Rute Marisa Canas dos Santos Silva

ESTUDO DE CASO DA PESSOA INTERNADA

Coimbra

Março 2016

Rute Marisa Canas dos Santos Silva

**ESTUDO DE CASO DE PESSOA INTERNADA**

**Estudo realizado no âmbito do Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem no hospital, 4º semestre, 2º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, a decorrer no Serviço de Cirurgia AA do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospitais da Universidade de Coimbra: Estudo de Caso de Pessoa Internada, sob coordenação da professora Manuela Frederico e orientação pedagógica dos Professores Raquel Tomás e Mário Macedo.**

Coimbra

Março 2016

SUMÁRIO

Pág.

INTRODUÇÃO…………………………………………………………..6

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO…………………………………...9

1.1 – Conceitos de Saúde e Doença………………………………………9

1.2 – Modelo Salutogénico……………………………………………….9

1.3 – Processo de Enfermagem…………………………………………..10

1.4 – Modelo conceitual de Virginia Henderson…………………….......11

2 – COLHEITA DE DADOS…………………………………………....12

2.1 – História pessoal e familiar………………………………………....12

2.2 – Genograma………………………………………………………...13

2.3 – Condições Socioeconómicas e Ambientais………………………..15

2.4 – Ecomapa…………………………………………………………...16

2.5 – História Clínica………………………………………………….....17

2.5.1. Antecedentes pessoais e familiares…………………………….….17

2.5.2. Situação patológica atual…………………………………………..18

2.5.3. Internamento……………………………………………………….18

2.5.4. Conceito de Lítiase biliar/ Colecistectomia Laparoscópica…….....19

2.5.5. Terapêutica em contexto hospitalar………………………………..20

2.6 – EXAME FÍSICO…………………………………………………….....20.

2.6.1. Monitorização dos Sinais Vitais…………………………………….…21

2.6.2. Estado Nutricional……………………………………………………...22

2.6.3. Exame físico (avaliação)……………………………………………….22

3 - AVALIAÇÃO DO MODO DE SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS SEGUNDO O MODELO CONCETUAL DE VIRGÍNIA HENDERSON………………………………………………...…24

3.1.1. Necessidade de respirar……………………………………………...…24

3.1.2. Necessidade de beber e comer………………………………………….25

3.1.3. Necessidade de eliminar………………………………………………..26

3.1.4. Necessidade de se mover e manter a boa postura…………………...….27

3.1.5. Necessidade de dormir e repousar……………………………………...27

3.1.6. Necessidade de se vestir e despir……………………………………….28

3.1.7. Necessidade de manter a temperatura corporal nos limites do normal....28

3.1.8. Necessidade de estar limpo e cuidado, e proteger os tegumentos……....29

3.1.9. Necessidade de evitar os perigos………………………………………..29

3.1.10. Necessidade de comunicar com os seus semelhantes……………….....30

3.1.11. Necessidade de agir segundo as suas crenças e seus valores……….….30

3.1.12. Necessidade de ocupar-se com vista a realizar-se………………….…..31

3.1.13. Necessidade de se divertir……………………………………………...31

3.1.14. Necessidade de aprender……………………………………………….32.

4 - PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM……………...32

4.1 - PLANO DE CUIDADOS…………………………………………….…..32

4.2 – Ensinos e preparação da alta……………………………………………..38

CONCLUSÃO…………………………………………………………………40

BIBLIOGRAFIA

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Guião de colheita de dados

APENDICE 2 – Guião exame físico

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE DEPENDÊNCIA DE BARTHEL

ANEXO II – CÁLCULO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

ANEXO III – ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH

ANEXO IV – ESCALA DE BRADEN

ANEXO V – ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO MEIO AMBIENTE/SOCIAL, DE GRAFFAR

ANEXO VI – ESCALA DE MOORSE (RISCO DE QUEDA)

ANEXO VII – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON

INTRODUÇÃO

O estudo de caso é um dos mais antigos métodos utilizados no ensino de enfermagem. Este conceito é definido por Merriam (1988) como, uma observação detalhada de um contexto ou de um indivíduo de uma única fonte de documentos ou, de um acontecimento específico. Isto é, baseia-se na exploração detalhada e no estudo profundo de um sistema delimitado ou, de um caso obtido por meio de uma pormenorizada recolha de informação.

