



# ENCONTRO DE ENFERMAGEM DO CHL

**10 Anos**  
Razões para continuar

## Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL



CENTRO  
HOSPITALAR  
LEIRIA  
[www.chleiria.pt](http://www.chleiria.pt)

Leiria, 7 a 9 de outubro de 2015

Secretariado GEFOP (Gabinete de Formação)  
Rua das Olhalvas 2410-197 Leiria  
Tel./Fax: 244 817 087 - Email: [gefop@chleiria.min-saude.pt](mailto:gefop@chleiria.min-saude.pt)



## Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

**Título:** Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

**Coordenação de edição:** Daniel Carvalho, M<sup>a</sup> Anjos Dixe, Paulo Lopes e Teresa Peralta

**Comissão Científica/Organizadora:** Adélia Rodrigues, Ana Paula Oliveira, Carmem Rute, Daniel Cação, Daniel Carvalho, Fernanda Pedrosa, Isabel Moreira, João Gomes, Luís Gueifão, Luísa Santos, Margarida Jordão, M<sup>a</sup> Anjos Dixe, Núria Garcia, Paulo Lopes, Pedro Rodrigues, Otília Fernandes, Sílvia Fernandes, Teresa Peralta

**ISBN:** 978-989-98652-3-5

**Propriedade e edição:** Centro Hospitalar Leiria, Rua das Olhalvas, 2410-197 LEIRIA

**Design e paginação:** Comissão Organizadora

*Os artigos publicados neste e-book são propriedade do CHL*

*A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos é única e exclusiva dos seus autores.*



## Índice

### Parte I - Comunicações Livres

À distância de um telefonema – contacto precoce com o ostomizado	6
6Nível de stress e as estratégias de coping adotadas pelos enfermeiros coordenadores do SUG	10
Apoio na transição para a parentalidade após a alta da UCEP	14
Ensino personalizado na preparação para colonoscopia - ganhos em saúde	18
Perfil de Saúde da Pessoa com diabetes e risco do Pé diabético	20
Intervenções de enfermagem ao doente com traumatismo crânio-encefálico: Construção e validação de um protocolo	23
Cuidados Paliativos: Uma Necessidade Emergente	27
O funcionamento e suporte social e pessoal e o nível de saúde mental em doentes com esquizofrenia	32
Gestão de resíduos hospitalares – estudo de caso do CHL	6
Eficácia do desempenho dos interfaces de ventilação não invasiva no adulto com insuficiência respiratória em contexto hospitalar	38
Intervenção na violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência: revisão integrativa da literatura.	42

### Parte II – Posters

Prevalência de úlceras de pressão em doentes internados no Serviço de Medicina do HABLO	47
Vivências dos Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral, na Comunicação de Más Notícias (MN)	50
Comunicação de Más Notícias. dificuldades sentidas por enfermeiros e médicos do Serviço de Urgência Geral	55



Efetividade do Protocolo de Yale no controlo de glicémias nos doentes de cuidados intensivo

60



## NOTA INTRODUTÓRIA

Foi no ano de 2006 que os enfermeiros do CHL decidiram retomar a formação organizada em contexto de jornadas anuais, sob a liderança das chefias de enfermagem. Em outubro desse ano, realizava-se então o I Encontro de Enfermagem do HSA.

Nessa altura, e por ser o primeiro, a azáfama foi grande e nem todos acreditavam que a sua realização anual fosse sobreviver ao galopante desenvolvimento das tecnologias de informação. Na verdade, decorridos 10 anos, encontramos-nos agora a vivenciar a realização do X Encontro e a assinalar uma aposta bem sucedida.

Não sendo um modelo formativo inovador, continua a ser um excelente meio para divulgar e partilhar trabalhos de investigação ou de aplicação prática, para adquirir conhecimentos e novas experiências, refletir sobre as práticas, melhorar a articulação com os cuidados de saúde primários e, não menos importante, promover as relações interpessoais, quer dentro como fora da Instituição.

Estamos convictos que estamos no caminho certo, pelo que renovamos os nossos cumprimentos, pelo estímulo e reconhecimento que expressamos às comissões científicas e organizadoras e também a todos os colaboradores e participantes que ao longo destes 10 anos nos deram as razões necessárias e suficientes para garantir a continuidade dos Encontros de Enfermagem do CHL. O balanço que fazemos não poderia ser melhor. Os ENFERMEIROS estão de parabéns!

Emília Faed



# Parte I - Comunicações Livres



## À distância de um telefonema – contato precoce com o ostomizado

Alice Gordo; Lucília Ribeiro & Silvina Feliciano, [luciliarosaribeiro@gmail.com](mailto:luciliarosaribeiro@gmail.com)

Enfermeiras da Consulta Externa do Hospital de Santo André - CHL

### Introdução

O impacto provocado por uma ileostomia, colostomia ou urostomia é muito significativo, seja temporária ou definitiva. Mesmo com a sua condição escondida pela roupa, o doente pode ser guiado por sentimentos negativos, o que gera obstáculos para a reintegração e para o regresso ao convívio familiar e social.

A autonomia e a qualidade de vida poderão ser alcançadas pelo doente, quando os profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, lhe proporciona conhecimentos específicos da sua nova condição de vida como ostomizado. Citando Mendonça., Valadão, Castro, & Camargo (2007). O (...) *“é necessário dar mais atenção às pessoas com estomias intestinais, principalmente durante o período pré e pósoperatório, o que cabe não só à equipe de enfermagem, mas a toda equipe multiprofissional, uma vez que a assistência a este público ainda é cercada de dúvidas e dificuldades.”*

Para dar resposta às necessidades específicas destes doentes, o Centro Hospitalar de Leiria (CHL) disponibiliza uma consulta de estomaterapia, no Hospital de Santo André (HSA), desde 22 de Agosto de 2014 às sextas-feiras, dando continuidade aos cuidados prestados no internamento. Após a alta é efetuado um primeiro contacto telefónico pelos enfermeiros desta consulta até às 72h.

Este contacto telefónico tem como objetivo:

- Despistar precocemente as dificuldades sentidas pelo doente/cuidador



- Orientar para antecipação da consulta sempre que necessário;

### **Objetivos:**

Para a realização deste estudo descritivo simples definiram-se os seguintes objetivos:

- Conhecer a sintomatologia que o doente associa à ostomia;
- Identificar quais as dificuldades do doente/cuidador relacionadas com os cuidados à ostomia;
- Conhecer se o doente ostomizado realiza a mudança de saco sozinho ou com ajuda.

### **Metodologia**

População: Todos os doentes que tiveram alta do internamento portadores de ostomia (n= 106).

Amostra: Doentes que tiveram alta do internamento portadores de ostomia, que consentiram entrevista telefónica e que atenderam a chamada efetuada pelos enfermeiros. (N= 59) entre Outubro de 2014 e Agosto de 2015.

Para a realização do estudo foram tidos presentes os princípios da declaração de Helsínquia

Para a colheita de dados foi realizada uma entrevista estruturada constituída por oito perguntas de resposta fechada e uma pergunta de resposta aberta que é aplicado aos utentes 72h apos a alta do serviço de internamento. Nesta pretendeu-se avaliar: descanso; presença de dor e atitudes perante a dor, com quem vive, trocou/esvaziou saco; esvaziou sozinho ou com ajuda, trocou placa, levou material do hospital, quantidade de material que o doente levou do hospital, adquiriu sacos e placas e dificuldades sentidas.

Apos a autorização da instituição durante o processo serão cumpridos todos os procedimentos éticos. As respostas à pergunta de resposta aberta foram



contabilizadas por frequências e os dados quantitativos foram tratados recorrendo ao programa EXCEL, tendo sido utilizada a estatística descritiva.

## Resultados

Da amostra estudada 74% (n=41) dos utentes foram contactados telefonicamente antes das 72h após a alta hospitalar.

Dos doentes que afirmaram ter dor 41% (n=24), mais de metade 58% (n=14) tomou uma atitude perante a dor (contactar a consulta da dor 3 doentes; Tomar medicação SOS 10 doentes e um foi à urgência). Por altura da entrevista telefónica, 96% (n= 56) dos doentes já tinham trocado o saco, e 72% (n= 42) tinham trocado a placa e 37% (n=21) desses doente pelo menos o saco trocaram sozinhos.

71% dos doentes levou material do Hospital e 21 Utentes não sentiram dificuldade. Dos 38 utentes que sentiram dificuldade salientam a troca de placa como maior dificuldade (14); falta de material à saída do hospital (9); diarreia/obstipação/ansiedade (5); inadaptação ao material (5); material inadequado (3); insuficiência económica (2). Estas dificuldades são sobreponíveis a bibliografia encontrada sobre o assunto, nomeadamente as referidas por Lobão (2009) que refere o medo quanto ao manuseamento do material de ostomia. No pós-operatório para além de sentimentos gerados pela situação, as dificuldades estão relacionadas com aspectos técnicos da mudança de saco / placa e de aquisição do material. Estas dificuldades levam a um consumo inadequado dos dispositivos que têm disponíveis, tornando os sacos e placas insuficientes antes da aquisição correta do material.

## Conclusões

Concluiu-se que de algumas questões colocadas resultavam diagnósticos de enfermagem e conseqüentemente intervenções de enfermagem que não eram registadas, auxiliou na reformulação do um instrumento “Guião de entrevista telefónica ” validou a necessidade de um sistema padrão de linguagem.



## Bibliografia

Lobão, C., Gaspar, M., Marques, A., & Sousa, P. (2009). Aceitando o Contra-Natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. *Referencia: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem*, (11).

Mendonça, R. D. S., Valadão, M., Castro, L., & Camargo, T. C. (2007). A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais. *Rev. bras. cancerol*, 53(4), 431-435.



## O nível de stress e as estratégias de *coping* adotadas pelos enfermeiros coordenadores do SUG

---

Lisa Neves, [lisacrn@hotmail.com](mailto:lisacrn@hotmail.com)

Enfermeira no Serviço de Urgência Geral do Hospital de Santo André – CHL

---

### Introdução

O stress é um estado emocional que suporta diversas emoções, isoladas ou concomitantes (Guerra, 2000) e que não é mais do que uma resposta individual da interação indivíduo/meio e meio/indivíduo dependendo de fatores genéticos, hormonais, experiências prévias, da gravidade e a duração de stress, o apoio obtido ou a forma de lidar com os acontecimentos (Serra, 2011). Como forma de diminuir o stress o indivíduo recorre a estratégias de coping (Serra, 2011).

