviço de Urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada, e deve ser informado desse direito na admissão, pelo serviço.

No artigo 5.º refere ainda que as instituições do Sistema Nacional de Saúde que dispõem de Serviço de Urgência devem, no prazo de um ano a partir da data de publicação da lei em causa, proceder às alterações necessárias nas instalações, organização e funcionamento dos respectivos serviços de urgência, de forma a permitir que os utentes possam usufruir de acompanhamento sem causar prejuízo ao normal funcionamento daqueles serviços.

O acompanhamento do Utente pode ser visto como um contributo valioso na preparação da alta do doente e, conseqüentemente, na continuidade dos cuidados.

Consideramos que o cuidado emocional do Utente hospitalizado, se faz de suma importância para a melhoria da qualidade de vida, não só do cliente mas também da sua família.

As instituições devem elaborar regulamento sobre esta temática, tendo presente a autonomia e a privacidade do Utente, a legislação em vigor sobre acompanhamento familiar e as regras adequadas ao seu bom funcionamento.



### **3 – BIBLIOGRAFIA**

VIEIRA, Margarida - Ser **Enfermeiro, Da compaixão à proficiência**. Lisboa: UCE, 2007. ISBN 978-972-54-0195-8

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

Direitos e Deveres do Utente

#### **Legislação:**

Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro - Diário da República, 1.ª série — N.º 178, p. 6254

Lei nº 33/2009 de 14 de Julho Diário da República Iª. Série – N.º 134, p. 4467

## **ANEXOS**

**ANEXO I**

a entidade produtora ou organizadora dos espectáculos comunicar a sua celebração ao serviço competente da segurança social, mediante formulário electrónico, com os seguintes elementos:

- a) Identificação, domicílio ou sede das partes;
- b) Actividade do trabalhador e correspondente retribuição;
- c) Local de trabalho;
- d) Data de início do trabalho.

2 — No caso previsto no número anterior, a duração total de contratos de trabalho a termo com a mesma entidade produtora ou organizadora dos espectáculos não pode exceder 60 dias de trabalho no ano civil.

3 — Em caso de violação do disposto em qualquer dos números anteriores, o contrato considera-se celebrado pelo prazo de seis meses, contando-se nesse prazo a duração de contratos anteriores celebrados ao abrigo dos mesmos preceitos.»

#### Artigo 37.º

##### Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Aprovada em 23 de Julho de 2009.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama*.

Promulgada em 31 de Agosto de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 31 de Agosto de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

#### Lei n.º 106/2009

de 14 de Setembro

##### Acompanhamento familiar em internamento hospitalar

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

#### Artigo 1.º

##### Âmbito

A presente lei estabelece o regime do acompanhamento familiar de crianças, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida em hospital ou unidade de saúde.

#### Artigo 2.º

##### Acompanhamento familiar de criança internada

1 — A criança, com idade até aos 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua.

2 — A criança com idade superior a 16 anos poderá, se assim o entender, designar a pessoa acompanhante,

ou mesmo prescindir dela, sem prejuízo da aplicação do artigo 6.º

3 — O exercício do acompanhamento, previsto na presente lei, é gratuito, não podendo o hospital ou a unidade de saúde exigir qualquer retribuição e o internado ou seu representante legal deve ser informado desse direito no acto de admissão.

4 — Nos casos em que a criança internada for portadora de doença transmissível e em que o contacto com outros constitua um risco para a saúde pública o direito ao acompanhamento poderá cessar ou ser limitado, por indicação escrita do médico responsável.

#### Artigo 3.º

##### Acompanhamento familiar de pessoas com deficiência ou em situação de dependência

1 — As pessoas deficientes ou em situação de dependência, as pessoas com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em hospital ou unidade de saúde, têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, de descendente, do cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada.

