



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE  
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PORTUGUESA

# *AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA*

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 Edite de Jesus Manhita Vieira

LISBOA, setembro de 2014



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# *AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA*

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 Edite de Jesus Manhita Vieira

Sob orientação de Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

LISBOA, setembro de 2014

*“Se falares a um homem numa linguagem que ele compreenda,  
a tua mensagem entra na sua cabeça.  
Se lhe falares na sua própria linguagem,  
a tua mensagem entra-lhe directamente no coração.”*

Nelson Mandela *in* Pensamentos

## RESUMO

No âmbito da componente de Relatório de Estágio, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, surgiu este trabalho, cujo objetivo é a análise e a reflexão do caminho percorrido na Unidade Curricular de Estágio, a qual foi dividida em três Módulos, nomeadamente, Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos / Intermédios e Opcional de Enfermagem no Perioperatório.

Foram várias as oportunidades de aprendizagem em todos os estágios e procurei estar presente em novas situações de forma a crescer enquanto pessoa e profissional. A área de intervenção transversal aos estágios foi as estratégias de comunicação no cuidado à pessoa em situação crítica, o que enriqueceu o percurso. O Serviço de Urgência foi uma mais-valia, especialmente a sala de reanimação e o SO. Foram estas duas valências em que incidi o meu estágio e foram as áreas que me proporcionaram um maior número de experiências, situações vividas, partilha de conhecimentos e aquisição de competências.

O fato de ter realizado os estágios de Urgência e de Enfermagem no Perioperatório na minha Instituição veio proporcionar uma experiência agradável e conciliadora de horários e vida familiar. O estágio na Unidade de Cuidados Intensivos / Intermédios do HES, EPE foi uma experiência muito enriquecedora de saberes e conhecimentos, talvez foi o estágio onde desenvolvi mais o projeto de estágio, nomeadamente as estratégias de comunicação e as competências inerentes, devido ao ambiente envolvente, aos doentes a quem prestei cuidados diretos nos vários turnos efetuados, associando estes aspetos à minha motivação pessoal e profissional.

O estágio de Enfermagem no Perioperatório foi realizado no meu local de trabalho. Este estágio permitiu-me responder a necessidades do Serviço e em simultâneo desenvolver a área das estratégias de comunicação à pessoa no período perioperatório. Foi uma experiência agradável e gratificante que me permitiu a transmissão de conhecimentos, saberes, assim como a partilha com os meus pares.

**Palavras- chave:** Estratégias de Comunicação; Competências; Enfermagem; Pessoa Crítica.

## ABSTRACT

Under the Internship Report component of the Nursing Master Degree in Professional Nature Area of Specialization in Medical-Surgical Nursing, in the Institute of Health Sciences, Portuguese Catholic University emerged this work, which goal is the analysis and reflection of the way passed in the Internship Course, and was divided into three modules, namely, ER, Intensive / Intermediate Care Unit and Optional of Perioperative Nursing.

There were several learning opportunities at every stage and I tried to be present in new situations in order to grow as a person and professional. The area of cross intervention to the traineeships was the communication strategies, in the care to the person in a critical situation, which enriched the route. The ER was an asset, especially the resuscitation room and the OS. Both these valences focused on my training, and were the areas that provided to me a greater number of experiences, situations experienced, sharing knowledge and skills acquisition.

The fact of having held internships Emergency and Perioperative Nursing in my Institution came in a pleasant and conciliatory experience schedules and family life. The stage in Intensive / Intermediate Care in HES, EPE was a very enriching experience of wisdom and knowledge; maybe it was the stage where I could develop my stage design, namely the communication strategies and inherent skills more, due to the surrounding environment, the patients to whom I provided straight cares in several effectuated shifts, combining these aspects to my personal and professional motivation.

The Internship in Perioperative Nursing was developed in my workplace. This internship allowed me to answer the needs of the Service and simultaneously I develop the communication strategies area to the person in the perioperative period. It was an enjoyable and rewarding experience that allowed me the transmission of knowledge, as well as sharing with my peers.

**Keywords:** Communication Strategies, Skills, Nursing, Critical Person.



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa, agradeço a disponibilidade, as palavras de conforto e a amizade.

Às Enfermeiras Orientadoras, Enf.<sup>a</sup> Especialista Paula Canelas, Enf.<sup>a</sup> Especialista Telma Dias, Enf.<sup>a</sup> Especialista Teresa Castilho, a disponibilidade e os momentos de reflexão partilhados.

Às diversas Equipas Multidisciplinares onde decorreram os Módulos de Estágio, pela forma como me receberam e os saberes que transmitiram.

Aos meus colegas de serviço, pela força e palavras de ânimo nos dias menos bons!

A todos os doentes com quem contatei ao longo dos estágios, proporcionando experiências únicas e enriquecedoras!

À minha família pelo carinho, apoio e compreensão por todos os momentos em que devia e não estive presente!

Ao meu amor, Vitor, pela paciência, apoio e por ser um pai exemplar!

Principalmente, à luz dos meus olhos, Laura, minha pequenina!

**A TODOS O MEU MUITO OBRIGADO!**

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

BO – Bloco Operatório

CE – Conselho de Enfermagem

CJ – Conselho Jurisdicional

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

*Et al.* – E outros

HES, EPE – Hospital do Espírito Santo, Entidade Pública Empresarial

HJJF – Hospital José Joaquim Fernandes

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IOT – Intubação Orotraqueal

ISBN – International Standard Book Number

ISSN – International Standard Serial Number

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

S/d – Sem data

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ULSBA, EPE – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Entidade Pública Empresarial

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## SEQUÊNCIA DE TABELAS

TABELA 1 – Critérios para a formulação da questão utilizando a Metodologia PI[C]OS.....	20
TABELA 2 – Artigos seleccionados, segundo PI[C]OS.....	22

## ÍNDICE

0 -	<u>INTRODUÇÃO</u> .....	13
1 -	<u>AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</u> .....	17
2 -	<u>O CAMINHO PERCORRIDO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES TRAÇADAS</u> .....	25
2.1 -	MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	25
2.2 -	MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS / INTERMÉDIOS .....	38
2.3 -	MÓDULO III – ESTÁGIO OPCIONAL: ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO .....	47
3 -	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u> .....	59
4 -	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> .....	63
	<u>ANEXOS</u> .....	69
	ANEXO I – Escala de Likert utilizada para a avaliação da Sessão de Formação... ..	71
	ANEXO II – Planta do BO da ULSBA, EPE.....	75
	<u>APÊNDICES</u> .....	79
	APÊNDICE I – Póster sobre “Comunicação”.....	81
	APÊNDICE II – Caderno de Fichas sobre a “Escala de <i>Braden</i> ” .....	85
	APÊNDICE III – Caderno de Fichas sobre “Intervenções Autónomas de Enfermagem à Pessoa com Presença de Arritmia”.....	91
	APÊNDICE IV – Folha de Sessão de Formação em Serviço.....	109
	APÊNDICE V – Folha de Avaliação da Sessão de Formação.....	113
	APÊNDICE VI – Enfermeiros do SU que assistiram à Sessão de Formação.....	117
	APÊNDICE VII – Pertinência da temática e aplicabilidade no desempenho profissional no SU.....	121
	APÊNDICE VIII – Apresentação da Sessão de Formação “Intervenções Autónomas de Enfermagem à Pessoa com Presença de Arritmia”.....	125

APÊNDICE IX – Apresentação da Sessão de Formação ”Escala de <i>Braden</i> : Subescala de Nutrição”.....	133
APÊNDICE X – Plano de Sessão “Intervenções Autónomas de Enfermagem à Pessoa com Presença de Arritmia”.....	139
APÊNDICE XI – Plano de Sessão “Escala de <i>Braden</i> : Subescala de Nutrição”....	143
APÊNDICE XII – Apresentação da Sessão de Formação “Comunicação Terapêutica na UCIP”.....	147
APÊNDICE XIII – Apresentação da Sessão de Formação “Toque Terapêutico: Estratégia de Comunicação e Conforto na UCIP”.....	157
APÊNDICE XIV – Póster sobre “Toque Terapêutico: Estratégia de Comunicação e Conforto”.....	171
APÊNDICE XV – Folheto sobre “Toque Terapêutico: Estratégia de Comunicação e Conforto”.....	175
APÊNDICE XVI – Folha de Avaliação da Sessão de Formação.....	179
APÊNDICE XVII – Enfermeiros da UCIP que assistiram à Sessão de Formação...	183
APÊNDICE XVIII – Pertinência da temática e aplicabilidade no desempenho profissional.....	187
APÊNDICE XIX – Folha de Sessão de Formação em Serviço.....	191
APÊNDICE XX – Plano de Sessão “Comunicação Terapêutica na UCIP”.....	195
APÊNDICE XXI – Plano de Sessão “Toque Terapêutico: Estratégia de Comunicação e Conforto na UCIP”.....	199
APÊNDICE XXII – - Póster sobre “ Comunicação na Cirurgia Laparoscópica: Desafio para a Segurança do Doente”, apresentado no Congresso de Enfermagem Perioperatória da Prática à Evidência na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.....	203
APÊNDICE XXIII – Apresentação da Sessão de Formação “Comunicação Terapêutica no BO”.....	207
APÊNDICE XXIV – Norma de Cirurgia Laparoscópica.....	217
APÊNDICE XXV – Apresentação da Sessão de Formação “Norma de Cirurgia Laparoscópica”.....	225
APÊNDICE XXVI – Folha de Avaliação da Sessão de Formação.....	239
APÊNDICE XXVII – Folha de Sessão de Formação em Serviço.....	243
APÊNDICE XXVIII – Enfermeiros do BO que assistiram à Sessão de Formação...	247
APÊNDICE XXIX – Pertinência da temática no desempenho profissional.....	251

APÊNDICE XXX – Aplicabilidade dos conteúdos no desempenho profissional...	255
APÊNDICE XXXI – Plano de Sessão “Comunicação Terapêutica no BO”.....	259
APÊNDICE XXXII – Plano de Sessão “Norma de Cirurgia Laparoscópica”.....	263



0 – INTRODUÇÃO

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE), no ponto 3, do artigo 7º da Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro que procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril alega que, “ *O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem*” (p.6528). É nesta perspectiva que a Universidade Católica Portuguesa lecciona Cursos de Mestrado em Enfermagem em Áreas de Especialização de Enfermagem.

No âmbito da componente de Relatório de Estágio, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, surgiu este trabalho, cujo objetivo é a análise e a reflexão dos passos percorridos na Unidade Curricular de Estágio, a qual foi dividida em três Módulos, cada um com um total de 180 horas e 10 ECTS, os quais foram desenvolvidos na seguinte cronologia:

- O Módulo I - Serviço de Urgência: 22 de abril a 22 de junho de 2013;
- O Módulo II - Serviço de Cuidados Intensivos / Intermédios: 23 de setembro a 16 de novembro de 2013;
- O Módulo III – Opcional: Módulo de Enfermagem no Perioperatório: 18 de novembro de 2013 a 31 de janeiro de 2014.

Os Módulos I e III decorreram na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., Hospital José Joaquim Fernandes (ULSBA, E.P.E., HJJF), Beja. A escolha da ULSBA, E.P.E. deveu-se ao fato de ser o meu local de trabalho, por razões familiares, por conciliação de horários e também por querer dar algo proveitoso aos meus colegas de Instituição. O Módulo II decorreu no Hospital do Espírito Santo, E.P.E (HES; E.P.E.), Évora, esta escolha deveu-se ao fato de não haver Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na UCIP da minha Instituição e por ser o local mais próximo com enfermeiros detentores da categoria. No meu percurso de Estágio, o tema transversal aos três Módulos foram as *Estratégias de Comunicação no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica*. A escolha deste tema deveu-se à leitura de um artigo de Dora M. R. Fonseca Saraiva e Teresa M. da Cruz Martinho denominado “*Comunicar*

com o doente em estado crítico”, da Revista **Nursing** Online de junho de 2011. Foi um artigo que despertou os meus sentidos para a problemática da comunicação com a Pessoa em situação crítica, e as dificuldades que ainda existem na interação enfermeiro-pessoa, quando não há disponibilidade da comunicação verbal.

Ao longo do presente Relatório será utilizado o termo **Pessoa**, palavra empregue pela Ordem dos Enfermeiros e inserida nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, em que “ (...) a pessoa (...) é alvo dos cuidados de Enfermagem (designações como: utente, doente paciente ou consumidor de cuidados, dependendo do contexto do utilização). A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (...) ” (CE e CJ da OE, 2010)

A Enfermagem ao longo do tempo tem sofrido várias mudanças, as quais permitiram uma maior autonomia na prestação de cuidados à pessoa e sua família. Contudo, com a modernização das Instituições e o aumento da burocracia, o enfermeiro passa cada vez mais tempo a realizar registos em suporte informático, quando em alternativa poderia estar a fomentar a sua relação com a pessoa, a qual é uma intervenção autónoma, que apenas depende da iniciativa do enfermeiro. O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), no ponto 2, do artigo 9º, Intervenções dos enfermeiros, Capítulo IV, Exercício e intervenções dos enfermeiros, do Decreto-Lei nº161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril), refere que, são intervenções “ (...) autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” Sendo a comunicação uma intervenção autónoma do enfermeiro, esta é essencial nos Serviços de Saúde, pois é através da comunicação que se criam laços de confiança e empatia com a pessoa e/ou a sua família, o que se traduz por uma maior segurança da pessoa, o que gera individualização dos cuidados de enfermagem, maior satisfação dos profissionais e ganhos em saúde.

A comunicação é um instrumento essencial na enfermagem, que deve ser desenvolvido pelo enfermeiro, independentemente da sua área de intervenção. É por intermédio da

comunicação que o enfermeiro pode compreender a pessoa e a sua família, identificando as suas necessidades e problemas atuais, com a finalidade de aplicar alternativas de ajuda e humanizar os cuidados prestados.

As relações interpessoais que se estabelecem através da comunicação facilitam o processo terapêutico, pois tornam possível entender o outro, e reconhecer os seus comportamentos, sentimentos e necessidades com a finalidade de ajudar no seu processo de recuperação. A comunicação é um instrumento de cuidados de enfermagem e influencia diretamente a interação enfermeiro-pessoa, sendo essencial para o estabelecimento do vínculo de confiança na tríade enfermeiro-pessoa-família. (Amante, Rossetto e Schneider, 2009). Peplau relata que através da comunicação, a tríade enfermeiro-pessoa-família trabalha em conjunto com o objetivo de atender às necessidades sentidas, e assim diminuir os níveis de ansiedade e medo do desconhecido (George, 2000).

A finalidade das estratégias de comunicação é proporcionar uma prática de enfermagem mais humana, que visualize a pessoa humana como um ser portador de experiências próprias, mesmo quando estas experiências se expressem por linguagem não-verbal (Pott, Stahlhoefer, Felix e Meier., 2013). Os enfermeiros necessitam de criar estratégias de comunicação no processo de cuidados à pessoa e sua família, pois a comunicação é uma ferramenta que visa a melhoria, a mudança e a excelência dos cuidados de enfermagem, assim como a expressão de emoções e sentimentos (Camelo, 2012). Saraiva e Martinho (2011) defendem a comunicação como uma componente a valorizar cada vez mais na prática de enfermagem, e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. Os mesmos autores relevam que na esfera do processo de cuidados também deve estar incluída a família, sendo esta merecedora de toda a atenção e respeito por parte dos enfermeiros, devendo estes profissionais terem abertura para ouvir os familiares na expressão dos seus medos, angústias e fragilidades, para através da competência de comunicação contribuírem para o bem-estar da pessoa e família.

Para os diferentes estágios foram desenvolvidos objetivos, tendo sempre em conta as necessidades dos serviços e o tema transversal. Entre os objetivos há trabalhos que estão a ser revistos para Publicação. Nos estágios realizados, utilizei a Metodologia de Projeto, a qual tem como objetivo fulcral “ (...) *centrar-se na resolução de problemas, e através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais de*

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

*elaboração e concretização de projectos numa situação real.*” (Ferrito, Ruivo, Nunes, 2010, p.3). Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto promove a prática fundamentada e baseada na evidência científica. O presente relatório (divulgação dos resultados) é a ultima fase desta metodologia, e foi antecedido pelas etapas de diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação.

Este Relatório está dividido em 4 pontos: o primeiro ponto é dedicado à RSL, cujo tema são as “Estratégias de Comunicação no Cuidado à Pessoa em Situação Crítica”, o segundo ponto relata a descrição e a análise das actividades desenvolvidas, o terceiro ponto refere-se às considerações finais onde está inclusa a Análise SWOT, o quarto ponto são as referências bibliográficas e por último os anexos e apêndices.

1 – AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Resultante de uma análise crítica do contexto da prática e posterior conversão de situações – problema em focos de reflexão sobre a prática, emergiu a pergunta norteadora da proposta de Revisão Sistemática da Literatura (RSL): *Quais as estratégias de comunicação que facilitam a humanização dos cuidados à pessoa em estado crítico?* Partindo desta questão introdutória realizei uma pesquisa bibliográfica, que permitiu a mobilização de conceitos decorrentes das teorias/modelos de enfermagem que constituem os primordiais referenciais teóricos. Inscrita no Paradigma em Enfermagem da Integração, pertencente à Escola de Pensamento da Interação recorri às teorias de Hildegard Peplau, Ida Jean Orlando e Imogene King para consubstanciar o trabalho, uma vez que todas abordam a comunicação e a relação interpessoal nos cuidados de enfermagem. Esta Escola tenta responder à questão: *“Como fazem os enfermeiros o que estão a fazer?”*, em que o cuidado é um processo interactivo entre uma pessoa que tem necessidade de ajuda e outra que pode oferecer essa ajuda. O Paradigma da Integração tem como centro de atenção a Pessoa e reconhece os elementos, as manifestações de um fenómeno integrando o contexto (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major, 1996).

Peplau na sua Teoria das Relações Interpessoais considera que no crescimento da relação enfermeiro-pessoa no processo de cuidados, o enfermeiro tem a oportunidade de desenvolver com o seu doente uma comunicação terapêutica adequada e eficaz (Pontes, Leitão e Ramos, 2008). *“A comunicação enfermeiro-paciente é denominada comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do paciente e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos pacientes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros”* (Stefanelli citado por Pontes *et al*, 2008, p. 315).

King considera a comunicação, *“(…) como processo social fundamental, desenvolve e mantém as relações humanas e facilita o funcionamento ordenado dos grupos humanos e da sociedade. Como componente de informação das interações humanas, ela ocorre*

*em todos os comportamentos.*” (George, 2000, p.173). Estes comportamentos podem ser verbais ou não verbais, de entre os não-verbais destacam-se o toque, a distância, a postura, a expressão facial, a aparência física e os movimentos corporais. O conjunto destes comportamentos conduz à relação recíproca enfermeiro-pessoa, em que há uma interação entre ambos, havendo partilha de informação e conhecimentos, para que através da comunicação se alcancem as metas preconizadas pelos intervenientes (George, 2000).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), comunicação é o *“Comportamento interactivo: dar e receber informação utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”* (ICNP, 2011, p. 45).

Na sua teoria, Orlando também explicita os comportamentos verbais e não-verbais e refere que, apesar de alguns dos comportamentos da pessoa comunicarem uma necessidade de ajuda, esta comunicação pode não ser explícita e interferir com a relação enfermeiro-pessoa. Como tal, o enfermeiro deve estar atento aos comportamentos da pessoa, assim como aos seus sentimentos, percepções e angústias, para que possa ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades, através da comunicação (George, 2000). No seu livro, Phaneuf (2005, p. 23) também fala em comportamentos, sentimentos e emoções e refere que, *“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a aprender e a compreender as intenções, as opiniões e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela”*.

Esta RSL está a ser revista para posterior publicação.

RESUMO / ABSTRACT

A equipa de enfermagem deve agir com carinho, palavras de conforto, ouvir os familiares para minimizar a insegurança e ansiedade. As atividades recreativas, a prática de leituras e o diálogo carinhoso são estratégias que visam a humanização da assistência de enfermagem. Ser escutado pelos profissionais de saúde é, para a pessoa, ser cuidado de um modo individualizado e atento, é ter a sensação de conforto, valorização e compreensão. Escutar ativamente implica o contato visual, o uso terapêutico do silêncio, a aproximação física e a utilização de expressões verbais simples que encorajem a continuidade do diálogo. **Objectivo:** Identificar quais são as estratégias de comunicação que contribuem para a humanização dos cuidados à pessoa em estado crítico. **Métodos:** Pesquisa de estudos empíricos com um friso temporal entre janeiro de 2011 e agosto de 2013, realizada em bases de dados e outros, e seleccionados utilizando a metodologia PI[C]OS e tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** As estratégias de comunicação que contribuem para a humanização dos cuidados à pessoa em estado crítico são o contato visual, a saudação, o toque, os gestos de expressão, os quadros de letras, o quadro negro, a escrita com papel e lápis, computador, brinquedos, a escuta ativa, as reafirmações verbais de solicitude, o uso de perguntas abertas, o carinho, o conforto, o diálogo, o uso terapêutico do humor, a abertura, a confiança e o acolhimento. **Palavras-chave:** estratégias de comunicação, enfermagem, pessoa.

Nursing staff must act with kindness, words of comfort, hearing the familiar to minimize insecurity and anxiety. Recreational activities, the practice of reading and loving dialogue are strategies aimed at the humanization of nursing care. Be heard by health professionals is to the client, be careful individualized and attentive way, is to have the feeling of comfort, appreciation and understanding. Listen actively involves eye contact, the therapeutic use of silence, the physical approach and the use of simple verbal expressions that encourage continued dialogue. **Methods:** Inquiry of empirical studies with a border storm between january of 2011 and august of 2013, carried out in bases of data and different, and selected using the methodology PI[C]OS and taking into account the criteria of inclusion and exclusion. **Results:** The strategies of communication that contribute to the care humanization to a client in critical state are the visual contact, the greeting, the touch, the gestures of expression, the pictures of letters, the blackboard, the writing with paper and pencil, computer, toys, the active

listening, the verbal reaffirmations of care, the use of open questions, the fondness, the comfort, the dialog, the therapeutic use of the mood, the opening, the confidence and the welcome. **Key words:** strategies of communication, nursing, person.

## MÉTODO E ESTRATÉGIAS

“Uma revisão sistemática (RS) define-se como sendo uma síntese concisa da melhor evidência disponível, que aborda questões clínicas cuidadosamente elaboradas.” (Forrest citado por Marques, Silveira e Mata, 2008, p. 172) e “(...) utilizam métodos rigorosos e explícitos para identificar, criticar, e sintetizar estudos relevantes, procurando agregar e examinar toda a evidência da melhor qualidade respeitante à pergunta colocada.” (Varandas e Carneiro, citados por Marques *et al*, 2008, p.172).

Esta revisão sistemática tem como principal objetivo compreender quais são as estratégias de comunicação que contribuem para a humanização dos cuidados à pessoa em estado crítico, através de análise de fontes, com um friso temporal de pesquisa entre janeiro de 2011 e agosto de 2013. Desta forma, com base na metodologia PICOS (CRD,2009), formulei para a realização desta revisão sistemática da literatura a seguinte questão: “Em relação à pessoa em estado crítico (P), quais são as estratégias de comunicação (I) que contribuem para a humanização dos cuidados (O)?” (Tabela 1).

<b>P</b> (população de interesse/participantes)	Sobre quem é o problema?	Pessoa em estado crítico.
<b>I</b> (intervenções)	Qual é a intervenção pretendida para a pessoa ou grupo de pessoas?	Estratégias de comunicação.
<b>C</b> (comparação)		
<b>O</b> (outcomes/resultados)	Quais são os efeitos/resultados esperados da intervenção proposta?	Humanização dos cuidados.
<b>S</b> (Study/tipos de estudo)	Quais são os tipos de estudo?	Estudos Qualitativos e Quantitativos.

TABELA 1- Critérios para a formulação da questão utilizando a Metodologia PICOS

O estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão pretende definir os estudos a serem incluídos na elaboração da revisão sistemática de literatura, de modo que através da criação de filtros se encontrem estudos que correspondam em pertinência e estrutura à questão formulada, demonstrando homogeneidade entre si (Marques *et al*, 2008). Os critérios de inclusão formulados foram: estudos qualitativos (ou seja, estudo empírico de paradigma indutivo) e estudos quantitativos (ou seja, estudo empírico de paradigma dedutivo), conter os parâmetros da metodologia PICOS (CRD, 2009) para uma possível análise, conter o (s) autor (es), o país e o ano, ter sido publicado entre janeiro de 2011 e agosto de 2013, artigos em full text em formato PDF e artigos em inglês, português e espanhol. Os critérios de exclusão formulados foram: todos os artigos que são uma revisão sistemática da literatura, todos os artigos que são uma dissertação ou tese, todos os artigos sem full text e todos os artigos anteriores a janeiro de 2011 e posteriores a agosto de 2013.

Na planificação de uma estratégia de pesquisa, que se pretende o mais sensível possível para a questão formulada, comecei por definir as palavras-chave. Decorrente do processo de conceptualização e da formulação da questão de investigação, buscando ainda suporte no vocabulário estruturado em DeCS – Descritores em Ciências da Saúde e do MeSH –Medical Subject Headings, defini como descritores: estratégias de comunicação (communication strategies), enfermagem (nursing), pessoa (person). As bases de dados pesquisadas para a realização desta revisão sistemática da literatura foram a EBSCO (CINAHL plus with full text, MEDLINE with full text, Library, Information Science & Technology Abstracts Publications e MedicLatina), LILACS e Pubmed. Na pesquisa, utilizei o cruzamento dos vários descritores, e obtive 15 artigos. Tendo por base o que foi referido anteriormente e com a leitura da integral dos artigos, selecionei seis artigos.

## APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após a leitura integral dos artigos selecionados, apliquei o método PICOS (CRD, 2009) para a análise dos estudos, como está explicito na Tabela 2.

**AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

<b>Autor(es)/ Ano/País</b>	<b>Participantes</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Resultados (Outcomes)</b>	<b>Tipos de Estudo (Study)</b>
Wilson, Rochon, Leonard e Mihailidis (winter, 2012/13) Canada	10 prestadores de cuidados (9 auxiliares e 1 enfermeiro), divididos em 2 grupos.	Aplicação de entrevista semiestruturada aos grupos de foco durante 1 hora, em dois centros de cuidados de longa duração.	Identificação de 33 estratégias de comunicação, que podem ser úteis durante a prestação de cuidados. 64% dos participantes utilizaram a negociação e a explicação das ações a desenvolver. Também se destacam o contato visual, a familiaridade, a transferência de tarefa, a saudação, o toque e os gestos de expressão.	Quantitativo
Broyles, Tate e Happ (march, 2012) Pennsylvania	41 doentes em ventilação mecânica internados em Unidade de Cuidados Intensivos e respetivas famílias.	Os enfermeiros observaram e identificaram em três fases distintas, as estratégias de comunicação utilizadas pela família no contato com o seu familiar em ventilação mecânica, e em seguida os enfermeiros respondem a duas questões, sob a forma de entrevista.	44% dos familiares utilizaram quadros de letras, escrita com papel e lápis, quadro negro, objetos eletrônicos, cartões, computador e brinquedos. Também utilizaram o piscar de olhos e o acenar com a cabeça sim-não.	Qualitativo
Araújo e Silva (jan-mar, 2012) Brasil	303 profissionais de saúde que trabalham ou têm contato frequente com doentes em Cuidados Paliativos.	Aplicação de questionário entre agosto de 2008 e julho de 2009. No questionário, os participantes deveriam mencionar duas estratégias de comunicação que utilizavam, para oferecer suporte emocional à Pessoa em Cuidados Paliativos.	As estratégias de comunicação mais citadas foram a escuta ativa, reafirmações verbais de solicitude, uso de perguntas abertas e toque afetivo.	Quantitativo
Beuter, Brondani, Szarecki, Cordeiro e Roso (jan-mar, 2012) Brasil	10 familiares acompanhantes de um adulto internado há mais de três dias.	Realização de duas Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade, em março e setembro de 2006, em cinco momentos. No 1º momento foi apresentado aos participantes os objetivos da pesquisa e as etapas da dinâmica. No 2º momento foi disponibilizado revistas, canetas e papel para a produção individual, através de recortes de gravuras. No 3º momento houve a socialização dos dados produzidos. No 4º momento ocorreu a análise de grupo, as discussões das produções artísticas e o diálogo entre os participantes. No 5º momento ocorreu a síntese e a validação dos dados. Cada dinâmica teve 5 participantes e demorou cerca de 50 minutos. Os dados foram registados em gravação de áudio e posteriormente transcritos.	A equipa de enfermagem deve agir com carinho, palavras de conforto, ouvir os familiares para minimizar a insegurança e ansiedade. As atividades recreativas, a prática de leituras e o diálogo carinhoso são estratégias que visam a humanização da assistência de enfermagem.	Qualitativo

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Hemsley, Balandin e Worrall (jan 2012) Austrália	15 enfermeiros de dois hospitais de Brisbane (Austrália) recrutados através de um programa de Gestão de Enfermeiros	Aplicação de entrevista de cerca de 30 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas e retratam as experiências dos enfermeiros no cuidado a adultos com necessidades complexas/incapacidade de comunicação, as barreiras encontradas e as estratégias de comunicação utilizadas.	O tempo pode ser considerado um fator favorável ou não na comunicação. Há enfermeiros que ignoram a comunicação com a pessoa e outros que utilizam estratégias adaptativas como o uso terapêutico do humor, o conforto, a abertura a confiança, o contato ocular e a utilização de quadro negro.	Qualitativo
Pereira, Freitas, Ferreira, Marchiori, Souza e Backes (2010) Brasil	11 profissionais de enfermagem de Unidade Básica de Saúde, localizada na região oeste da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul	Uma entrevista no período entre Março e Abril de 2008, conforme disponibilidade de data e horário dos participantes, aleatoriamente selecionados. Foi utilizado um instrumento semiestruturado, assim como a técnica de observação para o registo de aspetos relevantes que pudessem auxiliar na delimitação das categorias. A entrevista foi realizada pelas autoras do estudo.	Atendendo para as singularidades humanas na atenção à saúde; Diálogo e acolhimento como possibilidades interactivas na humanização dos cuidados.	Qualitativo-exploratório

**TABELA 2: Artigos selecionados, segundo PI[C]OS**

Após a análise crítica dos resultados dos estudos quantitativos e qualitativos que provêm da revisão sistemática da literatura, observei que as estratégias de comunicação são instrumentos essenciais no processo de cuidados da pessoa em estado crítico, uma vez que permitem a humanização dos cuidados de enfermagem.

O estudo de Wilson, Rochon, Leonard e Mihailidis (2012/13) identificou 33 estratégias de comunicação, entre as quais se destacaram o contato visual, a familiaridade, a transferência de tarefa, a saudação, o toque e os gestos de expressão. O estudo efetuado por Broyles, Tate e Happ (2012) revelou que os enfermeiros identificaram como estratégias de comunicação utilizadas pelos familiares de doentes em ventilação mecânica, os quadros de letras, a escrita com papel e lápis, o quadro negro, objetos eletrônicos, cartões, computador, brinquedos, o piscar de olho e o acenar de cabeça.

O estudo realizado por Araújo e Silva (2012) demonstrou que as estratégias de comunicação mais citadas como meio de suporte emocional de cuidados foram o toque afetivo, as reafirmações verbais de solicitude, o uso de perguntas abertas e a escuta ativa. Ser escutado pelos profissionais de saúde é, para a Pessoa, ser cuidado de um modo individualizado e atento, é ter a sensação de conforto, valorização e compreensão. Escutar ativamente implica o contato visual, o uso terapêutico do silêncio, a aproximação física e a utilização de expressões verbais simples que encorajem a continuidade do diálogo (Araújo & Silva, 2012). Um outro estudo que aponta o diálogo

como estratégia de comunicação é o estudo desenvolvido por Beuter, Brondani, Szareski, Cordeiro e Roso (2012). Estes autores referem que a equipa de enfermagem deve agir com carinho, palavras de conforto, ouvir os familiares para minimizar a ansiedade e a insegurança. Apontaram como estratégias alternativas as atividades recreativas e a leitura.

Hemsley, Balandin e Worrall (2012) consideram como principais estratégias de comunicação o uso terapêutico do humor, o conforto, a abertura, a confiança, o contato visual e a utilização de quadro negro. Esta última estratégia também é fortificada no estudo de Broyles *et al* (2012), tal como se verificou anteriormente.

O estudo realizado por Pereira, Freitas, Ferreira, Marchiori, Souza e Backes (2010) aponta o diálogo e o acolhimento como possibilidades interativas na humanização dos cuidados.

## CONCLUSÃO

As estratégias de comunicação são instrumentos essenciais no processo de cuidados da pessoa em estado crítico, uma vez que permitem a humanização dos cuidados de enfermagem.

As estratégias de comunicação que contribuem para a humanização dos cuidados à pessoa em estado crítico são o contato visual, a saudação, o toque, os gestos de expressão, os quadros de letras, o quadro negro, a escrita com papel e lápis, computador, brinquedos, a escuta ativa, as reafirmações verbais de solicitude, o uso de perguntas abertas, o carinho, o conforto, o diálogo, o uso terapêutico do humor, a abertura, a confiança e o acolhimento.