Os enfermeiros estarão sujeitos ao stress no exercício das suas funções, possuindo inclusivamente um risco acrescido devido em grande parte, da atenção e dos cuidados que têm de prestar aos doentes, mas também por causa dos conflitos de equipa ou autoridade, da sobrecarga de trabalho, da insegurança e da falta de autonomia (Serra, 2011). No contexto de urgência devido às suas características específicas existem riscos acrescidos de stress para os seus profissionais, sendo que as maiores fontes de stress são a escassez de recursos humanos, os recursos materiais e instalações físicas inadequadas, a carga horária de trabalho, o trabalho noturno, o interface trabalho lar, os relacionamentos interpessoais, o trabalhar em clima de competitividade e distanciamento entre teoria e prática. (Bezerra, 2012).

Pretende-se assim com este estudo avaliar o nível de stress e as estratégias de *coping* adotadas pelos enfermeiros coordenadores do SUG do HSA. E determinar, na opinião dos enfermeiros coordenadores do SUG do HSA as causas de Stress.



## Metodologia

O estudo realizado é um estudo descritivo simples, em que a população é constituída por todos os enfermeiros coordenadores da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do HSA do CHL que aceitaram voluntariamente participar no estudo. A colheita de dados decorreu entre 25 e 31 de setembro através de um questionário anónimo constituído por questões sociodemográficas, e pelas escalas: Nurse Stress Index (Flores, 1999) e o Inventário de Resolução de Problemas (Serra, 1988).

Apos a autorização do conselho de administração e Comissão de ética da instituição foram cumpridos todos os princípios da declaração de Helsínquia

Para análise dos dados recorreu-se ao SPSS na sua versão 22., tendo sido utilizada a estatística descritiva: frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão

## Resultados

A amostra do estudo é constituída por 21 enfermeiros coordenadores (taxa de adesão ao estudo de 91%), com uma média de 42,17 (DP-6,341) anos maioritariamente do sexo feminino (66,67%), casados (66,7%) licenciados (71,4%) e com contrato em funções públicas (76,2).

Cerca de 90% dos enfermeiros trabalha por turnos e possui outro emprego (71,4%). Exercem em média á 19,1 anos (DP-5,810), 16,76 (DP-5,856) dos quais no SU e são coordenadores em média há 10,87 anos (DP-5,827).

Ser coordenador era algo que em muitos casos (57,1%) não fazia parte do seu projeto profissional, sendo que 57,1% já pensou em abandonar estas funções. Numa escala de likert de 0 a 5 o valor médio da realização dos enfermeiros que constituem a amostra é de 2,29 (DP-1,007) e do seu desempenho é de 3,05 (DP-0,865).

As causas do stress mais enumeradas pelos enfermeiros do estudo foram a sobrelotação do SU a inexistência de chefe de banco em alguns turnos e a



dotação insuficiente de pessoal. Para diminuir o stress as estratégias mais referidas foram a realização frequente de reuniões de enfermeiros coordenadores, a resolução da problemática da sobrelotação do SU e uma maior participação ativa nos processos de tomada de decisão. Os enfermeiros propõem ainda como necessidades de temáticas formativas os mecanismos de coping para lidar com o stress, a gestão de conflitos e a comunicação organizacional.

Obteve-se no estudo uma pontuação média de 93,62 (DP-18,39151) para a escala de NSI. Da análise das subescalas é possível identificar como acontecimentos indutores de stress em grau de pressão muito stressantes a Carga do Trabalho 1 Quantitativa. Todos os restantes têm um grau de pressão de stressante, com valores mais elevados para o clima organizacional e menos elevado para o Conflito casa/trabalho. Também o score da NSI obtido indica um grau de pressão stressante para o trabalho de enfermagem dos coordenadores do SU. Dos trinta itens da escala oito obtiveram um grau de pressão de muito stressante, dezassete de stressante e cinco nada stressante.

Na escala de IRP obteve-se uma pontuação média de 142,81 (DP-10,567) o que para os valores normativos de IRP corresponde a mecanismos de coping razoáveis. As subescalas com uma média mais elevada são o abandono passivo da situação, o controlo interno dos problemas, as estratégias de controlo de emoções a agressividade internalizada/extenalizada e a autorresponsabilização e medo das consequências, o que representa que a estes níveis os enfermeiros coordenadores têm eficazes mecanismos de coping. Relativamente aos itens que constituem esta escala é possível verificar que dez apresentam valores médios de quatro e sete valores médios de um ou dois.

## **Conclusões**

O nível de stress para a amostra do estudo obtido pela escala de NSI indica um grau de pressão stressante para o trabalho de enfermagem dos coordenadores



## Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

do SU. Por sua vez as estratégias de coping utilizadas pelos mesmos, obtidas pela escala de IRP corresponde a mecanismos de coping razoáveis.

Os enfermeiros sugerem como estratégias para redução do reuniões entre coordenadores, a resolução da problemática da sobrelotação do SU e uma maior participação ativa nos processos de tomada de decisão. Foram identificadas a este nível ainda as seguintes necessidades formativas : mecanismos de coping para lidar com o stress, a gestão de conflitos e a comunicação organizacional.

### Bibliografia

Bezerra, F., Silva, T. & Ramos, V.. (2012). Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol. 25(Número Especial 2), p. 151-6

Guerra, P.. (2000). A gestão do stress (1ªed.). Cascais: Editora Pergaminho Lda.

Serra, A. (1988). Um estudo sobre coping: o inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 301-316.

Serra, A. (2007). O stress na vida de todos os dias . Coimbra: Gráfica de Coimbra



## Apoio na transição para a parentalidade após a alta da UCEP

---

Cláudia Estanqueiro & Sílvia Fernandes [c.estanqueiro@hotmail.com](mailto:c.estanqueiro@hotmail.com)

Enfermeiras da UCEP do Hospital de Santo André - CHL

---

### Introdução

Entende-se por parentalidade o "(...) assumir as responsabilidades de ser pai e/ou mãe); comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento das crianças (...)" (CIPE,2006,p:463).

A transição para a parentalidade é um processo complexo, contínuo e gradual, desenvolvendo-se em 3 períodos: pré-natal, perinatal e pós-natal. Constitui um dos mais exigentes papéis, sobretudo se, concomitantemente na última fase ocorrer a hospitalização do recém-nascido.

As necessidades acrescidas dos pais, associadas às frequentes necessidades especiais dos RN, suscitaram o interesse da Equipa em acompanhar o processo de adaptação da criança/família ao domicílio no período pós alta.

A Consulta SPD (Sem a Presença do Doente) da UCEP é um projeto multidisciplinar, dirigida aos pais/cuidadores, sendo o contacto formalizado via telefónica, pelo Enfermeiro.

Com este estudo pretende-se conhecer e dar resposta às dificuldades e necessidades manifestadas, pelos pais.

### Objetivos

- Identificar as dificuldades/necessidades dos Pais/cuidadores do RN na satisfação das necessidades após a alta hospitalar Conhecer as principais intercorrências das crianças internadas na UCEP, no período pós alta (8 a 13 dias)
- Determinar se as dificuldades estão relacionadas com a Idade Gestacional, Peso de Nascimento e a duração do internamento.



- Determinar a utilidade que os pais/cuidadores atribuem a este contacto.

## **Metodologia**

Tipo de Estudo: Descritivo correlacional

População e amostra: Pais/cuidadores de todos os RN internados na UCEP, que tiveram alta para o domicílio e que no momento da alta aceitaram participar no estudo, tendo sido contactados 8 a 13 dias após a alta através do telefone.

Instrumento de colheita de dados: Constituído por duas partes: a primeira por dados colhidos do processo clínico da criança relacionados com o peso, idade gestacional e dificuldades pendentes aquando da alta. A segunda por uma entrevista estruturada constituída pela identificação do pai/mãe, dificuldades tidas após a alta e utilidade do contacto.

Procedimentos formais e éticos: Autorização da Instituição e Comissão de ética procedida de autorização dos pais das crianças. Em todos os procedimentos foram tidos os princípios da Declaração de Helsínquia.

Tratamento de dados: Estatística descritiva: frequências, medidas de tendência central e de dispersão e t de Student em virtude de termos variáveis quantitativas e qualitativa (utilização do teorema do limite central).

## **Resultados**

Das 106 consultas programadas realizaram-se 98 entrevistas (taxa de adesão de 92,5%), sendo que 92% dos inquiridos foram as mães dos RN.

Os RN apresentavam Idade Gestacional entre 28 - 41 semanas e Peso de Nascimento entre 690g - 4480g.

A Idade da criança no momento da alta oscilou entre 2 e 76 dias; o tempo de internamento: variou entre 1 e 34 dias.

A prematuridade (40,8%), icterícia (20,4%) e perda ponderal (12,2%) foram os diagnósticos mais frequentes:



Verificou-se que 51% dos inquiridos apresentaram dificuldades nos cuidados aos filhos quando regressaram a casa, nomeadamente em situação de cólicas (28,6%), regurgitação/vómitos (15,3%), dificuldades na alimentação com LM (10,2%) alterações na eliminação intestinal (9,1%), sonolência na refeição (7,1%), dificuldades na confeção do leite (2%) e outras (5,1%).

Relativamente às orientações dadas pelo Enfermeiro perante as dificuldades referidas pelos inquiridos salienta-se o Reforço da Educação Terapêutica (88%); Educação Terapêutica e respetivo encaminhamento (12%).

Não existe correlação entre as dificuldades apresentadas pelos pais e a Idade Gestacional, Peso de Nascimento e a Duração do internamento do RN

A maioria dos inquiridos considerou útil o contacto após a alta. sendo que 69,4% o referiu como fundamental.

### **Conclusões**

- A taxa de adesão ao contacto foi muito satisfatória
- A maioria dos inquiridos foram as mães dos RN e apresentaram dificuldades na satisfação das necessidades dos filhos após a alta da UCEP
  - O contacto após a alta deverá ser efetuado a todos os RN que têm alta da UCEP, independentemente da Idade Gestacional, Peso de Nascimento e Duração do internamento
  - A maioria dos inquiridos considera fundamental a realização do contacto após a alta.

### Implicações do Estudo:

*Prática:* Maior investimento na Educação Terapêutica nas áreas críticas

*Investigação:* Avaliação do método e da eficácia da Educação Terapêutica efetuada durante o internamento (constitui simultaneamente um estudo futuro).

Um outro estudo pertinente será na área da Alimentação materna no período neonatal.



### Limitação do Estudo

Grande variabilidade de entrevistadores (uma vez que o contacto é efetuado por toda a equipa)

### **Bibliografia**

ICN (2006). *CIFE1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Magalhães, S.C. (2011). *A vivência de Transições na Parentalidade face ao evento da hospitalização da criança*. (Tese de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança. Uma teoria explicativa de enfermagem* (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Escola Superior de Saúde de Lisboa, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica III volume*. Lisboa: Ordem Enfermeiros.