2 — É aplicável ao acompanhamento familiar das pessoas identificadas no número anterior o disposto nos n.ºs 3 e 4 do artigo 2.º

#### Artigo 4.º

##### Condições do acompanhamento

1 — O acompanhamento familiar permanente é exercido tanto no período diurno como nocturno, e com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e pelas demais normas estabelecidas no respectivo regulamento hospitalar.

2 — É vedado ao acompanhante assistir a intervenções cirúrgicas a que a pessoa internada seja submetida, bem como a tratamentos em que a sua presença seja prejudicial para a correcção e eficácia dos mesmos, excepto se para tal for dada autorização pelo clínico responsável.

#### Artigo 5.º

##### Cooperação entre o acompanhante e os serviços

1 — Os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada.

2 — Os acompanhantes devem cumprir as instruções que, nos termos da presente lei, lhes forem dadas pelos profissionais de saúde.

#### Artigo 6.º

##### Refeições

O acompanhante da pessoa internada, desde que esteja isento do pagamento de taxa moderadora no acesso às prestações de saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, tem direito a refeição gratuita, no hospital ou na unidade de saúde, se permanecer na instituição seis horas por dia, e sempre que verificada uma das seguintes condições:

- a) A pessoa internada se encontre em perigo de vida;
- b) A pessoa internada se encontre no período pós-operatório e até 48 horas depois da intervenção;

c) Quando a acompanhante seja mãe e esteja a amamentar a criança internada;

d) Quando a pessoa internada esteja isolada por razões de critério médico-cirúrgico;

e) Quando o acompanhante resida a uma distância superior a 30 km do local onde se situa o hospital ou a unidade de saúde onde decorre o internamento.

### Artigo 7.º

#### Ausência de acompanhante

Quando a pessoa internada não esteja acompanhada nos termos da presente lei, a administração do hospital ou da unidade de saúde deve diligenciar para que lhe seja prestado o atendimento personalizado necessário e adequado à situação.

### Artigo 8.º

#### Norma revogatória

São revogadas a Lei n.º 21/81, de 19 de Agosto, e a Lei n.º 109/97, de 16 de Setembro.

Aprovada em 23 de Julho de 2009.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama*.

Promulgada em 27 de Agosto de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, *ANÍBAL CAVACO SILVA*.

Referendada em 31 de Agosto de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

### Lei n.º 107/2009

de 14 de Setembro

#### Aprova o regime processual aplicável às contra-ordenações laborais e de segurança social

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

## CAPÍTULO I

### Objecto, âmbito e competência

#### Artigo 1.º

##### Objecto e âmbito

A presente lei estabelece o regime jurídico do procedimento aplicável às contra-ordenações laborais e de segurança social.

#### Artigo 2.º

##### Competência para o procedimento de contra-ordenações

1 — O procedimento das contra-ordenações abrangidas pelo âmbito de aplicação da presente lei compete às seguintes autoridades administrativas:

a) À Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), quando estejam em causa contra-ordenações por violação de norma que consagre direitos ou imponha deveres a

qualquer sujeito no âmbito de relação laboral e que seja punível com coima;

b) Ao Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.), quando estejam em causa contra-ordenações praticadas no âmbito do sistema de segurança social.

2 — Sempre que se verifique uma situação de prestação de actividade, por forma aparentemente autónoma, em condições características de contrato de trabalho, que possa causar prejuízo ao trabalhador ou ao Estado ou a falta de comunicação de admissão do trabalhador na segurança social, qualquer uma das autoridades administrativas referidas no número anterior é competente para o procedimento das contra-ordenações por esse facto.

### Artigo 3.º

#### Competência para a decisão

1 — A decisão dos processos de contra-ordenação compete:

a) Ao inspector-geral do Trabalho (IGT), no caso de contra-ordenações laborais;

b) Ao conselho directivo do ISS, I. P., no caso de contra-ordenações praticadas no âmbito do sistema de segurança social.