Esta RSL ficou limitada dado ao friso temporal e à escolha de línguas. Sugeria a continuação desta RSL, mas com um friso temporal maior, de modo a abarcar um maior número de artigos.

## 2 – O CAMINHO PERCORRIDO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES TRAÇADAS

O presente capítulo tem como objetivo, a descrição e a análise crítica das actividades traçadas para os estágios desenvolvidos. Numa primeira fase haverá uma breve descrição dos serviços de estágio, a sua organização, recursos humanos e materiais, seguida da análise do desenvolvimento de competências referentes ao título de Enfermeiro Especialista, assim como as atividades realizadas ao longo dos estágios para alcançar os objetivos propostos.

### 2.1 - MÓDULO I - SERVIÇO DE URGÊNCIA

A escolha do Serviço de Urgência da ULSBA, EPE – HJJF deveu-se ao fato de ser a Instituição onde desempenho funções. Foi uma oportunidade que me foi concedida, para fazer algo por um Serviço da Instituição (que não o meu Serviço), e assim contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à Pessoa em situação crítica. Actualmente a ULSBA, EPE detém uma área de influência de 13 concelhos e integra Cuidados Primários e Cuidados Hospitalares, Cuidados Continuados e Paliativos, a Emergência pré-hospitalar e a rede de Urgências, a qual é constituída pelo Serviço de Urgência e Emergência de Beja, Serviço de Urgência Avançada (SUA) de Moura, SUA de Serpa e Serviço de Urgência Básica (SUB) de Castro Verde (ULSBA, 2013). Através da Administrativa do SU, que realiza diariamente o movimento de doentes, constatei que durante o mês de maio de 2013, recorreram ao SU 3490 utentes, o que corresponde a uma média diária de 113 doentes por dia, com idades compreendidas entre 45 e 85 anos de idade, sendo a maioria do género feminino.

O SU da ULSBA; EPE – HJJF é composto por Posto de Triagem de Manchester; Sala de Decisão Terapêutica, cuja filosofia é o doente permanecer 24 horas no máximo, sendo depois escoados para a Sala de Observação, Internamento ou domicílio, mas tal não se verifica e permanece mais tempo, sobretudo devido a altas sociais; Balcão 1 que apoia o Atendimento Geral; Sala de Reanimação e Emergência; Corredor Central; Corredor Lateral; Sala de Pequena Cirurgia; Sala de Ortopedia; Sala de Inaloterapia; Sala de Observação (SO), onde permanecem os doentes que necessitam de vigilância e/

ou aguardam vaga no Serviço de Internamento. O SU dispõe também de Emergência Pré-Hospitalar.

Nos turnos da manhã e da tarde estão escalados 7 enfermeiros e no turno da noite estão escalados 5 enfermeiros, sendo um destes enfermeiros de turno, o Chefe de Equipa, que supervisiona, coordena e apoia o bom funcionamento da equipa de enfermagem, nomeadamente na resolução de problemas do SU, transferência de doentes, substituição dos colegas para pausa de refeição. Nos turnos da manhã e tarde os enfermeiros distribuem-se por: Posto de Triagem; Balcão 1 e Sala de Inaloterapia; Sala de Reanimação; Sala de Decisão Terapêutica; Sala de Ortopedia e Sala de Pequena Cirurgia; SO; Chefe de Equipa. No turno da noite os enfermeiros distribuem-se por: Posto de Triagem; Balcão 1, Sala de Inaloterapia, Sala de Decisão Terapêutica, Sala de Ortopedia e Sala de Pequena Cirurgia; Sala de Reanimação; SO; Chefe de Equipa. O Chefe de Equipa dá apoio principalmente ao colega de SO, o qual é constituído por 5 camas e 2 macas. Quando os doentes não são transferidos, o número de doentes em SO é muito superior, o que implica que permaneçam em macas no corredor anexo ao SO (desde que não necessitem de monitorização de sinais vitais e/ ou administração de oxigénio), à espera de vaga no internamento.

Durante o estágio em SU verifiquei que as principais patologias são do foro cardíaco e respiratório, entre os quais destacam-se o Síndrome Coronário Agudo, Fibrilhação Auricular, Pneumonia, Infecção Respiratória, também surgiram doentes com Hemorragia Digestiva, Traumatismo Crânio-Encefálico, Hematúria, Acidente Vascular Cerebral, Politraumatizado e assisti a um caso da ativação da Via Verde de Sépsis (a qual foi ativada durante a Triagem de Manchester). Além da Via Verde Sépsis, também estão disponíveis a Via Verde Coronária e a Via Verde AVC, as quais também são ativadas durante a Triagem.

Os materiais de uso clínico e fármacos estão acondicionados em armários denominados *Pyxis*. O acondicionamento e reposição do *Pyxis* é da responsabilidade do Armazém Geral (material de uso clínico) e dos Serviços Farmacêuticos. Quando os *stocks* estão abaixo do limite preconizado, é emitida uma mensagem para os serviços de reposição, e logo que possível estes são repostos, salvo fora da hora do normal funcionamento dos serviços. Na falta de algum fármaco é necessário contatar o elemento de prevenção do

serviço de reposição. Estes armários permitem que os materiais sejam debitados em nome dos doentes e do enfermeiro que os retirou.

O SU utiliza para os seus registos e organização, o sistema informático *Alert*. Este programa é uma mais-valia no SU, pois permite uma visão geral do que se passa no Serviço, desde que o doente procede à sua inscrição no Posto Administrativo até à sua alta ou transferência. Após a inscrição no Posto Administrativo, o doente aguarda a sua chamada para ser triado. Normalmente após a triagem, que é realizada no *Alert*, o doente é encaminhado para a sala de espera, os corredores ou as Salas do SU, consoante o seu problema de saúde/ queixas. Depois da observação pelo médico, que realiza os seus registos no *Alert*, nomeadamente a história atual, terapêutica e exames a realizar, aparecem no sistema informático procedimentos a realizar, que estão assinalados a cor vermelha, e quando são realizados ficam assinalados a cor verde. As prescrições efetuadas no sistema informático *Alert* passam diretamente para o sistema informático *Pyxis*, e o enfermeiro realiza o débito em nome do doente, procedendo à sua administração, sem erros de troca de medicação ou doente. Sempre que no sistema aparecem mensagens a vermelho é porque está algo para ser realizado ou administrado. Os doentes com pulseira branca, azul, verde e amarela, desde que não estejam em maca, e consigam deslocar-se por meios próprios ou em cadeira de rodas, podem ir realizar os exames de Laboratório e Radiologia, sempre acompanhados de Assistente Operacional, sendo realizado o pedido de transporte através do *Alert*. Os doentes com pulseira laranja só podem realizar os exames de Radiologia, os exames de Laboratório são da responsabilidade do enfermeiro. Os doentes com pulseira vermelha são alocados na Sala de Emergência, e dependendo do seu problema de saúde podem ou não deslocar-se para a realização de exames. Os doentes do SO só podem ir realizar os exames de Radiologia, as colheitas para Laboratório são realizadas pelo enfermeiro.

O *Alert* e o *Pyxis* são dois programas informáticos que são uma mais-valia para o SU, pois permitem organizar o Serviço, não só em termos de materiais, mas também em humanos. O *Alert* permite verificar quais as camas e macas ocupadas, a disposição dos doentes pelas várias Salas, os doentes que estão na Radiologia ou no Laboratório, os procedimentos realizados, dá acesso ao processo do doente desde a sua entrada no SU até à sua transferência/ alta. É um meio de organização que permite a metodologia de trabalho em equipa multidisciplinar, havendo colaboração e entreaajuda entre os

diferentes profissionais. Segundo Hesbeen (2001), o trabalho em equipa é direccionado para as tarefas a cumprir, e realizado por quem detém mais aptidões.

Durante o estágio de SU tive a oportunidade de circular pelas várias Salas, não havendo restrição a só um local, apesar de um dos objetivos estar direccionado para a Sala de Emergência e SO. Ao longo do estágio a orientadora de estágio esteve como Chefe de Equipa, como tal, circulei pelas várias valências, assisti à passagem de turno dos Assistentes Operacionais, estive na Triagem e nas informações aos familiares após as 22 horas (decorre no Gabinete Assistente Social). O Enfermeiro Chefe de Equipa é um elemento da equipa de enfermagem que detém mais experiência profissional e/ou académica, e um maior numero de competências, o que faz dele um perito na área. Benner refere que o perito “ (...) *tem uma enorme experiência, compreende, agora de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis.* ” (2002, p. 58)

O objetivo geral do estágio no Serviço de Urgência foi:” ***Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, comunicacionais e relacionais, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família, na Sala de Reanimação e no SO***”

Em relação ao primeiro objetivo específico, “***Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação de arritmia e sua família na Sala de Emergência e no SO***”, foram desenvolvidas e conseguidas as actividades propostas. De acordo com Collière (1999, p. 316), a prestação de cuidados “ (...) *é exercer um poder que é de facto delegado pelos utilizadores dos cuidados, no sentido em que recorrem a pessoas susceptíveis de lhes oferecer um serviço que possa complementar ou suplementar a sua própria acção*”. Consultei as normas, protocolos, os quais são os mesmos existentes no Serviço de BO com exceção de alguns protocolos de quando o SU abriu (ainda realizados pela primeira Enfermeira – Chefe do SU), rotinas, percurso do doente e procedimentos específicos do Serviço de Urgência. Observei e integrei-me na dinâmica da equipa multidisciplinar, na Sala de Emergência e Sala de Observação, na prestação de cuidados ao doente crítico. Realizei pesquisa bibliográfica sobre a Segurança do doente, estratégias de comunicação e cuidados de enfermagem à Pessoa em situação crítica, para a realização da sessão de formação e aquisição/ aprofundamento de conhecimentos, deste modo *demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos*

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

na área de especialização. Atendi às prioridades e estratégias no cuidado à pessoa em situação de arritmia, identifiquei as necessidades da pessoa em situação crítica com presença de arritmia, e houve o planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação de arritmia. Sheehy (2001) refere que para o processo de enfermagem ser devidamente executado o enfermeiro deve ter conhecimentos clínicos e científicos, ser criativo e flexível. Por outro lado para prestar cuidados ao doente do Serviço de Urgência deve “ (...) ser especialista clínico e de diagnóstico (Sheehy, 2001, p. 9). Em todos os doentes, sempre que possível, dadas as condições das salas, tentei manter a privacidade e intimidade da pessoa em Sala de Emergência e Sala de Observação, tendo em conta os recursos materiais existentes. Em SO, promovi a autonomia e autocuidado da pessoa, através da sua estimulação e incentivo para fazer por si só. De acordo com Bub, Medrano, Silva, Wink, Liss e Santos (2006, p. 155), o autocuidado, “*Envolve comunicação com mundo, ações, o exercício do desejo humano de saber, de busca da verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros*”. Aceitei as sugestões e críticas da equipa como meio de autodesenvolvimento.

A Enfermeira Orientadora deixou-me autónoma no desempenho de funções, e isso deu-me liberdade para verificar o funcionamento e dinâmica do SU, e para justificar a competência *manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional*. Nos primeiros turnos fiquei algo constrangida, pois não percebia a que valências pertenciam os doentes, até que comecei a verificar a dinâmica e a consultar o *Alert*, o que foi muito benéfico. Nos turnos que realizei, ajudei a equipa de enfermagem do SU na prestação de cuidados aos doentes tanto no SO, como no Balcão 1, Sala de Emergência, Sala de Macas, ou seja, onde houvesse atividades para realizar, mas com especial foco para a Sala de Emergência e SO. Deste modo desenvolvi a competência, *demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar*, como se demonstra na vivência que se segue:

Durante um turno da manhã, entrou no SU, a senhora Y, 84 anos (idade real diferente de idade aparente [65 anos]), acompanhada pela VMER, apresentava-se consciente, dispneica e apresentava um traçado eletrocardiográfico de Fibrilhação Auricular com Resposta Ventricular Rápida. Foi alocada numa maca da Sala de Emergência, foi-lhe continuado o oxigénio que estava em curso, monitorização cardíaca, e estava presente a equipa médica da Especialidade de Medicina. Rapidamente o quadro clínico da senhora Y se alterou e surgiram as complicações. Ficou inconsciente, seguida de paragem respiratória e

consequente paragem cardíaca. Iniciaram-se as manobras de Suporte Avançado de Vida, fiquei à cabeceira da doente, enquanto o meu colega de Sala de Emergência, administrava as drogas e tentava algaliar a senhora. Ajudei na intubação oro traqueal (IOT), a qual foi fácil e aí permaneci até a via aérea estar assegurada. Como enfermeira a realizar funções em Bloco Operatório, tomei a decisão de ajudar os meus colegas na via aérea, pois todos os dias contato com situações de IOT, e na altura considerei que seria o elemento de enfermagem com mais experiência nesta área. Quando a situação ficou controlada e a senhora foi conectada ao ventilador a realizar *Bipap*, o meu colega de Sala de Emergência estava a falar com a sua aluna do Curso de Licenciatura em Enfermagem, que assistiu ao desenrolar da situação. Falavam sobre IOT, o meu colega abordou-me, se não poderia explicar à aluna como se procedia à IOT e como se avaliava o tubo a nível da comissura labial. Expliquei à aluna como era o procedimento e as estruturas anatómicas que serviam de guia para a IOT ser eficaz, mas ela não percebeu, pois era um assunto que era novo para ela. Tentei realizar uma outra abordagem, desta vez com recurso a imagens da Internet sobre anatomia, IOT, o tipo de lâminas, os diferentes dispositivos existentes para assegurar a via aérea, adjuvantes e mostrei o material de IOT que existia na Sala, aí a aluna percebeu e ficou muito agradecida, tanto pela situação a que pode assistir (uma situação tal como é descrita nos livros), como pela aquisição de novos conhecimentos.

A passagem pelo SU permitiu a partilha de conhecimentos com estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, e deste modo iniciei o desenvolvimento de uma competência que não constava nos meus objetivos para este estágio, ou seja, *colaborar na integração de novos profissionais*. Com esta situação também desenvolvi a competência de *demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas*.

Durante um turno acompanhei o Enfermeiro Corresponsável pelo SU na gestão dos cuidados, uma vez que o Enfermeiro Responsável não estava presente. De acordo com Fradique e Mendes (2013, p.48), os enfermeiros responsáveis pela gestão dos cuidados têm “ (...) a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados no seu serviço, devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando atenta às necessidades do utente para que os cuidados de enfermagem recebidos sejam de qualidade, garantindo a sua satisfação”. Por outro lado Hesbeen (2001) também refere que a qualidade dos cuidados prestados depende da competência de gestão realizada pelo Enfermeiro Responsável, e que reside “ (...) em administrar a equipa e o ambiente circundante para que todos, em conjunto, possam viver bem e chegar longe” (p.168). Assistimos à passagem de turno, passámos visita pelas salas, contabilizámos o número de doentes que passaram pelo SO e Sala de Macas, os doentes com soro em curso, cateteres obturados, verificámos se haviam

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

registros de enfermagem, a realização de Balanço Hídrico e administração de terapêutica. Em seguida estes dados foram introduzidos para fins estatísticos. Verifiquei como se procede à distribuição do plano semanal dos enfermeiros, assistentes operacionais e maqueiros e tomei contato com os horários dos mesmos. A realização dos horários é da responsabilidade dos Enfermeiros Responsável e Corresponsável, que efetuam para além dos horários normais dos maqueiros e enfermeiros, os horários da VMER, Evacuações, turnos/horário de produção adicional dos enfermeiros do SU (turnos em que há falta de pessoal para assegurar o SU). O horário das Assistentes Operacionais é realizado pela Responsável das assistentes operacionais. Também verifiquei como se realizam as trocas de turnos entre colegas, e os passos que o Enfermeiro Responsável tem que dar até a troca ser aceite. Durante este dia pude observar como se gerem os cuidados no SU e assim iniciei o desenvolvimento da competência de *gestão de cuidados*, a qual não constava nos meus objetivos e foi uma proposta da Enf.<sup>a</sup> Orientadora, a qual aceitei na altura.

Os indicadores de avaliação propostos foram atingidos na sua totalidade. Prestei cuidados de enfermagem especializados a 50% dos doentes críticos em SO e Sala de Emergência, integrei a equipa multidisciplinar do SU e promovi a autonomia, o autocuidado, a intimidade e privacidade a 50% dos doentes em SO.

A seguinte vivência permitiu a aquisição de algumas competências, as quais estão mencionadas após a leitura da mesma.

Cerca das 23 horas de um turno que realizei, deu entrada no SU, a senhora X, 27 anos, europeia (sem menção do país) com crise de ansiedade, acompanhada de tremores e choro. Foi observada pelo médico, tomou um medicamento e a senhora continuou com tremores e choro. Os meus colegas do SU tentaram consolar a senhora, mas não conseguiram, pois havia muitos doentes à espera de terapêutica. Sentei-me junto da senhora no meio da Sala de Atendimento e um colega disse-me para ir para um dos gabinetes de atendimento. Dei a mão à senhora e ela apertou, ao que correspondi, através da linguagem não-verbal soube que estava a trabalhar, depois começou a falar italiano, mas não era a sua língua oficial, consegui entender a senhora, começámos a falar e passados 10 minutos a senhora acalmou e sorriu. De repente olhei para os meus colegas e vi-os a sorrirem e a perguntarem, como é que consegui em tão pouco tempo, o que eles estiveram a tentar durante tanto tempo, apenas sorri e disse que a senhora queria ir para casa descansar. A senhora contou-me os motivos da crise da ansiedade (que não especifico), depois falei com o médico que a observou, a senhora teve alta. Soube que esta senhora voltou para o SU com outra crise de ansiedade, desta vez o motivo foi presenciado pelos meus colegas... Neste dia fui para casa feliz, pois ajudei uma pessoa através da aplicação dos meus conhecimentos em comunicação e

relação de ajuda. Rapidamente, no dia seguinte, fiquei triste, por a noite ter terminado assim para a senhora X.

Neste caso desenvolvi a comunicação verbal e não-verbal, esclareci dúvidas à pessoa utilizando técnicas de comunicação (relação de ajuda), tendo em conta o respeito pela sua cultura e crenças. Como competências utilizadas, *desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa* (dei tempo e espaço para comunicar), *demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com a pessoa e família* (observei os colegas sem tempo para dar o apoio que a senhora necessitava) e *abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a pessoa e família* (ninguém dominava a língua oficial e era necessário saber o que se passava, para a poder ajudar) e *demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa e família e relacionei-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura*.

O caso da senhora X foi muito rico em experiências, pois permitiu que desenvolvesse as atividades a que me propus no segundo objetivo específico: **“Contribuir para a melhoria da comunicação enfermeiro-pessoa-família através da sensibilização dos enfermeiros.”** Comuniquei com a pessoa e mantive o dever de sigilo, utilizei técnicas de comunicação verbal e não-verbal, envolvi a pessoa na prestação de cuidados, e esclareci dúvidas à pessoa utilizando técnicas de comunicação, tendo em conta o respeito pela sua cultura e crenças. Ainda dentro das atividades do segundo objetivo específico desenvolvi um póster sobre comunicação que foi apresentado durante a sessão de formação no dia 12 de junho de 2013, cujo objetivo final foi a reflexão dos enfermeiros sobre as suas práticas e as estratégias de comunicação com a pessoa e sua família. Numa primeira fase pretendi incluir este tema (Comunicação) na Sessão de Formação, mas em conversa informal com o Enfermeiro Responsável, foi proposto a realização de uma outra atividade nesta área, senão a sessão de formação ficaria muito prolongada e não haveria tempo para debate. Na altura sugeri ao Enfermeiro Responsável a realização de um póster com o objetivo da equipa multidisciplinar refletir sobre as práticas de comunicação. A proposta foi aceite e em seguida falei com a Enfermeira Orientadora para lhe dar conhecimento do próximo passo, que também concordou e prestou todo o apoio necessário.

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A realização do póster foi inspirada na situação atrás relatada, a qual permitiu desenvolver e adquirir competências. No dia da Sessão de Formação foi apresentado à equipa de enfermagem o póster sobre “Comunicação” (Apêndice I). Com a realização deste trabalho *incorporei na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.*

Este estágio também permitiu, no âmbito da área de comunicação, desenvolver o tema de transmissão de más notícias, o qual está explícito na seguinte situação vivida.

Num turno da manhã, deu entrada no Serviço de Urgência, a senhora Z que foi de imediato para a Sala de Emergência, vinha acompanhada pela equipa de INEM e foi transmitido que foi encontrada inconsciente no Lar onde residia. Tratava-se de uma senhora de 89 anos, sem reação a estímulos verbais, apenas dolorosos e apresentava um Fibrilhação Auricular com Resposta Ventricular Rápida, que não cedia à medicação.

Soube que o pessoal de serviço no Lar avisou a família, nomeadamente uma filha que morava em Portugal, uma vez que os outros dois filhos residiam no estrangeiro. Com o intuito de proporcionar uma morte mais digna a esta senhora, pois o seu estado de saúde piorava a cada minuto e os sinais de fim de vida eram cada vez mais explícitos, foi realizado o espólio da senhora, e a equipa médica transferiu a senhora para o SO.

Quando a senhora foi alocada no SO, cerca das 15 horas, a filha chegou para visitar a mãe e apercebeu-se do seu estado de saúde. Olhou-me nos olhos e perguntou-me quanto tempo. Pedi para a filha me acompanhar para um sítio mais calmo e sem confusão, tentei falar com a filha, mas rapidamente percebeu que os seus receios eram verdadeiros. Perguntei, se estava acompanhada ou se queria telefonar a alguém, ligou para a irmã, que ficou responsável de avisar o resto da família, e pediu-me que fosse chamar o marido, para que pudesse despedir-se da sogra. O meu colega de SO estava a observar o desenrolar da situação e antes que lhe dissesse alguma coisa, ele foi chamar o marido da filha. Entretanto disse à filha que poderia ficar com a mãe o tempo que quisesse, com o intuito de haver uma despedida. O turno terminou, saí e a filha ficou com a mãe. Disse ao meu colega que entrou no turno da tarde para permitir a permanência da filha no SO, pois era uma situação especial, e era importante a despedida para que o luto fosse realizado. O meu colega concordou e a senhora Z faleceu cerca das 17 horas...

Durante o tempo que a senhora Z esteve em SO, pude observar que nenhum colega se aproximou da filha ou da senhora Z, o que me levou a observar que a equipa de enfermagem tem alguma renitência na área de transmissão de más notícias e de apoio à família com parentes em fim de vida. Allen & Brock (2000) defendem que os enfermeiros ao assumirem um contacto prolongado e privilegiado com o doente são, muitas vezes, os transmissores da má notícia devendo esta situação ser revestida de seriedade, repetindo a informação tantas vezes quantas as necessárias para que possa ser percebida, assimilada e aceite. O SU é um serviço de passagem, e como tal, não há

contatos prolongados, e este pode ser um dos motivos da renitência de transmissão de más notícias. Na transmissão de más notícias, as informações devem ser precisas e incidir no doente e na sua família porque uma boa comunicação é fundamental para uma boa prática clínica (Jeffrey, 2006). Esta também seria uma área de interesse para desenvolver, mas como o estágio estava a terminar, falei com a Enfermeira Orientadora para sugerir este tema como um projeto do Serviço.

Os indicadores de avaliação deste objetivo também foram totalmente atingidos. Utilizei técnicas de comunicação a 50% dos doentes e/ou sua família e demonstrei capacidade de comunicação em situações complexas, com a pessoa e /ou família, de modo criativo.

O terceiro objetivo específico do projeto realizado no SU foi:” ***Contribuir para a melhoria e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica através de formação da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência***”. Durante uma passagem de turno no SO reparei num póster afixado com vários ritmos e sua explicação, perguntei à Enf.<sup>a</sup> Orientadora se tinham desenvolvido algumas intervenções autónomas de enfermagem para os diversos ritmos, a sua resposta foi negativa, e expus a minha ideia. Rapidamente foi fornecido o *feedback* de que seria uma mais-valia para o Serviço e para a equipa de enfermagem, pois os registos de intervenções autónomas nesta área eram escassos. Em seguida falei com o Enfermeiro Responsável que também gostou da ideia e pediu-me um exemplar em primeira mão, quando realizado. Deste modo nasceu a ideia do projeto para este estágio, cujo objetivo final foi uma sessão de formação e a realização de um caderno de fichas sobre “Intervenções Autónomas de Enfermagem à Pessoa com Presença de Arritmia” (Apêndice III), para dar resposta à competência de *formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica*. Hesbeen (2001, p. 67), a propósito da Formação, refere que esta deve ser “(...) *contínua, (...) proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência,(...) ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática reflectida (...)*”.O caderno de fichas supracitado ficou de fácil consulta e é um instrumento de trabalho que pode ajudar os colegas nos seus registos de enfermagem. Este caderno de fichas durante o estágio poderia ter sido utilizado e ser um adjuvante de registos na situação descrita (senhora Y com presença de arritmia na Sala de Emergência, sito página 27), mas ainda não estava concluído...

O tema Escala de *Braden* surgiu como resposta a uma dificuldade demonstrada pelos enfermeiros do Serviço de Urgência, aquando da sua aplicação aos doentes em SO. Num turno em que estava no SO com uma colega, ela referiu que tinha sempre dúvidas no preenchimento da avaliação da Escala de *Braden*, sobretudo na Subescala de Nutrição. Não soube resolver a sua dúvida, pois na minha prática diária não utilizava a escala de *Braden*. No dia seguinte, uma outra colega referiu a mesma dúvida/dificuldade, o que me chamou a atenção sobre a Escala de *Braden*. Quando cheguei a casa comecei a pesquisa sobre a Escala de *Braden*, as suas subescalas e respectivos itens.

No turno seguinte, consultei a Enfermeira Orientadora, no sentido de desenvolver um instrumento que facilitasse a compreensão da Escala de *Braden*, sobretudo na Subescala de Nutrição. A proposta foi aceite. Readaptei a Escala de *Braden* de modo a ficar simplificada e clara, através da concepção de um caderno de fichas, com especial destaque para a Subescala de Nutrição. A realização deste caderno de fichas permitiu o esclarecimento de dúvidas/ dificuldades na aplicação da Escala de *Braden* aos doentes em SO, pois notou-se uma maior facilidade na classificação dos doentes.

Como atividades que não constaram no projeto e para a minha própria formação, realizei um caderno de fichas sobre a Escala de *Braden* (Apêndice II), com especial destaque para a Subescala de Nutrição e sua explicação para *promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros*, para consulta no SO e Sala de Macas. Deste modo *identifiquei as necessidades formativas da equipa de enfermagem*.

Em relação ao desenvolvimento das actividades propostas no terceiro objetivo específico, realizei uma entrevista informal com o Enfermeiro Responsável para levantamento das necessidades no Serviço de Urgência, escolhi um tema respeitante à área Médico-Cirúrgica para aprofundar e desenvolver e discussão do mesmo com a Enfermeira Orientadora, o tema foi as intervenções autónomas de enfermagem à pessoa com presença de arritmia; realizei pesquisa bibliográfica sobre intervenções autónomas de enfermagem à pessoa com presença de arritmia; compilei a informação obtida; agendei a sessão de formação para dia 12 de junho de 2013 às 14:30; realizei um caderno de fichas sobre intervenções autónomas de enfermagem à pessoa com presença de arritmia para apoiar a prática clínica; realizei a sessão de formação, trabalho escrito e

em suporte informático, para apoiar a prática clínica e disponibilizei a pesquisa bibliográfica à equipa de enfermagem.

Collière (1999) considera que a formação tem um papel determinante na evolução dos cuidados de Enfermagem, pois ela é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes dos profissionais. A formação tem como principal objetivo a constante atualização e desenvolvimento do saber adquirido.

Através da sessão de formação desenvolvi as competências de *promover a formação em serviço na área de especialização e comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas*. Na Sala de Emergência, verifiquei os *stocks* de material e respetivas datas de validade, pois a reposição de *stocks* é uma tarefa que nem sempre é possível no SU, e deste modo, *zelei pelos cuidados prestados à pessoa no SU*.

Antecipadamente, afixei em local bem visível a folha da Sessão de Formação em Serviço (Apêndice IV) em local bem visível, para que todos os enfermeiros tomassem conhecimento. A sessão de formação foi apresentada no dia 12 de Junho de 2013, pelas 14 horas e 30 minutos no Gabinete de Enfermagem do SU da ULSBA, EPE, sob o formato de *powerpoint*. Para a realização da mesma, foi necessário *data show*, computador, uma parede lisa, cadeiras, os cadernos de fichas realizados, o póster sobre comunicação e as folhas de Avaliação da Sessão de Formação (Apêndice V).

A equipa de enfermagem do SU é composta por 35 enfermeiros. Para avaliar a sessão de formação utilizei uma Escala de *Likert* (Anexo I) que (...) *é composta por um conjunto de frases (itens) em relação a cada uma das quais se pede ao sujeito que está a ser avaliado para manifestar o grau de concordância desde o discordo totalmente (nível 1), até ao concordo totalmente (nível 5)*.” (Cunha, 2007,p. 24).

Em relação ao indicador:” Realização de formação a 20% da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência”, assistiram à sessão de formação 8 enfermeiros, o que correspondeu a 22,8% da equipa de enfermagem. Logo este indicador foi satisfeito na totalidade (Apêndice VI).

Em relação ao item Formação, 50% dos enfermeiros concordaram com a adequação do material pedagógico e 50% concordaram totalmente. 62,5% dos enfermeiros concordaram com a organização em geral e os restantes 37,5% concordaram totalmente.

Quanto ao conteúdo, 25% dos enfermeiros concordaram com a pertinência da temática e sua aplicabilidade no desempenho profissional, e 75% concordaram totalmente com a pertinência da temática e sua aplicabilidade no desempenho profissional. Logo os indicadores: “*Cerca de 20% da equipa de enfermagem que assistiu à formação concorda totalmente que o tema da Sessão de Formação tem pertinência para a prática clínica*” e “*Cerca de 20% da equipa de enfermagem que assistiu à formação concorda totalmente com a aplicabilidade dos conteúdos do tema da Sessão de Formação à sua prática clínica*”, foram totalmente satisfeitos (Apêndice VII).

Um outro item avaliado foi Formadores, 25% concordaram com o domínio da temática, capacidade de motivação e clareza na transmissão dos conteúdos e 75% concordaram totalmente com os itens atrás referidos.

Todos os elementos da equipa aceitaram os cadernos de fichas e as Sessões de Formação sobre as intervenções autónomas de enfermagem à pessoa com presença de arritmia (Apêndice VIII) e Escala de *Braden* (Apêndice IX) e consideraram-nos uma mais-valia para a prática diária, e logo este indicador também foi satisfeito (aceitação e aplicação do instrumento de trabalho). Os enfermeiros presentes na sessão de formação referiram que o caderno de fichas do projeto era um bom auxiliar, pois muitas vezes querem registar as intervenções realizadas e não sabem como redigir no processo do doente. Foi uma ação de formação em que cumpro os Planos de Sessão (Apêndices X e XI) e houve espaço para a exposição e diálogo, troca de ideias e esclarecimento de dúvidas, especialmente em relação a Subescala de Nutrição da Escala de *Braden*, pois serviu para esclarecer dúvidas e má interpretação da referida subescala. Rego (2010, p.89) refere que “*a prática exige espaços de reflexão de diálogo nas equipas a fim de potenciar a criatividade e aumentar a qualidade de resposta às solicitações dos doentes*”.

Fiquei feliz por ter satisfeito totalmente os indicadores de avaliação propostos no projeto de estágio. No final do estágio de Serviço de Urgência fiquei com alguma nostalgia, pois foi um serviço, com o qual criei um contato muito bom com a equipa multidisciplinar, aprendi muito na área de comunicação, assim como no desenvolvimento e aquisição de novas competências.

## 2.2 – MÓDULO II - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS / INTERMÉDIOS

As expectativas e receios são grandes quando se sai do Hospital onde se trabalha e conhece todas as pessoas, e se chega a um Hospital onde não se conhece ninguém, e nem a própria estrutura do Hospital. Afirmei o meu receio em relação a este estágio, o qual foi quebrado quando falei pela primeira vez com a Enfermeira Responsável, ainda antes do início do estágio. As expectativas foram muito boas e foi uma experiência nova e muito positiva. O facto de trabalhar em Bloco Operatório e lidar diariamente com doentes ventilados ajudou muito na integração na UCIP, além de que realizei transposições da prática diária para a UCIP, nomeadamente nos doentes de foro cirúrgico.

A UCIP do HES; EPE é composta por uma zona mista, onde se encontram os vestiários, o balcão da Administrativa da UCIP e um corredor que dá acesso à porta de entrada da Unidade; uma zona limpa, onde se encontram: a sala de materiais e equipamentos; armários de roupa e materiais; o Gabinete Médico; o local de passagem de turno e registos; o local de trabalho da Enfermeira Responsável; a Sala de Trabalho, onde se encontram os fármacos e os materiais de uso clínico mais frequente; uma casa de banho; a sala de sujos e desinfeção; uma copa. Nesta zona limpa e ao fundo da sala encontram-se 4 camas devidamente equipadas com ventilador, seringas e bombas infusoras, rampas de Oxigénio e Vácuo, candeeiro, baldes de lixo contaminado e não contaminado. Cada cama, ou seja, cada Unidade dispõe de material que é somente utilizado para esse doente. Na zona limpa encontra-se ainda um quarto de isolamento, destinado a doentes mais debilitados, com infeções conhecidas / suspeitas e graves (exemplo: MRSA), ou quando a situação se justifica e não há outras vagas na UCIP. A zona limpa da UCIP não dispõe de luz natural, aguardam-se obras para ampliar a Unidade e colmatar esta falha.