Silva, C. A. (2011). *Necessidades dos Pais de Recém-nascidos Prematuros no Pós Alta Clínica: Exercício de uma Parentalidade Autónoma* (Dissertação de Mestrado não editada em Ciências de Enfermagem). Universidade do Porto, Instituto de Ciências biomédicas Abel Salazar, Porto



## **Ensino personalizado na preparação para colonoscopia - ganhos em saúde**

---

Arminda Crespo, Helena Domingues, Isabel Crespo, Isabel Sousa & Susana Guerra, [scmguerra@hotmail.com](mailto:scmguerra@hotmail.com)

Enfermeiras do Serviço de Consulta Externa – Unidade de Endoscopia do Hospital de Santo André - CHL

---

### **Introdução**

A eficácia da colonoscopia depende de uma visualização adequada e cuidadosa de toda a mucosa cólica. A limpeza intestinal é essencial para o sucesso da mesma, sendo um indicador de qualidade da colonoscopia.

### **Objetivos**

- Avaliar a vantagem de implementar uma consulta telefónica de enfermagem, para melhorar a qualidade da preparação intestinal para realização da colonoscopia.
- Avaliar a eficácia do ensino personalizado na qualidade da preparação para a colonoscopia.
- Avaliar o grau de satisfação do utente, em relação ao contacto telefónico efetuado pela enfermeira, na preparação para a colonoscopia.

### **Metodologia**

Estudo prospetivo, descritivo, comparativo entre 1 de Julho a 28 de Setembro de 2015 a todos os utentes referenciados para colonoscopia total. Os utentes foram alocados em dois grupos (grupo controlo e grupo intervenção). No grupo intervenção estão incluídos os utentes que vieram realizar colonoscopia nos dias pares, aos quais, além do folheto de preparação para o exame foi fornecida informação personalizada através de uma consulta de enfermagem telefónica. No grupo controlo incluem-se os utentes que vieram realizar o



## Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

exame nos dias ímpares, que recebem apenas o folheto de preparação para a colonoscopia, como é habitual.

Elaborámos dois questionários, um para cada grupo em estudo.

Para avaliar o grau de limpeza intestinal utilizámos a escala de Boston que avalia a preparação intestinal por segmentos do cólon.

### **Resultados**

Obtivemos 2 grupos com 174 utentes no grupo intervenção e 191 no grupo controlo, sendo homogéneos no que se refere à idade, experiência prévia ou não do exame, grau de dependência e produto utilizado na preparação.

Verificámos que os utentes do grupo intervenção obtiveram maior pontuação na limpeza intestinal quer nos diferentes segmentos do cólon quer na avaliação global.

### **Conclusões**

Com base nos resultados da amostra, a implementação da consulta telefónica de enfermagem permitirá obter melhores resultados ao nível da preparação intestinal em todos os segmentos do cólon.

A intervenção de enfermagem garantiu que todos os utentes fizeram preparação intestinal, o que não se verificou no grupo controlo.

Os utentes demonstram-se muito satisfeitos com a realização do contacto telefónico feito pelo enfermeiro na preparação para a colonoscopia.



## **Perfil de Saúde da Pessoa com diabetes e risco do Pé diabético**

---

Adélia Mendes, Alcina Jorge, Cláudia Ferreira, Irene Reis & Lucília Ribeiro.  
[irene\\_reis@hotmail.com](mailto:irene_reis@hotmail.com)

Enfermeiras do Serviço de Consultas Externas do Hospital de Sano André - CHL

---

### **Introdução**

A realidade demonstrada pelos dados sobre a diabetes, levou as autoras (educadoras em diabetes) a este estudo, após um "olhar crítico" sobre a prática diária, incluindo auditorias informais aos registos de enfermagem, visando a uniformização dos registos sobre a abordagem global do utente, incluindo a tipificação do risco de ulceração garantindo continuidade dos cuidados.

### **Objetivos**

- Determinar o perfil de saúde da pessoa com diabetes na consulta externa (CE) do Hospital Santo André (HSA)
- Tipificar o risco de ulceração do pé nos diabéticos em Consulta externa do HSA
- Determinar as necessidades educacionais da pessoa com Diabetes em Consulta externa do HSA

### **Metodologia**

Para o cumprimento dos objetivos realizou-se um estudo descritivo simples a uma amostra de 378 diabéticos admitidos na consulta de diabetes / Pé / Enfermagem (Setembro 2015).

Foi aplicado um formulário através de uma entrevista e a avaliação do risco do pé diabético.



Apos a autorização do protocolo de investigação pela Comissão de ética foram cumpridos todos os procedimentos éticos, incluindo, consentimento informado e esclarecido

Tratamento Estatístico descritivo, nomeadamente frequências relativas e absolutas, medidas de tendência central e medidas de dispersão e variabilidade.

## Resultados

### Perfil de saúde da pessoa da amostra:

1. Maioritariamente do sexo masculino;
2. Grupo etário mais representativo (60 - 79 anos);
3. Tipo diabetes: 90,5% DM 2.
4. Medicação: Insulina 46%
5. IMC : 46,3% são obesos, dos quais 4,2% apresentam obesidade mórbida.
6. Perímetro abdominal: 52,1% dos Homens e 35,4% das Mulheres elevado.
7. Avaliação Dor: 0 (92,1%)
8. Perfil tensional: 74,9 % TAs > 130 e 50,5 % TAd > 80 mmhg;
9. Perfil lipídico: 49,1% com LDL > 100 mgdl
10. Microalbuminúria: > 30 (19,8 %) e 4,2% > 300.
11. HBA1C: 32 % > 8 %
12. Hábitos vida: (17,2 %) fumadores; e 70,4 % não pratica exercício.
13. Tipificação do risco: 72,7 % pertencem ao médio e alto de pé diabético



## Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

14. Necessidades educativas identificadas: mais de 50% dos inquiridos revelam necessidades educacionais na maioria dos itens avaliados.

### **Conclusões**

O perfil de saúde da amostra, tipificação do risco de ulceração e as necessidades identificadas, requerem reflexão e ajuste de intervenção em equipa, visando métodos de ensino, cumprimento e monitorização das normas do PAI e articulação com outros níveis de cuidados.

### **Bibliografia**

DGS (2013). Processo Assistencial Integrado (PAI) da Diabetes Mellitus tipo 2. Departamento da Qualidade na Saúde – Edição Inicial. Lisboa.

DGS (2011). Norma nº 005/2011 de 12 /01/2011. Diagnóstico do Pé Diabético.

SPD (2014). Diabetes: Factos e Números - 2014 ( Relatório Anual do observatório Nacional da Diabetes 11/2014). Letra Solúvel. Lisboa.



## Intervenções de enfermagem ao doente com traumatismo crânio-encefálico: Construção e validação de um protocolo

---

Inês Pereira, [inesop84@gmail.com](mailto:inesop84@gmail.com)

Enfermeira do Serviço de Urgência Geral do Hospital de Santo André -CHL

---

### Introdução

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) é reconhecido como um sério problema de saúde pública com importante impacto económico e social (Oliveira, Lavrador, Santos e Lobo Antunes, 2012).

A realização de um protocolo de intervenção de enfermagem ao doente com TCE, surgiu da necessidade em uniformizar um conjunto de intervenções de enfermagem para uma actuação rápida e eficaz ao doente com TCE em sala de emergência, baseado nas recomendações do *Advanced Trauma Life Support (ATLS®)* do *American College of Surgeons (ACS, 2012)* e do *Trauma Nursing Core Course (TNCC®)* da *Emergency Nurses Association (ENA, 2007)*.

De modo a alcançar os objectivos propostos, formulou-se a seguinte questão de investigação: Quais são as intervenções e enfermagem a incluir num protocolo de intervenção ao doente com TCE?

### Metodologia

Tipo de estudo e metodologia desenvolvida para construir e validar o protocolo:

Para responder á questão de investigação formulada para este estudo foi desenvolvido um estudo metodológico em que se seguiram as seguintes fases:

Numa primeira fase foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema, em bases de dados como a Pubmed, CHINAL, LILACS, RCAAP.



Na segunda fase, foi aplicado um questionário a um grupo de especialistas em médico- cirúrgica na área do ensino em enfermagem, para pré-selecção das intervenções de enfermagem a utilizar.

Numa terceira fase foram seleccionados os peritos para compor o painel Delphi através de critérios de inclusão da amostra e foi preparado o instrumento de investigação no *Google docs*.

A ultima fase correspondeu à operacionalização do método Delphi através da aplicação de questionários em duas rondas. A primeira ronda incluiu o envio do questionário online aos peritos que aceitaram participar no estudo e tratamento estatístico em SPSS® dos resultados. A segunda ronda incluiu a apresentação dos resultados da primeira ronda e do novo questionário a apresentar aos peritos.

População e amostra: Este estudo incluiu 13 peritos na área do trauma que cumpriram com os critérios de inclusão propostos, quando às habilitações literárias, habilitações profissionais (especialistas em médico- cirúrgica), tempo de exercício profissional e tipo de funções exercidas.

O questionário apresentado, permitiu que os peritos se pronunciassem quanto pertinência e compreensibilidade das intervenções de enfermagem ao doente com traumatismo crânio-encefálico através de uma escala ordinal tipo Likert.

Procedimentos formais e éticos: Após a selecção dos peritos estes foram convidados a participar, garantindo o consentimento informado e esclarecido, anonimato e confidencialidade das respostas.

Tratamento de dados: O tratamento de dados foi realizado através do cálculo de frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central e de variabilidade.

## **Resultados**

De acordo com os resultados da literatura (Boulkedid et al. 2011, Goodrich et al. 2013 e Keeney et al. 2006)., foi definido um nível de concordância para este



estudo, superior a 80%. Os resultados revelaram que o consenso entre os peritos foi conseguido logo na primeira ronda de questionários, com mais de 84,6% dos peritos a considerar as intervenções apresentadas como pertinentes e compreensíveis.

A segunda ronda de questionários permitiu otimizar o protocolo de actuação e as duas intervenções de enfermagem propostas foram validadas pelos 13 peritos com um resultado de 100% quanto à pertinência e compreensibilidade.

Assim o protocolo ficou constituído por duas áreas: Avaliação inicial e avaliação secundária. A primeira, incluiu etapas que permitem a estabilização hemodinâmica do doente (A- manter a permeabilidade da via aérea com controlo da coluna cervical; B- ventilar e oxigenar; C- assegurar a circulação e controlo da hemorragia; D- disfunção neurológica; E- exposição e controlo da temperatura). A segunda área do protocolo, inclui um conjunto de etapas que visam uma abordagem mais detalhada ao doente com TCE (sinais vitais e intervenções; exames complementares de diagnóstico; apoio à família; história do doente; exame físico detalhado; prevenção do aumento da pressão intracraniana; transporte do doente).