2 — Nos termos do n.º 2 do artigo anterior a decisão dos processos de contra-ordenação compete ao inspector-geral do Trabalho quando o respectivo procedimento tiver sido realizado pela ACT e ao conselho directivo do ISS, I. P., quando tiver sido realizado pelo ISS, I. P.

3 — As competências a que se refere o presente artigo podem ser delegadas nos termos do Código do Procedimento Administrativo (CPA).

### Artigo 4.º

#### Competência territorial

São territorialmente competentes para o procedimento das contra-ordenações, no âmbito das respectivas áreas geográficas de actuação de acordo com as competências previstas nas correspondentes leis orgânicas:

a) Os serviços desconcentrados da ACT em cuja área se haja verificado a contra-ordenação;

b) Os serviços do ISS, I. P., em cuja área se haja verificado a contra-ordenação.

## CAPÍTULO II

### Actos processuais na fase administrativa

#### Artigo 5.º

##### Forma dos actos processuais

1 — No âmbito do procedimento administrativo, os actos processuais podem ser praticados em suporte informático com aposição de assinatura electrónica qualificada.

2 — Os actos processuais e documentos assinados nos termos do número anterior substituem e dispensam para quaisquer efeitos a assinatura autógrafa no processo em suporte de papel.

3 — Para os efeitos previstos nos números anteriores, apenas pode ser utilizada assinatura electrónica qualificada de acordo com os requisitos legais e regulamentares exigíveis pelo sistema de certificação electrónica do Estado.

**ANEXO II**

## ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 33/2009

de 14 de Julho

### Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

#### Artigo 1.º

##### Direito de acompanhamento

É reconhecido e garantido a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) o direito de acompanhamento por uma pessoa indicada nos termos do artigo 2.º

#### Artigo 2.º

##### Acompanhante

1 — Todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço.

2 — Os serviços de urgência devem, através de serviços técnicos adequados, promover o direito referido no número anterior sempre que a situação clínica do doente não permita a declaração da sua vontade, podendo para esse efeito os serviços solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o paciente invocados pelo acompanhante, mas não podem impedir o acompanhamento.

#### Artigo 3.º

##### Limites ao direito de acompanhamento

1 — Não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correcção prejudicadas pela presença do acompanhante, excepto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável.

2 — O acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos para que estes sejam eficazes.

3 — Nos casos previstos nos números anteriores, compete ao profissional de saúde responsável pela execução do acto clínico em questão — exame, técnica ou tratamento — informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.

#### Artigo 4.º

##### Direitos e deveres do acompanhante

1 — O acompanhante tem direito a informação adequada e em tempo razoável sobre o doente, nas diferentes fases do atendimento, com as excepções seguintes:

- a) Indicação expressa em contrário do doente;
- b) Matéria reservada por segredo clínico.

2 — O acompanhante deve comportar-se com urbanidade e respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço.

3 — No caso de violação do dever de urbanidade, desobediência ou desrespeito, os serviços podem impedir o acompanhante de permanecer junto do doente e determinar a sua saída do serviço de urgência, podendo ser, em sua substituição, indicado outro acompanhante nos termos do artigo 2.º

#### Artigo 5.º

##### Adaptação dos serviços

As instituições do SNS que disponham de serviço de urgência devem, no prazo de um ano a partir da data de publicação desta lei, proceder às alterações necessárias nas instalações, organização e funcionamento dos respectivos serviços de urgência, de forma a permitir que os doentes possam usufruir do direito de acompanhamento sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento daqueles serviços.

#### Artigo 6.º

##### Regulamentos

O direito de acompanhamento nos serviços de urgência deve estar consagrado no regulamento da respectiva instituição de saúde, o qual deve definir com clareza e rigor as respectivas normas e condições de aplicação.

Aprovada em 22 de Maio de 2009.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama*.