A escolha do Serviço de UCIP do HES, EPE, deveu-se a motivos pessoais, e por ser uma experiência nova, fora da Instituição, onde presentemente, desempenho funções. Actualmente o HES, EPE detém uma área de influência de 14 concelhos e integra Cuidados Primários e Cuidados Hospitalares, Cuidados Continuados e Paliativos, a Emergência pré-hospitalar e a Urgência Polivalente.

Durante o estágio na UCIP prestei cuidados a doentes em estado crítico cirúrgicos, ortopédicos, cardíacos, em choque séptico, Insuficiência Respiratória, Insuficiência

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Renal Aguda, em ARDS (Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda), politraumatizados, doentes isolados com MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente à meticilina).

A UCIP tem uma taxa de infecção de 0% (dados fornecidos pela Enfermeira Responsável). À entrada da pessoa na UCIP, são realizadas análises, hemoculturas e todos os procedimentos necessários, nomeadamente troca de sistemas de soros e prolongamentos, sacos coletores, filtro e *swivel* do tubo endotraqueal (se for o caso), desta forma há prevenção da infecção e despiste do local onde a infecção foi contraída.

Todos os turnos da UCIP (manhã, tarde e noite) são de 8 horas e trinta minutos, e estão escalados 3 enfermeiros, sendo um destes enfermeiros de turno, o Responsável de Turno, que além de prestar cuidados ao(s) doente(s) por quem está responsável, supervisiona, coordena e apoia o bom funcionamento da equipa de enfermagem, nomeadamente na resolução de problemas da UCIP.

O Armazém faz a reposição dos materiais de uso clínico na sala de material, os quais são debitados pela Enfermeira Responsável, que os acondiciona e repõe no armário da zona limpa. É da sua responsabilidade qualquer discrepância que haja entre o que está nos armários e o que falte. Em relação aos fármacos, três vezes por semana, no turno da manhã, um elemento dos Serviços Farmacêuticos verifica os níveis mínimos de medicamentos da UCIP, e depois garante o seu fornecimento. Os fármacos são acondicionados pelos Enfermeiros que estejam mais disponíveis. Se houver falta de algum material ou fármaco é necessário contatar o elemento de prevenção do serviço de reposição.

Os registos de Enfermagem são realizados em folha própria, estando apenas informatizadas as folhas de terapêutica, através do sistema CPC. Este sistema permite que os Serviços Farmacêuticos tenham acesso aos fármacos, que estão a ser administrados aos doentes na UCIP, e deste modo repor os fármacos em falta. O método de trabalho é o Responsável, mas há colaboração e entreaajuda no seio da equipa multidisciplinar. O Método de Responsável presume que só um enfermeiro é responsável pela execução dos cuidados a determinado doente durante o turno (Hesbeen, 2001).

Ao longo do estágio estive atenta ao surgimento de situações novas, que não faziam parte da minha prática diária, e assim alarguei o meu leque de conhecimentos sobre a pessoa em situação crítica. Neste período de estágio, a minha orientadora de estágio esteve como Responsável de Turno em alguns turnos, como tal, tive a oportunidade de verificar a execução de distribuição dos enfermeiros por turno, os pedidos de dietas para os doentes que se alimentem por via oral, a comunicação com os diversos Serviços para pedidos de materiais. O Enfermeiro Responsável de Turno, tal como o Chefe de Equipa é um elemento da equipa de enfermagem que detém mais experiência profissional e/ou académica, e um maior número de competências, o que faz dele um perito na área.

O objetivo geral do estágio no Serviço de Cuidados Intensivos / Intermédios foi: ***”Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, comunicacionais e relacionais, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família internado em UCIP.”***

Em relação ao primeiro objetivo específico, ***“Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa ventilada”***, foram desenvolvidas e conseguidas as actividades a que me propus. Consultei as normas, protocolos da UCIP, para poder prestar os cuidados à pessoa internada em UCIP, sem pôr em causa as rotinas do próprio Serviço. Também fiquei a conhecer o percurso do doente e os procedimentos específicos da UCIP. Observei e integrei a dinâmica da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Realizei pesquisa bibliográfica sobre Estratégias de Comunicação, Toque Terapêutico, Conforto e cuidados de enfermagem ao doente crítico ventilado em UCIP, para a realização da sessão de formação e aquisição/ aprofundamento de conhecimentos, deste modo *demonstrei um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização*. O doente crítico é “ (...) *aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica*” (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p. 9). Prestei cuidados de enfermagem especializados aos doentes sob minha responsabilidade, atendendo às prioridades e estratégias no cuidado à pessoa ventilada, identifiquei as necessidades da pessoa crítica ventilada, e houve o planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa ventilada. Em todos os doentes, tentei manter a sua privacidade e intimidade, independentemente

de estarem conscientes ou não. Aceitei as sugestões e críticas da equipa como meio de autodesenvolvimento.

A integração na UCIP decorreu sem intercorrências, fui bem aceite pelos colegas e restante equipa multidisciplinar. A Enfermeira Orientadora deixou-me autónoma no desempenho de funções, e isso deu-me liberdade para verificar o funcionamento e dinâmica da UCIP, e para justificar a competência *manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional*. Consultei as normas e protocolos da UCIP, de modo a dar resposta às necessidades da pessoa em UCIP. A minha principal dificuldade foi o manuseio das seringas e bombas infusoras, a qual foi ultrapassada com o decorrer do estágio.

Em meio de UCIP realizei atividades que não constavam do Plano de Estágio, mas que foram igualmente importantes na prestação de cuidados à pessoa em UCIP, foram elas: a avaliação do estado de consciência do doente, o transporte de doentes a exames complementares de diagnóstico, o registo horário de sinais vitais, as notas de enfermagem, as alterações de terapêutica, a verificação da folha de terapêutica no início de cada turno, a preparação de medicação, os cuidados de higiene e conforto, os posicionamentos, a verificação de drenagens, pensos cirúrgicos, aspiração de secreções. Durante os posicionamentos e a prestação de cuidados de higiene e conforto, tive presente a intimidade, privacidade dos doentes, assim como o incentivo para os doentes fazerem por si só (aqueles que conseguem), promovendo a sua autonomia e autocuidado.

Nos turnos que realizei, partilhei conhecimentos sobre a pessoa cirúrgica e ortopédica, ajudei a equipa de enfermagem e colaborei com a equipa médica da UCIP na prestação de cuidados aos doentes ventilados, traqueostomizados e com Ventilação Não Invasiva, através da colocação de dispositivos médicos (linha arterial, cateter venoso central, cateter de diálise, intubação orotraqueal, algaliação, entubação oro/ nasogástrica). Deste modo desenvolvi a competência, *demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar*.

De acordo com Hesbeen (2001, p. 86), um chefe é como “ (...) *um bom pai de família, preocupado com seu ambiente doméstico e com a atenção, o respeito, as precauções, (...), com os cuidados a ter com as pessoas que constituem a família e, (...) com os bens materiais e com o ambiente, isto, não só para viverem em harmonia mas também*

*progredirem juntos.*” Durante um turno acompanhei o Enfermeiro Corresponsável pela UCIP na gestão dos cuidados, uma vez que a Enfermeira Responsável não estava presente na UCIP. Assistimos à passagem de turno, ajudámos os colegas nos cuidados de higiene e conforto aos doentes internados, tomei contato com os pedidos de material, fármacos, dietas, a devolução de materiais, os pedidos de material de uso clínico a outros serviços. Também fiquei a saber, o modo de contato, de quando algo se estraga / avaria e é necessária a sua reparação. A realização dos horários é da responsabilidade da Enfermeira Responsável, que também me deu a oportunidade de verificar a sua execução num outro dia que estive a fazer turno, observei também, como se realizavam as trocas de turnos entre colegas, e os passos que a Enfermeira Responsável tem que dar até a troca ser aceite. Durante estes dias pude observar como se gerem os cuidados na UCIP e assim iniciei o desenvolvimento da competência de *gestão de recursos humanos e materiais*.

Durante os turnos realizados na UCIP não contatei com emergências, mas tive contato com doentes em fase terminal de doença. Tive a oportunidade de prestar os últimos cuidados a alguns doentes, observei o médico a falar com as famílias e o apoio que lhes era prestado. Foram situações imprevistas, pois considerava que os doentes internados na UCIP eram para recuperarem e retomarem as suas vidas. Contudo nestes casos apenas poderiam oferecer uma morte digna, confortável e sem sofrimento, apoiar a família e dar-lhe privacidade para se despedir do seu ente querido. Foi deste modo que consegui desenvolver a competência *demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização*.

Os indicadores de avaliação propostos foram atingidos na sua totalidade. Prestei cuidados de enfermagem especializados aos doentes sob minha responsabilidade, integrei a equipa multidisciplinar da UCIP e promovi a privacidade a pelo menos 75% dos doentes internados em UCIP.

Durante alguns turnos realizados na UCIP, acompanhei a evolução clínica de um doente Politraumatizado, vítima de acidente de viação com o seu cônjuge. Tratava-se de um Pessoa que apresentava à entrada várias fracturas, segundo indicação da equipa de INEM, sem perda do estado de consciência. Posteriormente foi ventilado e seguido na UCIP. Durante o tempo que esteve ventilado, conseguiu assistir a visitas das filhas (o outro cônjuge também foi internado, mas com menor gravidade), sempre muito ansiosas, apesar dos esclarecimentos realizados pelas equipas de enfermagem e médica. Este doente desadaptava-se muito facilmente da prótese ventilatória, sendo necessário bólus extra de

sedo-analgésia. Entretanto soube que o doente iria corrigir cirurgicamente as várias fraturas no final da semana. No início da outra semana, fiquei muito feliz quando vi este doente apenas com máscara de alto débito, a falar e a alimentar-se. Quando terminei a passagem de turno fui cumprimentar o doente, perguntar como se sentia, se tinha filhos, ou seja realizei uma avaliação do estado de consciência quanto à pessoa-tempo-espaço. O doente apresentou um discurso coerente, orientado e perceptível. Durante o tempo que comuniquei com este doente olhei-o sempre nos olhos, respeitei os seus silêncios (que quebrava de imediato), esclareci dúvidas que foram surgindo, e ao mesmo tempo toquei e confortei o doente com palavras de ânimo e esperança, respeitando as suas crenças e culturas. No final da conversa, ofereci ao doente água e iogurte (foi o que solicitou), e prometi que mais tarde voltaria para conversar, mas neste momento era necessário o doente repousar.

A vivência anterior permitiu a aquisição de algumas competências: *desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa* (respeitei os seus silêncios), *demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com a pessoa e família* (ninguém sabia o motivo das filhas não visitarem o pai [estão a trabalhar e a morar, fora da zona de Évora] e alguns enfermeiros ponderaram o contato com a Assistente Social, posteriormente) e *abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a pessoa e família* (através do toque e conforto, consegui obter informações precisas, sobre o que se passava com a família) e *demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa e família e relacionei-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura*.

Esta situação vivida deu provas que o projeto que pretendia realizar na UCIP sobre “Comunicação Terapêutica na UCIP” e o “Toque Terapêutico: Estratégia de Comunicação e Conforto na UCIP” fazia todo o sentido, assim como o meu segundo objetivo específico: **“Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados e a promoção da comunicação enfermeiro-Pessoa-família, através da sensibilização e formação dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente”**. Este caso também permitiu que iniciasse o desenvolvimento das atividades propostas no projeto de estágio. Comuniquei com a pessoa e mantive, o dever de sigilo, utilizei técnicas de comunicação verbal e não-verbal, envolvi a pessoa na prestação de cuidados, e esclareci dúvidas à pessoa utilizando técnicas de comunicação, tendo em conta o respeito pela sua cultura e crenças.

No dia que conheci a UCIP, indaguei a Enfermeira Responsável sobre a necessidade de algum projeto específico para o Serviço. Respondeu que não havia nada pensado e

assim fiquei à vontade para desenvolver o que achasse necessário, deste modo levantei as necessidades da UCIP. Após falar com alguns colegas, a Enfermeira Orientadora e o Enfermeiro Responsável pela Formação, surgiu um tema para aprofundar e desenvolver: o Toque Terapêutico e a Comunicação Terapêutica. Falei também com a Enfermeira Responsável que concordou com a temática do projeto e disponibilizou a sua ajuda, se necessário. Deste modo nasceu a ideia do projeto para este estágio, cujo objetivo final foi a realização de uma sessão de formação, um folheto, um póster e conseqüentemente um artigo, tendo como questão de investigação: *“Será o toque, um instrumento de comunicação confortador?”* (o qual está a ser revisto para publicação), para dar resposta à competência de *formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.*

Ribeiro (2012, p.118) sugere que, *“O processo de conforto é revestido de um carácter intencional. Constrói-se mediante acções e intenções dos enfermeiros/prestadores de cuidados dirigidas ao doente e às suas necessidades globais, (...) – “as pequenas coisas” – e a atitude pessoal dos prestadores de cuidados: o reconhecimento do doente, o respeito, (...), a proximidade física e afectiva, a comunicação, o toque e o humor”.* Nesta perspectiva, o toque desempenha um papel relevante, uma vez que facilita a interacção enfermeiro/doente e leva o doente a perceber o interesse do enfermeiro no seu conforto (Ribeiro, 2012).

Realizei a pesquisa bibliográfica sobre os temas, compilei os mesmos e verifiquei que se tocavam em muitos aspectos, decidi realizar duas acções de formação: *“Comunicação Terapêutica na UCIP”* (Apêndice XII) e *“Toque Terapêutico: Estratégia de Comunicação e Conforto na UCIP”* (Apêndice XIII). Agendei a sessão de formação para dia 12 de novembro de 2013 às 14:30; desenvolvi um póster (Apêndice XIV) e um folheto (Apêndice XV) sobre *“Toque terapêutico: Estratégia de Comunicação e Conforto”*, que foram apresentados durante a sessão de formação, cujo objetivo final foi: *“Sensibilizar os enfermeiros da UCIP para a importância da comunicação terapêutica e do toque como estratégias de conforto à pessoa internada em UCIP”*, realizei a sessão de formação, trabalho escrito e em suporte informático, para apoiar a prática clínica e disponibilizei a pesquisa bibliográfica à equipa de enfermagem. Com a realização deste trabalho *incorporei na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.*

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O tema “ Comunicação Terapêutica na UCIP” foi o seguimento da Revisão Sistemática da Literatura desenvolvida anteriormente, e teve o propósito de responder a um dos objetivos específicos lançados no projeto de estágio desenvolvido para a UCIP. O surgir deste tema deveu-se a uma situação vivenciada com um doente internado na UCIP, a qual foi relatada anteriormente, e permitiu desenvolver e adquirir competências na área da comunicação terapêutica. Senti necessidade de transmitir as competências adquiridas à equipa da UCIP. Deste modo, realizei uma sessão de formação na qual abordei o tema “*Comunicação Terapêutica na UCIP*”. A pesquisa bibliográfica realizada permitiu a aquisição de conhecimentos e habilidades comunicacionais e deste modo, durante o estágio na UCIP procurei desenvolver junto de todos os doentes estratégias de comunicação, desde o escrever com papel e lápis até ao fazer silêncio, apenas ficar e estar presente.

O desenvolvimento do tema “*Toque Terapêutico: Estratégia de Comunicação e Conforto na UCIP*” deveu-se ao facto de ser uma estratégia de comunicação, e por o toque ser a técnica mais praticada pelos enfermeiros, e que por vezes se faz sem se aperceber, sendo uma intervenção autónoma e intrínseca aos cuidados de enfermagem.

Com este projeto *promovi o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros da UCIP, assim como as suas necessidades formativas na área de especialização. Através da sessão de formação desenvolvi as competências de promover a formação em serviço na área de especialização e comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas. Uma outra atividade a que me propus e cumpri, sempre que possível, foi a colaboração na reposição de stocks, pois era uma tarefa que ocupava muito tempo aos colegas, e deste modo, zelei pelos cuidados prestados na UCIP.*

Os indicadores de avaliação deste objetivo específico também foram totalmente atingidos. Utilizei técnicas de comunicação a pelo menos 50% dos doentes e/ou sua família e demonstrei capacidade de comunicação em situações complexas, com a pessoa e /ou família, de modo criativo.

A sessão de formação foi apresentada no dia 12 de novembro de 2013, pelas 14 horas e 30 minutos na UCIP do HES, EPE, sob o formato de *powerpoint*. Para a realização da mesma, foi necessário *data show*, computador, uma parede lisa, cadeiras, o folheto, o

póster sobre *“Toque terapêutico: Estratégia de Comunicação e Conforto”*, e as folhas de avaliação da sessão de formação (Apêndice XVI).

Antecipadamente foi afixada a folha da Sessão de Formação em Serviço (Apêndice XVII) em local bem visível, para que todos os enfermeiros tomassem conhecimento. A equipa de enfermagem da UCIP é composta por 20 enfermeiros. Para avaliar a sessão de formação foi utilizada a Escala de *Likert*, anteriormente aplicada no SU (Anexo I). Em relação ao indicador:” Realização de formação a 40% da equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente”, assistiram à sessão de formação 10 enfermeiros, o que corresponde a 50,0% da equipa de enfermagem. Logo este indicador foi satisfeito na totalidade (Apêndice XVIII).

Em relação ao item Formação, 50% dos enfermeiros concordaram com a adequação do material pedagógico e 50% concordaram totalmente. 70% dos enfermeiros concordaram com a organização em geral e os restantes 30% concordaram totalmente.

Quanto ao conteúdo, 60% dos enfermeiros concordaram com a pertinência da temática e sua aplicabilidade no desempenho profissional, e 40% concordaram totalmente com a pertinência da temática e sua aplicabilidade no desempenho profissional. Logo os indicadores: *“Cerca de 40% da equipa de enfermagem que assistiu à formação concorda totalmente que o tema da Sessão de Formação tem pertinência para a prática clínica”* e *“Cerca de 40% da equipa de enfermagem que assistiu à formação concorda totalmente com a aplicabilidade dos conteúdos do tema da Sessão de Formação à sua prática clínica”*, foram totalmente satisfeitos (Apêndice XIX).

Um outro item avaliado foi Formadores, 80% concordaram com o domínio da temática, capacidade de motivação e clareza na transmissão dos conteúdos e 20% concordaram totalmente com os itens atrás referidos.

A *“Comunicação Terapêutica na UCIP”* foi uma ação de formação onde dei a conhecer as principais técnicas, funções e estratégias de comunicação na relação enfermeiro-pessoa, a qual foi bem recebida pela equipa de enfermagem que assistiu à Sessão de Formação. O *“Toque Terapêutico: Estratégia de Comunicação e Conforto”* foi uma ação de formação onde dei a conhecer as definições de toque, os fundamentos, os tipos, os benefícios e utilização, os fatores que influenciam o toque, alguns estudos realizados e a associação do toque a outras intervenções, a qual foi bem recebida pela equipa de

enfermagem que assistiu à Sessão de Formação. Todos os elementos da equipa de enfermagem aceitaram o folheto e o póster realizados e consideraram-nos uma mais-valia para a prática diária, e logo este indicador também foi satisfeito (aceitação e aplicação do instrumento de trabalho).

Foi uma ação de formação onde foram cumpridos os Planos de Sessão (Apêndices XX e XXI) e houve espaço para a exposição e debate, troca de ideias e esclarecimento de dúvidas, especialmente em relação aos tipos de Toque e ao mais praticado e desenvolvido pela equipa de enfermagem da UCIP. Hesbeen (2000, p.140) refere a propósito que “ (...) o papel do formador-consultor pode consistir em ajudar os profissionais a reflectir na sua prática para que esta ganhe sentido para eles”. Os enfermeiros presentes na sessão de formação concluíram que o toque mais praticado na UCIP é o toque afectivo, e que tocam e confortam os seus doentes em cada actividade que praticam, e isto é algo que pude comprovar. De acordo com Ribeiro (2012), o toque afectivo origina um sentimento de confiança e, é através dele que os enfermeiros exteriorizam o carinho em relação aos doentes.

Satisfiz totalmente os indicadores de avaliação a que me propus no projeto de estágio. No final do estágio de Serviço de Cuidados Intensivos/Intermédios fiquei com a noção de dever cumprido para comigo e com os meus pares, pois foi um estágio em que aprendi muito com a equipa multidisciplinar sobre a pessoa em situação crítica internada em Cuidados Intensivos, o que permitiu o desenvolvimento e aquisição de novas competências.

### 2.3 – MÓDULO III – ESTÁGIO OPCIONAL: ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO

O Módulo III – Estágio Opcional – Enfermagem no Perioperatório foi desenvolvido em contexto de trabalho. O BO da ULSBA; EPE – HJJF é composto por 5 salas operatórias, devidamente equipadas para darem resposta aos doentes propostos. Dependendo da especialidade cirúrgica, assim é a sala onde se realiza a cirurgia. Dispõe de Unidade de Cuidados Pós-anestésicos (UCPA), que suporta 6 unidades individuais, todas elas equipadas com monitor cardíaco, sistema de vácuo, rampa de Oxigénio, seringas infusoras, computador para realização de registos informáticos. A UCPA dispõe ainda

de um monitor central, que fornece os dados de todos os doentes que estão na Unidade. Em relação às Especialidades Cirúrgicas, existe resposta à Cirurgia Geral, Ginecologia/Obstetrícia, Urologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia (ORL), Oftalmologia. Todos os dias uteis há programação de doentes de Cirurgia Geral, e as outras especialidades são distribuídas pela semana. Com raras exceções, todos os enfermeiros desenvolvem as 4 valências de enfermagem: Instrumentista, Circulante, Anestesista e UCPA. Durante a semana, nas cirurgias programadas estão distribuídos 3 enfermeiros por sala, com exceção de ORL e Oftalmologia, que não têm enfermeiro instrumentista. No turno da manhã, nos dias uteis estão escalados 2 enfermeiros para as cirurgias de Urgência. No turno da Tarde, estão escalados para o BO 4 enfermeiros, e no turno da Noite estão escalados 3 enfermeiros. Em relação à UCPA, nos dias uteis estão escalados 2 enfermeiros nos turnos da Manhã e Tarde, no turno da Noite está escalado 1 enfermeiro, assim como ao fim de semana, feriados e tolerâncias. É de realçar, quando é necessário e não há comprometimento nos cuidados, um dos enfermeiros da UCPA passa para o BO. A Associação de Enfermagem do Estado da Carolina do Norte, em 2005, ao refletir sobre dotações seguras, refere que as dotações seguras espelham-se na manutenção da qualidade dos cuidados prestados aos doentes, na vida profissional dos enfermeiros e nos resultados de uma organização (OE, 2006).

O BO é constituído por um corredor único (Anexo II), por onde circulam os doentes, os resíduos, os esterilizados e o pessoal fardado. Apesar de ser um BO com corredor único há regras que são cumpridas, tais como a circulação de doentes, o isolamento de esterilizados em circulação e o acondicionamento de resíduos e de material contaminado em contentores fechados na saída da sala de operações.

Os Registos de Enfermagem e Médico são realizados através do *Metavision*<sup>®</sup>, o qual é um sistema informático para a colheita de dados, monitorização, gestão e armazenamento em ambiente de saúde. Compreende componente anestésico perioperatório através de um sistema de gestão da informação; um sistema de informação clínica, uma plataforma de comunicação baseada na *web* para médicos e doentes para Bloco Operatório, UCPA, Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios até à data. O sistema de anestesia permite uma gestão de informação que pode ser usada para visualização, registo e apresentação de dados e informações do período perioperatório. Normalmente, compreende várias estações de trabalho conectadas através de um sistema de rede para um ou mais servidores. Os

dados são armazenados e geridos pelos servidores. Permite, ainda, a gestão dos registos dos doentes, cálculo de dosagem de drogas e fluidos, tarefas de pesquisa e é moldado em função do ambiente e dos utilizadores. Portanto trata-se de um sistema aberto e moldável que permite registo, monitorização e visualização de toda a informação da pessoa que é submetido a cirurgia no Bloco Operatório, integrando um interface que veio revolucionar a prática clínica do Bloco Operatório e todos os serviços onde se encontra e permitiu uma gestão e tratamento da informação totalmente informática (iMD Soft Inc., 2008).

A reposição de materiais de uso clínico e fármacos é realizada através do *Pyxis*, tal como no Serviço de Urgência (Serviço onde desenvolvi o Módulo I). Os materiais de uso clínico e fármacos estão acondicionados em armários denominados *Pyxis*. O acondicionamento e reposição do *Pyxis* é da responsabilidade do Armazém Geral (material de uso clínico) e dos Serviços Farmacêuticos. Quando os *stocks* estão abaixo do limite preconizado, é emitida uma mensagem para os serviços de reposição, e logo que possível estes são repostos, salvo fora da hora do normal funcionamento dos serviços. Na falta de algum fármaco é necessário contactar o elemento de prevenção do serviço de reposição. Estes armários permitem que os materiais sejam debitados em nome dos Pessoas e do enfermeiro que os retirou.

O objetivo geral do estágio no Serviço de Bloco Operatório foi:” ***Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, comunicacionais e relacionais, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em situação crítica e sua família, em contexto perioperatório.***”

Em relação ao primeiro objetivo específico, “***Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente perioperatório e sua família***”, foram desenvolvidas e conseguidas as atividades propostas. Revi normas, protocolos e procedimentos específicos do Serviço de Bloco Operatório, mantive as boas relações com a equipa multidisciplinar. Atendi às prioridades e estratégias, identifiquei as necessidades, planeei, implementei e avaliei a prestação de cuidados ao doente perioperatório. Durante a prestação de cuidados todos os enfermeiros do BO tiveram presente as noções de intimidade, privacidade assim como o incentivo para os doentes fazerem por si só, promovendo a sua autonomia e autocuidado (principalmente na passagem para o *transfer* e na UCPA).

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Um outro turno, acompanhei a Enfermeira Responsável, na gestão dos recursos humanos e materiais. Tomei conhecimento do modo como são realizados os pedidos de materiais e fármacos que não constam do *Pyxis* (por exemplo, os soros, as trouxas cirúrgicas, os materiais de uso de hotelaria). Colaborei com a Enfermeira Responsável na execução do plano de distribuição da equipa de enfermagem escalada para os diferentes turnos e salas operatórias, tendo sempre em atenção as trocas de turno realizadas. Conferi o material pedido quando chegou do armazém e dei conhecimento à Enf.<sup>a</sup> Responsável dos materiais não fornecidos e dos errados. Apesar de ter algum conhecimento de como são realizados os horários do pessoal, estive algum tempo com a Enf.<sup>a</sup> Responsável, pois havia problemas a resolver no próximo horário. Foi um turno proveitoso que permitiu a continuação do desenvolvimento da competência de *gestão de cuidados*, pois era uma falha que sentia no meu percurso enquanto enfermeira do Serviço e como futura Enfermeira Especialista. Durante este turno, por conveniência do serviço desempenhei as funções de Enfermeira Circulante durante uma Cirurgia do foro Ginecológico, deste modo *zelei pelos cuidados prestados ao doente perioperatório*.

Por último aceitei as sugestões e críticas da equipa como meio de autodesenvolvimento. Estas sugestões foram principalmente ao encontro da Norma de Cirurgia Laparoscópica, as quais foram aceites.

O estágio no BO decorreu sem intercorrências. A Enfermeira Orientadora, tal como as anteriores orientadoras, deixou-me autónoma para a realização das atividades a que me propus, de modo a *manter, de forma contínua e autónoma, o próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional*.

Durante estes turnos, sempre que solicitado, apoiei as salas de operações, e permaneci em sala quando eram intervenções que, raramente são realizadas. Ao longo de alguns turnos a orientadora de estágio esteve como Responsável de Turno, e como tal, segui de perto as suas ações. A minha posição como aluna não foi fácil, pois também já estive como Responsável de Turno em contexto de trabalho, e há sempre a tendência para criticar ou opinar sobre os assuntos em questão. O BO pratica a Metodologia de Trabalho em Equipa, mas cada pessoa é responsável pela valência em que desempenha funções.

Nos turnos que realizei, sempre que solicitada ajudei a equipa de enfermagem do BO e UCPA na prestação de cuidados aos doentes. No projeto de estágio coloquei a prestação

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

de cuidados ao doente perioperatório, esta prestação é o meu trabalho profissional diário, e como tal este foi um objetivo alcançado, assim como as suas competências inerentes nomeadamente, *demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização; demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito do doente perioperatório; desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à Pessoa.*

Neste período de estágio, realizei turnos em contexto de trabalho, os quais foram desenvolvidos nas quatro valências de enfermagem perioperatória: Enfermeira Instrumentista; Enfermeira Circulante; Enfermeira Anestesista; Enfermeira de UCPA. Desenvolvi as várias atividades inerentes a cada valência, de um modo profissional e responsável. Todos os dias como enfermeira perioperatória, estou perante *situações imprevistas e complexas*, às quais tenho que *reagir de um modo rápido e seguro*, pois estou constantemente a lidar com a vida de pessoas. São exemplos destas situações, doentes com hemorragia ativa, reentubações por laringospasmo, *pacemakers* provisórios por doentes em paragem cardíaca, politraumatizados, cesarianas acompanhadas de sofrimento fetal, entre outros procedimentos.

A competência *incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização*, também foi uma competência adquirida antes da realização do estágio, tenho como exemplo a desinfeção cirúrgica das mãos com solução antisséptica de base alcoólica, a qual é uma boa prática adotada quase pela maioria da equipa de enfermagem do BO. Este tipo de desinfeção elimina os microrganismos transitórios e destrói os microrganismos residentes das camadas mais profundas da pele (DGS, 2010).

Os indicadores de avaliação propostos foram atingidos na sua totalidade. Prestei cuidados de enfermagem especializados a pelo menos 50% dos doentes perioperatórios, atendi às prioridades e estratégias no cuidado, a pelo menos 50% dos doentes perioperatórios, e promovi a autonomia, o autocuidado, a intimidade e privacidade a pelo menos 50% dos doentes perioperatórios.

O segundo objetivo específico traçado foi **“Contribuir para a melhoria da comunicação enfermeiro-Pessoa-família através da sensibilização dos enfermeiros”**. A comunicação em BO é de suma importância, Oliveira *et al.* (2005, s/p) referem que a

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

comunicação tem como finalidade “ (...) *identificar e responder às necessidades de saúde do cliente, e contribuir para a melhoria da prática clínica da enfermagem, pois cria oportunidades de aprendizagem e desperta nos clientes sentimentos de confiança, satisfação, e segurança, permitindo a diminuição do medo e ansiedade*”. Comuniquei com a pessoa e família, tendo em conta o dever de sigilo, utilizei a comunicação verbal e não-verbal, envolvi a pessoa e a família na prestação de cuidados e esclareci dúvidas à pessoa e sua família utilizando técnicas de comunicação, tendo em conta o respeito pela sua cultura e crenças. As atividades atrás estão bem explícitas na seguinte situação vivida:

Na UCPA realizei o pós-operatório imediato a uma senhora de 100 anos (aproximadamente), que foi submetida a uma intervenção ao colo de fémur, era praticamente invisual e apresentava défice acentuado de acuidade auditiva. Cada vez que era tocada, a senhora assustava-se e apresentava períodos de desorientação, sendo necessário ficar com a senhora mais um pouco, dar a mão, para que ficasse mais calma e adquirisse confiança. Esta senhora recebeu várias visitas, às quais foram comunicados os cuidados que a senhora necessitaria após a alta e na possibilidade de a internarem numa Unidade de Cuidados Continuados, em vez de ir para o Lar, pois necessitaria de Fisioterapia, entre outros cuidados diferenciados, que o Lar não poderia oferecer a curto prazo. Infelizmente, no Bloco Operatório não se sabe como são o desfecho das situações que passam pelas mãos, mas há a consciência da prestação de cuidados sempre a pensar na melhor e mais rápida recuperação.

Através desta situação *demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com a pessoa e família.*

Dentro do segundo objetivo específico, realizei pesquisa bibliográfica sobre a Comunicação Terapêutica e a Cirurgia Laparoscópica, e cheguei à conclusão que não há artigos portugueses que contenham as duas temáticas juntas, então sugeri a realização de um póster de cariz científico sobre “ Comunicação na Cirurgia Laparoscópica: Desafio para a Segurança do Doente”, o qual foi apresentado no Congresso de Enfermagem Perioperatória da Prática à Evidência na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal nos dias 30 e 31 de maio de 2014 (Apêndice XXII). Para complementar este objetivo propus a realização de uma Sessão de Formação sobre “Comunicação Terapêutica no Bloco Operatório” (Apêndice XXIII), a qual foi realizada no dia 27 de janeiro de 2014 às 15 horas e 30 minutos. O tema “Comunicação Terapêutica no BO” foi a continuidade da linha orientadora da Unidade Curricular Estágio e teve o propósito de responder a um dos objetivos específicos lançados no projeto de estágio de Enfermagem no Perioperatório.