## **Conclusões**

Este estudo permitiu que se construísse um protocolo com intervenções de enfermagem válidas e consensuais entre peritos, para uma abordagem adequada ao doente com traumatismo crânio-encefálico em sala de emergência.

## **Bibliografia**

American College of Surgeons (2012). *Advanced Trauma Life Support® Student Course Manual*. Ninth Edition. ACS Committee on Trauma. Chicago.

Boukdedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O., Alberti, C. (2011) Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review, *PLoS One*, 6 (6), 20476.



## Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

Emergency Nurses Association (2007). *Trauma Nursing Core Course (TNCC)*. Sixth Edition.

Goodrich, L. G., Martinsen, G. L., Flyg, H. M., Kirby, J., Asch, S. M., Brahm, K. D., ... Shea, J. E. (2013). Development of a mild traumatic brain injury-specific vision screening protocol: A Delphi study. *JRRD*, 50 (6).

Keeney, S., Hasson, F. & McKenna, H. P. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (2), 205-212.

Oliveira, E., Lavrador, J. P., Santos, M. M. & Antunes, J. L (2012). Traumatismo Crânio-Encefálico: Abordagem Integrada. *Acta Med Port*, 25(3), 179-192.



## Cuidados Paliativos no Hospital de Agudos: Uma Necessidade Emergente

---

Marta Gôja\* & Sara Rijo\*\*, [sara.f.rijo@gmail.com](mailto:sara.f.rijo@gmail.com)

\* Serviço de Medicina I & \*\*Serviço de Urgência Geral do Hospital de Santo André – CHL

---

### Introdução

A longevidade crescente e o aumento das doenças crônicas e progressivas, aliado ao facto da dessocialização da morte e falta de suporte familiar levaram a um acréscimo da procura dos cuidados de saúde por parte do doente com necessidade de cuidados paliativos. (ANCP,2006) Sabe-se que em Portugal, o sistema público tem uma forte componente hospitalar, existindo 3,5 camas/1.000 habitantes, das quais 2,9 são destinadas a tratamentos de situações agudas. (Marques, 2009). Os hospitais de agudos são fundamentais para o desenvolvimento dos cuidados paliativos, ainda que as características peculiares destas instituições, com uma cultura organizacional e uma filosofia muito centrada no curar dificultem o cuidar deste tipo de doentes e suas famílias. (Sapeta e Lopes, 2007). Uma das grandes dificuldades sentidas pelos profissionais reside em referenciar, principalmente os doentes não oncológicos para Cuidados Paliativos, muitas vezes por dificuldade na sua identificação.

As ações paliativas emergem e apresentam-se como uma estratégia eficaz para doentes com necessidade de uma abordagem paliativa, com diminuição de custos e melhoria da qualidade dos cuidados. (Barroso,2010) O plano de cuidados deve ser estabelecido com base nas necessidades dos doentes e não no diagnóstico clínico. Urge a necessidade de conhecer as características destes doentes e quais as suas necessidades.

Alertamos para o facto da necessidade de implementação de uma Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos, pois estas têm um papel determinante na sensibilização e na formação de outros técnicos para a prática dos Cuidados



Paliativos. Contribuem para a identificação mais objectiva das necessidades na sua instituição e são muitas vezes o embrião de serviços de Cuidados Paliativos mais diferenciados. (PNCP, 2010)

## Objetivos

Este é um estudo descritivo simples que tem como principais objetivos:

- Conhecer a prevalência de doentes com necessidade de Cuidados Paliativos no Centro Hospitalar de Leiria
- Caracterizar os doentes com necessidade de Cuidados Paliativos
- Conhecer as necessidades dos doentes com critérios de Cuidados Paliativos

## Metodologia

População e amostra: Todos os doentes internados nas enfermarias de Medicina e Cirurgia do CHL no dia definido para o estudo durante o mês de Setembro de 2015.

Instrumentos: O instrumento de colheita de dados é composto por 3 partes:

1. Critérios de inclusão: Doença avançada, progressiva, incurável; prognóstico de vida limitado ( PPS<50); intenso sofrimento (com sintomas não controlados); problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar (apesar de atitudes terapêuticas já tomadas).
2. Caracterização sociodemográfica e clinica do doente
3. Check-list de avaliação de necessidades

A aplicação do instrumento no dia do estudo foi preenchida pelos investigadores com apoio / informação da equipa médica e de enfermagem e sempre que necessário com avaliação direta do doente e consulta do processo do doente. Antes da aplicação definitiva do instrumento de colheita de dados foi efetuado um pré-teste.



Procedimentos formais éticos e tratamento de dados: Após a autorização da instituição durante o processo serão cumpridos todos os procedimentos éticos constantes da declaração de Helsínquia incluindo o consentimento informado e esclarecido dos utentes.

Os dados foram tratados recorrendo ao programa SPSS versão 19. Foi utilizada a estatística descritiva nomeadamente frequências, medidas de tendência central e de dispersão.

## **Resultados**

Este estudo revelou que 29 dos 166 doentes internados nos serviços de Medicina e Cirurgia do CHL no dia do estudo necessitam de Cuidados Paliativos, ou seja, 17,48%.

Quanto aos dados sociodemográficos, 51,7% são Mulheres e 48,3% são Homens; as idades estão compreendidas entre os 41 e os 96 anos com uma média de 78,1 anos, com desvio padrão de 14,76; 86,2% são doentes considerados com doença extensa e totalmente dependentes nas AVDs, podendo concluir-se que estão em fase terminal. (PPS $\leq$ 30; Índice de Barthel  $\leq$ 3). 65,6% dos doentes são Não-Oncológicos, destacando-se a Demência e a DPOC como doenças Não-oncológicas mais frequentes entre os doentes identificados com critérios de Cuidados Paliativos.

Quanto à avaliação de necessidades, 100% dos doentes têm mais que 3 sintomas não controlados, sendo o sintoma mais prevalente o Cansaço (72,4%), seguido da Dor (60,5%). A nível social 86,2%, têm necessidade de Apoio Social e 51,7% apresenta Exaustão do Cuidador. Apenas 2 doentes foram referenciados para Unidades de Cuidados Paliativos.

## **Conclusões**

Existe um grande grupo de doentes que não é identificado pelas equipas dos Serviços que beneficiavam de ações paliativas, ou que são identificados mas



que apresentam sofrimento com sintomas não controlados e necessidades não satisfeitas.

A criação de uma Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos será uma mais-valia para o CHL na identificação destes doentes, dando apoio aos Serviços, formação das equipas e referenciação para a futura Unidade de Cuidados Paliativos, contribuindo para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados ao doente até ao fim do seu ciclo de vida.

### **Bibliografia**

Barroso, R. – Condições para o desenvolvimento de acções paliativas em unidades de internamento de agudos. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. Tese de mestrado

Sapeta, P.; Lopes, M. Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente (Junho 2006) in: Revista Referencia II série, nº4, Junho2007, Lisboa, p. 35-60

Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Organização de serviços de cuidados paliativos: Critérios de qualidade para as unidades de cuidados paliativos. Recomendações da ANCP. Julho; 2006.

MARQUES, M. Os laços sem-fim e os desafios da medicina. Acta Médica Portuguesa. 18 (2005) 353-370.

DGS. Plano Nacional de Cuidados Paliativos 2010. PNCP [http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/3/cuidados+paliativos.htm?wbc\\_purpose=basic](http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/3/cuidados+paliativos.htm?wbc_purpose=basic)

Neto, IG. Para além dos sintomas: a dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. Em: Neto, I.G. Aitken, H., Paldrön, T. A Dignidade e o Sentido da Vida: Uma Reflexão sobre a nossa existência. Cascais: Pergaminho, 2004



## Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

Neto, IG. Modelos de Controlo Sintomático. Em: Neto, IG; Barbosa, A. Manual de Cuidados Paliativos. 2ªEd. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010.

Twycross R. Cuidados Paliativos. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2003



## **O funcionamento e suporte social e pessoal e o nível de saúde mental em doentes com esquizofrenia**

---

Carla Marques, Daniel Carvalho, Liliana Pereira & M<sup>a</sup> Conceição Silva,  
[karlasmarques@gmail.com](mailto:karlasmarques@gmail.com)

Enfermeiros no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santo André - CHL

---

### **Introdução**

A esquizofrenia é definida na DSM V como uma anomalia em um ou mais dos seguintes domínios: delírios, alucinações, desorganização do pensamento, comportamento motor desorganizado ou anormal e sintomas negativos (APA,2013).

As pessoas com diagnóstico de esquizofrenia possuem um funcionamento social baixo, com níveis de escolaridade mais baixos, com dificuldade em estar empregados e em viver de forma independente e possuem ainda uma grande incapacidade em desempenhar alguns papéis sociais básicos. (Haro, Salvador-Carulla, 2006). Estes indivíduos possuem redes de suporte social piores quer na quantidade quer na qualidade do apoio como também o procuram menos vezes (Goldberg, Rollins, e Lehman, 2003; Rodrigues, 2008).

Os objetivos específicos deste estudo são: determinar o funcionamento social e a satisfação com o suporte social dos utentes dos utentes com diagnóstico de esquizofrenia acompanhados nas Consultas de Enfermagem do SPSM do CHL, bem como a determinação do nível de saúde mental dos utentes com este mesmo diagnóstico e acompanhados nas Consultas de Enfermagem do SPSM do CHL

### **Metodologia**

O estudo realizado foi um estudo observacional do tipo transversal. A população foi constituída por todos os utentes seguidos em Consulta de



Enfermagem do SPSM do CHL com o diagnóstico de Esquizofrenia, sendo que a amostra do estudo foi selecionada por conveniência.

Foram definidos como critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, pertencentes a ambos os sexos com o diagnóstico prévio de esquizofrenia e que demonstrem disponibilidade para participar no estudo e competências cognitivas para o fazer (avaliado através do MEM). Foi critério de exclusão a descompensação grave do quadro psicótico que inviabilize a concretização da entrevista.

A colheita de dados decorreu durante o mês de setembro de 2015 recorrendo a entrevistas clínicas utilizando um questionário constituído por: caracterização sociodemográfica e clínica, Escala de Desempenho pessoal e Social (Brissos et al, 2011), Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999) e o Inventário de Saúde Mental na sua versão reduzida – MHI-5 (Pais-Ribeiro, 2001).