Promulgada em 2 de Julho de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 3 de Julho de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

## Lei n.º 34/2009

de 14 de Julho

**Estabelece o regime jurídico aplicável ao tratamento de dados referentes ao sistema judicial e procede à segunda alteração à Lei n.º 32/2004, de 22 de Julho, que estabelece o estatuto do administrador da insolvência.**

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

## CAPÍTULO I

### Disposição geral

#### Artigo 1.º

##### Objecto

A presente lei estabelece o regime jurídico aplicável ao tratamento de dados referentes ao sistema judicial, incluindo os relativos aos meios de resolução alternativa de litígios, adoptando regras sobre:

a) Recolha dos dados necessários ao exercício das competências dos magistrados e dos funcionários de justiça, bem como ao exercício dos direitos dos demais interve-



ANEXO XXII Folha de “Registro de Óbitos/Turno”

## REGISTO de ÓBITOS/TURNO

### ÓBITO

AAM (Quem leva o Corpo) \_\_\_\_\_

Nº Mecanográfico: \_\_\_\_\_

Turno:

Manhã

Tarde

Noite

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

Hora de Óbito: \_\_\_h \_\_\_m

Hora prevista de Colocação na Câmara Frigorífica: \_\_\_h \_\_\_m

### CÂMARA FRIGORÍFICA

AAM (Quem coloca no frigorífico) \_\_\_\_\_

Nº Mecanográfico: \_\_\_\_\_

Turno:

Manhã

Tarde

Noite

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

Hora de Colocação de Corpo no Frigorífico: \_\_\_h \_\_\_m

Espólio

SIM

NÃO

ETIQUETA DO DOENTE

OBSERVAÇÕES:

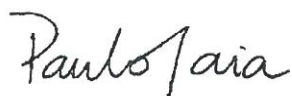


ANEXO XXIII Apresentação em congresso “o rim no doente crítico”

# Reunião Monotemática

# Rim no Doente Crítico

Certifica-se que **Rita Reis** participou como Palestrante no Simpósio Acessos para técnicas de suporte renal com o tema "Os cateteres de longa duração " incluída no Programa da *Reunião Monotemática 2009* da *Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos* e da *Sociedade Portuguesa de Nefrologia* com o tema "O Rim no Doente Crítico", que se realizou no Hotel Vila Galé na Ericeira, nos dias 20 e 21 de Novembro de 2009.



O Presidente da SPCI

Dr. Paulo Maia



O Presidente da SPN

Prof. Dr. Fernando Nolasco



### Rim no Doente Crítico

Acessos para técnicas de suporte renal

#### Cateter de Longa Duração



Ericeira  
20 de Novembro de 2009



### Rim no Doente Crítico

#### Cateter de Longa Duração (CLD)



Rita Reis  
Hospital de Santa Cruz  
Serviço de Nefrologia

Ericeira  
20 de Novembro de 2009

### Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2008):

- 9303 doentes em HD (5161 tinham idade > a 65 anos)
- 2467 doentes começaram tratamento substitutivo da função renal (1440 tinham idade > a 65 anos)

### Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2008):

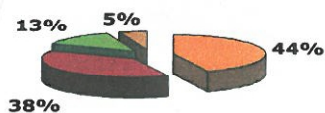
- Seguimento prévio por Nefrologista (>3M)



Com seguimento Sem seguimento

### Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2008):

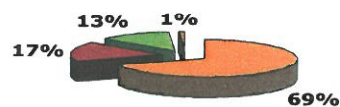
- Acesso vascular usado na 1ª sessão de HD



FAV CLD Cateter provisório Prótese

### Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2008):

- Acesso vascular nos doentes prevalentes em HD



FAV CLD Prótese Cateter provisório

**A utilização de Cateteres Venosos Centrais para HD, não deve ser a 1ª opção como acesso vascular...**

"Utilizar uma fistula ou prótese em vez de um CVC como acesso permanente para diálise". **Cat IB**

"Utilizar um CVC com cuff para diálise se o período de acesso temporário se prevê prolongado (superior a 3 semanas)". **Cat IB**

**PNCL, 2006**

- **Categoria IB.** Fortemente recomendado para implementação, baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou estudos epidemiológicos.