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O surgir deste tema deveu-se ao fato de ser um tema pouco debatido no Serviço de BO. Os enfermeiros têm alguma noção sobre o assunto, mas muitas vezes as técnicas de comunicação cingem-se somente à avaliação pré-operatória. Durante um turno que realizei no BO tive a oportunidade de utilizar técnicas de comunicação com um doente, a qual será relatada posteriormente. Foi uma situação que foi observada por alguns colegas e que permitiu desenvolver mais competências na área da comunicação terapêutica. Senti necessidade de transmitir as competências adquiridas à equipa do BO. Deste modo, realizei uma sessão de formação na qual abordou o tema “Comunicação Terapêutica no BO”. A pesquisa bibliográfica realizada permitiu a aquisição de conhecimentos e habilidades comunicacionais e deste modo, durante o estágio no BO procurei desenvolver junto de todos os doentes, a quem prestei cuidados, estratégias de comunicação, com o objetivo da humanização dos cuidados, diminuição da ansiedade e esclarecimento de dúvidas e receios.

No primeiro turno realizado assisti a uma cesariana. À chegada ao BO, a senhora apresentava-se muito ansiosa e considerei ser um momento, em que poderia aplicar os meus conhecimentos sobre as estratégias de comunicação, pois era uma situação que já tinha vivido. Comecei a comunicar com a senhora, apresentei-me como enfermeira do serviço, mas que de momento estava numa situação de aluna, a seguir falei-lhe da minha experiência, enquanto doente em perioperatório, e expliquei-lhe os procedimentos a que seria submetida. Quando a senhora foi para a Sala de Operações, pediu-me se poderia ficar junto a ela, pois estava a dar-lhe o apoio que necessitava. Aceitei o seu pedido. Durante a cesariana constatei que a senhora perdeu um feto às 35 semanas de gestação. E de repente, voltei para o ano anterior e percebi que acompanhei e apoiei esta senhora na UCPA, aquando deste episódio. A senhora também me reconheceu e perguntou como estava o meu bebé (na altura estava grávida de 4 meses, e foi uma situação que marcou a minha gravidez). A cesariana correu bem, o bebé foi para o Serviço de Neonatologia por precaução e a senhora realizou o recobro anestésico sem intercorrências.

Foi mais uma situação onde desenvolvi competências científicas, técnicas, éticas, comunicacionais e relacionais, nomeadamente, *desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa, demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com a pessoa e família e abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a pessoa e família, ao mesmo tempo que demonstrei conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa e família e relacionei-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.*

Os indicadores de avaliação foram totalmente atingidos. Utilizei técnicas de comunicação a pelo menos 50% dos doentes e / ou sua família e demonstrei capacidade de comunicação em situações complexas, com a pessoa e / ou sua família, de modo criativo.

O terceiro objetivo específico foi ao encontro das necessidades do Serviço, ***“Contribuir para as boas práticas, através da realização da Norma de Cirurgia Laparoscópica e da actualização do dossier dos materiais necessários para as diferentes intervenções cirúrgicas e técnicas anestésicas”***. Realizei a entrevista informal com a Enfermeira Responsável para levantamento das necessidades do Bloco Operatório. Obtive como resposta, para realizar o que achasse pertinente para o Serviço e resolvi indagar os colegas, os quais referiram a Norma de Cirurgia Laparoscópica (Apêndice XXIV) e a actualização do *dossier* de materiais. Assim ficou escolhido o tema respeitante à área da especialidade para aprofundar e desenvolver, o qual foi discutido com a Enfermeira Orientadora. Envolvi alguns colegas na realização da Norma, principalmente na colocação das mesas de instrumentos, e especialmente os colegas que estão em fase de integração no Serviço. Schimidt (2008) refere que a criação de normas favorece a segurança das pessoas, e são um meio de proporcionar a melhoria da qualidade dos cuidados, bem como a contribuição para o aumento da produtividade das instituições.

Realizei a pesquisa bibliográfica sobre Cirurgia Laparoscópica e materiais necessários às intervenções cirúrgicas e técnicas anestésicas e compilei a informação obtida.

A realização da Norma de Cirurgia Laparoscópica permitiu *formular e analisar questões/ problemas de maior complexidade com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica*, pois este é um problema, com o qual a equipa de enfermagem lida diariamente, pois não há uma uniformização de colocação de mesa de instrumentos. Este fato torna-se discordante, especialmente quando há substituição de enfermeiro instrumentista. Para evitar esta situação foi pensada e criada a Norma de Cirurgia Laparoscópica. De acordo com Meeker e Rothrock (1997, p.87), *“ (...) a organização de vários instrumentos deve ser claramente definida e compreendida pelo pessoal da sala de cirurgia”*. A colocação das mesas de instrumentos deve obedecer a regras, as quais devem ser conhecidas por toda a equipa de enfermagem perioperatória. Inclusive, há um tempo atrás foi fornecida Formação à equipa de enfermagem sobre esta temática, e as novas integrações profissionais têm em conta estas regras.

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Após a realização da pesquisa bibliográfica e da redação do documento, este foi colocado no Gabinete de Enfermagem do Serviço de Bloco Operatório para que todos os elementos do BO dessem a sua opinião e sugestões de melhoria. Foram colocadas algumas dúvidas, as quais foram esclarecidas, e algumas sugestões, as quais foram apreciadas. Após uma semana e meia de exposição do documento original, nasceu a Norma de Cirurgia Laparoscópica, a qual foi remetida para o Gabinete da Qualidade da ULSBA, EPE, aprovada em reunião de Conselho de Administração no dia 10 de julho de 2014 e encontra-se disponível na *Intranet* da Instituição.

Durante alguns turnos dediquei-me particularmente à atualização do *dossier* dos materiais necessários para as intervenções cirúrgicas e as técnicas anestésicas. Este é um trabalho que leva o seu tempo a ser realizado, pois não há acesso ao ficheiro de origem, e as bases de instrumentos foram reorganizadas. Concluí que esta atividade não era de possível execução em tempo útil, pois as técnicas cirúrgicas estão em constante mudança, e como tal, este era um trabalho para ser realizado a longo prazo no Serviço de Bloco Operatório.

Os trabalhos a realizar / realizados (Norma de Cirurgia Laparoscópica e atualização do *dossier* dos materiais necessários para as diferentes intervenções cirúrgicas e técnicas anestésicas) durante este estágio foram ao encontro de necessidades / falhas reveladas pelos colegas no exercício da profissão, deste modo *identifiquei as necessidades formativas dos colegas*. Atualmente há 6 colegas a realizar integração no BO, estes trabalhos também serão um auxiliar de integração de novos profissionais, além de contribuírem para as boas práticas, *promoverem o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros*, e serão um modo de *colaborar na integração de novos profissionais*.

Através da Sessão de Formação sobre “Comunicação Terapêutica no Bloco Operatório” e “Norma de Cirurgia Laparoscópica” (Apêndice XXV), desenvolvi a competência *promover a formação em serviço na área de especialização*. Disponibilizei a pesquisa bibliográfica sobre estes dois temas à equipa de enfermagem, para posterior consulta.

A sessão de formação foi apresentada no dia 27 de janeiro de 2014, pelas 15 horas e 30 minutos no Serviço de Bloco Operatório da ULSBA, EPE, sob o formato de *PowerPoint*. Para a realização da mesma, foi necessário *data show*, computador, uma parede lisa, cadeiras e as folhas de Avaliação da Sessão de Formação (Apêndice XXVI).

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Antecipadamente foi afixada a folha da Sessão de Formação em Serviço (Apêndice XXVII) em local bem visível, para que todos os enfermeiros tomassem conhecimento. A equipa de enfermagem do BO é composta por 42 enfermeiros. Para avaliar a sessão de formação utilizei a mesma Escala de *Likert*, anteriormente aplicada no SU e na UCIP (Anexo I).

Em relação ao indicador:” Realização de formação a 40% da equipa de enfermagem do Serviço de Bloco Operatório”, assistiram à sessão de formação 19 enfermeiros, o que corresponde a 45,2% da equipa de enfermagem. Logo este indicador foi satisfeito na totalidade (Apêndice XXVIII).

Em relação ao item Formação, 52,3% dos enfermeiros concordaram totalmente com a adequação do material pedagógico e a organização em geral e os restantes 47,3% concordaram com os mesmos.

Quanto ao conteúdo, 73,7% dos enfermeiros concordaram totalmente com a pertinência da temática para a prática clínica. Logo o indicador: “*Cerca de 40% da equipa de enfermagem que assistiu à formação concorda totalmente que o tema da Sessão de Formação tem pertinência para a prática clínica*” foi totalmente satisfeito (Apêndice XXIX).

94,7% da equipa de enfermagem que assistiu à Sessão de Formação concordou totalmente com a aplicabilidade dos conteúdos da temática para a prática clínica. Também o indicador de avaliação “*Cerca de 40% da equipa de enfermagem que assistiu à formação concorda totalmente com a aplicabilidade dos conteúdos do tema da Sessão de Formação à sua prática clínica*”, foi totalmente satisfeitos (Apêndice XXX).

Um outro item que avaliou foi Formadores, 31,6% concordaram com o domínio da temática, capacidade de motivação e clareza na transmissão dos conteúdos e 68,4% concordaram totalmente com os itens atrás referidos.

Como todos os indicadores de avaliação foram totalmente satisfeitos o terceiro objetivo específico também foi alcançado com sucesso. Foi uma ação de formação onde foram cumpridos os Planos de Sessão (Apêndices XXXI e XXXII). Todos os elementos da equipa aceitaram a aplicação do instrumento de trabalho, referiram que será um modo de uniformizar procedimentos e contribuir para as boas práticas em Bloco Operatório. A

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Sessão sobre Comunicação Terapêutica foi proveitosa e bem recebida pela equipa de enfermagem que assistiu à Sessão de Formação, pois serviu para tirar partido de algumas técnicas de comunicação com o doente perioperatório e deu a conhecer as principais técnicas, funções e estratégias de comunicação na relação enfermeiro -pessoa.

Apesar da adesão de colegas ser de 45,2%, houve um *feedback* muito positivo. Foi um momento de partilha e de troca de conhecimentos de boas práticas, as quais devem estar sempre presentes na Enfermagem Perioperatória, para que se atinjam os cuidados de excelência. Foi uma sessão de formação onde houve espaço para a exposição e debate, troca de ideias e esclarecimento de dúvidas, especialmente em relação à colocação das mesas na Cirurgia Laparoscópica. Fiquei agradada por ter satisfeito totalmente os indicadores de avaliação a que me propus no projeto de estágio.

No final do Estágio de Opção - Enfermagem no Perioperatório, fiquei com a impressão de dever cumprido para comigo e com os meus pares, pois foi um estágio em que houve colaboração dos colegas na realização da Norma de Cirurgia Laparoscópica, deixei alguns contributos no Serviço e desenvolvi competências na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.



### 3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas foram as situações vividas, que motivaram o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas, comunicacionais e relacionais, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família ao longo deste período, nos vários campos de estágios, com o objetivo da excelência dos cuidados e os ganhos em saúde.

A reflexão que este relatório proporcionou, foi ao encontro das estratégias de comunicação e da humanização dos cuidados. Como profissional de saúde ao elaborar este relatório necessitei de aplicar os saberes e habilidades adquiridos para mais facilmente ser capaz de interagir com a pessoa nas diferentes dimensões e assim, detetar as suas necessidades, medos e com ela encontrar a forma de alcançar a sua recuperação e bem-estar.

Foram várias as oportunidades de aprendizagem em todos os estágios e procurei estar presente em novas situações de forma a crescer enquanto pessoa e profissional. Trabalhei o objetivo transversal aos estágios sobre as estratégias de comunicação, o que enriqueceu o percurso. O Serviço de Urgência foi uma mais-valia, especialmente a sala de reanimação e o SO. Foram estas duas valências em que incidiu o estágio e foram as áreas que me proporcionaram um maior número de experiências, situações vividas e partilha de conhecimentos.

O facto de ter realizado os estágios de Urgência e de Enfermagem no Perioperatório na minha Instituição veio proporcionar uma experiência agradável e conciliadora de horários e vida familiar. O estágio na Unidade de Cuidados Intensivos / Intermédios do HES, EPE foi uma experiência muito enriquecedora de saberes e conhecimentos, talvez foi o estágio onde pude desenvolver mais o meu projeto de estágio e as competências inerentes, devido ao ambiente envolvente, aos doentes a quem prestei cuidados diretos nos vários turnos efetuados, associando estes aspetos à minha motivação pessoal e profissional. O estágio de Enfermagem no Perioperatório foi desenvolvido no meu local de trabalho. Este estágio permitiu-me responder a necessidades do Serviço e em simultâneo desenvolver a área das estratégias de comunicação à pessoa no período perioperatório. Foi uma experiência agradável e gratificante que me permitiu a transmissão de conhecimentos, saberes, assim como a partilha com os meus pares.

A comunicação é fundamental no cuidado à Pessoa, e deve ser realizada em todas as ações de enfermagem prestadas à Pessoa, explicando o seu motivo e para que serve, deste modo serão executados cuidados humanizados. Pott *et al.* (2013) apontam como estratégias de comunicação, na interação com a pessoa em estado crítico, o toque, o carinho, a fala, a escrita, os gestos, o silêncio, as expressões faciais, a postura corporal. Defendem que a comunicação é um instrumento que permite a humanização dos cuidados de enfermagem, o relacionamento efetivo, a transmissão de sentimentos de confiança, tranquilidade, assim como a escuta e o diálogo, aliviando os medos e a insegurança da pessoa, o que favorece o processo de recuperação da pessoa com qualidade.

Recorrendo ao método SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats, elaborei uma avaliação que reflete os principais aspetos considerados ao longo do Estágio, pretendendo relacionar os pontos fortes e fracos da implementação dos objetivos propostos, com as tendências verificadas nas Instituições onde desenvolvi os estágios.

Em relação aos pontos fortes, posso referir que, todos os trabalhos realizados nos três Módulos do Estágio, foram ao encontro das necessidades dos serviços e bem aceites pelas equipas, como se demonstrou nas avaliações das sessões de formação. A aplicação de estratégias de comunicação foi facilitada devido à realização da Revisão Sistemática da Literatura, a qual deu muitos contributos para o desenvolvimento do meu projeto de estágio. O facto de trabalhar na ULSBA, EPE facilitou a minha integração nas equipas de saúde dos estágios dos Módulos I e III.

Os pontos fracos incidiram na situação de haver uma quebra de tempo na dinâmica dos estágios, ou seja, entre o 1º e o 2º estágio; o fato de durante o estágio do Módulo III não haver disponibilidade para terminar a atualização do *dossier* dos materiais necessários para as diferentes intervenções cirúrgicas e técnicas anestésicas. Ressalto também a pouca experiência em realizar estudos de investigação.

Durante os períodos de estágio ocorreram oportunidades, entre as quais destaco o envolvimento dos profissionais do serviço de BO da ULSBA, EPE na concretização da Norma de Cirurgia Laparoscópica; o vasto leque de situações vividas que permitiram o desenvolvimento de competências de comunicação, as quais motivaram o diálogo com a pessoa em situação crítica; a aplicação de novos conhecimentos relacionados com a

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Enfermagem Médico-Cirúrgica, que permitiram colaborar no processo de integração de outros profissionais de saúde, promovendo as boas práticas.

As ameaças foram ao encontro da fraca adesão das equipas de saúde nas Sessões de Formação, a qual poderia ter comprometido, o sucesso dos indicadores de avaliação; os turnos realizados em que não houve o desenvolvimento de competências, devido à fraca adesão dos doentes aos serviços de saúde (Serviço de Urgência) ou em que não era possível uma comunicação efetiva.

Ao terminar a Especialização na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvi competências que me facultam ser um elemento de referência no serviço para os outros enfermeiros, procurando desenvolver a minha prática baseada no aprofundamento dos conhecimentos teóricos e científicos. A prática de enfermagem implica um conhecimento profundo das áreas médicas, sociológicas, psicológicas, entre outras, o que vai permitir uma abordagem mais global da pessoa. Aliado a todos estes conhecimentos, existe um conhecimento de enfermagem que vai desenvolver uma prática de enfermagem de maior qualidade, centrada na pessoa como ser biopsicossocial e espiritual (Silva, 2007).

Ao longo do relatório fiz uma descrição pormenorizada de todas as atividades ao longo dos estágios, atingindo com sucesso os objetivos definidos no início, assim como as competências pretendidas, mantendo de forma contínua e autónoma, o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Como futura enfermeira especialista pretendo continuar a alargar os meus conhecimentos na área das estratégias de comunicação e principalmente na área da prestação de cuidados utilizando sempre a base científica e as melhores evidências, prestando assim cuidados de excelência.



4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEN, Judy; BROCK, Susan A. – **Health Care Communication Using Personality Type: Patients are different**. London: Routledge, 2000. 222 p. ISBN: 0-415-21373-8.

AMANTE, Lúcia Nazareth; ROSSETTO, Annelise Paula; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. [Em Linha]. Vol.43 (1), 2009, p.54-64 .Consultado em [18.09.2013; 18:25]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/recusp/v43n1/07.pdf>. ISSN:0080- 6234.

ARAÚJO, Monica Martins Trovo; SILVA, Maria Júlia Paes - O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em Cuidados Paliativos **Texto Contexto - Enferm.** [Em Linha]. Vol.21 (1), 2012 Jan-Mar, p. 121-129. Consultado em [18.09.2013; 18:05]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a14v21n1.pdf>. ISSN 0104-0707.

BENNER, Patricia – De iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.270 p. ISBN:972-8535-97-X.

BEUTER, Margrid; BRONDANI, Cecília Maria; SZARESKI, Charline; CORDEIRO, Franciele Roberta; ROSO, Camila Castro - Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm** [Em Linha]. Vol. 16 (1), jan.-mar. 2012, p.134-140. Consultado em [18.09.2013; 18:17]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a18.pdf>. ISSN: 1414-8145.

BROYLES, Lauren M.; TATE, Judith A.; HAPP, Mary Beth - Use of Augmentative and Alternative Communication Strategies by Family Members in the Intensive Care Unit. **American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses** [Em Linha]. Vol. 21 (2), 2012 Mar; p. 21-32. Consultado em [09.09.2013; 19:50]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=5a5c4f9c-fc12-41f0-a4a2-a1341d742666%40sessionmgr110&hid=1>. ISSN: 1937-710X.

BUB, Maria Bettina Camargo; MEDRANO, Carlos; SILVA, Cláudia Duarte da; WINK, Solange; LISS, Per-Erik, e SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos. - A

noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**. [Em Linha]. Vol.15, 2006, p. 152-157. Consultado em [22.09.2013; 19:58]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf>. ISSN: 0104-0707.

CAMELO, Silvia Helena Henriques – Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. [Em Linha]. 20 (1) jan-fev 2012, p.192-200. Consultado em [06.08.2013, 17:41]. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25.pdf). ISSN: 0104-1169.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida**. Lisboa: Lidel, 1999, 385 p..ISBN: 972-757-109-3.

CRD - *Systematic Reviews: CRD'S guidance for undertaking reviews in health care*. 2009. York: Universidade de York.

CUNHA, Luísa Margarida Antunes da – Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes. [Em Linha]. Lisboa: [s.n.], 2007, 78 p. Dissertação de Mestrado em Probabilidades e Estatística apresentada à Universidade de Lisboa. Faculdade de Ciências. Consultado junho de 2013. Disponível em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1229/1/18914\\_ULFC072532\\_TM.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1229/1/18914_ULFC072532_TM.pdf)

GEORGE, Julia B. & col. – **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional**. 4ª Edição. Porto Alegre: ArtMed Editora, 2000, 375 p. ISBN: 85-7307-587-2.

FERRITO, Cândida; RUIVO, Maria Alice; ESTUDANTES DO 7º CLE; NUNES, Lucília (2010) - Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva. **Revista Percursos**. [Em Linha]. Nº 15. Consultado em [26.04.2014; 11:32]. Disponível em [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf). ISSN 1646-5067.

FRADIQUE, Maria de Jesus; MENDES, Luís - Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. [Em Linha]. III Série. Nº 10, Julho 2013, p. 45-53. Consultado em [30.04.2014; 18:50]. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn10/serIIIIn10a06.pdf>. ISSN 0874-0283.

HEMSLEY, Bronwyn; BALANDIN, Susan; WORRALL, Linda - Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital. **Journal Of Advanced Nursing**. [Em Linha]. Vol. 68 (1), 2012 Jan; p. 116-126. Consultado em [09.09.2013; 20:44]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=5a5c4f9c-fc12-41f0-a4a2-a1341d742666%40sessionmgr110&hid=117>. ISSN: 1365-2648.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar**. Loures: Lusociência, 2000, 201 p. ISBN: 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2001, 221 p. ISBN: 972-8383-20-7.

ICNP: CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – **CIPE®/ICNP – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2**. S/ Ed. Loures: Lusodidacta, 2011, 205 p. ISBN: 978-92-95094-35-2.

iMD Soft Inc. -

<http://intranet/SiteDirectory/ULSBA/Manuais/The%20MetaVision%20Technical%20Manual.pdf>, 2008.

JEFFREY, David – **ABC of Palliative Care**. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2006, 96 p. ISBN: 978-1-4051-3079-0.

KÉROUAC, Suzanne; PEPIN, Jacinthe; DUCHARME, Francine; DUQUETTE, André & MAJOR, Francine. **El Pensamiento Enfermero**. Barcelona: Elsevier Masson, 1996, 167 p. ISBN: 978-84-458-0365-3.

MARQUES, Joana Faria; MARQUES, Duarte; SILVEIRA, João; MATA, António Duarte – Revisões sistemáticas: o que são e para que servem. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. [Em Linha]. Vol. 49 (3), 2008, p. 171-178. Consultado em [31.01.2014; 17:19]. Disponível em [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=90137562&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=330&ty=42&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=330v49n03a90137562pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90137562&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=330&ty=42&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=330v49n03a90137562pdf001.pdf). ISSN: 1646-2890.

MEEKER, Margaret Huth ; ROTHROCK, Jane C – **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, SA,1997, 1249 p. ISBN: 85-277-0403-X.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dotações Seguras Salvam Vidas**. [Em Linha] Genebra, 2006. Consultado a [30/04/2014 às 00h05m] Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf). ISBN: 9295040449.

ORDEM DOS MÉDICOS & SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Transporte de Doentes Críticos**. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. [Em Linha]. 2008, 48 p. Consultado em [12.09.2013; 16:27]. Disponível em [http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf).

PEREIRA, Adriana Dall'Asta; FREITAS, Hilda Maria Barbosa de; FERREIRA, Carla Lizandra de Lima; MARCHIORI, Mara Regina Caino Teixeira; SOUZA, Martha Helena Teixeira; BACKES, Dirce Stein - Atendendo para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS)**. [Em Linha]. Vol. 31(1), 2010, p. 55-61. Consultado em [12.09.2013; 17:35]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n1/a08v31n1.pdf>. ISSN:1983-1447.

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

PONTES, Alexandra Carvalho, LEITÃO, Ilse Maria Tigre A., RAMOS, Islane Costa – Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado, **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**. [Em Linha].61:3 (2008), 312-318. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>. ISSN 0034-7167.

POTT, Franciele Soares, STAHLHOEFER, Taniclaer, FELIX, Jorge Vinícius Cestari, MEIER, Marineli Joaquim – Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico, **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Em Linha]. 66:2 (mar-abr 2013), 174-179. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/04.pdf>. ISSN: 0034-7167.

REGO, Amélia - **Reformas no Sector da Saúde: A Equidade em Cuidados Intensivos**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2010, 215p. ISBN: 9789725402733.

RIBEIRO, Patrícia C. Pontífice Sousa - *A Natureza do Processo de Conforto do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar Construção de uma Teoria Explicativa: Projecto Integrado de Vivência e Cuidado Co-criado*. (Dissertação de doutoramento) 2012. Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, Lisboa.

SARAIVA, Dora M R Fonseca & MARTINHO, Teresa M da Cruz – Comunicar com o doente em estado crítico, **Nursing Suplemento**. Ano 23, nº 270, junho 2011, p. 8- 14. ISSN: 0871-6196.

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

SILVA, Abel Paiva - Enfermagem avançada: um sentido para desenvolvimento da profissão e da disciplina, **Servir**. Nº 55, 2007, p.11-20. ISSN: 0871-2370.

SCHIMIDT, M. **A Revolução Industrial e a organização dos trabalhadores em sindicatos**. São Paulo: Moderna, 2008.

ULSBA – **Site oficial**. [Em Linha] 2013.Consultado em [28.05.2013; 18:09]. Disponível em <http://www.hbeja.min-saude.pt/>.

WILSON, Rozanne; ROCHON, Elizabeth; LEONARD, Carol; MIHAILIDIS, Alex - Formal Caregivers' Perceptions of Effective Communication Strategies while Assisting Residents with Alzheimer's Disease During Activities of Daily Living. **Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology**. [Em Linha]. Vol. 36 (4),-2013 Winter; p.314-331. Consultado em [09.09.2013; 19:48]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=5a5c4f9c-fc12-41f0-a4a2-a1341d742666%40sessionmgr110&hid=117> ISSN: 1913-200X.

## LEGISLAÇÃO CONSULTADA

DECRETO – LEI nº161/96 de 4 de Setembro (Com as alterações do Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril). **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**.

DECRETO - LEI nº104/98 de 21 de Abril, com alterações e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**.

**AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Parecer conjunto CE e CJ N.º 3 / 2010 sobre Preparação e Administração de Terapêutica. Consultado em (23.02.2014; 00:02). Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer\\_CE\\_CJ\\_%203\\_2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CE_CJ_%203_2010.pdf)

## ANEXOS



## ANEXO I

- Escala de Likert utilizada para a avaliação da Sessão de  
Formação -



DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	<b>NÃO CONCORDO NEM DISCORDO</b>	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5

Escala de Likert utilizada para a avaliação da Sessão de Formação



## ANEXO II

- Planta do BO da ULSBA, EPE-





- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  <b>armazém</b>         |  <b>gabinete de anestesia</b>  |  <b>u.c.p.a.</b>         |  |
|  <b>cor. zona suja</b>  |  <b>balneários masculinos</b>  |  <b>gab.enfermagem</b>   |  <b>salas de operações</b>    |
|  <b>cor. zona limpa</b> |  <b>balneários femininos</b>   |  <b>sala de pausa</b>    |  <b>desinfecção das mãos</b>  |
|  <b>recepção</b>        |  <b>tratamento de material</b> |  <b>sala de registos</b> |  <b>sala de esterelizados</b> |

Planta do BO da ULSBA, EPE



## APÊNDICES



## APÊNDICE I

- Póster sobre “Comunicação” -

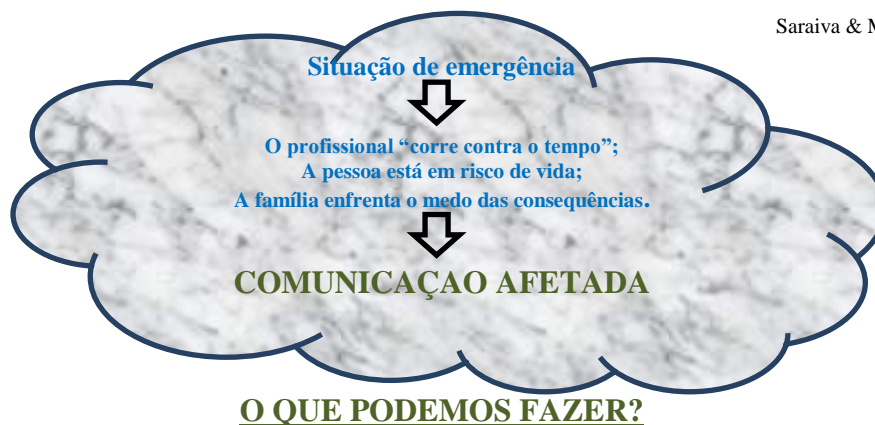




## COMUNICAÇÃO

*“É um processo dinâmico verbal e não-verbal que permite a acessibilidade do ser humano aos seus semelhantes, às experiências físicas e sensoriais, às informações e à sua própria humanidade. No doente em estado crítico a comunicação e interação com o meio encontram-se comprometidos, assim como a expressão das necessidades de forma verbal ou não-verbal.”*

Saraiva & Martinho (2011)



ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO	
ESTRATÉGIAS VERBAIS	ESTRATÉGIAS NÃO-VERBAIS
Promover empatia	Manter contato ocular
Promover ambiente de interação	Atitude corporal
Repetir a informação sempre que necessário	Aparência física adequada
Certificar-se que a informação foi compreendida	Expressão facial
Saber ouvir/ incentivar a comunicação	Respeitar silêncios
Usar tom de voz adequado	Adequar os gestos
Ser sincero e transparente	Adequar a postura
Manter discurso consistente	Utilizar o toque
Utilizar termos simples e precisos	Disponibilizar tempo

Adaptado de Cintra, Nishide & Nunes (2003)

Realizado por: Edite Vieira; Regente e Professora Tutora de Estágio: Prof. Patricia Pontífice de Sousa; Enfermeiro Orientador: Enf.<sup>a</sup> Especialista Paula Canelas

Referências Bibliográficas:

CINTRA, E., NISHIDE, J., NUNES, M. - *Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

SARAIVA, Dora M R Fonseca & MARTINHO, Teresa M da Cruz – Comunicar com o doente em estado crítico, *Nursing*. [Em Linha]. (junho 2011) 8- 14. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.informacaoensaude.com/Cache/binImagens/33-632.pdf>. ISSN: 0871-5441.



## APÊNDICE II

- Caderno de Fichas sobre a “Escala de *Braden*”-





Realizado por:  
Edite Vieira N.º 192011058  
Regente e Professora Tutora de Estágio:  
Prof. Patrícia Pontífice de Sousa  
Enfermeiro Orientador:  
Enf.ª Especialista Paula Canelas



### ESCALA DE BRADEN



Beja  
Junho 2013

#### ESCALA DE BRADEN: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

«Orientação da Direção Geral de Saúde n.º 017/ 2011 de 19/05/2011 que revoga a Orientação de 12/12/2008;

« Proceder à sua execução nas primeiras seis horas após a admissão do cliente;

«A Escala de Braden é aplicada a clientes com idade superior a 18 anos. Entre os 21 dias de vida e os 18 anos aplica-se a Escala Q;

«A sua reavaliação no SU é de 24/ 24 horas;

«Constituída por seis subescalas, que têm como objetivo a avaliação das dimensões:

- «Percepção Sensorial;
- «Humidade da Pele;
- «Atividade;
- «Mobilidade;
- «Nutrição;
- «Fricção e Forças de Deslizamento.

1

«O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4, sendo o mínimo de 4 e o máximo de 23.

«Alto risco de desenvolvimento de UP – valor final <ou =16;

«Baixo risco de desenvolvimento de UP – valor final > ou =17.

«Quanto menor é o valor, maior é o risco de desenvolvimento de UP's.

«Apesar de baixo risco, há sempre o risco de desenvolvimento de UP's e como tal o juízo clínico do profissional deve fazer parte desta avaliação.

2

**ESCALA DE BRADEN: SUBESCALA PERCEPÇÃO SENSORIAL**

**1. Completamente limitada:**

Cliente sedado, sem reação à dor ou nível de consciência reduzido  
OU  
Capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo

**2. Muito limitada:**

Só reage à dor.  
Comunica o desconforto, através de gemidos ou inquietação,  
OU  
Limitação sensorial de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.

**3. Ligeiramente limitada:**

Obedece a instruções verbais.  
Nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,  
OU  
Limitação sensorial de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.

**4. Nenhuma limitação:**

Obedece a instruções verbais.  
Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.

3

**ESCALA DE BRADEN: HUMIDADE**

**1. Pele constantemente húmida:**

Devido a sudorese, urina. É detectada humidade sempre que o cliente é posicionado.

**2. Pele muito húmida:**

A pele não está sempre húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.

**3. Pele ocasionalmente húmida:**

A pele está por vezes húmida. Há mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.

**4. Pele raramente húmida:**

A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.

4

**ESCALA DE BRADEN: ATIVIDADE**

**1. Acamado:**

O doente está confinado à cama.

**2. Sentado:**

Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente.  
Necessita de ajuda para sentar-se na cadeira normal ou de rodas.

**3. Anda ocasionalmente:**

Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda.  
Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.

**4. Anda frequentemente:**

Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.

5

**ESCALA DE BRADEN: MOBILIDADE**

**1. Completamente imobilizado:**

Necessita de ajuda total na mobilização.

**2. Muito limitada:**

Necessita de ajuda parcial na mobilização, uma vez que não consegue mobilizar-se sozinho.

**3. Ligeiramente limitado:**

Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.

**4. Nenhuma limitação:**

Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.

6

**ESCALA DE BRADEN: NUTRIÇÃO**

**1. Muito pobre:**

Nunca come uma refeição completa.  
Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida.  
Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios).  
Ingere poucos líquidos.  
Não toma um suplemento dietético líquido  
OU

Jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.