No âmbito do Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem, a decorrer no 4º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem, no serviço de Cirurgia AA do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) – Hospitais da Universidade de Coimbra, no período de 15 de Fevereiro a 29 de Abril do ano de 2016, sob coordenação da professora Manuela Frederico e orientação dos professores Raquel Tomás e Mário Macedo, foi solicitado aos estudantes a realização de um estudo de caso de pessoa internada.

O estudo de caso de Pessoa Internada, corresponde a uma das atividades a desenvolver numa primeira fase de aprendizagem e permite estabelecer a ligação entre os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares anteriormente lecionadas e o contexto real.

A pessoa em estudo foi selecionada, tendo em consideração determinados critérios, entre os quais, estar internada no serviço de cirurgia AA, possuir uma patologia que me suscitou interesse, ser natural de outro país, apresentar-se orientada auto e alo psiquicamente e com um discurso percetível e colaborante.

Os objetivos subjacentes à realização do estudo de caso da pessoa internada são os seguintes:

• Desenvolver competências comunicativas: pessoais e pré-profissionais, recorrendo ao uso do processo de enfermagem;

• Desenvolver as competências essenciais para a recolha, análise e sistematização de informação necessária com a finalidade de conhecer a pessoa, o seu estado de saúde, o seu meio envolvente e os seus recursos de saúde bem como a acessibilidade a estes;

• Identificar as principais alterações do estado de saúde do doente, recorrendo às Catorze Necessidades Humanas Básicas, segundo Virginia Henderson;

• Elaborar um planeamento de cuidados à pessoa atendendo aos domínios de intervenção e resultados esperados;

• Fortalecer o pensamento crítico e criativo;

• Integrar os princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional;

Para a realização deste trabalho, foi feita a recolha de dados através do contacto e observação contínua da doente, a realização de entrevista estruturada à mesma, tendo como instrumentos de colheita de dados a entrevista estruturada, que compreende diferentes instrumentos de medida nomeadamente escalas, observação e avaliação clínica, consulta e estudo do processo clínico da doente de modo a adequar o trabalho aos objetivos pretendidos, livros, artigos e suporte informático.

Relativamente à organização conceptual do estudo, este encontra-se organizado de acordo com as normas do Guia de Realização de Trabalhos Escritos, adotado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) e segundo as orientações para a elaboração do Estudo de Caso de Pessoa Internada, sendo que toda a referenciação bibliográfica se encontra em conformidade com a 6ª edição das normas APA.

É ainda de salientar que no presente documento e em todos os outros, essenciais para a elaboração do mesmo estão inerentes todos os procedimentos éticos subjacentes a estes processos. Destacando-se o consentimento informado, artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro, solicitado à utente T.F., uma vez que neste não consta qualquer informação sem o conhecimento e aprovação da pessoa em estudo. O princípio de anonimato, artigo 85º alínea d) do Código Deontológico do Enfermeiro; Confidencialidade, artigo 86º alínea a) do CDE. Neste sentido, a identificação da pessoa em estudo e familiares será efetivada com recurso a iniciais.

Relativamente à organização, este estudo de caso encontra-se estruturado em seis partes: A presente introdução; um breve enquadramento teórico com referência aos conceitos de saúde/doença, ao modelo Salutogénico, ao Processo de Enfermagem e modelo conceptual de Virgínia Henderson; a caraterização da pessoa em estudo, que expõe toda a informação resultante da colheita de dados realizada (genograma e ecomapa); a avaliação da satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) segundo o modelo de Virgínia Henderson com exame físico incorporado; o plano de cuidados de enfermagem (identificação dos fenómenos de enfermagem, construção de diagnósticos, planificação de intervenções e avaliação dos resultados apresentados, realizada de acordo com as necessidades do utente; a conclusão; bibliografia, apêndices e por fim anexos.

1. **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**
   1. CONCEITOS DE SAÚDE/DOENÇA

A “Organização Mundial de Saúde” (OMS) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”.