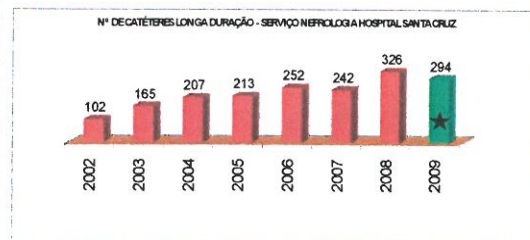
**A utilização de Cateteres Venosos Centrais para HD, não deve ser a 1ª opção como acesso vascular... mas...**

- Necessidade de HD urgente em doente sem acesso vascular "definitivo"
- Entre acessos vasculares "definitivos" (maturação dum novo acesso, trombose, disfunção ou infecção do acesso)
- Como única ou última hipótese de acesso vascular (esgotamento de património vascular)

**Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz – alguns números...**

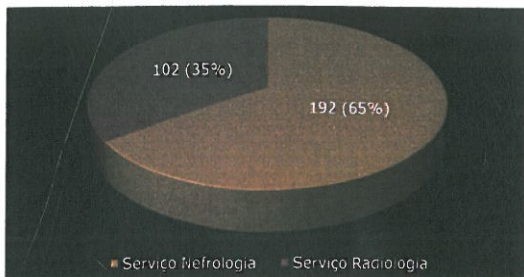
- Colocação do CLD (pelos Nefrologistas) ocorre no Serviço de Nefrologia e no Serviço de Radiologia (sob radioscopia)
- Aumento do número de CLD em detrimento do cateter provisório, em doentes com necessidade de acesso de HD imediato

**Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz – alguns números...**



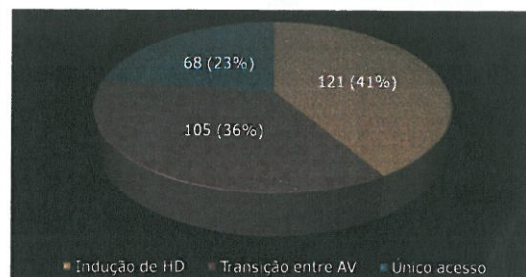
★ Até 31 de Outubro de 2009

**Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz – alguns números...**



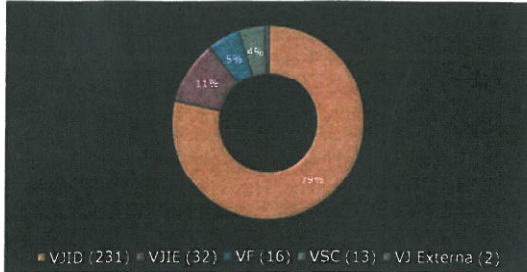
Serviço onde ocorreu a colocação do CLD (n=294) – Jan a Out 09

**Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz – alguns números...**



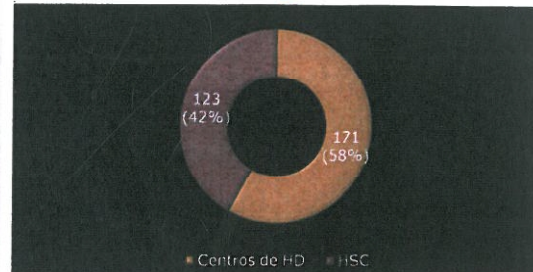
Motivo da colocação do CLD (n=294) – Jan a Out 09

### Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz – alguns números...



Território onde foi colocado o CLD (n=294) – Jan a Out 09

### Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz – alguns números...



Proveniência dos doentes (n=294) – Jan a Out 09

### Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz – alguns números...

- Entre Janeiro e Junho de 2009 ocorreram 17 internamentos (dum total de 566) por complicações relacionadas com o acesso vascular para HD
- Média de dias de internamento: 7,5 (1-17 d)

### Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz – alguns números...