**2. Provavelmente inadequada:**

Raramente come uma refeição completa.  
Geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida.  
A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios.  
Ocasionalmente toma um suplemento dietético  
OU  
Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.

7

**ESCALA DE BRADEN: NUTRIÇÃO**

**3. Adequada:**

Come mais de metade da maior parte das refeições.  
Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,  
OU  
É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total.

**4. Excelente:**

Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição.  
Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios).  
Come ocasionalmente entre as refeições.  
Não requer suplementos.

8

**ESCALA DE BRADEN: FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO**

**1. Problema:**

Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar.  
É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis.  
Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima.  
Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.

**2. Problema potencial:**

Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima.  
É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos.  
A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.

**3. Nenhum problema:**

Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição.  
Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.

9

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). [Em Linha]. (2011). Consultado em junho de 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i015800.pdf>

MARGATO, C.; MIGUÉNS, C.; FERREIRA, P.; GOUVEIA, J.; FURTADO, K. - Escala De Braden Para Avaliação Do Risco De Úlceras De Pressão. [Em Linha]. (2001). Consultado em junho de 2013. Disponível em [http://icemac.org/pdf/escala\\_de\\_braden.pdf](http://icemac.org/pdf/escala_de_braden.pdf)

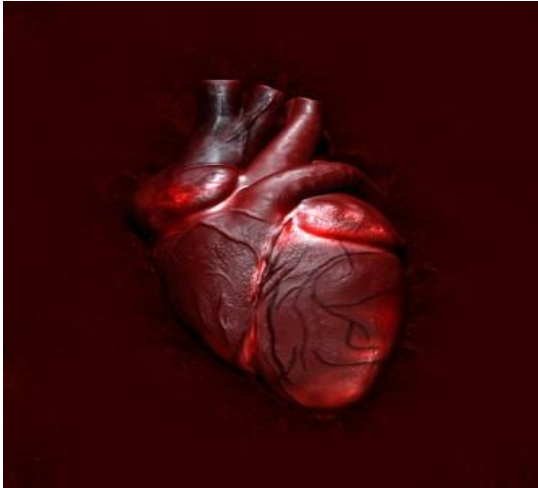
10



### APÊNDICE III

- Caderno de Fichas sobre “Intervenções Autónomas de Enfermagem à Pessoa com Presença de Arritmia” -





## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM PRESENÇA DE ARRITMIA

**Realizado por:**

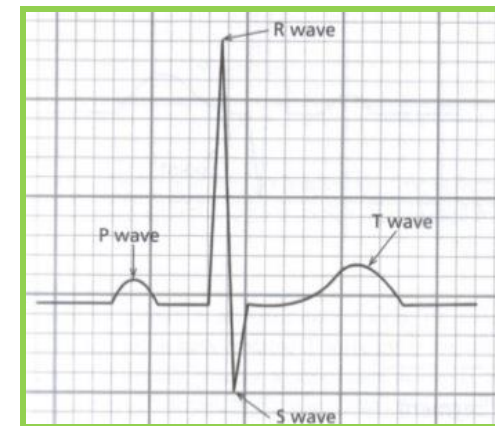
Edite Vieira Nº 192011058

**Regente e Professora Tutora de Estágio:**

Prof. Patricia Pontífice de Sousa

**Enfermeiro Orientador:**

Enf.<sup>a</sup> Especialista Paula Canelas



**Beja**

**Junho 2013**

ÍNDICE

	(Fl.)
0 - <u>NOTA INTRODUTÓRIA</u>	3
1 - <u>ARRITMIAS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</u>	5
2 - <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	28
3 - <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	29

**0 - NOTA INTRODUTÓRIA**

No âmbito da componente de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Módulo I- Serviço de Urgência, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, surge este caderno de fichas como projeto do Módulo.

Este caderno de fichas foca as intervenções autónomas do enfermeiro na presença de uma pessoa com arritmia. De acordo com Smeltzer & Bare (1994: 575), *“arritmia é um distúrbio do ritmo cardíaco, que provoca alteração na frequência, ritmo ou em ambos (...) são anormalidades do sistema de condução (...)”*.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), no ponto 2, do artigo 9º, Intervenções dos enfermeiros, Capítulo IV, Exercício e intervenções dos enfermeiros, do Decreto-Lei nº161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril), refere que, são intervenções *“ (...) autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.”*

A execução deste caderno de fichas tem como objetivo uniformizar as intervenções de enfermagem à pessoa com presença de arritmia. Está organizado por definição da arritmia e respetivo traçado, a que se seguem as intervenções de enfermagem. Algumas arritmias não são seguidas de intervenções por serem comuns ao grupo. Todas as intervenções autónomas de enfermagem devem ser registadas no processo do doente. No final do caderno estão folhas em branco, à disposição dos enfermeiros para que possam tirar as suas notas pessoais.

## **1 – ARRITMIAS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

### ***Ritmo Sinusal***

- Bradicardia sinusal
- Taquicardia sinusal

### ***Bloqueios AV:***

- ***BAV 1º Grau***
- ***BAV 2º Grau:***
- *Mobitz I ou Wenckebach*
- *Grau Mobitz II*
- ***BAV 3º Grau***

### ***Extrassístoles***

- *Extrassístole ventricular*
- *Extrassístole auricular ou supraventricular*

### ***Arritmias supraventriculares***

- Taquicardia supraventricular
- Fibrilhação auricular
- Flutter auricular

### ***Arritmias ventriculares***

- Taquicardia ventricular
- Fibrilhação ventricular

### **Síndrome Coronário Agudo**

- EAM
- Angina Pectoris

**Ritmo Sinusal** é uma sequência rítmica de ciclos cardíacos entre 60 e 100 pulsações.

**Ritmo Sinusal:**

- Bradicardia sinusal
- Taquicardia sinusal

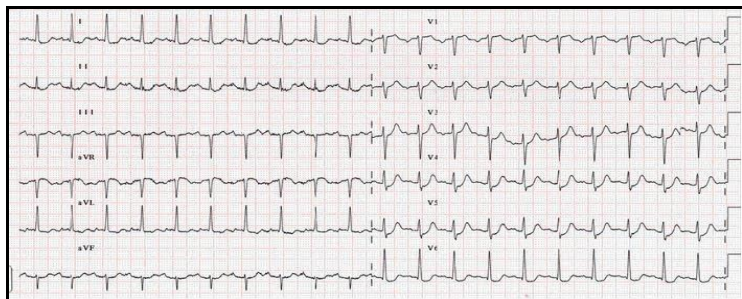
- **Bradicardia Sinusal** está presente quando a frequência cardíaca está abaixo de 50 batimentos por minuto e o ritmo cardíaco é comandado pelo nó sinusal - estrutura que normalmente comanda o ritmo do coração



**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

- Avaliar e registrar o estado de consciência da pessoa;
- Manter monitorização cardíaca contínua;
- Avaliar e registrar os sinais vitais, tendo especial atenção para a frequência cardíaca.

- **Taquicardia Sinusal** é a arritmia cardíaca na qual o ritmo de base é o Ritmo sinusal e a frequência cardíaca é superior a 100 batimentos por minuto.



### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Monitorização precoce para despiste de complicações e atuar em conformidade;
- Avaliar constantemente o estado clínico e de consciência da pessoa;
- Realizar manobra vagal para diminuir transitoriamente a frequência cardíaca, através da compressão do seio carotídeo;
- Realizar os registos das intervenções de enfermagem no processo do doente.

### **Bloqueios Auriculo-Ventricular (BAV):**

- *BAV 1º Grau*
- *BAV 2º Grau:*
- *Mobitz I ou Wenckebach*
- *Grau Mobitz II*
- *BAV 3º Grau*

**Bloqueios AV:** classificam-se em bloqueio de primeiro grau, de segundo grau e de terceiro grau, conforme o atraso da condução eléctrica até aos ventrículos for ligeiro, intermitente ou completo

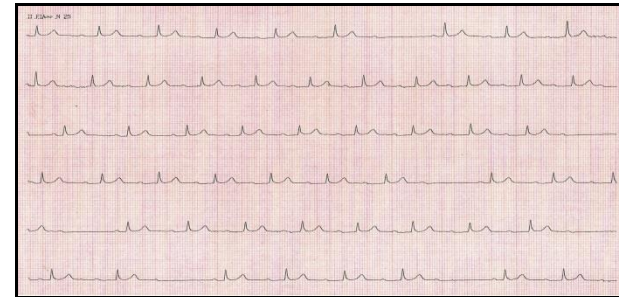
- **Bloqueio Aurículo Ventricular de Primeiro Grau** é um atraso na condução eléctrica através do nódulo auriculoventricular, que se encontra entre as aurículas e os ventrículos.



### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Preparar medicamentos se houver necessidade
- Manter a monitorização cardíaca;
- Avaliação e registo de sinais vitais.

- **Bloqueio Aurículo Ventricular de Segundo Grau**, nem todos os impulsos chegam aos ventrículos, o coração bate de forma lenta ou irregular. Algumas formas do bloqueio de segundo grau evoluem para o terceiro



- **Bloqueio Aurículo Ventricular de Segundo Grau Mobitz I ou Wenckebach** é caracterizado pelo prolongamento progressivo do intervalo PR a cada batimento até que há uma onda P que não é conduzida aos ventrículos



- **Bloqueio Aurículo Ventricular de Segundo Grau Mobitz II**, é caracterizado pela ausência de onda P num determinado período de tempo, mas o intervalo P-R é igual. O complexo QRS geralmente é alargado



- **Bloqueio Aurículo Ventricular de Terceiro Grau ou Bloqueio Aurículo Ventricular Completo**, os impulsos das aurículas para os ventrículos estão bloqueados por completo. A frequência e o ritmo cardíacos estão dependentes da actividade do nódulo auriculoventricular ou dos próprios ventrículos, os quais estão lentos, irregulares e ineficazes.



## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar e registar os sinais vitais;
- Manter o doente em repouso absoluto no leito;
- Vigiar e manter monitorização cardíaca;
- Administrar terapêutica prescrita;
- Administrar oxigénio por óculos nasais ou máscara;
- Aspiração de secreções, sempre que necessário;
- Avaliar a possibilidade de complicações;
- Manter acesso venoso periférico permeável;
- Avaliar o nível de consciência;
- Controle de glicémia capilar, caso o Doente seja diabético;
- Balanço hídrico;
- Efectuar os registos das intervenções de enfermagem no processo do doente.

- **Extrassístole ventricular** (contração ventricular prematura) é um batimento cardíaco provocado pela activação eléctrica dos ventrículos antes do batimento cardíaco normal. Quando associada a patologias cardíacas como ICC ou EAM, podem levar a arritmias como fibrilhação ventricular e provocar morte súbita.



## **Extrassístoles**

- *Extrassístole ventricular*
- *Extrassístole auricular ou supraventricular*

- **Extrassístole auricular ou supraventricular** é um batimento que ocorre precocemente à próxima despolarização auricular.



## **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

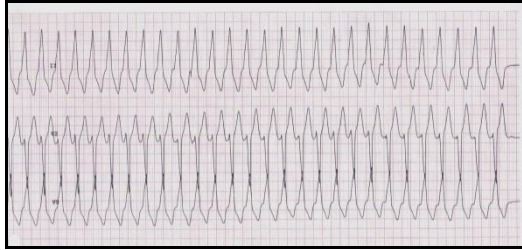
- Monitorização contínua com suporte de desfibrilhação e cardioversão;
- Canalizar acesso periférico e realizar colheita de sangue para exames séricos;
- Transmitir segurança à pessoa e família, minimizando ansiedade;
- Repouso no leito;
- Avaliação contínua e registos do estado clínico e nível de consciência do doente;
- Efectuar os registos das intervenções de enfermagem no processo do doente.

## ***Arritmias supraventriculares***

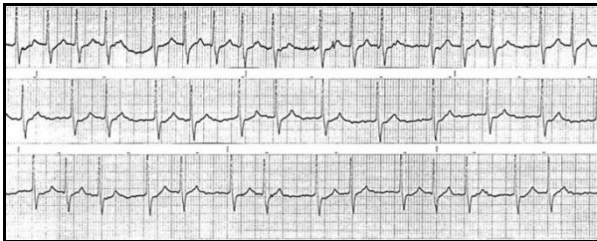
- Taquicardia supraventricular
- Fibrilhação auricular
- Flutter auricular

### **Arritmias supraventriculares**

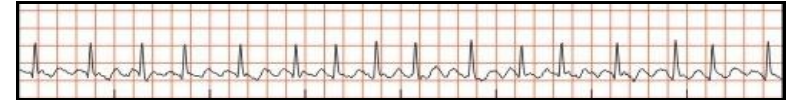
- **Taquicardia supraventricular** é um distúrbio do ritmo cardíaco caracterizado por uma pulsação rápida no nó auriculoventricular. Estas arritmias são iniciadas ou mantidas no nó auriculoventricular, ao contrário da taquicardia ventricular, que geralmente são fatais.



- **Fibrilhação auricular** é uma arritmia cardíaca originada nas aurículas, sendo a atividade elétrica desorganizada. A linha de base pode ser isoeletrica ou ter irregularidades finas ou grosseiras.



- Promover repouso físico, alternado com períodos de actividade física.
- **Flutter auricular** é uma arritmia originada na aurícula com contrações rápidas e regulares.



### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:**

- Administração de Oxigénio por óculos nasais (3 a 5 L / min)
- Avaliar características e tipo de dor.
- Colocar cateter venoso periférico para administração terapêutica
- Reduzir a dor e ansiedade do doente, através da terapêutica prescrita (Morfina), transmitindo calma e segurança ao doente
- Monitorização do ritmo e frequência cardíaca constante e permanente
- Preparar o monitor cardíaco para cardioversão (sincronizado) e mantê-lo ligado junto a cabeceira do doente;
- Avaliação dos restantes parâmetros vitais e nível de consciência da pessoa;
- Observar atentamente o monitor cardíaco para detectar possíveis extra-sístoles ventriculares, que podem prenunciar o aparecimento de Fibrilhação ventricular;
- Se ocorrer uma assistolia ventricular, iniciar manobras de reanimação;
- Realizar manobra vagal para diminuir transitoriamente a frequência cardíaca, através da compressão do seio carotídeo;

### AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

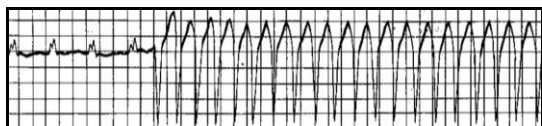
- Manter um ambiente o mais calmo possível;
- Promover repouso físico, alternado com períodos de actividade física;
- Efectuar os registos das intervenções de enfermagem no processo do doente.

### ***Arritmias ventriculares***

- Taquicardia ventricular
- Fibrilhação ventricular

### **Arritmias ventriculares**

- **Taquicardia Ventricular** é uma taquicardia originada num dos ventrículos. Exige tratamento de emergência, porque os ventrículos não se enchem adequadamente nem exercem a sua função de bombeamento, conduzindo a hipotensão e conseqüente Insuficiência Cardíaca. Há o risco de agravamento da taquicardia ventricular, e esta transformar-se em fibrilhação ventricular (uma forma de paragem cardíaca).

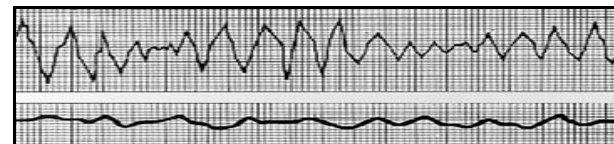


### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

- Avaliar quadro hemodinâmico geral do doente e frequência cardíaca;
- Preparar a medicação indicada, considerando a possibilidade de uso;
- Preparar o monitor cardíaco para desfibrilhação e mantê-lo ligado junto a cabeceira do doente;
- Avaliar o estado clínico da pessoa, com atenção especial aos sinais e sintomas de insuficiência cardíaca;

- Observar atentamente o monitor cardíaco para detectar possíveis extra-sístoles ventriculares, que podem prenunciar o aparecimento de fibrilhação ventricular;
- Se ocorrer uma assistolia ventricular, iniciar manobras de reanimação;
- Efectuar os registos das intervenções de enfermagem no processo do doente.

- **Fibrilhação Ventricular** é um tipo de arritmia cardíaca, em que não há uma contração efetiva das fibras musculares cardíacas dos ventrículos, o que conduz a uma conseqüente paragem cardiorrespiratória.



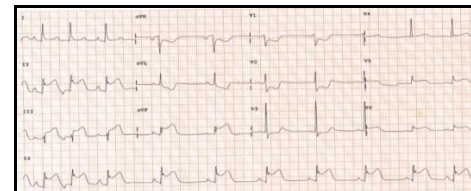
### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

- Monitorização precoce para desfibrilhação e preparação das drogas a administrar,
- Avaliar e registar TA, FC, Pulso e respiração;
- Avaliar o nível de consciência;
- Proporcionar o conforto físico e ambiental;
- Manter repouso no leito;
- Restrições de atividades físicas.

### **Síndrome Coronário Agudo**

É um síndrome cardíaco relacionado com a isquemia aguda do miocárdio. O seu principal sintoma é a precordialgia com possível irradiação para o membro superior esquerdo, sudorese e dispneia.

- **EAM** é uma área de morte celular no músculo cardíaco, resultante de isquémia geralmente ocasionada por oclusão completa irreversível de uma artéria coronária.



### **Síndrome Coronário Agudo**

- EAM
- Angina Pectoris

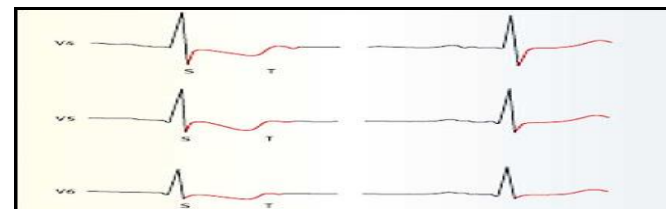
### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

- Colocar o doente em posição confortável (semi-sentado);
- Administração de Oxigênio por óculos nasais (3 a 5 L / min);
- Promover a determinação /confirmação do diagnóstico pela realização imediata de ECG;
- Colocar cateter venoso periférico para administração terapêutica;
- Colheita de sangue para exames séricos, providenciando o rápido envio ao laboratório;
- Pesquisar alterações do ritmo e frequência cardíaca que impliquem tratamento emergente (arritmias);
- Avaliar e registar características e tipo de dor;
- Reduzir a dor e ansiedade do doente, através da terapêutica prescrita (Morfina), transmitindo calma e segurança ao doente;
- Monitorização e registo do ritmo e frequência cardíaca constante e permanente;

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

- Avaliação e registo dos restantes parâmetros vitais;
- Manter um ambiente o mais calmo possível;
- Despiste de sinais e sintomas de possíveis complicações (arritmias, EAP);
- Administração de terapêutica trombolítica quando prescrita;
- Observação e registo das alterações do estado psíquico do doente;
- Algaliação e controlo do balanço hídrico;
- Controlo de glicémia capilar, caso o doente seja diabético;
- Promover repouso físico absoluto;
- Manter o carro de emergência preparado para possíveis complicações;
- Efectuar os registos das intervenções de enfermagem no processo do doente.

- **Angina Pectoris** é um síndrome clínico caracterizado por paroxismos de dor ou opressão na parte anterior do tórax que surge em consequência de um fluxo sanguíneo coronário insuficiente e hipóxia do miocárdio (não constitui uma doença mas sim um sintoma de doença coronária).



## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Colocar o doente em posição confortável (semi-sentado);
- Determinar /confirmar o diagnóstico pela realização imediata de ECG;
- Colocar cateter venoso periférico para administração terapêutica;
- Colheita de sangue para exames séricos, providenciando o rápido envio ao laboratório;
- Avaliar características e tipo de dor;
- Reduzir a dor e ansiedade do doente, através da terapêutica prescrita (Nitroglicerina), transmitindo calma e segurança ao doente;
- Monitorização do ritmo e frequência cardíaca constante e permanente;
- Avaliação e registo dos restantes parâmetros vitais;
- Despiste de sinais e sintomas de complicações (EAP);
- Manter um ambiente o mais calmo possível;
- Promover repouso físico;
- Efectuar os registos das intervenções de enfermagem no processo do doente.

## 2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nem sempre é fácil identificar a arritmia presente, contudo devemos ter em conta que estamos perante uma pessoa que necessita de cuidados, os quais podem ser facultados de uma forma autónoma pelo enfermeiro.

É necessário um corpo de conhecimentos e saberes bem consolidado para cuidar a pessoa com presença de arritmia.

Este caderno de fichas ajudará o enfermeiro a melhorar a sua prestação de cuidados, uma vez que poderá funcionar como um lembrete e ajuda para enriquecer os registos de enfermagem.

Pretendo que este caderno sirva como um alerta e um meio de alcançar a excelência dos cuidados e aumentar os ganhos em saúde.

## 3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Andresa Cristina de et. al - Sistematização da assistência de enfermagem a um paciente com diagnóstico de bloqueio atrioventricular total (bavt) em um hospital público da cidade do Recife – PE. Recife, 2004.

COSTA, António, CARVALHO, António – Cuidados de Enfermagem ao Doente com Doença Coronária. [Em linha] <http://pt.scribd.com/doc/2360586/Cuidados-de-enfermagem-ao-doente-com-doenca-coronaria>. Consultado em maio de 2013.

DECRETO – LEI nº161/96 de 4 de Setembro com alterações do Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril. **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.**

JUNIOR, Wilson Rodrigues Lima – O paciente Cardiológico na UTI. [Em linha] <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAOncAK/paciente-cardiologico-na-uti>. Consultado em maio de 2013.

JUNQUEIRA, Rafael - Assistência de Enfermagem ao Paciente Portador de Arritmias Cardíacas [Em linha] <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAeloAK/assistencia-enfermagem-ao-paciente-portador-arritmias-cardiacas?part=2>.

Consultado em maio de 2013.

SILVA, Wanderson – Aulas de UTI [Em linha]

[http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAdXkAA/aulas-](http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAdXkAA/aulas-uti)

[uti](#). Consultado em maio de 2013.

SMELTZER, Suzanne. C. & BARE, Brenda G. – *Brunner/Sudarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*.7<sup>a</sup>

ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1994, vol.2. ISBN 85-277-0272-X.

## NOTAS ADICIONAIS

## APÊNDICE IV

- Folha de Sessão de Formação em Serviço -





# FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**DIA:** 12 de Junho de 2013

**HORA:** 14h30m

**LOCAL:** Gabinete de Enfermagem do Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE – Hospital José Joaquim Fernandes, Beja.

**DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros do Serviço de Urgência.

**TEMAS A ABORDAR:**

- **INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM PRESENÇA DE ARRITMIA.**
- **ESCALA DE BRADEN: SUBESCALA NUTRIÇÃO.**

**PRELETOR:** Enf.<sup>a</sup> Edite Vieira (Aluna do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa).

**ENF.<sup>a</sup> ORIENTADORA:** Enf.<sup>a</sup> Paula Canelas (Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Urgência da ULSBA, EPE).

**PROFESSORA TUTORA DE ESTÁGIO:** Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa (Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa).



## APÊNDICE V

- Folha de Avaliação da Sessão de Formação –





## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

### INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM PRESENÇA DE ARRITMIA

#### ESCALA DE BRADEN: SUBESCALA NUTRIÇÃO

O objetivo desta avaliação é conhecer a sua opinião.

**Local** – Gabinete de Enfermagem do Serviço de Urgência da ULSBA, EPE

**Data** – 12/06/2013

#### ESCALA DE AVALIAÇÃO

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5

Assinale com X a opção que considera mais adequada de acordo com a escala de 1 a 5.

	1	2	3	4	5
Formação					
Adequação do material pedagógico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organização em geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conteúdo					
Pertinência da temática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicabilidade da temática no desempenho profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formadores					
Domínio da temática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidade de motivação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clareza na transmissão do conteúdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela sua colaboração.

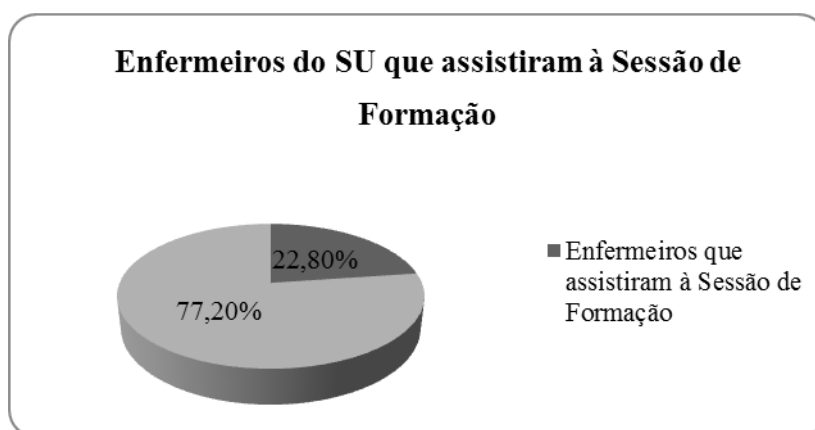
Edite Vieira



## APÊNDICE VI

- Enfermeiros do SU que assistiram à Sessão de Formação-





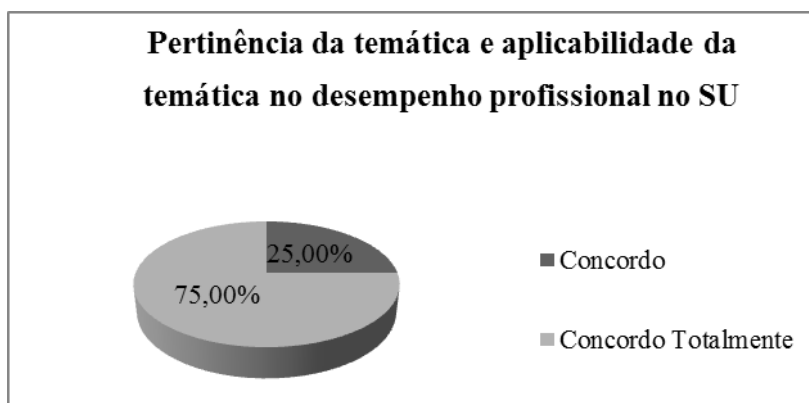
**Enfermeiros do SU que assistiram à Sessão de Formação**



## APÊNDICE VII

- Pertinência da temática e aplicabilidade no desempenho profissional no SU -





**Pertinência da temática e aplicabilidade no desempenho profissional no SU**



## APÊNDICE VIII

- Apresentação da Sessão de Formação “Intervenções Autônomas de Enfermagem à Pessoa com Presença de Arritmia” -





**ULSBA**  
Unidade Local de Saúde  
de Beja, Instituto, 1712

**INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE  
ENFERMAGEM À PESSOA  
COM PRESENÇA DE ARRITMIA**

Realizado por:  
Edite Vieira N.º 192011058

Regente e Professora Tutora de Estágio:  
Prof. Patrícia Pontífice de Sousa

Enfermeiro Orientador:  
Enf.ª Especialista Paula Canelas

Beja  
Junho 2013

## DEFINIÇÕES

### INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM

*“ (...) autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.”*

REPE

### ARRITMIA

*“ Arritmia é um distúrbio do ritmo cardíaco, que provoca alteração na frequência, ritmo ou em ambos (...) são anormalidades do sistema de condução (...) ”.*

SMELTZER & BARE (1994)

TIPOS DE ARRITMIAS	
<p>Ritmo Sinusal:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bradicardia sinusal</li><li>• Taquicardia sinusal</li></ul> <p>Bloqueios AV:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• BAV 1º Grau</li><li>• BAV 2º Grau:<ul style="list-style-type: none"><li>• Mobitz I ou Wenckebach</li><li>• Mobitz II</li></ul></li><li>• BAV 3º Grau</li></ul> <p>Extrassístoles:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Extrassístole ventricular</li><li>• Extrassístole auricular ou supraventricular</li></ul>	<p>Arritmias supraventriculares:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Taquicardia supraventricular</li><li>• Fibrilhação auricular</li><li>• Flutter auricular</li></ul> <p>Arritmias ventriculares:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Taquicardia ventricular</li><li>• Fibrilhação ventricular</li></ul> <p>Síndrome Coronária Aguda:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• EAM</li><li>• Angina Pectoris</li></ul>

### INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM: INTERVENÇÕES COMUNS AOS RITMOS

- \* Monitorização cardíaca precoce para despiste de complicações e atuar em conformidade;
- \* Avaliar e registar o estado clínico e de consciência da pessoa;
- \* Avaliar e registar os sinais vitais, tendo especial atenção para a frequência cardíaca;
- \* Canalizar acesso venoso e realizar colheitas para exames séricos;
- \* Administrar terapêutica prescrita;
- \* Controle de glicémia capilar, caso o cliente seja diabético;
- \* Avaliar a possibilidade de complicações;
- \* Efetuar os registos das intervenções de enfermagem no processo do doente.

### INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS

- \* **TAQUICARDIA SINUSAL, ARRITMIAS VENTRICULARES:**
  - \* Realizar manobra vagal para diminuir transitoriamente a frequência cardíaca, através da compressão do seio carotídeo.
  
- \* **BAV 2º GRAU MOBILZ I E MOBILZ II; BAV 3º GRAU:**
  - \* Manter o doente em repouso absoluto no leito;
  - \* Administrar oxigénio por óculos nasais ou máscara;
  - \* Aspiração de secreções, sempre que necessário;
  - \* Balanço hídrico.
  
- \* **EXTRASSÍSTOLES:**
  - \* Monitorização contínua com suporte de desfibrilhação e cardioversão;
  - \* Transmitir segurança à pessoa e família, minimizando ansiedade;
  - \* Repouso no leito.

### INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS

- \* **ARRITMIAS SUPRAVENTRICULARES:**
  - \* Administração de Oxigénio por óculos nasais (3 a 5 L / min);
  - \* Avaliar características e tipo de dor;
  - \* Reduzir a dor e ansiedade do doente, através da terapêutica prescrita (Morfina), transmitindo calma e segurança ao doente;
  - \* Preparar o monitor cardíaco para cardioversão (sincronizado) e mantê-lo ligado junto a cabeceira do doente;
  - \* Manter um ambiente o mais calmo possível;
  - \* Promover repouso físico, alternado com períodos de actividade física.
  
- \* **ARRITMIAS SUPRAVENTRICULARES E TAQUICARDIA VENTRICULAR:**
  - \* Observar atentamente o monitor cardíaco para detectar possíveis extrassístoles ventriculares, que podem prenunciar o aparecimento de fibrilhação ventricular;
  - \* Se ocorrer uma assistolia ventricular, iniciar manobras de reanimação.

## INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS

### \* ARRITMIAS VENTRICULARES:

- \* Preparar o monitor cardíaco para desfibrilhação, mantê-lo ligado junto a cabeceira do doente e preparação das drogas a administrar.

### \* TAQUICARDIA VENTRICULAR

- \* Avaliar o estado clínico do doente, com atenção especial aos sinais e sintomas de insuficiência cardíaca.

### \* FIBRILHAÇÃO VENTRICULAR

- \* Monitorização precoce para desfibrilhação
- \* Proporcionar o conforto físico e ambiental;
- \* Manter repouso no leito;
- \* Restrições de atividades físicas.

## INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS

### \* SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO

- \* Colocar o doente em posição confortável (semi-sentado);
- \* Promover a determinação /confirmação do diagnóstico pela realização imediata de ECG;
- \* Avaliar e registar características e tipo de dor;
- \* Manter um ambiente o mais calmo possível;
- \* Promover repouso físico;
- \* Despiste de sinais e sintomas de possíveis complicações (arritmias, EAP).

## INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS

### \* EAM

- \* Administração de Oxigênio por óculos nasais (3 a 5 L/min);
- \* Pesquisar alterações do ritmo e frequência cardíaca que impliquem tratamento emergente (arritmias);
- \* Reduzir a dor e ansiedade do doente, através da terapêutica prescrita (Morfina), transmitindo calma e segurança ao doente;
- \* Administração de terapêutica trombolítica quando prescrita;
- \* Algaliação e controlo do balanço hídrico;
- \* Manter o carro de emergência preparado para possíveis complicações.

### \* ANGINA PECTORIS

- \* Reduzir a dor e ansiedade do doente, através da terapêutica prescrita (Nitroglicerina), transmitindo calma e segurança ao doente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- \* ALMEIDA, Andresa Cristina de et. al - Sistematização da assistência de enfermagem a um paciente com diagnóstico de bloqueio atrioventricular total (bavt) em um hospital público da cidade do Recife – PE. Recife, 2004.
- \* COSTA, António, CARVALHO, António – Cuidados de Enfermagem ao Doente com Doença Coronária. [Em linha] <http://pt.scribd.com/doc/2360586/Cuidados-de-enfermagem-ao-doente-com-doenca-coronaria>. Consultado em maio de 2013.
- \* DECRETO – LEI nº161/96 de 4 de Setembro com alterações do Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.
- \* JUNIOR, Wilson Rodrigues Lima – O paciente Cardiológico na UTI. [Em linha] <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAOncAK/paciente-cardiologico-na-uti>. Consultado em maio de 2013.
- \* JUNQUEIRA, Rafael - Assistência de Enfermagem ao Paciente Portador de Arritmias Cardíacas [Em linha] <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAeloAK/assistencia-enfermagem-ao-paciente-portador-arritmias-cardiacas?part=2>. Consultado em maio de 2013.
- \* SILVA, Wanderson – Aulas de UTI [Em linha] <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAdXkAA/aulas-uti>. Consultado em maio de 2013.
- \* SMELTZER, Suzanne. C. & BARE, Brenda G. – Brunner/ Sudarth, *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1994, vol.2. ISBN 85-277-0272-X.