Segundo Potter (2006), a doença ‘’ é um estado em que o funcionamento da pessoa, em termos físicos, emocionais, intelectuais, sociais, de desenvolvimento ou espirituais está diminuído ou afetado, quando comparado com uma situação anterior’’.

* 1. MODELO SALUTOGENICO

Aaron Antonovsky, sociólogo da saúde israelita, foi o grande impulsionador do novo paradigma da saúde no final dos anos setenta do século XX - o Modelo Salutogénico. Este modelo surge como um novo paradigma, que vem suceder ao antigo modelo patogénico apenas centrado na doença, ou seja caracterizando-se pela prevenção, tratamento e reabilitação da doença. É importante referir que aquilo que se pretende sempre, é a aproximação ao melhor estado de saúde, evitando a doença, tendo ainda assim, a noção de que o completo bem-estar não é atingível (Carrondo, 2006).

O estado de saúde e de doença é determinado, em grande medida, por um fator psicológico individual: uma atitude geral do indivíduo em relação ao mundo e à sua própria vida. Estar bem não implica necessariamente a ausência da patologia, mas sim que a boa saúde pode ser sustentada por fatores positivos (Schnyder et al, apud Humboldt e Leal, 2008), como fatores socioeconómicos, de habitação, de nutrição e de higiene pessoal e social.

Ao longo deste estudo de caso, é evidenciado o facto de a pessoa ser considerada não como a soma das suas partes, mas sim, como um todo. A adoção de uma visão holística é fundamental para a análise completa e profunda do estado de saúde da pessoa.

* 1. PROCESSO DE ENFERMAGEM

“O processo de enfermagem é um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada.” (Phaneuf, 2001).

Este divide-se em cinco fases interligadas: a apreciação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (este visa principalmente a planificação de cuidados personalizados) (Potter & Perry, 2006).

A apreciação inicial corresponde à primeira fase do processo de enfermagem e inclui duas etapas. Uma primeira etapa de colheita de dados de fontes primárias, secundárias e outra etapa de análise desses mesmos dados como base para a construção de diagnósticos de enfermagem e de um plano individualizado de cuidados (Potter & Perry, 2006).

A segunda fase deste processo compreende a construção de diagnósticos de enfermagem. Estes diagnósticos diferem dos diagnósticos médicos uma vez que, é um julgamento clínico que está focalizado na reação, real ou potencial, do utente a um problema de saúde e não no evento ou complicação fisiológicos (Potter & Perry, 2006).

Segue-se a fase de planeamento na qual são estabelecidas prioridades, fixados objetivos centrados no utente, programam-se intervenções com a finalidade de cumprir esses mesmos objetivos, formulam-se os resultados esperados e elabora-se um plano de cuidados.

A penúltima etapa do processo de enfermagem corresponde à fase de implementação na qual se verifica o início e o término de ações, necessárias ao alcance dos objetivos e resultados esperados dos cuidados de enfermagem (Potter & Perry, 2006).

Por fim, a última etapa do processo de enfermagem, a avaliação. A avaliação é segundo Phaneuf, 2001, um julgamento comparativo sistemático do estado da pessoa, efetuado no momento em que termina o prazo, estabelecido para cada objetivo, considerando para isso os objetivos fixados. Assim, esta fase possui uma elevada importância uma vez que no caso de se verificar um novo problema, ou de se concluir que algum objetivo não foi alcançado, é necessário rever e elaborar um novo plano de cuidados.

* 1. MODELO CONCEITUAL DE VIRGINIA HENDERSON

O modelo conceptual de Virgínia Henderson segundo Phaneuf, 2001, organiza os cuidados de enfermagem, com base no conhecimento e na satisfação das necessidades do indivíduo em prole do desenvolvimento ótimo da sua independência.

Neste modelo “a pessoa doente ou com saúde, é definida como um todo integrado, apresentando 14 necessidades fundamentais que ela deve satisfazer de maneira ótima a fim de conservar ou reconquistar a sua homeostasia”. Todo o ser humano deseja ser independente e tende a conquistar a sua independência.