Foram cumpridos todos os pressupostos éticos e deontológicos inscritos na declaração de Helsínquia. Para a análise dos dados recorreu-se ao SPSS na sua versão 22. utilizando a estatística descritiva: frequências, medidas de tendência central e de dispersão

## **Resultados**

A amostra do estudo é constituída por 61 utentes com uma média de idades de 44 anos (DP - 12,10), maioritariamente sexo masculino (86,9) solteiros (68,9%) e com o 9º ano de escolaridade (27,9%). A idade média em que foi realizado o diagnóstico de esquizofrenia foi de 31 anos (DP - 10,22), tendo estes doentes uma média de 2,8 (DP - 2,31) internamentos ao longo do seu período de acompanhamento em que 39,3% deles têm familiares diretos com esquizofrenia. Dos doentes da amostra em estudo 57,4% são acompanhados nas consultas de enfermagem de Psiquiatria e os restantes na consulta de enfermagem de Psiquiatria Comunitária.



A escala de PSP possui para esta amostra um score médio da escala de PSP é de 70 (DP - 9,79), á qual é atribuída uma incapacidade evidente em graus variados. A subescala das atividades socialmente úteis é aquela que apresenta um maior número de respostas evidentes ou acentuadas, enquanto os relacionamentos pessoais e sociais é aquela em que foram identificadas mais incapacidades leves. Pelo oposto os comportamentos inconvenientes e agressivos estão ausentes na maioria dos casos.

Já para ESSS foi encontrada uma pontuação total de 51,7 (DP - 8,393) o que deixa a antever um valor já significativo de satisfação com o suporte socia. É na subescala atividades sociais que encontramos uma satisfação mais baixa, sendo que pelo contrário na subescala da satisfação com a família que encontramos a média é mais alta, logo maior satisfação com o suporte social.

O MHI 5 da amostra do estudo possui um score médio de 27 (DP - 18,98). O item no *“último mês durante quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz”* é aquele que possui melhor média, sendo que os restantes itens possuem uma média inferior a três. O item *“Durante quanto tempo, durante o mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar”* é aquele que possui a média inferior.

## **Conclusões**

O funcionamento social da amostra, obtido através da escala de PSP, denota uma incapacidade evidente em graus variados. Já a satisfação com o funcionamento social, avaliado através da ESSS, é bastante satisfatório. A amostra denota ainda um baixo nível de saúde mental.

Através dos resultados obtido no estudo é possível identificar algumas temáticas a abordar numa intervenção a planear para esta população. Desde logo a realização de atividades socialmente úteis e necessidade e desenvolvimento de relacionamentos pessoais e sociais em especial as relações de amizade assim como a ansiedade, tristeza e o controlo emocional.



## Bibliografia

[APA DSM-IV-TR] American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (trans. 4ª. Ed.), texto revisto. Lisboa: Climpso Editores.

Brissos, S., Palhavã, F., Marques, J., Mexia, S., Carmo, A., Carvalho, M., Dias, C., Franco, J., Mendes, R., Zuzarte, P., Carita, A., Molodynski, A., & Figueira, M. (2011) The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1-10. doi: 10.1007/s00127-011-0412-6

Goldberg, R., Rollins, A., & Lehman, A. (2003). A social network correlates among people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), 393-402.

Haro J., Salvador-Carulla L.. (2006) The SOHO (Schizophrenia Outpatient Health Outcome) study: implications for the treatment of schizophrenia. *CNS Drugs.*, 20(4), p. 293-301

Pais-Ribeiro, J. (1999). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa: Placebo editora.

Pais-Ribeiro, J. (2001). *Inventário de Saúde Mental*. Lisboa: Placebo editora.

Rodrigues, V. (2008). *Satisfação com o Suporte Social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Porto.



## Gestão de Resíduos Hospitalares – Estudo de caso CHL

---

Cláudia Afonso, [enf.claudia.afonso@gmail.com](mailto:enf.claudia.afonso@gmail.com)

Enfermeira do Serviço de Medicina II do Hospital de Santo André - CHL

---

### Introdução

Hoje em dia, os hospitais são estruturas complexas que promovem a recuperação da saúde dos pacientes, cuja prestação de serviços e cuidados de saúde requer a utilização intensiva de diversos recursos: humanos, financeiros, tecnológicos, energéticos e materiais. Esta situação tem conduzido a um crescimento dos custos com os cuidados de saúde e consequentemente também a um aumento da produção de resíduos hospitalares (RH).

A existência de resíduos provenientes da prestação de cuidados de saúde a seres humanos constitui um importante problema de saúde pública e ambiental e determina uma atenção crescente na salvaguarda dos efeitos negativos que podem afetar as populações (Despacho 242/96, de 13 de agosto). Perante este cenário, torna-se imperioso sermos eco eficientes, isto é, sermos capazes de gerar mais produtos e serviços, com o menor uso de recursos e diminuir a produção de resíduos e poluentes. Os RH também têm uma vertente económica, o seu armazenamento, o transporte e os processos de tratamento constituem uma elevada fonte de despesa para as instituições de saúde.

### Metodologia

O presente trabalho teve como objetivo analisar os conhecimentos, as práticas e as perceções dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais), no Hospital de Sto. André – Leiria. No total, participaram neste estudo 127 profissionais de saúde.



## Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

Este estudo foi realizado, nos serviços de Cirurgia I e II, Medicina I e II e Ortopedia I e II, no período de 26 de fevereiro a 14 de março de 2015 através da aplicação de um questionário.

### **Resultados**

Os resultados obtidos permitem concluir que existem problemas na gestão de RH, resultantes da falta de formação. Entre os profissionais de saúde, são os enfermeiros que mostram maior conhecimento na separação dos resíduos por classes ou categorias e os médicos menor conhecimento, com 75% e 61% de respostas corretas, respetivamente. Quanto à triagem dos resíduos, as maiores dúvidas estão relacionadas com os resíduos perigosos do Grupo IV, tais como, a separação de medicamentos, de citostáticos e de peças anatómicas identificáveis, o que se traduz numa maior percentagem destes resíduos a serem encaminhados para tratamento e destino final inadequado. Quanto aos acidentes com RH, os enfermeiros são o grupo profissional com mais acidentes com material corto/perfurante, mas os resultados permitem suspeitar que grande parte dos acidentes não são participados.

### **Bibliografia:**

DESPACHO Nº 242/96. (D.R. Nº 187, Série II de 13-08-96) Ministério da Saúde.



## **Eficácia do desempenho dos interfaces de ventilação não invasiva no adulto com insuficiência respiratória em contexto hospitalar**

---

\*António Costa & \*\*Helena Botelho, antonioemcosta@gmail.com

\*Enfermeiro do Serviço de Urgência Geral do Hospital de Santo André – CHL & \*\*Enfermeira da Unidade de Cuidados Continuados do Centro Social Padre Tomás D’Aquino Vaz de Azevedo

---

### **Introdução**

A ventilação não-invasiva (VNI) tem vindo a assumir um papel importante nos últimos anos nos cuidados ao doente crítico com insuficiência respiratória (IR). Contudo algumas complicações na adaptação aos diferentes interfaces fazem com que este método apresente insucesso revelante. O objetivo deste estudo é avaliar qual o interface de VNI mais eficaz no adulto portador de insuficiência respiratória em contexto hospitalar

### **Metodologia**

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, selecionando 9 artigos que foram avaliados metodologicamente pelo instrumento de avaliação crítica do Joanna Briggs Institute do tipo caso-controlo. Os participantes são adultos com IR, independentemente da patologia subjacente, em contexto hospitalar, submetidos a VNI através de máscaras nasal (MN), oronasal (MON), total facial (MTF) e capacete. Comparou-se a eficácia do desempenho dos referidos interfaces. Os principais resultados que se procuram obter são a melhoria das trocas gasosas e a maximização do conforto. Na pesquisa foram utilizadas as palavras-chave: ventilação não-invasiva, insuficiência respiratória, máscara, resultado do tratamento. Foram pesquisados artigos científicos nas bases dados SciELO e MEDLine with Full Text, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Cumulative, CINAHL Plus with Full Text, e através das plataformas PubMed e EBSCOhost Web



## Resultados

Dos artigos selecionados, 4 compararam o desempenho do capacete com a MON<sup>8,9,6,4</sup> dois compararam o desempenho da MON com o capacete<sup>3,7</sup>, um estudo compara o capacete com a entubação endotraqueal<sup>2</sup>; um compara a MN com a MTF<sup>1</sup>; e um compara a MN, MON e a MTF<sup>5</sup>.

Os participantes são portadores de IR, contudo alguns estudos incidiam sobre doentes com patologias específicas associadas sendo que dois estudos apresentavam como participantes doentes portadores de DPOC<sup>1,6</sup>, dois incidem sobre os doentes pós cirúrgicos<sup>2,4</sup>, um estudo contemplava doentes imunocomprometidos<sup>9</sup> e um doentes com patologia hematológica<sup>8</sup>. Em relação à melhoria das trocas gasosas verifica-se uma maior aposta pelo seu estudo por parte dos autores, provavelmente pela facilidade e objetividade da obtenção de resultados, havendo assim uma evidência na melhoria semelhante das trocas gasosas na ventilação não-invasiva com os diferentes interfaces, contudo o conforto foi avaliado através de variáveis heterogêneas e diferentes entre si o que não permitiu discutir resultados com precisão.

## Conclusões

Apesar de atualmente surgir na literatura científica evidência referente à utilização da VNI, não foi possível apurar de inequivocamente qual o interface mais eficaz em doentes portadores de IR em contexto hospitalar e consequentemente a resposta à pergunta de investigação desta revisão, sendo por isso necessário desenvolver mais investigação nesta área, particularmente realizando estudos randomizados.