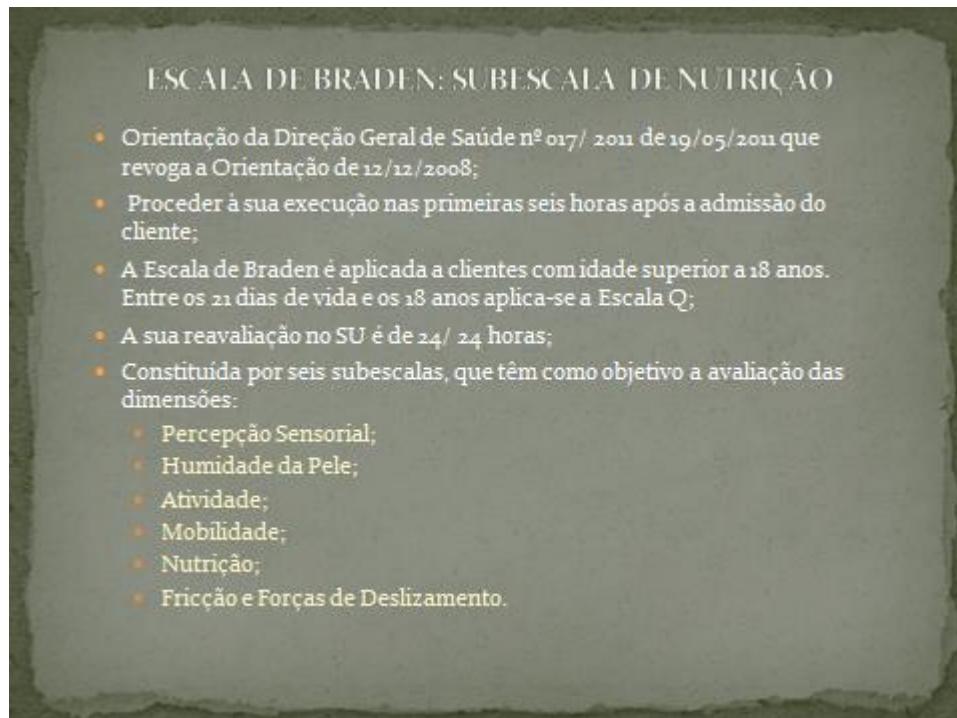
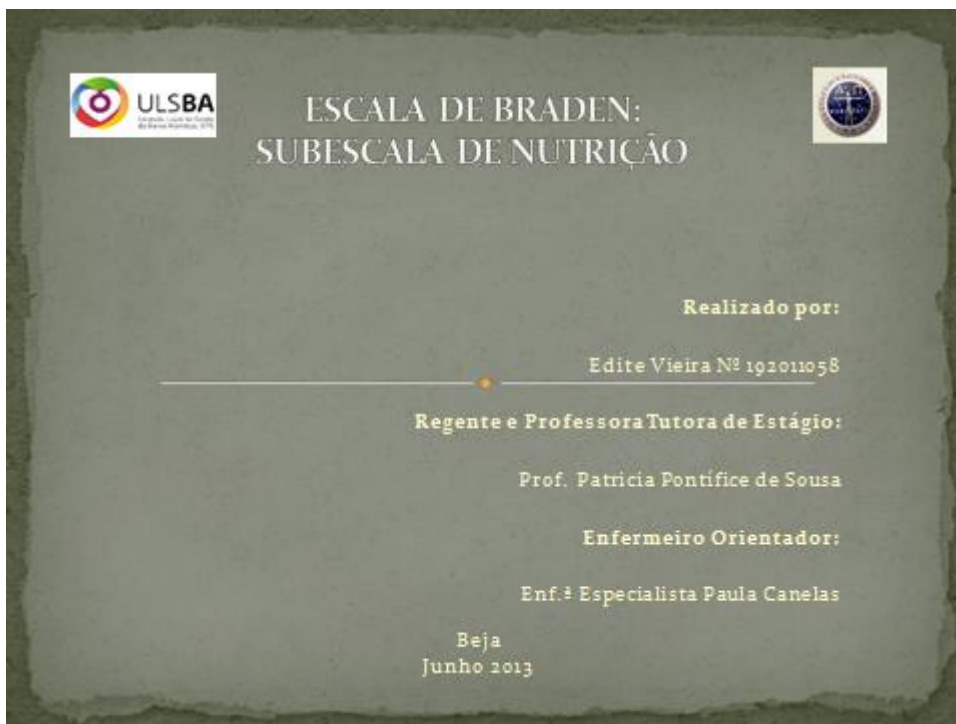
Obrigado!



## APÊNDICE IX

- Apresentação da Sessão de Formação “Escala de *Braden*:  
Subescala de Nutrição” -





**ESCALA DE BRADEN: SUBESCALA DE NUTRIÇÃO**

- O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4, sendo o mínimo de 4 e o máximo de 23.
- Alto risco de desenvolvimento de UP – valor final <ou =16;
- Baixo risco de desenvolvimento de UP – valor final > ou =17.
- Quanto menor é o valor, maior é o risco de desenvolvimento de UP's.
- Apesar de baixo risco, há sempre o risco de desenvolvimento de UP's e como tal o juízo clínico do profissional deve fazer parte desta avaliação.

**ESCALA DE BRADEN: SUBESCALA DE NUTRIÇÃO**

<b>Exemplos de nível de ingestão de alimentos</b>	<b>1. Completamente limitada:</b> Não ingere alimentos sólidos (nó nem líquido) nem se ajuda a comer. Só recebe alimentação por sonda ou sonda.	<b>2. Muito limitada:</b> Inge alimentos sólidos e líquidos de vez em quando e com muita dificuldade ou ajuda.	<b>3. ligeiramente limitada:</b> Comida e líquidos sólidos, mas nem sempre consegue comer e beber sozinho ou com ajuda de outra pessoa.	<b>4. Nenhum problema:</b> Comida e líquidos sólidos. Não apresenta dificuldades para comer e beber sozinho ou com ajuda.
<b>Nutrientes</b>	<b>1. Pelo menos metade líquida:</b> Ainda mantém alguma comida sólida e recebe uma ou duas refeições por dia.	<b>2. Pelo menos metade líquida:</b> Ainda mantém alguma comida sólida e recebe uma ou duas refeições por dia.	<b>3. Pelo menos metade líquida:</b> Ainda mantém alguma comida sólida e recebe uma ou duas refeições por dia.	<b>4. Pelo menos metade líquida:</b> Ainda mantém alguma comida sólida e recebe uma ou duas refeições por dia.
<b>Atividade</b>	<b>1. Não se mexe:</b> Não se mexe nem se levanta.	<b>2. Pouco se mexe:</b> Capacidade de movimentar-se limitada.	<b>3. Ainda ocasionalmente:</b> Por vezes consegue levantar-se sozinho ou com ajuda.	<b>4. Ainda frequentemente:</b> Ainda consegue levantar-se sozinho ou com ajuda.
<b>Capacidade de alimentação</b>	<b>1. Completamente limitada:</b> Não consegue comer sozinho.	<b>2. Muito limitada:</b> Capacidade de alimentação limitada.	<b>3. ligeiramente limitada:</b> Capacidade de alimentação limitada.	<b>4. Nenhum problema:</b> Capacidade de alimentação normal.
<b>Alimentação habitual</b>	<b>1. Não bebe:</b> Nunca toma uma refeição completa.	<b>2. Pouco bebe:</b> Nunca toma uma refeição completa.	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da comida por refeição.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte da comida por refeição.
<b>Tempo de alimentação</b>	<b>1. Problemas:</b> Nunca consegue comer sozinho.	<b>2. Problemas:</b> Nunca consegue comer sozinho.	<b>3. Nenhum problema:</b> Nunca consegue comer sozinho.	<b>4. Nenhum problema:</b> Nunca consegue comer sozinho.

**ESCALA DE BRADEN: SUBESCALA DE NUTRIÇÃO**  
**SUBESCALA DE NUTRIÇÃO**

**Nutrição: Alimentação habitual**

**1. Muito pobre:**  
Nunca come uma refeição completa.  
Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida.  
Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios).  
Ingerir poucos líquidos.  
Não toma um suplemento dietético líquido.  
OU  
Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.

**2. Provavelmente inadequada:**  
Raramente come uma refeição completa.  
Geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida.  
A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios.  
Ocasionalmente toma um suplemento dietético.  
OU  
Recibe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.

**3. Adequada:**  
Come mais de metade da maior parte das refeições.  
Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios).  
Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido.  
OU  
É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.

**4. Excelente:**  
Come a maior parte das refeições na íntegra.  
Nunca recusa uma refeição.  
Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios).  
Come ocasionalmente entre as refeições.  
Não requer suplementos.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). [Em Linha]. (2011). Consultado em junho de 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/1015800.pdf>
- MARGATO, C.; MIGUÉNS, C.; FERREIRA, P.; GOUVEIA, J.; FURTADO, K. - Escala De Braden Para Avaliação Do Risco De Úlceras De Pressão. [Em Linha]. (2001). Consultado em junho de 2013. Disponível em [http://sc-mac.org/pdf/escala\\_de\\_braden.pdf](http://sc-mac.org/pdf/escala_de_braden.pdf)



## APÊNDICE X

- Plano de Sessão “Intervenções Autônomas de Enfermagem à  
Pessoa com Presença de Arritmia”-





## PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

### INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM PRESENÇA DE ARRITMIA

#### Objetivo Geral

- Sensibilizar os enfermeiros do Serviço de Urgência para a importância dos registos das intervenções autónomas de enfermagem no doente com presença de Arritmia.

#### Objetivos Específicos

- Reforçar a importância do registo das intervenções autónomas de Enfermagem;
- Desenvolver intervenções autónomas de enfermagem no doente com presença de Arritmia.

#### Atividades

- Apresentação do caderno de fichas de Intervenções Autónomas de Enfermagem à Pessoa com presença de Arritmia, através de ação de formação.
- Apresentação de póster sobre “Comunicação”.
- Aplicação de inquérito de avaliação da sessão de formação.

**Local:** Gabinete de Enfermagem do Serviço de Urgência da ULSBA, EPE

**Duração** - 60 minutos

**Data** – 12/06/2013

**Preletor** - Edite Vieira

Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP, sob orientação da Enfermeira Especialista Paula Canelas (SU da ULSBA, EPE) e da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa (UCP).



## APÊNDICE XI

- Plano de Sessão “Escala de *Braden*: Subescala de Nutrição” -





## PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

### ESCALA DE BRADEN: SUBESCALA NUTRIÇÃO

#### Objetivo Geral

- Desenvolver um caderno de fichas sobre a Escala de Braden, em particular sobre a subescala de nutrição.

#### Objetivos Específicos

- Esclarecer dúvidas dos enfermeiros do Serviço de Urgência em relação à subescala de nutrição da Escala de Braden.

#### Atividades

- Apresentação em particular da subescala de nutrição da escala de Braden.
- Aplicação de inquérito de avaliação da sessão de formação.

**Local:** Gabinete de Enfermagem do Serviço de Urgência da ULSBA, EPE

**Duração** - 60 minutos

**Data** – 12/06/2013

**Preletor** - Edite Vieira

Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP, sob orientação da Enfermeira Especialista Paula Canelas (SU da ULSBA, EPE) e da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa (UCP).



## APÊNDICE XII

- Apresentação da Sessão de Formação “Comunicação  
Terapêutica na UCIP” –





## DEFINIÇÃO DE COMUNICAÇÃO

*“É um processo dinâmico verbal e não-verbal que permite a acessibilidade do ser humano aos seus semelhantes, às experiências físicas e sensoriais, às informações e à sua própria humanidade. No doente em estado crítico a comunicação e interação com o meio encontram-se comprometidos, assim como a expressão das necessidades de forma verbal ou não-verbal.”*

Saraiva & Martinho (2011)

*“A comunicação representa uma troca de informação e compreensão entre as pessoas, com o objetivo de transmitir fatos, pensamentos e valores. (...) ela precisa ser planeada para cada interação e adequada a cada paciente.”*

Oliveira et al. (2005)

## FUNÇÕES DA COMUNICAÇÃO

- Para verbal: diz respeito ao tom de voz, ritmo, períodos de silêncio e entonação das palavras.
- Investigação (procura de dados da pessoa);
- Informação (envio de mensagens entre emissor e recetor);
- Persuasão (levar o recetor a mudar o seu comportamento sobre um assunto que não havia pensado outrora);
- Entretenimento (função de diminuir a ansiedade e favorecer a interação enfermeiro-pessoa)

Oliveira et al. (2005)

## DEFINIÇÃO DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

*“É a comunicação presente na relação enfermeiro-doente. Tem a finalidade de identificar e responder às necessidades de saúde do doente, e contribuir para a melhoria da prática clínica da enfermagem, pois cria oportunidades de aprendizagem e desperta nos doentes sentimentos de confiança, satisfação, e segurança, permitindo a diminuição do medo e ansiedade.”*

Oliveira et al. (2005)

## TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

*“São um meio de promover o relacionamento terapêutico, necessário a uma assistência de enfermagem de boa qualidade, por permitir a identificação das necessidades dos clientes.”*

Oliveira et al. (2005)

- Técnica do devolver (o que o enfermeiro entendeu da mensagem);
- Clarificação (o enfermeiro percebeu a mensagem, mas precisa de mais dados);

## TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

- Reformulação (o enfermeiro repete o que acha que o doente lhe quis dizer);
- Ouvir reflexivamente;
- Uso terapêutico do humor (alívio de sentimentos como o medo, ansiedade, raiva e depressão);
- Usar terapêuticamente o silêncio;

## TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

### ■ Toque

- Transmite cuidado, apoio, carinho, conforto, aceitação, empatia, proximidade, segurança à pessoa e sua família;
- Quando o silêncio impera, o toque é fundamental, significa que estamos presentes, que nos preocupamos com a pessoa que cuidamos;
- Tem mais vantagens no doente em estado crítico que apresenta medo, ansiedade ou depressão, uma vez que este doente necessita de maior encorajamento para verbalizar as necessidades.

Saraiva & Martinho (2011)

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NA UCIP 01-05-2014

7

## BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO

- Falta de capacidade de concentração
- Atitude corporal
- Ideias pré-concebidas
- Percepções e interpretações
- Grau de escolaridade
- Motivação e interesse
- Emoções e estado de ânimo
- Idioma
- Traqueostomia, entubação
- Sedação, distúrbios da consciência

Cintra *et al.* (2003)

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NA UCIP 01-05-2014

8

## ASPETOS QUE FACILITAM A COMUNICAÇÃO

- Humildade
- A paciência e sensibilidade do enfermeiro
- Transparência
- Segurança
- Boa didática
- A disponibilidade/ interesse do enfermeiro para comunicar com o doente e a família.
- A empatia do enfermeiro

Saraiva & Martinho (2011)

## ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

ESTRATÉGIAS VERBAIS	ESTRATÉGIAS NÃO-VERBAIS
Promover empatia	Manter contato ocular
Promover ambiente de interação	Atitude corporal
Repetir a informação sempre que necessário	Aparência física adequada
Certificar-se que a informação foi compreendida	Expressão facial
Saber ouvir/ Incentivar a comunicação	Respeitar silêncios
Usar tom de voz adequado	Adequar os gestos
Ser sincero e transparente	Adequar a postura
Manter discurso consistente	Utilizar o toque
Utilizar termos simples e precisos	Disponibilizar tempo

Cintra *et al.* (2003)

## COMUNICAÇÃO

É essencial na Enfermagem, é um meio de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, promover a equidade, aumentar a satisfação do doente, melhorar a adesão ao regime terapêutico, reduzir o sofrimento, a ansiedade e o stress.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, Eliana Mara & SILVA, Maria Júlia Paes da - Comunicação competente- visão dos enfermeiros especialistas em comunicação, *Acta Paul Enferm* [Em Linha]. 20:4 (2007), 410 - 414. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/03.pdf>. ISSN: 1982-0194.

CINTRA, E., NISHIDE, J., NUNES, M. - *Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

MOURÃO, Carla Monique Lopes, ALBUQUERQUE, Aline M. Souza, SILVA, Anna Paula Sousa, OLIVEIRA, Mariza Silva, FERNANDES, Ana Fátima Carvalho - Comunicação em Enfermagem: uma Revisão Bibliográfica, *Revista Rene*. Fortaleza. [Em Linha]. 10:3 (2009), 139 - 145. Consultado em maio de 2013. Disponível em [http://www.repositorio.ufc.br/8080/ri/bitstream/123456789/4151/1/2009\\_art\\_cmlmour%3CA3o.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/8080/ri/bitstream/123456789/4151/1/2009_art_cmlmour%3CA3o.pdf). ISSN: 1517-3852.

NEGREIROS, Patrícia de Lemos, FERNANDES, Mayara de Oliveira, MACEDO-COSTA, Kátia Nêyla de Freitas, SILVA, Grazielle Roberta Freitas - Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar, *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Em Linha]. 12:1 (2010), 120-132. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.revistas.ufa.br/index.php/fen/article/view/9529/6596>. ISSN:1518-1944.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OLIVEIRA, Políeria Santos de, NÓBREGA, Maria Miriam Lima, SILVA, Ana Tereza Medeiros C. da, FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira - Comunicação Terapêutica em Enfermagem Revelada nos Depoimentos de Pacientes Internados em Centro de Terapia Intensiva, Revista Eletrônica de Enfermagem. [Em Linha]. 7:1 (2005), 54 - 63. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.revistas.ufa.br/index.php/fen/article/viewArticle/861/1034>. ISSN:1518-1944.

PONTES, Alexandra Carvalho, LEITÃO, Ilse Maria Tigre A., RAMOS, Islane Costa - Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado, Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. [Em Linha].61:3 (2008), 312-318. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>. ISSN 0034-7167.

SARAIVA, Dora M R Fonseca & MARTINHO, Teresa M da Cruz - Comunicar com o doente em estado crítico, Nursing. [Em Linha]. (junho 2011) 8- 14. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.informacaomsaude.com/Cache/bin/magasin/33-632.pdf>. ISSN: 0871-5441.

## OBRIGADA!





### APÊNDICE XIII

- Apresentação da Sessão de Formação “Toque Terapêutico:  
Estratégia de Comunicação e Conforto na UCIP”-





## TOQUE TERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO NA UCIP

**Aluno:**

Edite Vieira N° 192011058

**Regente e Professora Tutora de Estágio:**

Professora Doutora Patricia Pontífice de Sousa

**Enfermeira Orientadora:**

Enfermeira Especialista Telma Dias

Évora

12 novembro 2013

## DEFINIÇÃO DE TOQUE TERAPÊUTICO

- O Toque é uma estratégia de comunicação não-verbal que visa o estabelecimento de uma relação de ajuda ao doente, diante do processo de saúde-doença vivenciado. Deve estar presente em todos os cuidados prestados ao doente deve ser sentido pela outra pessoa como um meio de carinho, empatia, segurança e proximidade.
- Pode remeter mensagens positivas ou negativas ao doente dependendo do momento, da forma e do local onde ocorre. Quando duas pessoas se tocam, a experiência é recíproca.

(Roxo, 2008; Oliveira *et al.*, 2005; Morais *et al.*, 2009)

## DEFINIÇÃO DE TOQUE TERAPÊUTICO

● O Toque é um meio de comunicação não-verbal essencial à pessoa durante toda a sua vida. Permite a transmissão de carinho, confiança, estímulo positivo que pode ser a valorização da Pessoa. Quando há períodos de silêncio (estratégia de comunicação não verbal), o toque é precioso, pois significa que nos preocupamos com a pessoa de quem estamos a cuidar.

(Saraiva & Martinho, 2011)

30-04-2014 TOQUE TERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO 3

## FUNDAMENTOS DO TOQUE TERAPÊUTICO

- O Toque Terapêutico na pessoa em situação crítica permite transmitir afecto, solidariedade e tranquilidade. (Saraiva & Martinho, 2011)
- As rotinas da UCI impedem muitas vezes que os enfermeiros toquem terapêuticamente e conversem com os doentes. O toque, a expressão de carinho na interacção com o doente sedado proporciona segurança e conforto. (Pott et al, 2013)
- O toque terapêutico funciona como um complemento do restabelecimento da saúde do doente e influencia o seu tratamento pois diminui a frequência cardíaca, reduz a ansiedade, melhora a condição do sono, as queixas de dor, aumenta a confiança e a segurança. (Nascimento et al, 2012)

01-05-2014 TOQUE TERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO 4

## FUNDAMENTOS DO TOQUE TERAPÊUTICO

- O toque e a proximidade física são dois meios de comunicação de extrema importância com o doente, pois demonstram afeto, envolvimento, segurança e valorização do doente como ser humano. O toque é um ato humano e universal que transmite à pessoa conforto e carinho. (Janeiro, s/d)
- A enfermagem tem um papel muito importante na utilização de técnicas de comunicação adequadas durante a prestação de cuidados à pessoa de forma holística. (Lara et al, 2012)

01-05-2014 TOQUE TERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO 5

## TIPOS DE TOQUE

- Toque Instrumental- necessário para a realização de uma intervenção específica de enfermagem. Exemplo: administração de terapêutica.
- Toque Afetivo ou Expressivo- é o contato espontâneo, pode não estar relacionado com uma intervenção técnica de enfermagem, transmite sentimentos conscientes ou não.
- Toque Terapêutico- tem como base a existência de uma energia vital e universal que mantém todos os organismos vivos.

O Toque Afetivo e o Toque Terapêutico são estratégias que devem ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde, pois são de baixo custo e incrementam o bem-estar e a qualidade de vida do doente.

Janeiro (s/d)

01-05-2014 TOQUE TERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO 6

## BENEFÍCIOS / UTILIZAÇÃO DO TOQUE TERAPÊUTICO

- A empatia existente na relação enfermeiro-doente permite que a pessoa comunique e expresse segurança, confiança, tranquilidade e valorize o olhar, a presença e o toque. (Castro et al., 2011)
- Tem maior utilidade nos doentes que apresentam medo, ansiedade ou depressão, também é benéfico nos doentes: que necessitam de coragem e/ou têm dificuldade em verbalizar as suas necessidades; desorientados; em fase terminal de doença. (Oliveira et al., 2005)
- O toque facilita a interação entre o profissional de saúde e o doente. Traz benefícios como "...segurança, compreensão, sinceridade, respeito, apoio, preocupação, tranquilização, encorajamento, desejo de ajudar e desejo de se envolver." (Roxo, 2008, p.77)
- A postura, os gestos, o olhar, o tom de voz, a maneira de tocar são estratégias de comunicação que estabelecemos com o outro. (Janeiro, s/d; Gala et al., 2003)

01-05-2014

TOQUE TERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE  
COMUNICAÇÃO E CONFORTO

7

## BENEFÍCIOS / UTILIZAÇÃO DO TOQUE TERAPÊUTICO

- É utilizado com maior regularidade nos doentes que exprimem sofrimento e consciência do meio envolvente. O toque transmite carinho e é um complemento importante durante a realização de técnicas invasivas, uma vez que a pessoa está exposta a uma sobrecarga de estímulos visuais, auditivos, olfactivos, tácteis e gustativos. (Roxo, 2008)
- O toque antes, durante e após a realização de aspiração brônquica beneficia o bem-estar do doente. (Roxo, 2008)
- O toque no desmame do ventilador funciona como um meio de incentivo para a independência em relação ao ventilador. (Roxo, 2008)
- O toque nos posicionamentos e massagens funciona como um encontro com o doente. (Roxo, 2008)

01-05-2014

TOQUE TERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE  
COMUNICAÇÃO E CONFORTO

8

## BENEFÍCIOS / UTILIZAÇÃO DO TOQUE TERAPÊUTICO

- O toque diminui a frequência cardíaca, a Pressão Intracraniana e influencia a espasticidade (dependendo do modo como se toca). (Roxo, 2008)
- Transmite atenção, carinho e orientação em relação aos procedimentos técnicos (Roxo, 2008)
- Promove o bem-estar da pessoa (Roxo, 2008; Janeiro, s/d) e influencia a respiração e o fluxo sanguíneo. (Janeiro, s/d)
- Oferece segurança, compreensão, sinceridade, respeito, apoio, cordialidade, tranquilidade, empatia, conforto, proximidade, aceitação, desejo de ajudar (Hudak & Gallo, 1997).

01-05-2014 TOQUETERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO 9

## BENEFÍCIOS / UTILIZAÇÃO DO TOQUE TERAPÊUTICO

- O toque expressivo, genuíno e sincero praticado pelos enfermeiros pode transmitir cuidados humanizados e apoiar os doentes e suas famílias. É uma estratégia de comunicação e conforto que pode fazer parte integrante do leque de intervenções e desenvolvimento de competências, ao ser incluído nos processos de comunicação. (Janeiro, s/d)
- Proporciona conforto e calor humano, e transmite a mensagem de que o doente não está sozinho no seu percurso de dor e sofrimento. (Dias et al, 2008)
- Alivia o sofrimento do doente, reduz a ansiedade e possibilita o cuidado individualizado, conduzindo ao seu bem-estar. (Dias et al, 2008)

01-05-2014 TOQUETERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO 10

## MÉTODO KRIEGER-KUNZ

DOLORES KRIEGER E DORA KUNZ

Nomes de referência na área do toque terapêutico

Quatro fases: a centralização, a avaliação, o tratamento e a reavaliação.

Permite a promoção e a redução de vários efeitos indesejáveis com resultados positivos.

Tem como **efeitos fisiológicos**: redução da dor, redução da fadiga, diminuição da tensão arterial, frequência cardíaca e respiração, melhoria do padrão de sono.

**Efeitos psicológicos e comportamentais**: associados à redução da ansiedade.

(Vasques et al, 2011)

30-04-2014 TOQUETERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE  
COMUNICAÇÃO E CONFORTO 11

## MÉTODO KRIEGER-KUNZ

O Método de Krieger-Kunz é uma intervenção segura com benefícios para a pessoa hospitalizada.

Tem como **objetivo** : reorganizar o campo energético humano através da utilização consciente das mãos. Tem utilidade na redução da ansiedade e promoção do relaxamento, controlo da dor e no restabelecimento da saúde da pessoa.

(Nascimento et al, 2012)

01-05-2014 TOQUETERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE  
COMUNICAÇÃO E CONFORTO 12

## FATORES QUE INFLUENCIAM O TOQUE TERAPÊUTICO

O toque depende dos seguintes fatores:

- **Duração**- tempo total que decorre o toque.
- **Localização**- áreas e partes do corpo tocado.
- **Frequência**- número de vezes que se toca.
- **Ação**- velocidade a que ocorre o toque.
- **Intensidade**- pressão exercida para a realização do toque.
- **Sensação**- interpretação do toque como agradável ou desagradável.

Siqueira & Cruz (2001)

30-04-2014 TOQUETERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO 13

## O TOQUE TERAPÊUTICO ASSOCIADO A INTERVENÇÕES

- Toque Terapêutico + relaxamento muscular progressivo: redução da dor, melhora a satisfação com a vida.
- Toque Terapêutico + massagem: diminuição da frequência respiratória, diminuição da frequência cardíaca e redução da Pressão Arterial Diastólica, redução da dor.
- Toque Terapêutico + música e imagem guiada: diminui o stress e aumenta o relaxamento, aumenta a concentração de Ig A salivar, o que conduz a maior resistência a infeções respiratórias e maior imunidade.

Vasques et al.(2011)

30-04-2014 TOQUETERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO 14

## ESTUDOS REALIZADOS

- Estudos baseados no Modelo de Assistência de Martha Rogers demonstram que a estimulação pelo toque é fundamental para o bem-estar físico e emocional. O toque terapêutico é utilizado no alívio da dor, redução da ansiedade, promoção do relaxamento, reabilitação física, promoção do estado de saúde. Proporciona tranquilidade, confiança, harmonia, alívio da dor, stress e ansiedade. (Saraiva & Martinho 2011)
- Estudos comprovam que na UCI, o toque terapêutico realizado por familiares, enfermeiros, médicos pode diminuir a frequência cardíaca da pessoa, uma vez que quando se seguram as mãos do doente, este relaxa, o que proporciona aumento dos níveis de endorfina. (Nascimento et al., 2012)

01-05-2014 TOQUETERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE  
COMUNICAÇÃO E CONFORTO 15

## ESTUDOS REALIZADOS

- Um estudo realizado em doentes pós-cirúrgicos internados em UCI, demonstrou que *"o toque tem um significado que envolve essencialmente o aspeto afetivo, como a segurança, o conforto, a tranquilidade, a compreensão, o olhar com interesse, o encorajamento (...)".* (Dias et al., 2008, p. 605)
- O toque terapêutico em doentes em pós-operatório reduz a dor, diminui o nível do cortisol, aumenta a hemoglobina em clientes anémicos, tem um efeito fisiológico, além de melhorar significativamente o conforto do doente hospitalizado. (Nascimento et al., 2012)
- Um estudo sobre a efectividade do toque terapêutico (TT) sobre a dor, o sono e a depressão em doentes com dor crónica revelou que o TT reduziu francamente a intensidade da dor e ansiedade da amostra, o que melhorou a qualidade do padrão de sono. (Marta et al., 2010)

01-05-2014 TOQUETERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE  
COMUNICAÇÃO E CONFORTO 16

## ESTUDOS REALIZADOS

- Estudos comprovam que os doentes mais jovens percecionam o toque como um aspeto positivo dos cuidados de enfermagem; os doentes mais idosos manifestam necessidade de toque apenas em determinadas situações como a dor, depressão e solidão. (Janeiro, s/d)
- Estudos realizados em doentes em pré-operatório de apendicectomia indicam que o toque é essencial para minimizar a ansiedade e melhorar o seu estado emocional. (Negreiros et al, 2010)

01-05-2014 TOQUETERAPÉUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO 17

## CURIOSIDADE

O aperto de mão é um comportamento de toque considerado como um ato neutro entre duas pessoas. Há culturas em que é impensável um profissional de saúde prestar cuidados a um doente do sexo oposto, sendo proibido de tocar ou examinar, sendo necessário respeitar essa identidade cultural. (Silva et al, 2013)



01-05-2014 TOQUETERAPÉUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO 18

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTRO, Cidália, VILELAS, José, BOTELHO, Maria Antónia Rebelo – A experiência Vivida da Pessoa Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura, *Pensar Enfermagem*. [Em Linha]. 15:2 (2º Semestre de 2011), 41-59. Consultado em setembro de 2013. Disponível em [http://pensarenfermagem.esal.pt/files/Pensar%20Enfermagem15\\_2sem\\_41\\_59\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esal.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59(1).pdf). ISSN: 0874-7695.

DIAS, Andréa Basílio, OLIVEIRA, Leonor, DIAS, Denise Gamito, SANTANA, Maria da Glória - O toque afetivo na visão do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em Linha]. 61:5 (2008), 603-607. Consultado em setembro de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbe/v61n5/a12v61n5.pdf>. ISSN: 0034-7167.

HUDAK, Carolyn M. & GALLO, Barbara M. – Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1997, 1013 p. ISBN: 85-277-0404-8.

GALA, Marília Fogaça, TELLES, Sandra Cristina Ribeiro, SILVA, Maria Júlia Paes da - Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-Intensiva cirúrgica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. [Em Linha]. 37:1 (2003), 52-61. Consultado em setembro de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n1/07.pdf>. ISSN: 0080-6234.

30-04-2014 TOQUETERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO 19

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

JANEIRO, José Manuel da Silva Vilelas – O significado do toque em enfermagem. *Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha*. [Em Linha]. Sem data. Consultado em outubro de 2013. Disponível em <http://files.vilelas.welnode.co/200000062-2000x21091/O%20SIGNIFICADO%20DO%20TOQUE%20EM%20ENFERMAGEM.pdf>. ISSN: não há referência.

LARA, Helena de Mesquita Sousa, OLIVEIRA, Gabriela Regina dos Santos, ALMEIDA, Ludmilla Gomes de, OLIVEIRA, Mariana Macleira da, RODRIGUES, Paula Dolabela Santos, MELO, Vanessa Cazoni Parma da, TANNURE, Melre Chucre - Técnicas de comunicação terapêutica utilizadas com pacientes com a comunicação verbal prejudicada. *Enfermagem Revista*. [Em Linha]. 15:2 (outubro 2012), 202-212. Consultado em junho de 2013. Disponível em <http://portal.uem.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/4087/4335>. ISSN: 2238-7218.

MARTA, Ilda Estefani Ribeiro, BALDAN, Sueli Sant'Anna, BERTON, Aní Fabiana, PAVAM, Michela, SILVA, Maria Júlia Paes da - Eficácia do Toque Terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. [Em Linha]. 44:4 (2010), 1100-1106. Consultado em setembro de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/35.pdf>. ESN: 0080-6234.