“As necessidades estão interligadas e a insatisfação de uma delas provoca sempre repercussões na satisfação das outras.” (Phaneuf, 2001). Quando uma necessidade não é satisfeita, o indivíduo encontra-se dependente, num estado de desequilíbrio físico, psicológico, social ou espiritual e incompleto. (Phaneuf, 2001,).

Segundo esta conceção dos cuidados, a função do enfermeiro/a é de ajudar a pessoa doente ou com saúde na manutenção ou recuperação da mesma (ou assisti-la para a morte serena), na realização de atividades que ela própria executaria sem auxílio, se tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. (Henderson, 1960, como referido por George et al.,2000).

Tendo por base este modelo serão, no subcapítulo 2.8, descritas e avaliadas as catorze NHF.

1. **COLHEITA DE DADOS**

A colheita de dados (Apêndice I) é efetuada durante a fase de apreciação inicial do processo de enfermagem. Permite recolher dados subjetivos e objetivos relativos à pessoa em estudo, possibilitando assim a identificação de possíveis problemas, alterações nas necessidades, bem como o reconhecimento de recursos pessoais, com a finalidade do planeamento de intervenções suscetíveis de a ajudar. (Potter & Perry, 2006, p.86-88); (Phaneuf, 2001, p.119)

* 1. HISTÓRIA PESSOAL E FAMILIAR

A pessoa escolhida para a realização deste estudo de caso tem 42 anos, chama-se T.F., é do sexo feminino, de raça negra e nasceu no dia 20 de Abril de 1973 na Guiné Bissau e não possui habilitações literárias.

É a 3ª filha de D.F. (pai) e I.D. (mãe).

Tem 4 irmãs e 1 irmão: I.F. com 56 anos de idade, M.F. com 45 anos, F.F. com 35 anos, B.F. com 35 anos e I.F. com 20 anos de idade. Carateriza a sua infância como uma infância feliz, apesar de não ter tido a oportunidade de ir à escola e, começar a trabalhar cedo face às dificuldades financeiras que a família sentiu. Ingressou no mercado de trabalho no ano de 1980, como ajudante da família no mercado (comerciantes), profissão que a acompanhou até ao ano de 1999.

Veio para Portugal nesse mesmo ano, para a cidade de Coimbra, para tentar adquirir uma vida melhor para si e para a sua família.

No ano de 2000 conseguiu trabalho como empregada de limpeza numa empresa de transportes e, ao longo dos anos foi adquirindo mais trabalhos na mesma área (casas de famílias), onde se mantém atualmente com os mesmos.

No ano de 2001 juntou-se com o namorado (este já tinha um filho de outra relação, o M.F. na altura com 12 anos de idade) e, nasceu o seu filho I.F.

No ano de 2012 separou-se do companheiro, ficando a viver com o enteado e o seu filho até ao dia de hoje. O M.F. hoje com 27 anos está desempregado e, o I.F. com 15 anos frequenta o 8º ano.

Embora esteja distanciada da família, a D. T.F. afirma ter uma boa relação com a mesma. Caracteriza-se como uma pessoa otimista, alegre, simpática e tímida.

* 1. GENOGRAMA

“O Genograma expõe informação familiar pertinente sob a forma de uma árvore familiar que mostra os membros da família e as suas relações durante pelo menos três gerações (McGoldrick e Gerson, 1985, como referido por Stanhope, M. e Lancaster, 1999). O Genograma mostra a história familiar e fornece informação sobre os padrões relacionados com a saúde (Bowen, 1985, Stanhope, M. e Lancaster, 1999), assegurando uma fonte rica de informação a partir da qual se 13 poderão planear intervenções. O cliente e a família são evidenciados no Genograma.” (Stanhope, M. e Lancaster, 1999).

Primeira D.2009 1949

Geração ?

D .F. I.D.

**……………………………………………………………………………………………………….…………………………………**

**1973 ?**

3

Segunda 56 45

Geração I.F. M.F. F.F B.F. I.F.

**………………………………………………………T.F.…………………………………………………………………………………**

Terceira

Geração M.F.

15 8ºano

I.F.