## Bibliografia

Antón, Antonio [et al.] - Acute Physiologic Effects of Nasal and Full-Face Masks During Noninvasive Positive-Pressure Ventilation in Patients With Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respiratory Care*. 48:10 (2003) 922-925



## Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

Calvo, Francisco Xavier [et al.] - Helmet Noninvasive Mechanical Ventilation in Patients With Acute Postoperative Respiratory Failure. *Respiratory Care*. 57:5 (2012). 743-745

Chacur, Fernando [et al.] - The Total Face Mask Is More Comfortable than the Oronasal Mask in Noninvasive Ventilation but Is Not Associated with Improved Outcome. *Respiration*. 82 (2011) 426- 430

Conti, Giorgio [et al.] - Noninvasive Positive-Pressure Ventilation With Different Interfaces in Patients With Respiratory Failure After Abdominal Surgery: a Matched-Control Study. *Respiratory Care* 52:11 (2007) 1463-1471

Criner, Gerald [et al.] - Efficacy of a New Full Face Mask for Noninvasive Positive Pressure Ventilation. *Chest* 106:4 (1994) 1109-1115

Navalesi, Paolo [et. al.] - Non-invasive ventilation in chronic obstructive pulmonary disease patients: helmet versus facial mask. *Intensive Care Medicine* 33 (2007) 74-81

Ozsancak, Aylin [et al.] - Evaluation of the Total Face Mask for Noninvasive Ventilation to Treat Acute Respiratory Failure. *Chest* 139:5 (2011) 1034-1041

Principi, Tiziana [et al.] - Noninvasive continuous positive airway pressure delivered by helmet in hematological malignancy patients with hypoxemic acute respiratory failure. *Intensive Care Medicine* 30 (2004) 147–150

Rocco, Monica [et. al.] - Noninvasive Ventilation by Helmet or Face Mask in Immunocompromised Patients A Case-Control Study. *Chest* 126:5 (2004) 1508-1515

Asseiro, Cristiana; beirão, Maria - A ventilação não-invasiva em serviço de urgência, cuidados de adaptação e manutenção e ganhos em saúde. *Journal of Aging & Innovation*. ISSN: 2182-696X. 1:4 (2012) 3-13

Barbosa, Alfredo; marques, Isaac - Ventilação Não-Invasiva: implicações para a prática de enfermagem. *Revista Enfermagem UNISA*. 4 (2003) 32-36



## Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

Brill, Anne-Kathrin - How to avoid interface problems in acute noninvasive ventilation. *Breathe*. 10:3 (2014) 231-242

Credland, Nicola - Non-invasive ventilation in COPD exacerbations. *Nursing Times*. 109:36 (2013) 16-21

Ferreira, Susana; nogueira, Carla; conde, Sara; Taveira, Natália – Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XV:4 (2009) 655-667

Holanda, Marcelo [et. al.] - Influência das máscaras facial total, facial e nasal nos efeitos adversos agudos durante ventilação não-invasiva. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 35:2 (2009) 164-173

Keenan, Sean; winston, Brent - Interfaces para ventilação não-invasiva: Faz diferença?. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 35:2 (2009) 103-105

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Crítica. Lisboa.

Ramalho, Anabela - Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem. *Revista Sinais Vitais*. 64 (2006) 51-56

Rego, Francinni [et. al.] - Avaliação do desempenho de diferentes interfaces para ventilação não invasiva em modelo mecânico simulando paciente com DPOC. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP*. 91:2 (2012) 60-8

Silva, Renata [et. al.] - Adaptação a diferentes interfaces de ventilação mecânica não invasiva em pacientes críticos. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 39:3 (2013) 469-475



## **Intervenção na violência contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência: revisão integrativa da literatura**

---

Teresa Esgaio, teresa.esgaio@sapo.pt

Enfermeira na Urgência Básica do Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - CHL

---

### **Introdução**

A violência contra os profissionais de saúde (VCPS) é um problema transversal a todos os serviços de urgência do Mundo. Estes registam o maior número de episódios de VCPS. Esta revisão integrativa pretende abordar a evidência científica e atual sobre intervenções na VCPS nos serviços de urgência e a sua efetividade

### **Metodologia.**

Foram selecionados os conteúdos dos artigos pelas seguintes bases de dados: B-ON, EBSCO, Nursing Reference Center, CINAHL, Lilacs, Medline, Scielo Portugal, Scopus e Sciencedirect-Elsevier. Restringimos a nossa pesquisa a artigos publicados em Português e Inglês e no período de 2011 a 2015. Os descritores utilizados foram: violência, profissionais de saúde, utentes, intervenção, acidente de trabalho, treino de competências, violência no local de trabalho, programa de intervenção; violence, health professionals, patient, intervention, occupational hazard, staff training, violence in workplace, educational program. Perante os critérios de inclusão definimos os estudos com intervenção e com conclusões de sugestões de intervenção a utilizadores e profissionais destes, realizados nos hospitais com serviços de urgência. Excluimos todos os estudos na comunidade e exclusivos em serviços de psiquiatria. Aqueles estudos relativos a *mobbing*, violência doméstica e entre colegas no trabalho também foram eliminados. Da pesquisa efetuada com um número total de 653 artigos, excluimos 618 pela leitura do título. Dos 35 e após



leitura integral dos artigos, selecionamos 7, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão atrás apresentados.

## **Resultados**

Após a realização desta revisão integrativa podemos concluir que a VCPS é uma realidade de dimensão global com graves consequências no bem-estar dos profissionais de saúde, utentes/acompanhantes e instituições. O serviço de urgência é um dos locais de saúde com maior probabilidade para os profissionais de saúde serem vítimas de incidentes violentos devido às suas características específicas e complexas.

## **Conclusões**

A intervenção na VCPS requer avaliação da situação real com forte incidência na sensibilização desta problemática a todos os constituintes do complexo sistema interativo estabelecido nos serviços de urgência. A intervenção deve ser desenhada tendo em conta o diagnóstico prévio da situação real e conter uma visão integrativa da visão dos profissionais de saúde, utentes/acompanhantes e instituição de forma a obter o melhor resultado possível. Os estudos mais recentes, apontam que a intervenção nos domínios: Ambientais, organizacionais/administrativos e comportamentais/interpessoais apresentam um impacto muito significativo na prevenção e diminuição dos incidentes relacionados com VCPS. A avaliação da intervenção poderá constituir uma dificuldade para os investigadores devido à complexidade das abordagens.

## **Bibliografia**

Angland, S., Dowling, M., Casey, D. (2014). Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. *International Emergency Nursing* 22, 134-139.



## Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

DGS (2006). Circular informativa nº15/DSPCS de 07/04/2006 [em linha]. Acedido em Maio de 2015, em <http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/orientacoes-e-contacto.aspx>

DGS (2013). Observatório Nacional de Violência Contra os Profissionais de Saúde – Relatório 2013 [em linha]. Acedido em Maio de 2015, em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/notificacao-on-line-de-violencia-contra-profissionais-de-saude-relatorio-2013-pdf.aspx>

Gates, D., Gillespie, G., Smith, C., Rode, J., Kowalenko, T., Smith, B., Arbor, A. (2011). Using action research to plan a violence prevention program for emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, volume 37, Issue 1, 32-39.

Gillespie, G., Farra, S., Gates, D. (2014). A workplace violence educational program: A repeated measures study. *Nurse Education in Practice* 14, 468-472.

Hahn, S., Hantikainen, Needham, I., V., Kok, G., Dassen, T., Halfens, R. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*. 68(12), 2685-2699

International Council of Nurses, (2007). Guidelines on coping with violence in the workplace. Geneve. ISBN: 92-95040-86-4. [em linha]. Acedido em Maio de 2015 em [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline\\_violence.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_violence.pdf)

Kling, R., Yassi, A., Smailes, E., Lovato, C., Koehoorn, M. (2011). Evaluation of violence risk assessment system (the Alert System) for reducing violence in an acute hospital: A before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 534-539.



## Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

Lin, L., Juan, C., Chu, C. (2014). The needs and potencial solutions for improvement of workplace violence management in emergency departments in Taiwanese hospitals. *Journal of Acute Medicine*. 4, 13-19.

Luck, L., Jackson, D., Usher, K. (2009) - Conveying caring: Nurses attributes to avert violence in the ED. *International Journal of Nursing Practice*. 15, 205-212.

Martino V., Hoel, H., Cooper, C. (2002). Preventing violence and harassment in the workplace. European Foundation for the improvement of Living and Working Conditions. Ireland. [em linha]. Acedido em Maio de 2015 em [http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_files/pubdocs/2002/109/en/1/ef02109en.pdf](http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2002/109/en/1/ef02109en.pdf)

Sato, K., Wakabayashi, T., Kiyoshi-Teo, H., Furukahori, H. (2013). Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 50, 1368-1376.

Stene, J., Larson, E., Levy, M., Dohlman, M. (2015). Workplace violence in the emergency department: Giving staff the tools to report. *Nursing Research and Practice*. The Permanente Journal, Volume 19, No.2

Wassel, J. T. (2009). Workplace violence intervention effectiveness: A systematic literature review. *Safety Science* 47, 1049-1055.



## Parte II - Posters



## **Estudo epidemiológico de úlceras de pressão em doentes internados no Serviço de Medicina do HABLO**

---

Isabel Costa, Paula Benavente, Vânia Silva & Vitória Curado,  
[vania\\_pinheiro81@hotmail.com](mailto:vania_pinheiro81@hotmail.com)

Enfermeiras do Serviço de Medicina do Hospital Bernardino Lopes Oliveira – CHL

---

### **Introdução**

A maioria das políticas de prevenção das úlceras de pressão recomenda a utilização de escalas de avaliação do grau de risco de desenvolvimento das úlceras de pressão. No Centro Hospitalar de Leiria é aplicada a Escala de Braden a todos os doentes internados. Assim, este estudo procura determinar a taxa de prevalência e incidência de úlceras de pressão em utentes internados no HABLO. Ao avaliar sistematicamente estes indicadores com a aplicação da escala de Braden, é estabelecido um conjunto de intervenções individualizadas de acordo com o risco identificado, permitindo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes, assim como a melhoria da qualidade dos registos.

### **Metodologia**

O estudo é retrospectivo, do tipo quantitativo. Foi feita uma análise da aplicação da Escala de Braden à entrada e alta, a todos os doentes internados no serviço de Medicina entre 7 de Outubro de 2014 a 24 de Fevereiro de 2015. Os dados foram colhidos diretamente dos processos onde se encontrava o registo dos dados em análise, sendo o número de dias entre a primeira e a segunda avaliação, variáveis e de acordo com a demora média dos internamentos, que oscilou entre os 10 e os 15 dias

O tratamento de dados foi efetuado através da utilização da estatística descritiva: frequências, medidas de tendência central e de dispersão



## Resultados

51,24% dos doentes em estudo têm como diagnóstico principal infeção respiratória e em 33,47% dos doentes têm como diagnóstico o AVC. Na 1ª avaliação o score mínimo da Escala de Braden é de 7 e o máximo é de 23, sendo a média de  $15,6 \pm 4,1$  e na 2ª avaliação o score mínimo da Escala de Braden é de 8 e o máximo é de 23 sendo a média de  $16 \pm 4$ . De salientar que na 1ª avaliação havia um alto risco ( $\leq 16$ ) em 39,7 doentes e na 2ª um risco aumentado de 42,1%. O aumento do risco deveu-se essencialmente ao aumento de doentes imobilizados, exposição á humidade e fricção e forças de deslizamento. Dos 242 doentes em estudo, 22 tinham úlceras de pressão sendo 2 adquiridas no Serviço. (1 flictena e um eritema não branqueável), ou seja a taxa de incidência foi de 0,82%. Para este valor concorrem algumas das intervenções efetuadas, nomeadamente cerca de 75,6% dos utentes são repositados na cama de 4 em 4 horas

## Conclusões

Apesar de ter aumentado o número de doentes de alto risco, dado a tipologia de doentes, a taxa de incidência foi de 0,82% valor mais baixo do que a literatura refere. Apesar de ser expectável a taxa de incidência de 0 e ainda termos muito a melhorar este dado é abonatório da qualidade dos cuidados de enfermagem que se prestam nesta unidade hospitalar.