MORAIS, Gilvânia Smith da N., COSTA, Solange Fátima G. da, FORTES, Wilma Dias, CARNEIRO, Alan Dionizio – Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista Enfermagem*. [Em Linha]. 22:3 (2009), 323-327. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>. ISSN: 0103-2100.

30-04-2014 TOQUETERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO 20

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NASCIMENTO, Lillian Braga do, SOUZA, Valesca Patriota, VERAS FILHO, Jorge, ARAÚJO, Ednaldo Cavalcante de, SILVA, Tássia Campos de Lima - Terapia Integrativa e complementar em enfermagem: o toque terapêutico na Unidade de Terapia Intensiva, *Revista de Enfermagem UFPE*. [Em Linha]. 6:1 (Jan 2012), 9-16. Consultado em setembro de 2013. Disponível em <http://www.revista.ufpe.br/revistas/enfermagem/index.php/revista/article/download/1959/2692>. ISSN: 1981-8963.

NEGREIROS, Patrícia de Lemos, FERNANDES, Mayara de Oliveira, MACEDO-COSTA, Kátia Nêyla de Freitas, SILVA, Grazielle Roberta Freitas - Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar, *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Em Linha]. 12:1 (2010), 120-132. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.revistas.ufpe.br/index.php/fen/article/view/9529/6599>. ISSN: 1518-1944

OLIVEIRA, Políaris Santos, NÓBREGA, Maria Miriam Lima, SILVA, Ana Tereza Medeiros C., FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira - Comunicação Terapêutica em Enfermagem Revelada nos Depoimentos de Pacientes Internados em Centro de Terapia Intensiva, *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Em Linha]. 7:1 (2005), 54 - 63. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.revistas.ufpe.br/index.php/fen/article/view/Article961/1034>. ISSN: 1518-1944.

30-04-2014 TOQUETERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE  
COMUNICAÇÃO E CONFORTO 21

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

POTT, Franciele Soares, STAHLHOEFER, Tanielcar, FELIX, Jorge Vinícius Cestari, MEIER, Marinelli Joaquim - Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico, *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em Linha]. 66:2 (mar-abr 2013), 174-179. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/revben/v66n2/04.pdf>. ISSN: 0034-7167.

RICXD, José Reis dos Santos - O Toque na prática clínica, *Revista Referência*. [Em Linha]. 11:6 (Jun 2008), 77-89. Consultado em setembro de 2013. Disponível em <http://www.index-f.com/referencia/2008/pdf/067799.pdf>. ISSN: 0874-0283.

SARAIVA, Dora M R. Fonseca & MARTINHO, Teresa M da Cruz - Comunicar com o doente em estado crítico, *Nursing*. [Em Linha]. (Junho 2011) 8- 14. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.informacaosaude.com/cache/bin/magars/33-632.pdf>. ISSN: 0871-5441.

30-04-2014 TOQUETERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE  
COMUNICAÇÃO E CONFORTO 22

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SILVA, Paulo Sérgio da, DINIZ, Samanta Oliveira da Silva, SOUZA, Danielle Costa de, TONINI, Teresa, FIGUEIREDO, Nêbita Maria Almeida de - Dimensão do toque no cuidado realizado pelo enfermeiro, *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. [Em Linha]. 7:1 (2013), 1-3. Consultado em outubro de 2013. Disponível em <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/ics/article/viewFile/1934/910>. ISSN: 1982-6451.

SIQUEIRA, Andréa R. Prefalchini & CRUZ, Isabel Cristina F. – Produção científica de enfermagem sobre o toque: Implicações para a (o) enfermeira (o) de cuidados intensivos. Monografia (Especialização): Escola de Enfermagem, UFF, 2001. Consultado em outubro de 2013. Disponível em <http://www.nepae.uff.br/siteantigo/bnm04esp02.htm>.

VASQUES, Christiane Inocêndo, SANTOS, Daniella Soares dos, CARVALHO, Emília Campos de – Tendências da pesquisa envolvendo o uso do toque terapêutico como uma estratégia de enfermagem, *Acta Paulista Enfermagem*. [Em Linha]. 24:5 (2011), 712-714. Consultado em setembro de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/19v24n5.pdf>. ISSN: 0103-2100

30-04-2014 TOQUETERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE  
COMUNICAÇÃO E CONFORTO 23

## OBRIGADA!



30-04-2014 TOQUETERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE  
COMUNICAÇÃO E CONFORTO 24

## APÊNDICE XIV

- Póster sobre “Toque Terapêutico: Estratégia de Comunicação e Conforto”-



# TOQUE TERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO



## DEFINIÇÃO DE TOQUE TERAPÊUTICO

O Toque é uma estratégia de comunicação não-verbal que visa o estabelecimento de uma relação de ajuda ao doente, diante do processo de saúde-doença vivenciado. Deve estar presente em todos os cuidados prestados e deve ser sentido pela outra pessoa como um meio de carinho, empatia, segurança e proximidade. Quando duas pessoas se tocam, a experiência é recíproca.

(Roxo, 2008; Oliveira et al., 2005; Morais et al., 2009)

## TIPOS DE TOQUE

**TOQUE INSTRUMENTAL**- necessário para a realização de uma intervenção específica de enfermagem. Exemplo: administração de terapêutica.

**TOQUE AFETIVO OU EXPRESSIVO**- é o contato espontâneo, pode não estar relacionado com uma intervenção técnica de enfermagem, transmite sentimentos conscientes ou não.

**TOQUE TERAPÊUTICO**- tem como base a existência de uma energia vital e universal que mantém todos os organismos vivos. (Janeiro, s/d)

## BENEFÍCIOS / UTILIZAÇÃO DO TOQUE TERAPÊUTICO

Proporciona **conforto** e **calor humano**, **alivia o sofrimento** do cliente, **reduz a ansiedade** e possibilita o cuidado individualizado. (Dias et al., 2008)

Transmite **atenção**, **carinho** e **orientação** em relação aos procedimentos técnicos, ao **promover o bem-estar** do doente. (Roxo, 2008)

O toque, a expressão de **carinho** na interação com o **doente sedado** proporciona **segurança** e **conforto**. (Pott et al., 2013)

O toque antes, durante e após a realização de aspiração brônquica **beneficia o bem-estar** do doente. (Roxo, 2008)

O toque no desmame do ventilador funciona como um meio de **incentivo para a independência** em relação ao ventilador. (Roxo, 2008)

O toque nos posicionamentos e massagens funciona como **um encontro com o doente**. (Roxo, 2008)

A enfermagem tem um papel muito importante na utilização de técnicas de comunicação adequadas durante a prestação de cuidados. (Lara et al., 2012)

## O TOQUE TERAPÊUTICO ASSOCIADO A INTERVENÇÕES

**Toque Terapêutico + relaxamento muscular progressivo:** redução da dor, melhora a satisfação com a vida.

**Toque Terapêutico + massagem:** diminuição da frequência respiratória, diminuição da frequência cardíaca e redução da Pressão Arterial Diastólica, redução da dor.

**Toque Terapêutico + música e imagem guiada:** diminui o stress e aumenta o relaxamento, aumenta a concentração de Ig A salivar, o que conduz a maior resistência a infecções respiratórias e maior imunidade.

(Vasques et al. 2011)

REALIZADO POR: ENF.ª EDITE VIEIRA (ALUNA DO CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL, ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA); REGENTE E PROFESSORA TUTORA DE ESTÁGIO: PROFESSORA DOUTORA PATRÍCIA PONTÍFICE DE SOUSA (INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA); ENFERMEIRA ORIENTADORA: ENF.ª TELMA DIAS (ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO, EPE—ÉVORA).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS  
DIAS, Andréia Bastião et al. – O toque afetivo na visão do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em Linha]. 61:5 (2008), 603-607. Consultado em setembro de 2013.  
JANEIRO, José Manuel da Silva Vilelas – O significado do toque em enfermagem. Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha. [Em Linha]. Sem data. Consultado em outubro de 2013. Disponível em <http://files.jvilelas.webnode.pt/200000062-200a21091076205SIGNIFICADO%20DOS%20TOQUES%20EM%20ENFERMAGEM.pdf>. ISSN: não há referência.  
LARA, Helena de Mesquita Sousa et al. – Técnicas de comunicação terapêutica utilizadas com pacientes com uma comunicação verbal prejudicada. *Enfermagem Revista*. [Em Linha].15:2 (outubro 2012), 202-212. Consultado em junho de 2013. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/4087/4335>. ISSN: 2238-7218. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a12v61n5.pdf>. ISSN: 0034-7167.  
MORAIS, Givânia Smith da N. et al. – Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista Enfermagem*. [Em Linha].22:3 (2009), 323-327. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>. ISSN: 0103-2100.  
OLIVEIRA, Patrícia Santos et al. – Comunicação Terapêutica em Enfermagem Revelada nos Depoimentos de Pacientes Internados em Centro de Terapia Intensiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Em Linha]. 7:1 (2005), 54 – 63. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/enfermagem/viewArticle.aspx?ArticleId=8611034>. ISSN:1518-1944.  
POTT, Francisca Soares et al. – Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em Linha]. 66:6 (mar-abr 2013), 174-179. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/04.pdf>. ISSN: 0034-7167.  
ROXO, José Reis dos Santos – O Toque na prática clínica. *Revista Referência*. [Em Linha].11:6 (jun 2008), 77-89. Consultado em setembro de 2013. Disponível em <http://www.indes.br/revista/revista2008/07789.pdf>. ISSN: 0874-0283.  
VASQUES, Christiane Inocência et al. – Tendências da pesquisa envolvendo o uso do toque terapêutico como uma estratégia de enfermagem. *Acta Paulista Enfermagem*. [Em Linha].24:5 (2011), 712-714. Consultado em setembro de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/19v24n5.pdf>. ISSN: 0103-2100.



## APÊNDICE XV

- Folheto sobre “Toque Terapêutico: Estratégia de Comunicação e Conforto”-



## TIPOS DE TOQUE

Toque Instrumental- necessário para a realização de uma intervenção específica de enfermagem.

Exemplo: administração de terapêutica.

Toque Afetivo ou Expressivo- é o contato espontâneo, pode não estar relacionado com uma intervenção técnica de enfermagem, transmite sentimentos conscientes ou não.

Toque Terapêutico- tem como base a existência de uma energia vital e universal que mantém todos os organismos vivos.

(Janeiro, s/d)

## O TOQUE TERAPÊUTICO ASSOCIADO A INTERVENÇÕES

Toque Terapêutico + relaxamento muscular progressivo: redução da dor, melhora a satisfação com a vida.

Toque Terapêutico + massagem: diminuição da frequência respiratória, diminuição da frequência cardíaca e redução da Pressão Arterial Diastólica, redução da dor.

Toque Terapêutico + música e imagem guiada: diminui o stress e aumenta o relaxamento, aumenta a concentração de Ig A salivar, o que conduz a maior resistência a infecções respiratórias e maior imunidade. (Vasques et al.2011)



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE  
NATUREZA PROFISSIONAL  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MÉDICO-CIRÚRGICA  
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO, E.P.E., ÉVORA-  
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIAS, Andréa Basílio et al. - O toque afetivo na visão do enfermeiro. Revista Brasileira de Enfermagem. [Em Linha]. 61:5 (2008), 603-607. Consultado em setembro de 2013.

JANEIRO, José Manuel da Silva Vilelas – O significado do toque em enfermagem, Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha. [Em Linha]. Sem data. Consultado em outubro de 2013. Disponível em <http://files.jvilelas.webnode.pt/200000062-200ea21091/0%20SIGNIFICADO%20DO%20TOQUE%20EM%20ENFERMAGEM.pdf>. ISSN: não há referência.

LARA, Helena de Mesquita Souza et al. - Técnicas de comunicação terapêutica utilizadas com pacientes com a comunicação verbal prejudicada, Enfermagem Revista. [Em Linha].15:2 (outubro 2012), 202-212. Consultado em junho de 2013. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/4087/4335>. ISSN: 2238-7218. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a12v61n5.pdf>. ISSN: 0034-7167.

MORAIS, Gilvânia Smith da N. et al.- Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado, Acta Paulista Enfermagem. [Em Linha].22:3 (2009), 323-327. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>. ISSN: 0103-2100.

NASCIMENTO, Lillian Braga do et al. - Terapia integrativa e complementar em enfermagem: o toque terapêutico na Unidade de Terapia Intensiva, Revista de Enfermagem UFPE. [Em Linha]. 6:1 (jan 2012), 9-16. Consultado em setembro de 2013. Disponível em <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/1959/2692>. ISSN: 1981-8963.

OLIVEIRA, Políeria Santos et al. - Comunicação Terapêutica em Enfermagem Revelada nos Depoimentos de Pacientes Internados em Centro de Terapia Intensiva, Revista Eletrônica de Enfermagem. [Em Linha]. 7:1 (2005), 54 - 63. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/Article/861/1034>. ISSN: 1518-1944.

POTT, Franciele Soares et al. - Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico, Revista Brasileira de Enfermagem. [Em Linha]. 66:2 (mar-abr 2013), 174-179. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/04.pdf>. ISSN: 0034-7167.

ROXO, José Reis dos Santos - O Toque na prática clínica, Revista Referência. [Em Linha].II:6 (jun 2008), 77-89. Consultado em setembro de 2013. Disponível em <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/067789.pdf>. ISSN: 0874-0283.

SARAIVA, Dora M R Fonseca et al. - Comunicar com o doente em estado crítico, Nursing. [Em Linha]. (junho 2011) 8- 14. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.informacaoensaude.com/Cache/bin/imagens/33-632.pdf>. ISSN: 0871-5441.

VASQUES, Christiane Inocêncio et al. - Tendências da pesquisa envolvendo o uso do toque terapêutico como uma estratégia de enfermagem, Acta Paulista Enfermagem. [Em Linha].24:5 (2011), 712-714. Consultado em setembro de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/19v24n5.pdf>. ISSN: 0103-2100

## HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO, EPE- ÉVORA

### UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE



ALUNO:

ENFERMEIRA EDITE VIEIRA

REGENTE E PROFESSORA TUTORA DE ESTÁGIO:

PROFESSORA DOUTORA PATRÍCIA PONTÍFICE DE SOUSA

ENFERMEIRA ORIENTADORA:

ENFERMEIRA ESPECIALISTA TELMA DIAS

ÉVORA

NOVEMBRO 2013

## DEFINIÇÃO DE TOQUE TERAPÊUTICO

O Toque é uma estratégia de comunicação não-verbal que visa o estabelecimento de uma relação de ajuda ao doente, diante do processo de saúde-doença vivenciado. Deve estar presente em todos os cuidados prestados e deve ser sentido pela outra pessoa como um meio de carinho, empatia, segurança e proximidade.

Pode remeter mensagens positivas ou negativas ao doente dependendo do momento, da forma e do local onde ocorre. Quando duas pessoas se tocam, a experiência é recíproca.

(Roxo, 2008; Oliveira et al., 2005; Morais et al., 2009)



## FUNDAMENTOS DO TOQUE TERAPÊUTICO

◇ Permite transmitir afeto, solidariedade e tranquilidade. (Saraiva & Martinho, 2011)

◇ As rotinas da UCI impedem muitas vezes que os enfermeiros toquem terapêuticamente e conversem com os doentes. O toque, a expressão de carinho na interação com o doente sedado proporciona segurança e conforto. (Pott et al., 2013)

◇ O toque terapêutico diminui a frequência cardíaca, reduz a ansiedade, melhora a condição do sono, as queixas de dor, aumenta a confiança e a segurança. (Nascimento et al., 2012)

◇ O toque é um ato humano e universal que transmite ao doente conforto e carinho. (Janeiro, s/d)

◇ A enfermagem tem um papel muito importante na utilização de técnicas de comunicação adequadas durante a prestação de cuidados. (Lara et al., 2012)

## BENEFÍCIOS / UTILIZAÇÃO DO TOQUE TERAPÊUTICO

◇ Proporciona conforto e calor humano, alivia o sofrimento da pessoa, reduz a ansiedade e possibilita o cuidado individualizado. (Dias et al., 2008)

◇ Transmite atenção, carinho e orientação em relação aos procedimentos técnicos, ao promover o bem-estar do doente. (Roxo, 2008)



◇ O toque antes, durante e após a realização de aspiração brônquica beneficia o bem-estar do doente. (Roxo, 2008)

◇ O toque no desmame do ventilador funciona como um meio de incentivo para a independência em relação ao ventilador. (Roxo, 2008)

◇ O toque nos posicionamentos e massagens funciona como um encontro com a pessoa. (Roxo, 2008)

## APÊNDICE XVI

- Folha de Avaliação da Sessão de Formação –





**AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**  
**COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NA UCIP.**  
**O TOQUE TERAPÊUTICO COMO ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO**  
**E CONFORTO NA UCIP.**

**O objetivo desta avaliação é conhecer a sua opinião.**

**Local:** Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital do Espírito Santo, EPE – Évora.

**Data** – 12/11/2013

**ESCALA DE AVALIAÇÃO**

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5

Assinale com X a opção que considera mais adequada de acordo com a escala de 1 a 5.

**Formação**

Adequação do material pedagógico

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Organização em geral

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Conteúdo**

Pertinência da temática

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Aplicabilidade da temática no desempenho profissional

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Formadores**

Domínio da temática

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Capacidade de motivação

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Clareza na transmissão do conteúdo

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

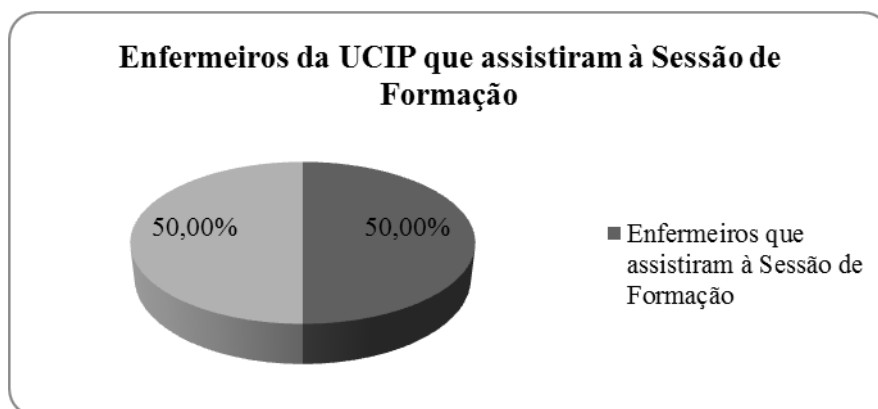
**Obrigado pela sua colaboração.**



## APÊNDICE XVII

- Enfermeiros da UCIP que assistiram à Sessão de Formação -





**Enfermeiros da UCIP que assistiram à Sessão de Formação**

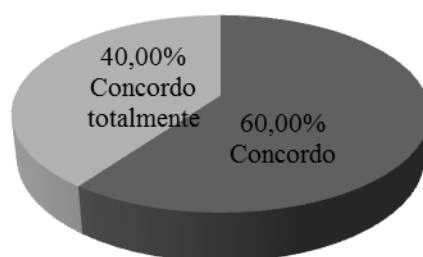


## APÊNDICE XVIII

- Pertinência da temática e aplicabilidade no desempenho profissional –



**Pertinência da temática e aplicabilidade no desempenho profissional**



**Pertinência da temática e aplicabilidade no desempenho profissional**



## APÊNDICE XIX

– Folha de Sessão de Formação em Serviço -





# FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**DIA:** 12 de Novembro de 2013.

**HORA:** 14h30m.

**LOCAL:** Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital do Espírito Santo, EPE – Évora.

**DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

## **TEMAS A ABORDAR:**

- **COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NA UCIP.**
- **TOQUE TERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO NA UCIP.**

**PRELETOR:** Enf.<sup>a</sup> Edite Vieira (Aluna do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa).

**ENF.<sup>a</sup> ORIENTADORA:** Enf.<sup>a</sup> Telma Dias (Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital do Espírito Santo, EPE - Évora).

**PROFESSORA TUTORA DE ESTÁGIO:** Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa (Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa).



## APÊNDICE XX

- Plano de Sessão “Comunicação Terapêutica na UCIP”-





## PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

### COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NA UCIP

#### Objetivo Geral

- Sensibilizar os enfermeiros da UCIP para a importância da comunicação terapêutica, como estratégia de conforto à pessoa internada em UCIP;
- Esclarecer dúvidas dos enfermeiros da UCIP sobre a temática abordada.

#### Objetivos Específicos

- Reforçar a importância da comunicação terapêutica, como estratégia de conforto à pessoa internada em UCIP.

#### Atividades

- Apresentação da ação de formação.
- Aplicação de inquérito de avaliação da sessão de formação.

**Local:** Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital do Espírito Santo, EPE – Évora.

**Duração** - 60 minutos

**Data** – 12/11/2013

**Preletor** – Enf.<sup>a</sup> Edite Vieira

Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP, sob orientação da Enfermeira Especialista Telma Dias (UCIP do HES, EPE, Évora) e da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa (ICS, UCP, Lisboa).



## APÊNDICE XXI

- Plano de Sessão “Toque Terapêutico: Estratégia de Comunicação e Conforto na UCIP”-





## PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

### TOQUE TERAPÊUTICO: ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E CONFORTO NA UCIP

#### Objetivo Geral

- Sensibilizar os enfermeiros da UCIP para a importância do toque terapêutico como estratégia de conforto à pessoa internada em UCIP;
- Esclarecer dúvidas dos enfermeiros da UCIP sobre a temática abordada.

#### Objetivos Específicos

- Reforçar a importância do toque terapêutico, como estratégias de conforto à pessoa internada em UCIP.

#### Atividades

- Apresentação da ação de formação.
- Apresentação de folheto sobre “Toque Terapêutico: Estratégia de Comunicação e Conforto”.
- Apresentação de póster sobre “Toque Terapêutico: Estratégia de Comunicação e Conforto”.
- Aplicação de inquérito de avaliação da sessão de formação.

**Local:** Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital do Espírito Santo, EPE – Évora.

**Duração** - 60 minutos

**Data** – 12/11/2013

**Preletor** - Edite Vieira

Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP, sob orientação da Enfermeira Especialista Telma Dias (UCIP do HES, EPE, Évora) e da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa (ICS, UCP, Lisboa).



## APÊNDICE XXII

- Póster sobre “ Comunicação na Cirurgia Laparoscópica: Desafio para a Segurança do Doente”, apresentado no Congresso de Enfermagem Perioperatória da Prática à Evidência na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal -





## COMUNICAÇÃO NA CIRURGIA LAPAROSCÓPICA: DESAFIO PARA A SEGURANÇA DO DOENTE

Edite de Jesus Manhita Vieira (Enfermeira da ULSBA, EPE—Bloco Operatório; Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do ICS, UCP — Lisboa); Maria Teresa Figueira Castilho Baião (Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ULSBA, EPE —Bloco Operatório); Patrícia Pontífice—Sousa (Doutora em Enfermagem do ICS, UCP — Lisboa)

### PALAVRAS CHAVE:

Comunicação, Cirurgia Laparoscópica, Segurança do Doente, Enfermagem Perioperatória

### INTRODUÇÃO

A cirurgia laparoscópica requer capacidades técnicas e tomada de decisão, ou seja, um cirurgião necessita de tomar decisões relacionadas com os materiais / equipamentos utilizados durante a cirurgia, como é o caso do fluxo de dióxido de carbono, o funcionamento da camara, sem tal interferir com a segurança do doente (Sarker, 2008).

Em sala operatória, o desenvolvimento da confiança entre a equipa de enfermagem, cirúrgica e restante pessoal cria relações efectivas e significativas. É essencial uma comunicação aberta no seio da equipa de sala operatória, com o intuito de encorajar o relato de preocupações, porque a lacuna de comunicação interfere directamente com a segurança do doente (Cvetic, 2011).

### OBJETIVOS

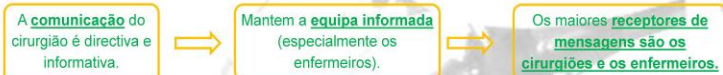
\*Compreender o papel da comunicação durante a Cirurgia Laparoscópica e sua relação com a Segurança do Doente.

\*Contribuir para as boas práticas de Segurança do Doente durante o período perioperatório, tendo em vista a melhoria contínua dos Cuidados de Enfermagem.

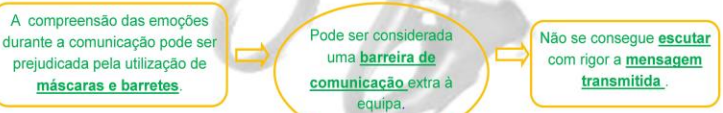
### METODOLOGIA

Foi utilizada a Metodologia PICOS em estudos de cariz qualitativo e quantitativo, no friso temporal entre 2003 a 2012, realizada em bases de dados electrónicas. Foram identificados cinco estudos, os quais foram analisados e resumidos.

### RESULTADOS



(Sevdalis, 2012)



(Cvetic, 2011)

### As falhas de comunicação observadas resultam em:

- Ineficiências;
- Maior tensão no seio da equipa de sala de operações;
- Atrasos.

Os investigadores **sugerem** a aplicação de um programa que inclua o **trabalho em equipa** e as **aptidões de comunicação**, como **estratégia de melhoria de comunicação** na equipa de sala de operações .

(Halverson, 2011)

A melhoria da qualidade da colaboração em equipa está mais relacionada com as instruções verbais do que com as aptidões cirúrgicas individuais. A quantidade de **comunicação verbal** especialmente a que fornecida pelo perito foi importante na **construção efectiva do trabalho em equipa**.

Chang (2008)

A ocorrência do **erro médico** está fortemente associada a **falhas de aptidões não técnicas** dos cirurgiões, nas quais se incluem **a comunicação, a tomada de decisão e o trabalho em equipa**. De acordo com Gawande et al (2003), **as falhas de comunicação na cirurgia contribuem para 43% dos erros cirúrgicos. Já a comunicação efectiva reduz o aparecimento do erro médico** (Chang, 2008).

### CONCLUSÕES

A maioria dos **erros nos procedimentos** ocorre devido à **quebra de comunicação** entre a equipa cirúrgica e os restantes elementos presentes na sala operatória.

A **melhoria da comunicação** entre os profissionais de sala operatória é **determinante**, pois pode:

- Aumentar as competências da equipa;
- Melhorar a eficiência dos cuidados prestados;
- Diminuir as incertezas quanto aos procedimentos cirúrgicos;
- Promover o trabalho em equipa ;
- Conter os custos.

(Cvetic, 2011)

Há autores (Sexton et al, 2006) que defendem a utilização de **briefings pré-operatórios**, como forma de **melhorar a comunicação na equipa**.

A **comunicação verbal** tem um papel primordial na **cooperação da equipa** na cirurgia, uma vez que fornece **orientações** precisas na **correção do erro**, resposta ao **desempenho**, as quais são construtos para a **colaboração e eficácia da equipa** (Chang, 2008).

A **falta de comunicação e de trabalho em equipa** estão associados a uma **maior incidência de erros** técnicos na cirurgia laparoscópica (Sevdalis, 2012).

A **comunicação** é fundamental no seio da equipa, mas para que a equipa comunique é necessário **cooperação e trabalho em equipa**. O uso de **briefings** ajuda na execução deste objetivo, uma vez que sintonizam toda a equipa para a realização de determinada tarefa com **sucesso**, e com o objetivo final da **promoção da segurança do doente** (Fragata, 2010).

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- CHANG, S.; WAID, E.; MARTINEC, D.V.; ZHENG, B.; SWANSTROM, L.L. – Verbal Communication Improves Laparoscopic Team Performance. *Surgical Innovation* [Em Linha]. Vol. 15 (2), junho 2008, p. 143-147. Consultado em maio de 2014. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=4687c02b-25b8-41ef-b119-b5672b4ce01e%40sessionmgr112&hid=124>. ISSN: 1750-1164.
- CVETIC, E. – Communication in the Perioperative Setting. *AORN Journal* [Em Linha]. Vol. 24 (3), September 2011, p. 261-270. Consultado em maio de 2014. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=bf9dd05-b5bd-455f-a150-0b3bd846a791%40sessionmgr4001&hid=4206>. ISSN: 0001-2092.
- FRAGATA, J.I.G. – Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* [Em Linha]. Vol. Temat (10), 2010, p. 17-26. Consultado em maio de 2014. Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/3-Erros%20e%20acidentes%20no%20bloco%20operatorio.pdf>. ISSN 0670-9025.
- GAWANDE, A.A.; ZINNER, M.J.; STUDDERT, D.M.; BRENNAN, T. A. – Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* [Em Linha]. Vol. 133 (6), 2003, p. 614-621. Consultado em maio de 2014. Disponível em <http://www.atulgawande.com/documents/Analysisoferrorsreportedbysurgeonsatthreeteachinghospitals.pdf>. ISSN: 0039-6060.
- HALVERSON, A.L.; CASEY, J.T.; ANDERSSON, J.; ANDERSON, K.; PARK, C.; RADEMAKER, A.W.; MOORMAN, D. – Communication failure in the operating room. *Surgery*. Vol. 149 (3), March 2011, p. 305-310. ISSN: 0039-6060.
- SARKER, S.K; Chang, A.; Vincent, C. - Decision making in laparoscopic surgery: a prospective, independent and blinded analysis. *International Journal of Surgery*. Vol. 6 (2), 2008 Apr, p. 98-105. ISSN: 1743-9159.
- SEVDALIS, N.; WONG, H.W.; ARORA, S.; NAGPAL, K.; HEALEY, A.; HANNA, G.B.; VINCENT, C.A. – Quantitative analysis of intraoperative communication in open and laparoscopic surgery. *Surgical Endoscopy*. [Em Linha]. Vol. 26 (10), 2012 October, p. 2931-2938. Consultado em maio de 2014. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=fe0cef7-80dd-46dc-aaef-cb321c5a2ab8%40sessionmgr112&hid=128>. ISSN: 1432-2218.
- SEXTON, J.B.; MAKARY, M.A.; TERSIGN, I. A.R.; PRYOR, D.; HENDRICH, A.; THOMAS, E.J.; HOLZMUELLER, C.G.; KNIGHT, A.P.; WU, Y.; PRONOVOST, P.J. – Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals and operating room personnel. *Anesthesiology*. Vol. 105 (5), Nov 2006, p. 877-84. ISSN: 0003-3022.



## APÊNDICE XXIII

- Apresentação da Sessão de Formação “Comunicação  
Terapêutica no BO” -



 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 ULSBA  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE  
HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES  
BLOCO OPERATÓRIO

## COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO BLOCO OPERATÓRIO

**Aluno:**  
Edite Vieira Nº 192011058  
**Regente e Professora Tutora de Estágio:**  
Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa  
**Enfermeira Orientadora:**  
Enfermeira Especialista Teresa Castilho

Beja  
janeiro 2014

## DEFINIÇÃO DE COMUNICAÇÃO

*“É um processo dinâmico verbal e não-verbal que permite a acessibilidade do ser humano aos seus semelhantes, às experiências físicas e sensoriais, às informações e à sua própria humanidade. No doente em estado crítico a comunicação e interação com o meio encontram-se comprometidos, assim como a expressão das necessidades de forma verbal ou não-verbal.”*

Saraiva & Martinho (2011)

*“A comunicação representa uma troca de informação e compreensão entre as pessoas, com o objetivo de transmitir fatos, pensamentos e valores. (...) ela precisa ser planeada para cada interação e adequada a cada paciente.”*

Oliveira et al. (2005)

01-05-2014

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO BLOCO OPERATÓRIO

2

## FUNÇÕES DA COMUNICAÇÃO

- Para verbal: diz respeito ao tom de voz, ritmo, períodos de silêncio e entonação das palavras.
- Investigação (procura de dados da pessoa);
- Informação (envio de mensagens entre emissor e recetor);
- Persuasão (levar o recetor a mudar o seu comportamento sobre um assunto que não havia pensado outrora);
- Entretenimento (função de diminuir a ansiedade e favorecer a interação enfermeiro-pessoa)

Oliveira et al. (2005)

01-05-2014

COMUNICAÇÃO TERAPÉUTICA NO  
BLOCO OPERATÓRIO

3

## DEFINIÇÃO DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

*“É a comunicação presente na relação enfermeiro-doente. Tem a finalidade de identificar e responder às necessidades de saúde do doente, e contribuir para a melhoria da prática clínica da enfermagem, pois cria oportunidades de aprendizagem e desperta nos doentes sentimentos de confiança, satisfação, e segurança, permitindo a diminuição do medo e ansiedade.”*

Oliveira et al. (2005)

01-05-2014

COMUNICAÇÃO TERAPÉUTICA NO  
BLOCO OPERATÓRIO

4

## TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

*“São um meio de promover o relacionamento terapêutico, necessário a uma assistência de enfermagem de boa qualidade, por permitir a identificação das necessidades dos clientes.”*

Oliveira et al. (2005)

- Técnica do devolver (o que o enfermeiro entendeu da mensagem);
- Clarificação (o enfermeiro percebeu a mensagem, mas precisa de mais dados);

01-05-2014

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO  
BLOCO OPERATÓRIO

5

## TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

- Reformulação (o enfermeiro repete o que acha que o doente lhe quis dizer);
- Ouvir reflexivamente;
- Uso terapêutico do humor (alívio de sentimentos como o medo, ansiedade, raiva e depressão);
- Usar terapêuticamente o silêncio;

01-05-2014

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO  
BLOCO OPERATÓRIO

6

## TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

### ■ Toque

- Transmite cuidado, apoio, carinho, conforto, aceitação, empatia, proximidade, segurança à pessoa e sua família;
- Quando o silêncio impera, o toque é fundamental, significa que estamos presentes, que nos preocupamos com a pessoa que cuidamos;
- Tem mais vantagens no doente em estado crítico que apresenta medo, ansiedade ou depressão, uma vez que este doente necessita de maior encorajamento para verbalizar as necessidades.