Figura 1

Legenda da figura 1:

Falecimento

Casamento c/filhos

Masculino Feminino Amizade e proximidade

Agregado familia

O Genograma pertencente à família de T.F. abrange três gerações: a primeira os pais de T.F. e N.F. (namorado), a segunda, que engloba T.F., namorado e irmãos e por fim a terceira geração identificada com o filho e enteado da pessoa em estudo.

Nesta figura os membros são identificados pelas iniciais do primeiro e último nome, as suas idades, a data de falecimento, quando conhecida. Todos os dados foram obtidos através da entrevista realizada a D. T.F., sendo que grande parte das informações se encontra incompleta, uma vez que, a pessoa não se recordava de outros pormenores.

Pela observação do Genograma é possível verificar quais as situações clínicas a que cada elemento se encontra sujeito. Apresentam-se também configurados os tipos de relação que estabelece com os parentes

* 1. CONDIÇÕES SÓCIO ECONÓMICAS E AMBIENTAIS

A D. T.F. reside com a sua família num apartamento, que possui boas condições habitacionais, composto por dois quartos, uma cozinha, uma casa de banho, saneamento base, água canalizada, gás butano e eletricidade. De salientar também que para a D. T.F. a localização é um problema uma vez que, não possui transporte próprio para se deslocar de um emprego para outro e, os horários dos transportes públicos não coincidem com o seu horário laboral tendo que se deslocar a pé.

Relativamente à situação económica, a D. T.F. considera-se uma pessoa inserida na classe média, que apresenta uma remuneração suficiente para ter uma vida confortável mas, evidenciando algumas dificuldades financeiras de momento.

* 1. ECOMAPA

“O ecomapa é uma representação visual da unidade familiar em relação com a comunidade que a rodeia (Hartman, 1978, como referido por Stanhope, M. e Lancaster, J., 1999.. O ecomapa mostra a natureza das relações entre os membros da família e o mundo que os rodeia.” (Stanhope, M. e Lancaster, J. P.557).No presente ecomapa estão representados os grupos sociais com os quais a D. T.F. se relaciona e o tipo de vínculo que apresenta com estes.

**? ?**

**?**

1973

T.F.

**? ?**

T.F.

2001 1989

27

15585

I.F. M.F

Figura 2

**Legenda da figura 2:**

**Vinculo fraco:** **Vinculo forte:**

**Vinculo moderado**: **Fluxo de energia**:

Como é possível observar no ecomapa (figura 2), T.F. tem uma relação forte com a família, que têm uma grande influência na sua vida e no seu dia-a-dia, geralmente de forma positiva e, uma ligação fraca com os seus vizinhos. Tem uma relação muito forte com o trabalho. Foi também considerada uma relação fraca com os serviços de saúde, uma vez que T.F. apenas os frequenta em caso de necessidade elevada ou consultas já marcadas, não possuindo hábitos preventivos ou não tendo normalmente necessidade de os frequentar. O paciente em estudo tem uma relação moderada com a religião.

* 1. HISTÓRIA CLÍNICA

A história clínica do utente em estudo compreende os seus antecedentes pessoais, familiares e a sua situação patológica atual, que o levou ao seu internamento.

* + 1. **Antecedentes pessoais e familiares de saúde**

Como antecedentes de saúde e internamentos anteriores refere: dislipidémia controlada com a alimentação e, esteve internada quando nasceu o seu filho.

Não referiu antecedentes familiares.

* + 1. **Situação patológica atual**

De acordo com a paciente, há dez anos atrás realizou tratamento para engravidar (não sabendo referir qual) sem sucesso, no qual evidenciou desde essa altura, episódios esporádicos de dor (grau 9 na escala numérica da dor) na zona abdominal, constante, com irradiação dorsal homolateral direito acompanhado de sensação de enfartamento pós-prandial e dores álgicas intensas. A doente nega outras alterações gastrointestinais, bem como não refere febre ou queixas respiratórias durante os mesmos episódios.

Em Julho de 2015 realizou uma ECO abdominal, a pedido do seu médico de família, no qual foi constatado litíase biliar. Em Outubro desse mesmo ano foi-lhe marcada a cirurgia.