- Sexo dos doentes: 11 homens e 6 mulheres
- Idade média dos doentes: 75 anos (47 - 91)
- Ocorreu 1 óbito (AVC isquémico)

### Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz – alguns números...

- Dos 17 internamentos por complicações relacionadas com o acesso vascular para HD:
  - 13 por suspeita de bacteriémia associada ao CLD
  - 4 por hemorragia do acesso vascular (3 pós colocação do CLD e 1 dos locais de punção da FAV)

### Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz – alguns números...

- Dos 13 internamentos por suspeita de bacteriémia associada ao CLD foi possível isolamento do microorganismo em 7 doentes:
  - SAMS: 2, SAMR: 2, SEMR: 2, E. Coli: 1
- Apesar do curto período de tempo analisado (6 meses) salienta-se o reduzido nº de internamentos por infecção do CLD

### Colocação do Cateter de Longa Duração

- Material do CLD é radiopaco (poliuretano ou outro)
- Biocompatibilidade
- Vários comprimentos (consoante o território venoso utilizado)
- Inserido por via percutânea
- Anestesia local (procedimento ambulatorio..)

### Colocação do Cateter de Longa Duração

- Menor probabilidade de infecção (comparativamente com o cateter provisório)
- Maior probabilidade de bom débito do cateter (comparativamente com o cateter provisório)
- Conforto para o doente, segurança e manutenção da assépsia

### Colocação do Cateter de Longa Duração

- No doente sem acesso vascular "definitivo" iniciar HD através dum CLD ao invés dum cateter provisório pode evitar a realização doutro acto invasivo (substituição do cateter provisório)
- No entanto podem existir contra indicações à colocação do mesmo:
  - Situação emergente
  - Infecção
  - Factores específicos do doente
  - Dificuldades técnicas

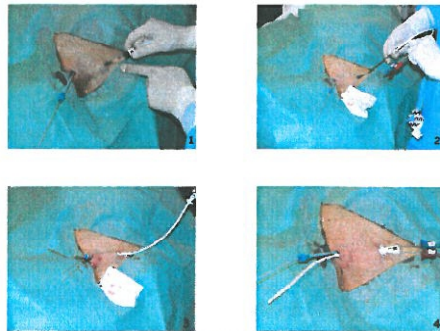
### Colocação do Cateter de Longa Duração



### Colocação do Cateter de Longa Duração

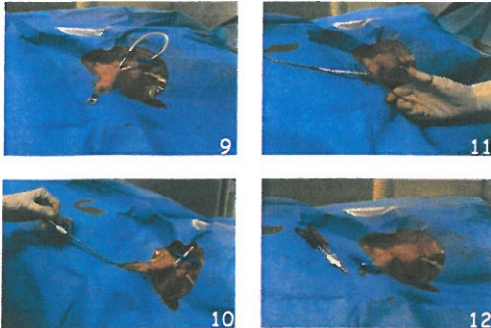


### Colocação do Cateter de Longa Duração

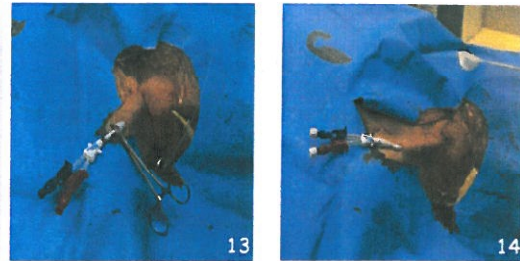




### Colocação do Cateter de Longa Duração



### Colocação do Cateter de Longa Duração



### Colocação do Cateter de Longa Duração - Papel do Enfermeiro -

- Explicar o procedimento ao doente
- Monitorização e vigilância do doente
- Despiste de intercorrências intra procedimento
- Avaliação da dor intra e pós procedimento