Saraiva & Martinho (2011)

01-05-2014

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO  
BLOCO OPERATÓRIO

7

## BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO

- Falta de capacidade de concentração
- Atitude corporal
- Ideias pré-concebidas
- Percepções e interpretações
- Grau de escolaridade
- Motivação e interesse
- Emoções e estado de ânimo
- Idioma
- Traqueostomia, entubação
- Sedação, distúrbios da consciência

Cintra *et al.* (2003)

01-05-2014

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO  
BLOCO OPERATÓRIO

8

## ASPETOS QUE FACILITAM A COMUNICAÇÃO

- Humildade
- A paciência e sensibilidade do enfermeiro
- Transparência
- Segurança
- Boa didática
- A disponibilidade/ interesse do enfermeiro para comunicar com o doente e a família.
- A empatia do enfermeiro

Saraiva & Martinho (2011)

COMUNICAÇÃO TERAPÉUTICA NO  
BLOCO OPERATÓRIO

01-05-2014

9

## ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

ESTRATÉGIAS VERBAIS	ESTRATÉGIAS NÃO-VERBAIS
Promover empatia	Manter contato ocular
Promover ambiente de interação	Atitude corporal
Repetir a informação sempre que necessário	Aparência física adequada
Certificar-se que a informação foi compreendida	Expressão facial
Saber ouvir/ incentivar a comunicação	Respeitar silêncios
Usar tom de voz adequado	Adequar os gestos
Ser sincero e transparente	Adequar a postura
Mantar discurso consistente	Utilizar o toque
Utilizar termos simples e precisos	Disponibilizar tempo

Cintra et al (2005)

COMUNICAÇÃO TERAPÉUTICA NO  
BLOCO OPERATÓRIO

01-05-2014

10

## COMUNICAÇÃO

É essencial na Enfermagem, é um meio de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, promover a equidade, aumentar a satisfação do doente, melhorar a adesão ao regime terapêutico, reduzir o sofrimento, a ansiedade e o stress.

01-05-2014

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO  
BLOCO OPERATÓRIO

11

## Referências bibliográficas

BRAGA, Eliana Mara & SILVA, Maria Júlia Paes da - Comunicação competente- visão dos enfermeiros especialistas em comunicação, *Acta Paul Enferm* [Em Linha]. 10:4 (2007), 40 - 414. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/07.pdf>. ISSN: 1982-0194.

CINTRA, E., NISHIDE, J., NUNES, M. - *Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

MOURÃO, Carla Monique Lopes, ALBUQUERQUE, Aline M. Souza, SILVA, Anna Paula Sousa, OLIVEIRA, Mariza Silva, FERNANDES, Ana Fátima Carvalho - Comunicação em Enfermagem: uma Revisão Bibliográfica, *Revista Rene. Fortaleza*. [Em Linha]. 10:3 (2009), 139 - 145. Consultado em maio de 2013. Disponível em [http://www.repositorio.ufc.br/8080/ri/bitstream/1212456789/4153/1/2009\\_art\\_cmlmour%C1%A1o.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/8080/ri/bitstream/1212456789/4153/1/2009_art_cmlmour%C1%A1o.pdf). ISSN: 1517-3852.

NEGREIROS, Patricia de Lemos, FERNANDES, Mayara de Oliveira, MACEDO-COSTA, Kátia Nelya de Freitas, SILVA, Grazielle Roberta Freitas - Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar, *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Em Linha]. 12:1 (2010), 120-132. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9420/6508>. ISSN:1518-1944.

01-05-2014

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO  
BLOCO OPERATÓRIO

12

## Referências bibliográficas

OLIVEIRA, Poléria Santos de, NÓBREGA, Maria Míriam Lima, SILVA, Ana Tereza Medeiros C. da, FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira - Comunicação Terapêutica em Enfermagem Revelada nos Depoimentos de Pacientes Internados em Centro de Terapia Intensiva, *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Em Linha]. 7:1 (2003), 54 - 63. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/861/1034>. ISSN:1518-1944.

PONTES, Alexandra Carvalho, LEITÃO, Ise Maria Tigre A., RAMOS, Iliane Costa - Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado, *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília*. [Em Linha]. 61:3 (2008), 312-318. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>. ISSN 0034-7167.

SARAIVA, Dora M R Fonseca & MARTINHO, Teresa M da Cruz - Comunicar com o doente em estado crítico, *Nursing*. [Em Linha]. (junho 201) 8- 14. Consultado em maio de 2013. Disponível em <http://www.informacaoemsaude.com/Cache/binImagens/11-812.pdf>. ISSN: 0871-5441.

## OBRIGADA!





## APÊNDICE XXIV

- Norma de Cirurgia Laparoscópica –



SUMÁRIO

1. OBJECTIVO
2. APLICAÇÃO
3. REFERÊNCIAS
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS
5. REQUISITOS
6. RESPONSABILIDADES
7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
8. ANEXOS

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

### 1. OBJECTIVO

Definir e uniformizar os cuidados de enfermagem ao doente submetido a Cirurgia por via laparoscópica, no período intra-operatório.

### 2. APLICAÇÃO

Aplica-se no Bloco Operatório e na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.

### 3. REFERÊNCIAS

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta. 365 p. ISBN 972-8930-16-X.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2013). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. 3<sup>o</sup> Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-9171-65-3.

AORN. (2012). RP Summary: Recommended Practices for MIS: Part I, **AORN Journal**. [Em Linha]. 96:3 (September), 313-314. Consultado em janeiro de 2014. Disponível em [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(12\)00646-1/pdf](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(12)00646-1/pdf).

AORN. (2012). RP Summary: Recommended Practices for MIS: Part II, **AORN Journal**. [Em Linha]. 96:4 (October), 396-397. Consultado em janeiro de 2014. Disponível em [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(12\)00729-6/pdf](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(12)00729-6/pdf).

FULLER, Joanna Ruth. (1998). *Instrumentación quirúrgica: Principios y práctica*. 3<sup>a</sup> Edição. México: Editorial Médica Panamericana, S.A. 720 p. ISBN: 968-79-880-10.

PINHEIRO, Eduarda Maria Baetas. (1997). *Manual Sinais Vitais: Cirurgia Laparoscópica*. Coimbra: Formasau. 79 p. ISBN: 972-96680-5-1.

#### 4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

Definições:

**Cirurgia Laparoscópica** – é um ato cirúrgico que consiste na introdução de uma fibra óptica na cavidade abdominal para diagnóstico, estabelecimento do prognóstico ou tratamento de uma afeção.

**Período intraoperatório** – é o período de tempo desde a entrada do doente na sala operatória até ao fim de anestesia.

Abreviaturas:

**UCPA** – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

#### 5. REQUISITOS

Não aplicável.

#### 6. RESPONSABILIDADES

6.1. É da responsabilidade do Enfermeiro Instrumentista:

- a) Confirmar o procedimento cirúrgico e o material necessário e específico, junto ao cirurgião.
- b) Confirmar a esterilização do material, assim como os prazos de validade, em colaboração com a enfermeira circulante, rejeitando os materiais cujas embalagens estejam sujas, molhadas ou deterioradas.
- c) Realizar a lavagem cirúrgica das mãos, vestir bata e calçar luvas de acordo com as normas do Bloco.
- d) Colocar as mesas de instrumentos de laparotomia e laparoscopia, segundo as fotos em anexo.
- e) Verificar a montagem, integridade e funcionamento do instrumental de cirurgia laparoscópica.
- f) Testar o equipamento de insuflação antes do início do procedimento.
- g) Manter as torneiras dos trocartes fechadas de modo a evitar fugas de gás e colapso da cavidade abdominal.
- h) Respeitar a técnica asséptica durante todo o procedimento cirúrgico.
- i) Manter os instrumentos cirúrgicos durante o procedimento, o mais livre possível de matéria orgânica, procedendo à sua limpeza com água destilada.
- j) Utilizar dispositivos médicos adequados e em boas condições de funcionamento (não reutilizar dispositivos de uso único).

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

- k) Prevenir situações de risco, na utilização de eletrocirurgia, pelo que deve manter o elétrodo ativo desconectado; conectar o elétrodo ativo imediatamente antes da sua utilização e sempre sob visualização; e inspecionar minuciosamente todo o instrumental reutilizável após o seu processamento, verificando o seu isolamento.
- l) Realizar as contagens de instrumental cirúrgico, compressas e corto-perfurantes.
- m) Colaborar na colocação de drenagens e realizar o penso cirúrgico.
- n) Colaborar na transferência do doente da mesa operatória para o *transfer*.
- o) Garantir a evacuação do material para a Central de Esterilização, o mais isento possível de matéria orgânica e em contentor sem cesto (material de laparoscopia).

### 6.2. É da responsabilidade do Enfermeiro Circulante:

- a) Auxiliar a enfermeira instrumentista na validação dos prazos de validade e esterilização dos dispositivos médicos e instrumental a ser utilizado.
- b) Testar os equipamentos, nomeadamente: fontes de alimentação (energia elétrica); fonte de dióxido de carbono; ligações entre equipamentos; eficácia do aspirador.
- c) Verificar a pressão do gás armazenado na garrafa.
- d) Assegurar a existência de duas garrafas de gás de reserva.
- e) Colaborar no acolhimento do doente.
- f) Colaborar na preparação das mesas de instrumentos.
- g) Colaborar com a equipa cirúrgica no posicionamento do doente.
- h) Dispor o *hardware* na sala operatória, de modo a facilitar a visualização pela equipa cirúrgica, nunca esquecendo a segurança da restante equipa.
- i) Realizar as conexões corretas e seguras dos equipamentos.
- j) Monitorizar permanentemente a pressão abdominal.
- k) Assegurar o bom funcionamento dos equipamentos durante o procedimento cirúrgico.
- l) Dar resposta a situações de urgência que possam ocorrer durante a intervenção cirúrgica.
- m) Assegurar-se do cumprimento da técnica asséptica por toda a equipa cirúrgica.
- n) Realizar contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes com o enfermeiro instrumentista.
- o) Colaborar na saída do doente para a UCPA.

## AS ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

- 6.3. É da responsabilidade do Enfermeiro Anestesiista:
- a) Assegurar-se da disponibilidade do equipamento de emergência.
  - b) Realizar o acolhimento ao doente.
  - c) Monitorização do doente.
  - d) Preparação e administração de terapêutica prescrita.
  - e) Colaboração com o anestesista e restante equipa presente na sala operatória.
  - f) Vigilância de sinais vitais.
  - g) Monitorização de analgesia e estado de consciência.
  - h) Colaborar na transferência do doente para a UCPA.
  - i) Transmissão de informação pertinente à equipa da UCPA, de modo a permitir a continuidade dos cuidados.

## 7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- 7.1. Preparação da sala operatória antes da entrada do doente. Verificar:
- a) Torre de equipamento.
  - b) Garrafa de gás e de reserva.
  - c) Insuflador: Pressão abdominal e Fluxo de insuflação.
  - d) Camara.
  - e) Monitor.
  - f) Material cirúrgico de laparoscopia.
  - g) Material cirúrgico de laparotomia (mesa de conversão).
  - h) Mesa operatória.
  - i) Posicionamento.
  - j) Colocar estrados facilitadores de introdução de películas de Raios X (conjunto único).
  - k) Em caso de duas cirurgias laparoscópicas em simultâneo, colocar o prolongamento da marquesa de Urologia.
  - l) Aparelho de eletrocoagulação monopolar:
    - i. Pedal;
    - ii. Coagulação a 40 W;
    - iii. Corte a 0 W.

7.2. Após a entrada do doente:

- a) Posicionar a torre do equipamento.
- b) Posicionar a mesa de instrumentos.
- c) Colocar o eletrodo neutro.
- d) Posicionar o pedal de eletrocoagulação.
- e) Conectar o cabo de luz.
- f) Conectar o tubo de insuflação.
- g) Receber e colaborar na cobertura da camara de laparoscopia.
- h) Colaborar na realização do balanço de brancos.
- i) Conectar o sistema de irrigação/aspiração.
- j) Conectar o cabo de electrocoagulação..
- k) Colaborar com a equipa cirúrgica e anestésica na realização da intervenção cirúrgica proposta.
- l) Se houver conversão para cirurgia laparotómica:
  - i. Recontagem de compressas;
  - ii. Disponibilizar a mesa de cirurgia laparotómica;
  - iii. Disponibilizar o cabo de bisturi elétrico, aspirador e lâminas de bisturi.

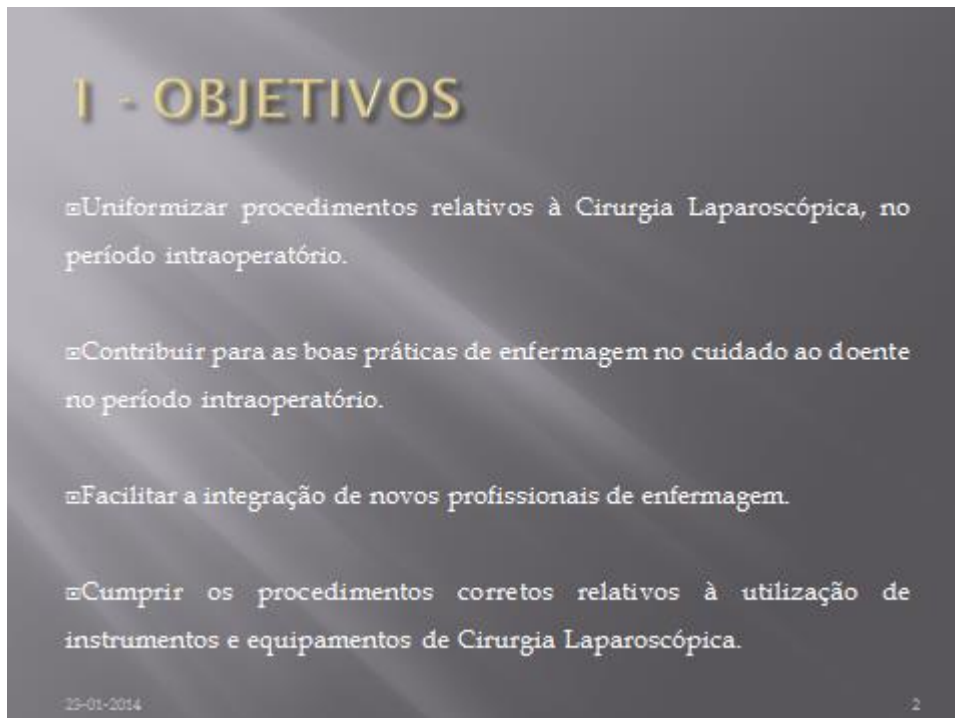
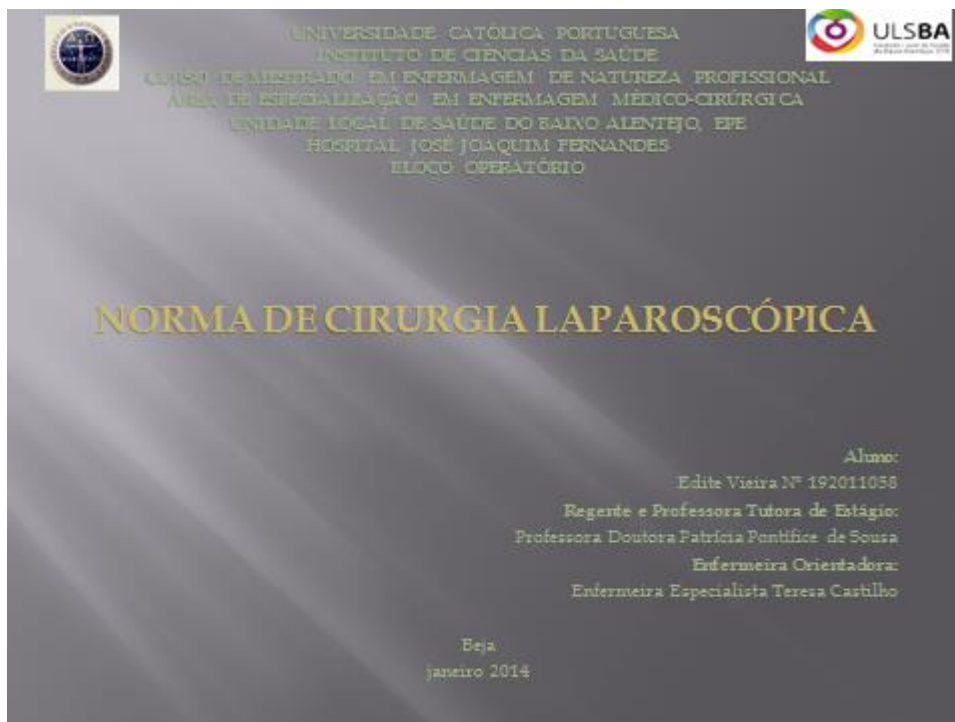
7.3. Após a saída do doente:

- a) Limpar e arrumar a camara de laparoscopia.
- b) Assegurar a presença de dióxido de carbono suficiente para a próxima intervenção cirúrgica.

## APÊNDICE XXV

- Apresentação Sessão de Formação “Norma de Cirurgia  
Laparoscópica” -





## 2 - APLICAÇÃO

▫ Todos os enfermeiros que prestem cuidados diretos ao doente no período intraoperatório.

25-01-2014

3

## 3 - REQUISITOS

O enfermeiro deve ter conhecimentos acerca de:

▪ Materiais:

- ✓ Uso clínico, disponíveis;
- ✓ Necessários, para a cirurgia em questão;
- ✓ Software (instrumental) e hardware (equipamento) em uso.

▪ Humanos:

- ✓ Formação específica da equipa – conhecimento adequado para a prática correta;
- ✓ Respeito pelas regras básicas de segurança e técnica cirúrgica rigorosa;
- ✓ Motivação do pessoal.

25-01-2014

4

## 4 - RESPONSABILIDADES

### ▣ Enfermeiro Instrumentista

- Confirmar o procedimento cirúrgico e o material necessário e específico, junto ao cirurgião.
- Confirmar a esterilização do material, assim como os prazos de validade, em colaboração com a enfermeira circulante. Rejeitar materiais cujas embalagens estejam sujas, molhadas ou deterioradas.
- Realizar a lavagem cirúrgica das mãos, vestir bata e calçar luvas de acordo com as normas do Bloco.
- Colocar as mesas de instrumentos de laparoscopia.

25-01-2014

5

- Verificar a montagem, integridade e funcionamento do instrumental de cirurgia laparoscópica.
- Testar o equipamento de insuflação antes do início do procedimento.
- Manter as torneiras dos trocartes fechadas de modo a evitar fugas de gás e colapso da cavidade abdominal.
- Respeitar a técnica asséptica durante todo o procedimento cirúrgico.
- Prevenir situações de risco, na utilização de eletrocirurgia:
  - ✓ Manter o eletrodo ativo desconectado;
  - ✓ Conectar o eletrodo ativo imediatamente antes da sua utilização e sempre sob visualização;
  - ✓ Inspeccionar minuciosamente todo o instrumental reutilizável após o seu processamento, verificando o seu isolamento.

25-01-2014

6

- Manter os instrumentos cirúrgicos durante o procedimento, o mais livre possível de matéria orgânica, procedendo à sua limpeza com água destilada.
- Utilizar dispositivos médicos adequados e em boas condições de funcionamento (não reutilizar dispositivos de uso único).
- Realizar as contagens de instrumental cirúrgico, compressas e corto-perfurantes.
- Colaborar na colocação de drenagens e realizar o penso cirúrgico.
- Colaborar na transferência do doente da mesa operatória para o *transfer*.
- Garantir a evacuação do material para a Central de Esterilização, o mais isento possível de matéria orgânica e em contentor sem cesto (material de laparoscopia).

25-01-2014

7

#### **Enfermeiro Circulante**

- Auxiliar a enfermeira instrumentista na validação dos prazos de validade e esterilização dos dispositivos médicos e instrumental a ser utilizado.
- Testar os equipamentos, nomeadamente: fontes de alimentação (energia elétrica); fonte de dióxido de carbono; ligações entre equipamentos; eficácia do aspirador.
- Verificar a pressão do gás armazenado na garrafa.
- Assegurar a existência de duas garrafas de gás de reserva.
- Colaborar no acolhimento do doente.
- Colaborar na preparação das mesas de instrumentos.
- Colaborar com a equipa cirúrgica no posicionamento do doente.
- Dispor o *hardware* na sala operatória, de modo a facilitar a visualização pela equipa cirúrgica, nunca esquecendo a segurança da restante equipa.
- Realizar as conexões corretas e seguras dos equipamentos.

25-01-2014

8

- Monitorizar permanentemente a pressão abdominal.
- Assegurar o bom funcionamento dos equipamentos durante o procedimento cirúrgico.
- Dar resposta a situações de urgência que possam ocorrer durante a intervenção cirúrgica.
- Assegurar-se do cumprimento da técnica asséptica por toda a equipa cirúrgica.
- Realizar contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes com o enfermeiro instrumentista.
- Colaborar na saída do doente para a UCPA.

25-01-2014

9

#### **Enfermeiro Anestesiista**

- Assegurar-se da disponibilidade do equipamento de emergência.
- Realizar o acolhimento ao doente.
- Monitorização do doente.
- Preparação e administração de terapêutica prescrita.
- Colaboração com o anestesista e restante equipa presente na sala operatória.
- Vigilância de sinais vitais.
- Monitorização de analgesia e estado de consciência.
- Colaborar na transferência do doente para a UCPA.
- Transmissão de informação pertinente à equipa da UCPA, de modo a permitir a continuidade dos cuidados.

25-01-2014

10

## 5 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### Preparação da sala operatória antes da entrada do doente. Verificar:

- Torre de equipamento.
- Garrafas de gás e de reserva.
- Insuflador:
  - Pressão abdominal;
  - Fluxo de insuflação.
- Camara.
- Monitor.
- Material cirúrgico de laparoscopia.
- Material cirúrgico de laparotomia (mesa de conversão).

25-01-2014

11

- Mesa operatória:
  - Posicionamento;
  - Colocar estrados facilitadores de introdução de películas de Raios X.
- Aparelho de eletrocoagulação monopolar:
  - Pedal;
  - Coagulação a 40 W;
  - Corte a 0 W.

25-01-2014

12

**Após a entrada do doente:**

- Posicionar a torre do equipamento.
- Posicionar a mesa de instrumentos.
- Colocar o eletrodo neutro.
- Posicionar o pedal de eletrocoagulação.
- Conectar o cabo de luz.
- Conectar o tubo de insuflação.
- Receber e colaborar na cobertura da camara de laparoscopia.
- Colaborar na realização do balanço de brancos.
- Conectar o sistema de irrigação/aspiração.
- Conectar o cabo de eletrocoagulação.
- Colaborar com a equipa cirúrgica e anestésica na realização da intervenção cirúrgica proposta.

25-01-2014

13

- Se houver conversão para cirurgia laparotómica:
  - Recontagem de compressas;
  - Disponibilizar a mesa de cirurgia laparotómica;
  - Disponibilizar o cabo de bisturi elétrico, aspirador e lâminas de bisturi.

**Após a saída do doente :**

- Limpar e arrumar a camara de laparoscopia.
- Assegurar a presença de dióxido de carbono suficiente para a próxima intervenção cirúrgica.

25-01-2014

14

## MESA DE INSTRUMENTOS DE LAPAROTOMIA



25-01-2014

15

## MESA DE INSTRUMENTOS DE LAPAROTOMIA



25-01-2014

16

## MESA DE INSTRUMENTOS DE LAPAROSCOPIA



25-01-2014

17

## MESA DE INSTRUMENTOS DE LAPAROSCOPIA



25-01-2014

18

## MESA DE INSTRUMENTOS DE LAPAROSCOPIA



25-01-2014

19

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses- *Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática de Cuidados*. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X.

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses- *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. 3ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2013. ISBN 972-9171-65-3.

AORN - RP Summary: Recommended Practices for MIS: Part I, *AORN Journal*. [Em Linha]. 96:3 (September 2012). 313-314. Consultado em janeiro de 2014. Disponível em [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(12\)00646-1/pdf](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(12)00646-1/pdf).

AORN - RP Summary: Recommended Practices for MIS: Part II, *AORN Journal*. [Em Linha]. 96:4 (October 2012). 396-397. Consultado em janeiro de 2014. Disponível em [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(12\)00729-6/pdf](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(12)00729-6/pdf).

FULLER, Joanna Ruth - *Instrumentación quirúrgica: Principios y práctica*. 3ª Edição. México: Editorial Médica Panamericana, S.A., 1998. p. ISBN: 950-06-0773-5.

PINHEIRO, Eduarda Maria Baetas - *Manual Simais Vitals: Cirurgia Laparoscópica*. Coimbra: Formasau, 1997, 79 p. ISBN: 972-96680-5-1.

25-01-2014

20

OBRIGADA PELA VOSSA PRESENÇA!

25-01-2014

21



## APÊNDICE XXVI

- Folha de Avaliação da Sessão de Formação –





**AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO  
COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO BLOCO OPERATÓRIO  
NORMA DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA**

**O objetivo desta avaliação é conhecer a sua opinião.**

**Local** – Serviço de Bloco Operatório da ULSBA, EPE

**Data** – 27/01/2014

**ESCALA DE AVALIAÇÃO**

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1	2	3	4	5

Assinale com X a opção que considera mais adequada de acordo com a escala de 1 a 5.

	1	2	3	4	5
Formação					
Adequação do material pedagógico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organização em geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conteúdo					
Pertinência da temática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicabilidade da temática no desempenho profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formadores					
Domínio da temática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidade de motivação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clareza na transmissão do conteúdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Obrigado pela sua colaboração.**

**Edite Vieira**



## APÊNDICE XXVII

- Folha de Sessão de Formação em Serviço -





# FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**DIA:** 27 de janeiro de 2014

**HORA:** 15h30m

**LOCAL:** Serviço de Bloco Operatório da Unidade Local de saúde do Baixo Alentejo, EPE – Hospital José Joaquim Fernandes, Beja.

**DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros do Serviço de Bloco Operatório.

**TEMAS A ABORDAR:**

- **COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO BLOCO OPERATÓRIO.**
- **NORMA DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA.**

**PRELETOR:** Enf.<sup>a</sup> Edite Vieira (Aluna do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa).

**ENF.<sup>a</sup> ORIENTADORA:** Enf.<sup>a</sup> Teresa Castilho (Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Bloco Operatório da ULSBA, EPE).

**PROFESSORA TUTORA DE ESTÁGIO:** Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa (Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa).

A Enf.<sup>a</sup> Responsável do Serviço de Bloco Operatório

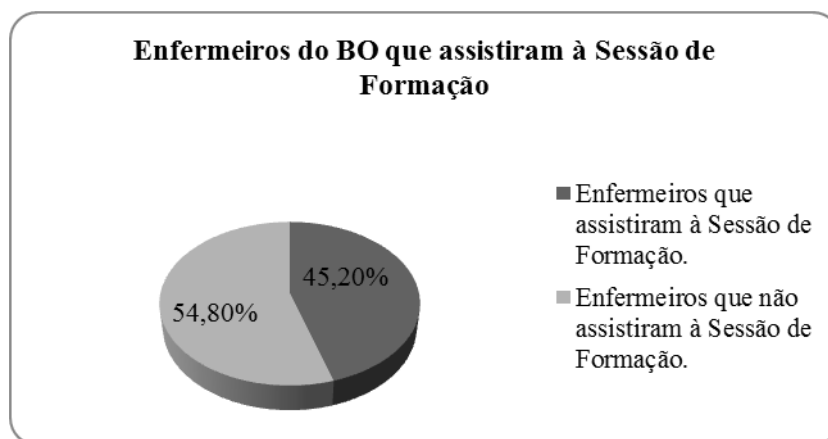
---



## APÊNDICE XXVIII

- Enfermeiros do BO que assistiram à Sessão de Formação –





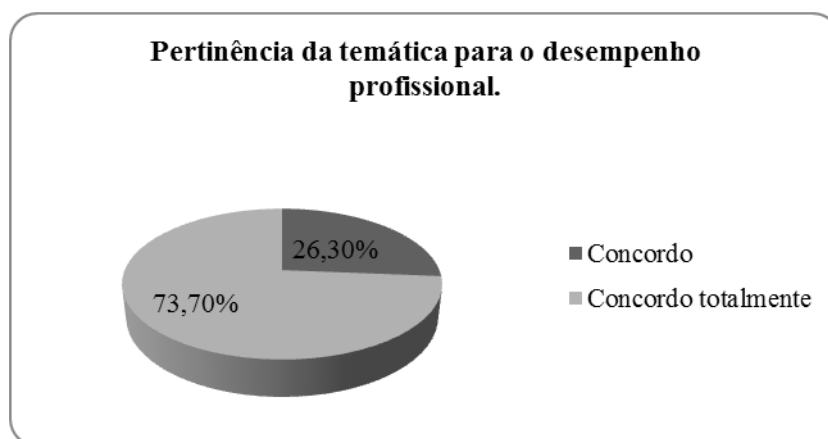
**Enfermeiros do BO que assistiram à Sessão de Formação**



## APÊNDICE XXIX

- Pertinência da temática no desempenho profissional –





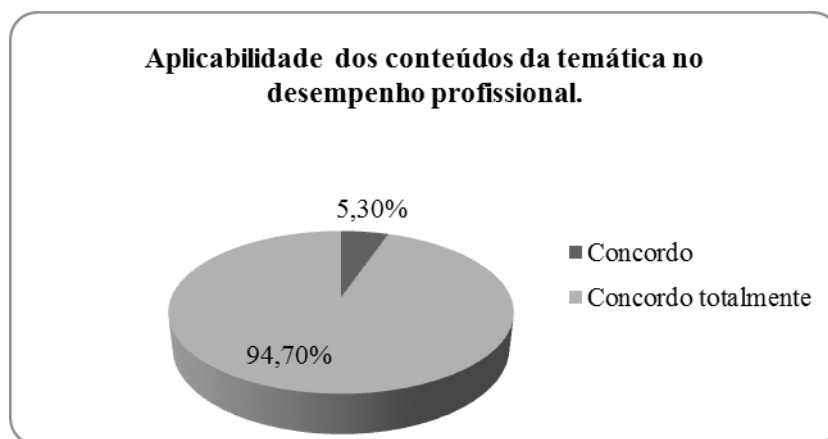
**Pertinência da temática no desempenho profissional**



## APÊNDICE XXX

- Aplicabilidade dos conteúdos no desempenho profissional -





**Aplicabilidade dos conteúdos no desempenho profissional**



## APÊNDICE XXXI

- Plano de Sessão “Comunicação Terapêutica no BO“-





## PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

### COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA NO BLOCO OPERATÓRIO

#### Objetivo Geral

- Sensibilizar os enfermeiros do Bloco Operatório para a importância da comunicação terapêutica com o doente cirúrgico.
- Esclarecer dúvidas dos enfermeiros sobre a temática abordada.

#### Objetivos Específicos

- Reforçar a importância da comunicação terapêutica, como estratégia de conforto ao doente cirúrgico.

#### Atividades

- Apresentação da ação de formação.
- Esclarecimento de dúvidas.
- Aplicação de inquérito de avaliação da sessão de formação.

**Local:** Serviço de Bloco Operatório da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

**Duração** - 30 minutos

**Data** – 27/01/2014

**Preletor** – Enf.<sup>a</sup> Edite Vieira

Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP, sob orientação da Enfermeira Especialista Teresa Castilho (Serviço de Bloco Operatório da ULSBA, EPE, Beja) e da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa (ICS, UCP, Lisboa).



## APÊNDICE XXXII

- Plano de Sessão “Norma de Cirurgia Laparoscópica” -





## PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

### NORMA DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA

#### Objetivo Geral

- Uniformizar procedimentos relativos à Cirurgia Laparoscópica, no período intra-operatório.
- Esclarecer dúvidas dos enfermeiros sobre a temática abordada.

#### Objetivos Específicos

- Facilitar a integração de novos profissionais de enfermagem.
- Cumprir os procedimentos corretos relativos à utilização de instrumentos e equipamentos de Cirurgia Laparoscópica.
- Contribuir para as boas práticas de enfermagem no cuidado ao doente no período intraoperatório.

#### Atividades

- Apresentação da ação de formação.
- Colocação de mesa de instrumentos de laparoscopia.
- Esclarecimento de dúvidas.
- Aplicação de inquérito de avaliação da sessão de formação.

**Local:** Serviço de Bloco Operatório da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE

**Duração** - 60 minutos

**Data** – 27/01/2014

**Preletor** – Enf.<sup>a</sup> Edite Vieira

Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP, sob orientação da Enfermeira Especialista Teresa Castilho (Serviço de Bloco Operatório da ULSBA, EPE, Beja) e da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa (ICS, UCP, Lisboa).