* + 1. **Internamento**

A D. T.F. foi admitida no Serviço de Cirurgia AA dos HUC no dia 14/03/2016 para a realização de uma Colecistectomia Laparoscópica no dia 15/03/2016.

Quando admitida no internamento, a D. T.F apresentou um abdómen mole e depressível à palpação no quadrante superior direito. Referiu dor 7 na escala numérica da dor (moderada a forte), mas manteve estabilidade hemodinâmica e dormitou por períodos.

No dia 15/03/2016 foi conduzida ao bloco operatório, em segundo tempo, para a realização da cirurgia. Posteriormente foi transferida para a unidade de cuidados pós anestésicos, onde permaneceu por algumas horas.

Regressou ao serviço no mesmo dia, no turno da tarde, onde permaneceu até 16/03/16 apresentando sempre uma evolução positiva.

Regressou da cirurgia com quatro feridas cirúrgicas na região abdominal (1 na zona umbilical e as restantes 3 nas zonas laterais direita e esquerda).

Como medidas agravantes a doente refere: realizar levante do leito, posicionar-se no mesmo, transferir-se do leito para a cadeira e vive versa e deambular.

Como medidas de alívio menciona: estar imobilizada no leito algum tempo e tomar analgesia.

Indicou dor na região lombar em grau 4 e dor na região abdominal direita em grau 3.

* + 1. **Litíase biliar/ Colecistectomia Laparoscópica**

A vesícula biliar é um órgão oco de formato semelhante a um ovo alongado. Localiza-se na face inferior do fígado e serve para armazenar e concentrar a bílis produzida nesta glândula e, para a enviar para o intestino no período de digestão dos alimentos. A litíase da vesícula consiste na presença de um ou vários cálculos ("pedras"), compostos maioritariamente por colesterol, dentro da mesma.

A cólica biliar é uma dor súbita, moderada a intensa que se sente no abdómen no hipocôndrio direito, ao nível do fígado, ou mesmo no centro sobre o estômago. Dura habitualmente entre 15 minutos a 24h. Podem ocorrer também sintomas tais como: intolerância a lípidos, náuseas/ vómitos,

O tratamento atual de eleição para a grande maioria dos casos de Litíase vesicular é a chamada colecistectomia laparoscópica. Esta consiste em remover a vesícula por meio de algumas pequenas incisões no abdómen.

* + 1. **Terapêutica em contexto hospitalar**

A D. T.F. no internamento tinha prescrita a seguinte terapêutica:

* Polieletrolitico com Glicose;
* Pantoprazol
* Metoclopramida
* Metamizol Magnésico
* Paracetamol

**(Tabela da terapêutica está em anexo)**

* 1. EXAME FÍSICO

O exame físico consiste na observação completa, detalhada dos sistemas orgânicos e fornece dados objetivos sobre o utente que permitem a elaboração de diagnósticos de enfermagem e, o planeamento de intervenções de acordo com as NHF comprometidas.

Durante o exame, são utilizadas diferentes técnicas de avaliação física sendo a inspeção, palpação, percussão e auscultação os passos básicos para que o exame tenha resultados satisfatórios.

A avaliação tem início a partir do primeiro contacto com o utente, tornando-se mais complexa e rigorosa com o decorrer do exame. A extensão do exame é influenciada pelo estado e pela resposta do utente. O rigor da avaliação irá influenciar a escolha das terapêuticas para um dado utente, bem como a avaliação da resposta a essas mesmas terapêuticas. A realização de avaliações objetivas e abrangentes contribui para a continuidade dos cuidados de saúde.

Como referido anteriormente a D. T.F. é um elemento do sexo feminino, de raça negra que ostenta uma idade que não aparenta ter (semelha mais jovem), bem como um aspeto limpo, cuidado adequado à estação do ano e ambiente hospitalar.