### Colocação do Cateter de Longa Duração - Papel do Enfermeiro -

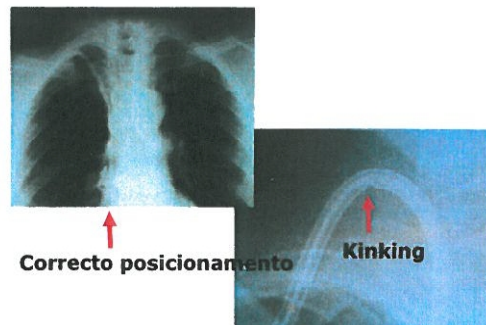
- Realização do penso (fixação dos ramos)
- Vigiar surgimento de hemorragia/hematoma pós colocação (penso compressivo)
- Antibioterapia profilática (...)
- Controle imagiológico
- ENSINO ao doente e família
- Registos

### Complicações do Cateter de Longa Duração

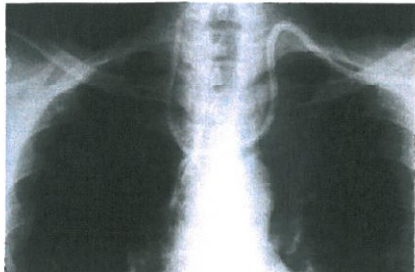
#### Mau débito

- Imediatamente após a colocação:
  - kinking ("dobra")
  - mau posicionamento dos ramos
- Tardiamente após a colocação:
  - trombo / coágulos
  - bainha de fibrina

### Complicações do Cateter de Longa Duração Mau débito

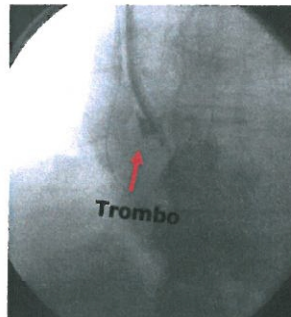


**Complicações do Cateter de Longa Duração  
Mau débito**

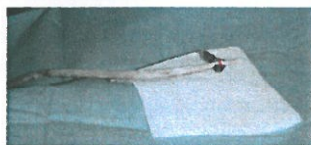


**Inadequado posicionamento**

**Complicações do Cateter de Longa Duração  
Mau débito**



**Complicações do Cateter de Longa Duração  
Mau débito**



**Complicações do Cateter de Longa Duração  
Mau débito**



**Complicações do Cateter de Longa Duração  
Mau débito**

- A resolução do problema de mau débito pode passar por:
  - administração de fibrinolítico (alteplase) –  
ATENÇÃO AO MANUSEAMENTO DO CLD – REGRAS DE ASSÉPSIA
  - substituição do CLD

**Complicações do Cateter de Longa Duração**

**Infecção do Orifício de Saída**

- Eritema, calor, presença de crosta e drenagem serosa ou sero purulenta ao nível do orifício de saída (cultura)
- Geralmente consegue-se tratar sem retirar o catéter
- Intensificação de cuidados locais
- Antibioterapia



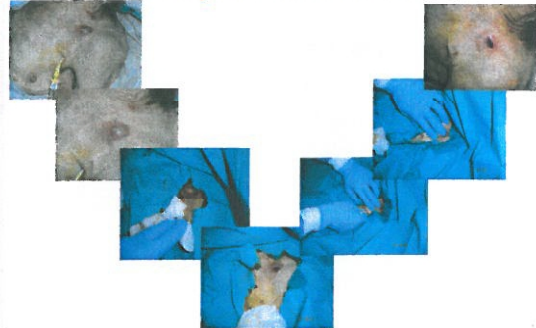
### Complicações do Cateter de Longa Duração

#### Infecção do Túnel Subcutâneo

- Ao longo do túnel subcutâneo surgem: eritema, calor e dor. Doente geralmente com febre. Pode haver drenagem purulenta (cultura)
- Risco elevado de bacteriemia (implica retirar o catéter e iniciar AB IV...)