## Bibliografia

Dealey, Carol (2006). *Tratamento de feridas: Guia para os enfermeiros*. Lisboa, Climepsi editores, São Paulo;

Duque et al. (2009). *Manual de Boas práticas: úlceras de pressão- Uma abordagem de boas práticas*. Coimbra, Formasau;

Ferreira, Pedro; Miguéns, Cristina; Gouveia, João; Furtado, Kátia. *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden*. Lusodidacta.2007;



## Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

Furtado, Kátia (2001). *Prevenção e tratamento de úlceras*. Coimbra, Edições Formasau.



## **Vivências dos Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral, na Comunicação de Más Notícias (MN)**

---

Vânia Ribeiro, [vaniarita1985@gmail.com](mailto:vaniarita1985@gmail.com)

Enfermeira do Serviço de Urgência Geral do Hospital de Santo André - CHL

---

### **Introdução**

Má Notícia é considerada como toda a informação cujo impacto possa promover uma mudança drástica e negativa da pessoa e na sua perspetiva do futuro. Pereira (2008) refere ser consensual que esta informação é sempre aquela que toca negativamente as perspetivas da pessoa, devido a uma situação vivenciada pelo próprio ou por alguém próximo.

Na prática quotidiana, o enfermeiro depara-se muitas vezes com a necessidade de comunicar más notícias, informação que causa perturbação e mal-estar a quem recebe, como também a quem comunica a informação.

### **Objetivos**

De forma a perceber as vivências dos enfermeiros na comunicação de Más Notícias foram definidos os seguintes objetivos:

- Perceber o que os enfermeiros do SUG consideram MN;
- Identificar dificuldades sentidas pelos enfermeiros do SUG na comunicação de MN;
- Identificar as estratégias que os enfermeiros do SUG utilizam para lidar com as dificuldades na comunicação de MN;



- Conhecer se os enfermeiros do SUG sentem necessidades de formação sobre comunicação de MN;
- Verificar se os enfermeiros do SUG conhecem/utilizam alguma metodologia para a comunicação de MN

### **Metodologia**

O estudo foi realizado a 6 enfermeiros que prestam funções no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital Santo André (HSA) do Centro Hospitalar de Leiria (CHL) - EPE (Entidade Pública Empresarial) que responderam a uma entrevista efetuada pela investigadora.

Para o tratamento de dados foi utilizada uma metodologia qualitativa com uma abordagem fenomenológica. Procedeu-se à sua transcrição e interpretação com base na metodologia de Colaizzi.

Apos a autorização da Instituição e a aprovação da comissão de ética e durante todo o estudo foram cumpridos os princípios da declaração de Helsínquia

### **Resultados**

Deste estudo e apos a analise dos dados emergiram quatro temas principais: conceito de MN, onde são revelados os diferentes conceitos relativos à MN; o processo da comunicação da MN, onde se aborda quem comunica a notícia e em que casos, como ocorre a comunicação, se pessoalmente ou por telefone e se é seguida alguma metodologia; as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, que incluem dificuldades centradas no enfermeiro, no doente e/ou família e centradas na organização; e finalmente as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, que envolvem as estratégias centradas no enfermeiro e no doente e/ou família.

Quanto ao conceito de MN a maioria dos enfermeiros associa-a à morte, estando a MN também relacionada com a comunicação de diagnósticos inesperados, situações de tratamentos indefinidos, necessidade de



internamento hospitalar, no fundo qualquer informação que altera o percurso normal da vida do indivíduo.

Relativamente ao processo de comunicação da MN constatou-se que este engloba por um lado quem comunica a notícia, por outro como ocorre a comunicação e por fim onde ocorre a transmissão da informação. Todos estes factos são influenciados pelo teor da informação a comunicar.

Quanto às dificuldades dos enfermeiros na comunicação das MN estiveram patentes dificuldades centradas no enfermeiro, no doente e/ou família e na organização. As centradas no enfermeiro incidiram no ato de comunicar propriamente dito, associadas a dúvidas quanto a termos e posturas a utilizar durante a notificação; com a escassa informação sobre o núcleo familiar do doente; e também com dificuldades relacionadas com a autogestão de sentimentos. As dificuldades centradas no doente e/ou família envolveram dificuldades quanto à capacidade de compreensão da informação. Por fim, surgiram as dificuldades centradas na instituição, ou seja, dificuldades relacionadas com a estrutura do SU.

Neste âmbito foram reveladas estratégias também centradas no doente e/ou família e estratégias centradas no próprio enfermeiro. Quanto às estratégias centradas no doente e/ou família tinham como objetivo proporcionar as melhores condições para a MN ser comunicada. Foram referidas condições físicas relacionadas com o espaço físico e ambiente, e condições psicológicas/emocionais relacionadas com condutas que visassem o máximo bem-estar da pessoa e/ou família no momento da comunicação. Quanto às estratégias recrutadas pelos enfermeiros para superarem o desconforto desta tarefa, estes referiram a necessidade de um espaço reservado para estarem mais à vontade, apontando a experiência profissional como principal aliada na aquisição de ferramentas para superar a dimensão emocional que comunicar MN envolve.



## Conclusões

A realização deste estudo permitiu apurar que a morte é o significado mais atribuído à Má Notícia.

A forma como se processa a comunicação da Má Notícia, ou seja, quem comunica, o local e o método utilizado depende do âmbito da informação a prestar.

Os enfermeiros revelaram dificuldades em comunicar Más Notícias, assim como estratégias de forma a superá-las.

A consecução deste estudo permitiu conhecer o que pensam e sentem os enfermeiros sobre este assunto, possibilitando assim uma reflexão sobre possíveis práticas a implementar.

## Bibliografia

Baile, W.F., Buckman, R.;Lenzi,R., Glober,G., Beale, E.A., Kudelka, A.P. (2000) SPIKES-A Six-Step Protocol for delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.

Pereira, A. G. P. (2008) *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.

Pereira, A. T. G., Fortes, I.F.L., Mendes, J.M.G. (2013). *Comunicação de Más Notícias: Revisão sistemática da literatura*. *Revista Enfermagem UFPE on-line*,7 (1) 227-235.

Pereira, M.A. (2005). Má Notícia em Saúde: Um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto em Enfermagem*, 14 (1),33-37. Acedido a 27 de Novembro de 2014, em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100004)



### Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

Pereira, V. (2009). Comunicar o Fim de Vida... O Papel do Enfermeiro face à Comunicação de Falecimento à Família. *Revista Enformação*, 14-17. Acedido a 3 de Outubro de 2015, em: <http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/176/1/Enforma%C3%A7%C3%A3o%202009%2014.pdf>

Stefanelli, M.C. & Carvalho, E.C. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole.



## **Comunicação de Más notícias: dificuldades sentidas por enfermeiros e médicos do Serviço de Urgência Geral**

---

Helena Moreira, Rita Martins, Vânia Ribeiro, [helena7agosto@gmail.com](mailto:helena7agosto@gmail.com)

Enfermeiras do Serviço de Urgência Geral do Hospital de Santo André - CHL

---

### **Introdução**

Má notícia consiste em toda a informação cujo impacto possa promover uma mudança drástica e negativa na pessoa e na sua perspetiva de futuro e implica grandes alterações nos padrões de vida e comportamento do utente. Por exemplo, doenças incapacitantes em que não se vislumbra a cura, doenças degenerativas, doenças do foro psiquiátrico progressivamente desestruturantes, a morte de familiar ou pessoa significativa, ou problemas que, à partida, a nós profissionais, parecem mais simples como um internamento repentino ou uma doença aguda com impacto na vida pessoal, familiar e profissional.

No Serviço de Urgência, enfermeiros e médicos deparam-se, muitas vezes, com a necessidade de comunicar más notícias, informação esta que causa perturbação e mal-estar a quem recebe, mas também a quem comunica a informação.

De forma a perceber as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na comunicação de más notícias no Serviço de Urgência, foi aplicado um questionário com 21 questões de resposta tipo Lickert com 3 pontos ("Nenhuma dificuldade", "Pouca dificuldade", "Muita dificuldade") a que pontuações mais elevadas corresponde grau de dificuldade percecionado mais elevado. Os resultados servirão para uniformizar procedimentos e apoiar os profissionais aquando da comunicação de más notícias.



## Metodologia

Estudo quantitativo cujo instrumento de colheita de dados consiste num questionário com 22 questões de resposta tipo Lickert com 3 pontos ("Nenhuma dificuldade", "Pouca dificuldade", "Muita dificuldade") a que pontuações mais elevadas corresponde grau de dificuldade percebido mais elevado. O tratamento de dados feito através do Excel e SPSS.

## Resultados

A maioria dos enfermeiros sente muita dificuldade na comunicação de notícia *a ou acerca de adulto/adulto jovem*, independentemente do seu estado prévio (n=40), bem como em *lidar com reações exacerbadas* por parte dos interlocutores (n=34), *ajudar o interlocutor a lidar* com a má notícia (n=27), comunicar uma notícia *sozinho* (n=23) e em *aceder a protocolos* do serviço/instituição acerca da transmissão de más notícias (n=28). No que respeita aos médicos, constatamos que a maioria sente muita dificuldade na comunicação de uma má notícia por *via telefónica* (n=3), em encontrar um *espaço físico, no SU, adequado* à comunicação de uma má notícia (n=4) e na *obtenção de formação* na área da comunicação de más notícias (n=3). Enfermeiros e médicos são unânimes no que respeita à comunicação de uma notícia de *morte súbita*, demonstrando, muita dificuldade neste processo (enfermeiros n=43; médicos n=4), independentemente do número de anos de experiência profissional. De realçar que zero elementos do género masculino admite muita dificuldade neste âmbito. A área em que os enfermeiros se sentem mais preparados na comunicação de más notícias é na *resposta às questões colocadas pelo interlocutor acerca das diligências a tomar após a morte* (n=26 referem nenhuma dificuldade). Já relativamente aos médicos, as menores dificuldades são na *resposta às questões colocadas pelo interlocutor acerca do acontecimento transmitido*, nomeadamente motivo e duração do internamento e tratamentos a efetuar (n=3), na comunicação de uma má notícia em equipa enfermeiro-médico (n=3) e em disponibilizar tempo para o processo de comunicação de uma má notícia (n=3). No que respeita às pessoas com mais anos de experiência profissional no SUG (experiência