### Complicações do Cateter de Longa Duração Infecção do Túnel Subcutâneo



### Complicações do Cateter de Longa Duração

#### Infecção Sistêmica

- Iniciar AB IV de largo espectro (vancomicina+gentamicina) mantendo durante 3 semanas
- Se houver alguma complicação metastática da bacteriemia (endocardite, espondilodiscite, artrite, osteomielite...) retirar o catéter, mantendo AB (6 a 8 semanas)

### Complicações do Cateter de Longa Duração Infecção Sistêmica

- Existem Unidades de HD onde a terapêutica da bacteriemia do CLD passa por associar à AB IV um "lock" de AB (que permanece nos lúmens do CLD no período interdialítico)
- O "lock" de AB (vancomicina/cefazolina + gentamicina) tem como intenção tentar uma "esterilização" mais eficaz do CLD (reduzir o ressurgimento da bacteriemia)

### Complicações do Cateter de Longa Duração

#### Rupturas/Fissuras

- Dos ramos, das conexões com as tampas, dos clamps:
  - Kit de substituição dos ramos
  - Substituição do CLD

### Reforço das medidas de controle de infecção

- Técnica asséptica (desinfecção cutânea desde a inserção do catéter)
- Cateteres femorais têm > risco de infecção
- Uso de barreiras protectoras
- Desinfecção do local de inserção do CLD com desinfectante compatível

### Reforço das medidas de controle de infecção

- Realização do penso
- Fixar o cateter, aquando da realização do penso e durante o tratamento, de modo a evitar traumatismos mecânicos
- Desinfectar as conexões antes do seu manuseamento
- Uso de máscara pelo doente/enfermeiro, sempre que se manuseia o cateter

### Reforço das medidas de controle de infecção

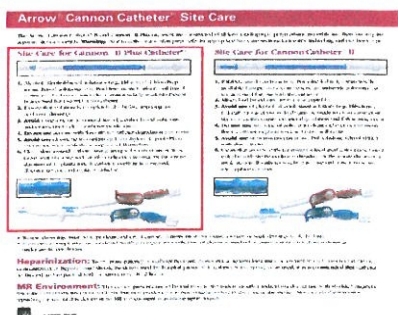
- Uso de luvas esterilizadas
- Observação do catéter, ramos (integridade/limpeza) e clamps
- Heparinização (monodoses/"manipulados")

### Reforço das medidas de controle de infecção

**Arrow Cannon Catheter Site Care**

**Site Care For Cannon, II Plus Catheter**

**Site Care For Cannon Catheter II**



**Heparinization**

**Site Care**

### Reforço das medidas de controle de infecção

- A existência de Cateter de longa duração, exige:
  - Observação para despiste precoce
  - Ensino ao doente
  - Boas práticas (precauções básicas)
  - Normas para uniformização de procedimentos

### Reforço das medidas de controle de infecção

#### Poderá passar também por...

- Cateteres impregnados com antimicrobianos
- Uso de pomadas antimicrobianas no orifício de saída
- "Lock" do catéter com antibiótico no período inter dialítico (profilático)

### Reforço das medidas de controle de infecção

- Utilização de citrato como anticoagulante no período inter dialítico (efeito bactericida)
- Obturadores



## Reforço das medidas de controle de infecção

- Mas passará por...



Obrigada!

## Bibliografia

- Beathard, G. Centers for Disease Control and Prevention, "Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections", 2007.
- Maya, Ivan. **Vascular Access: Core Curriculum 2008**. American Journal of Kidney Diseases, Vol 51, nº 4 (April), 2008: p.707-708
- NKF-K/DOQI: Clinical Practice Guidelines for Vascular Access, **Clinical Practice Guideline 7: Prevention and Treatment of Catheter and Port Complications**, 2006.
- Programa Nacional de Controlo de Infecção, "**Recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares**", 2006.