profissional >10 anos), as áreas em que apresentam muita dificuldade são a transmissão de *notícia de uma morte súbita*, transmissão de má notícia a ou acerca de adulto/adulto jovem, independentemente do seu estado prévio, lidar com reações exacerbadas por parte dos interlocutores, aceder a protocolos do serviço/instituição acerca da transmissão de más notícias. Relativamente à questão acerca do controlo das próprias emoções/reações ao comunicar uma notícia indesejada, verificamos que a maioria dos homens refere nenhuma dificuldade (n=5) enquanto as mulheres admitem a existência de dificuldade, ainda que pouca dificuldade (n=30). O mesmo se verifica em relação à dificuldade em distanciar-se da situação experienciada (Homens n=5 responderam nenhuma dificuldade; Mulheres n=25 pouca dificuldade). Quanto à *disponibilidade de tempo* para o processo de comunicação de uma má notícia verifica-se que os médicos, na sua maioria, não apresentam dificuldade neste sentido, enquanto a maior parte dos enfermeiros apresenta dificuldade (n= 23 pouca dificuldade, n=20 muita dificuldade). Verificamos ainda que a experiência profissional não é fator protetor na dificuldade/necessidade em obter formação na área da comunicação de más notícias, uma vez que, mesmo os profissionais com mais anos de experiência em SUG (>10 anos), demonstram, na sua maioria (n=9), pouca dificuldade neste processo. Comunicar uma má notícia presencialmente/pessoalmente parece ser mais difícil para os profissionais menos experientes (experiência profissional <11 anos), visto a maioria referir dificuldade (n=18 pouca dificuldade, n=18 muita dificuldade). Em contrapartida, os profissionais com mais de 11 anos de experiência referem, na sua maioria, pouca dificuldade (n=11). Responder às *questões colocadas pelo interlocutor acerca do acontecimento transmitido*, nomeadamente causa de morte, últimos momentos da pessoa que faleceu parece ser uma dificuldade mais sentida por enfermeiros que por médicos, uma vez que a maior parte dos enfermeiros refere dificuldade (n=31 pouca dificuldade, n=16 muita dificuldade), enquanto os médicos sentem na sua totalidade nenhuma (n=3) ou pouca dificuldade (n=3) nesta tarefa. Apesar de ambos os grupos profissionais apresentarem, na sua maioria, pouca dificuldade em *saber por onde iniciar a transmissão da informação* (enfermeiros n=31 pouca dificuldade, médicos n=5



pouca dificuldade), uma parte significativa dos enfermeiros (n=13) refere sentir muita dificuldade.

## **Conclusões**

Tendo em conta os resultados obtidos conseguimos concluir que enfermeiros e médicos do SUG sentem dificuldade na comunicação de más notícias, sobretudo em situações de uma morte súbita.

O género não influencia o grau de dificuldade sentido, exceto quando se trata da comunicação de uma morte súbita, do controlo das próprias emoções/reações e do distanciamento da situação experienciada, vivências estas em que se verifica maior dificuldade no género feminino.

A idade não constitui fator protetor em relação à dificuldade sentida na comunicação de más notícias. Já o mesmo não se poderá afirmar em relação à profissão uma vez que cada grupo profissional tem diferentes graus de dificuldade em áreas distintas do processo de comunicação de más notícias.

Relativamente ao número de anos de experiência de trabalho no SUG, os profissionais apresentam diferenças no grau de dificuldade sentida e nas diferentes áreas do processo.

Em suma, dado que diferentes profissionais, de géneros e idades diferentes, com diferentes anos de experiência profissional no SUG apresentam, na sua maioria, resultados que nos levam a aferir que sentem dificuldade na comunicação de más notícias, torna-se pertinente a realização de formação neste âmbito.

## **Bibliografia**

Fortin, M. F. (1999). O Processo de Investigação: da conceção à realização (3ª edição). Loures: Lusociência.

Pereira, A. G. P. (2008) Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. Coimbra: Formasau.



### Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

Baile, W.F., Buckman, R.;Lenzi,R., Glober,G., Beale, E.A., Kudelka, A.P. (2000) SPIKES-A Six-Step Protocol for delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. The Oncologist, 5, 302-311.

Ribeiro, Vânia (2015). "Vivências dos Enfermeiros na comunicação de más notícias". Tese de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em situação crítica pela Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria



## Efetividade do Protocolo de Yale no controlo de glicémias nos doentes de cuidados intensivos

---

\*Nádia Neto & \*\*Gonçalo Ribeiro, [nadianeto@hotmail.com](mailto:nadianeto@hotmail.com)

\*Enfermeira da Santa casa da Misericórdia Alcobça & \*\* Enfermeiro na ABEP

---

### Introdução

O controlo de glicémias no contexto do doente crítico reveste-se de extrema complexidade. É neste contexto que importa compreender a efetividade do Protocolo de Yale no controlo de glicémias nos doentes de cuidados intensivos.

### Metodologia

Foi efetuada uma revisão sistemática da literatura, utilizando a estratégia PICO, entre 1 de abril a 8 de maio de 2015 sendo tendo-se pesquisado artigos científicos na Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), PubMed e Cinahl *Plus with Full text* presentes nos motores de busca PubMed e EBSCOhost WEB. Foram encontrados 3 artigos científicos, utilizando as seguintes frases booleanas (*yale protocol*) and (*intensive care*) and (*adult*) e (*yale protocol*) and (*intensive care*) and (*effectiveness*), os artigos foram incluídos por incluírem após terem sido aplicados os seguintes critérios de inclusão: data de 2001 a Março 2015, adultos internados em cuidados intensivos submetidos ao protocolo de Yale, estudos em português ou inglês, e estarem de acordo com os objetivos da revisão sistemática da literatura após análise de título e resumo. Após a constituição da amostra todo o processo de seleção da literatura científica foi realizada por dois revisores, que avaliaram de forma independente os artigos utilizando as grelhas de avaliação da qualidade dos estudos através das escalas de JBI.



## Resultados

O protocolo de Yale permite uniformizar o controlo de glicémias em unidades de cuidados intensivos por forma a ser adotada uma faixa de glicémias segura e efetiva. No estudo Golberg et al, (2004) independentemente do grau de severidade da doença (APACHE II score 23.9 +/-9.2 vs. 19.0 +/- 6.9,  $P < 0.01$ ) e dos valores de glicémia na admissão (234 +/-149 vs. 188 +/-91 mg/dl,  $P=0.08$ ) os doentes com protocolo de infusão apresentam melhor controlo de glicémias do que o grupo controlo, estas alterações mostraram-se mais evidentes após as 12h do início da hiperglicemia, a implementação do protocolo de Yale foi bem aceite pela equipa de enfermagem da unidade de cuidados intensivos tendo 73% considerado muito fácil ou razoavelmente fácil de usar, 86% referiram muito efetivo ou razoavelmente efetivo e 75% sentiram que este protocolo foi uma mais valia comparado com a forma do controlo de glicémias anteriormente.

No estudo Diener et al; (2006) os resultados demonstram que este foi efetivo e melhorou significativamente o controlo de glicémias numa população heterogénea de doentes críticos, clínicos e cirúrgicos, comparativamente com o controlo de glicémia realizado anteriormente. Após a implantação do protocolo, a glicémia média foi reduzida de  $181,7 \pm 36,1$  mg/dL para  $131,2 \pm 14,1$  mg/dL e também houve um aumento significativo na proporção das glicémias dentro da faixa-alvo que subiu de 32% para 65%, o tempo necessário para as glicémias atingirem a faixa de controlo também diminuiu significativamente. Os episódios de hipoglicémia foram prontamente detetados e corrigidos pela administração venosa de glicose a 50% de acordo com as instruções do protocolo.

Segundo Wilinska et al; (2014) o protocolo de Yale aparece como o mais seguro com rácio de hipoglicémia mais baixos, embora as simulações computadorizadas tenham limitações, contudo oferecem uma abordagem prática única, dado o custo proibitivo e os dilemas éticos associados com a realização de avaliações semelhantes como ensaios clínicos de grande escala.



## Conclusão

Esta revisão sistemática da literatura permite concluir que o protocolo de Yale apresenta-se como um protocolo efetivo e seguro que garante uma monitorização adequada do doente crítico. Conforme sugerem os autores pesquisados, há necessidade de se realizarem mais estudos randomizados que permitam a melhoria contínua da assistência dada ao doente crítico na infusão de insulino terapia.

## Bibliografia

American College of Endocrinology Task Force on Inpatient Diabetes and Metabolic Control – Position Statement on Inpatient Diabetes and Metabolic Control. *Endocr Pract*, 2004; 10:78-82.

Argollo, B., Faustino, N., Nery, T., & Faustino, P. (2010). Valores glicêmicos oferecidos pelo glicosímetro portátil, utilizando sangue de diferentes vias de coleta: estudo de validade. *Rev Bras Ter Intensiva*, 22 (4), 351-357.

Diener, C., Prazeres, D., Rosa, D., Alberton, C., & Ramos, S. (2006). Avaliação da efetividade e segurança do protocolo de infusão de insulina de Yale para o controle glicêmico intensivo. *Rev Bras Ter Intensiva*, 18 (3), 268-75.

Galvão, M., Sawada, O., & Trevizan, A. (2004). Revisão sistemática. *Rev Latino-am enfermagem*, 12 (3), 549-56.

Goldberg A., Siegel D., Sherwin S. et al – Implementation of a safe and effective insulin infusion protocol in a medical intensive care unit. *Diabetes Care*, 2004;27:461-467.

Krinsley J., – Association between hyperglycemia and increased hospital mortality in a heterogenous population of critically ill patients. *Mayo Cli Proc*, 2003; 78:1471-1478



### Livro de Resumos do X Encontro de Enfermagem do CHL

Lopes, M., & Fracoli, A. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto and Contexto Enfermagem*, 17 (4), 771.

Mendes, S., Silveira, P., & Galvão, M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto and Contexto Enfermagem*, 17 (4), 758.

Morris, A. H. (2003)– Treatment algorithms and protocolized care. *Curr Opin Crit Care*,; 9:236-240

Nasraway S. Jr – Hyperglycemia during critical illness. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 2006; 30:254-258.

Santos, C.; Pimenta, C.; Nobre, M. (2007) - A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 15, nº 3, p. 508-511.

Van den Berghe G., Wouters P., Weekers F., Verwaest C., Bruyninckx F, Schetz M. Intensive insulin therapy in the critically ill patients. *N Engl J Med*. 2001; 345:1359-67.

Van den Berghe G., Wilmer A., Hermans G., Meersseman W., Wouters J., Milants I. Intensive insulin therapy in the medical ICU. *N Engl J Med*. 2006; 354:449-61.