No momento da realização do exame físico a utente apresentou-se consciente, orientada no tempo e no espaço, com uma postura calma, colaborante e bem-disposta durante toda a entrevista. A D. T.F. apresentou, também, ao longo de toda a entrevista um discurso espontâneo, coerente, claro, adequado, fluente, lógico e sequencial. Relativamente à memória (remota e recente), a D. T.F., não apresenta qualquer alteração, evocando com facilidade acontecimentos antigos ou recentes, sendo que, também demonstra uma boa capacidade de memorização.

* + 1. **Avaliação dos Sinais Vitais**

A TA foi avaliada no membro superior direito, na artéria braquial com um valor de 111/57 mmHg às 08:30h, apresentando normotensão (visto o valor da diastólica ser considerada normal para esta pessoa) (anexo II). Quando questionada sobre os valores de referência, a pessoa referiu que a sua TA rondava valores semelhantes, nas avaliações de domicílio, fato posteriormente comprovado. Com uma FR de 20 cpm, a D. T.F. manifestava uma respiração profunda, rítmica, silenciosa e predominantemente peitoral, encontrando-se eupneica (anexo II).

O pulso foi avaliado em ambos os membros superiores na artéria radial, sendo simétrico, rítmico e cheio, com uma FC de 74 bpm, apresentando-se normocárdica (anexo II). Encontrava-se apirética (anexo II) com uma temperatura de 36,7ºC, avaliada na axila esquerda.

A dor foi avaliada como 3 na escala numérica de avaliação da dor (anexo II).

* + 1. **Estado nutricional**

A utente em estudo mede 1.60 metros (m) e pesa 65 quilogramas (Kg), o que resulta num Índice de Massa Corporal (IMC) de 25,39 apresentando-se em peso normal (anexo I).

* + 1. **Exame físico (avaliação)**

Cabelo, couro cabeludo, cabeça, face e pele: A utente apresenta a cabeça simétrica, redonda e proporcional ao corpo, sem qualquer tipo de lesões ou protuberâncias anormais. Cabelo escuro, curto e frisado. Couro cabeludo sem alterações, uniforme e macio.

Face redonda, simétrica com aspeto cuidado, ausência de movimentos anormais e sinais de paresia. Pele bem tratada, hidratada e com coloração negra. Não apresenta rugas de expressão.

Olhos simétricos, alinhados com o topo das orelhas, sobrancelhas médias, com distribuição igualitária, sem escamas, crostas ou perda de pêlo. Pálpebras simétricas, sem inflamações visíveis, com encerramento simétrico, involuntário e voluntário.

A D. T.F. refere ardência na acuidade visual quando vê televisão, motivo pelo qual usufrui de dispositivos óticos.

Nariz de tamanho médio, simétrico, arredondado, alinhado (entre os olhos), com coloração igual à face. Estrutura exterior sem lesões, nódulos, eritema, corrimento ou crostas. Septo nasal simétrico relativamente à linha média, não sangra, sem perfurações ou desvios. Permeabilidade igual em ambas as narinas, ausência de secreções. Acuidade olfativa intacta.

Boca e faringe: a utente apresenta uma boca média com lábios simétricos, mais pigmentados do que a pele facial (rosados), sem fissuras, edemas ou outras lesões.

Relativamente à faringe, a utente refere não ter dificuldade ao engolir verificando-se a ausência de disfagia.

O pescoço possui um volume normal, com coloração igual à face. Pele sem lesões e não se verifica nenhum aumento dos nódulos linfáticos. Efetua todos os movimentos com o pescoço não referindo dor.

O tórax da utente em estudo é simétrico, de dimensões normais e proporcionais ao restante corpo e a sua expansão torácica é igualmente simétrica. Apresenta uma respiração profunda e rítmica. A coloração da pele encontra-se em concordância com o restante corpo. Não existem lesões e/ou sinais de inflamação.

As axilas apresentavam ausência de nódulos.

Mamas: a utente possui mamas assimétricas, sendo a esquerda ligeiramente maior estando ausentes massas visíveis, inflamações, alterações da cor da pele (sendo a pele da cor do resto do corpo).

Abdómen: Relativamente ao abdómen, verifica-se que os quatro quadrantes são simétricos, a pele apresenta-se da mesma cor do restante corpo, com quatro feridas cirúrgicas resultantes da cirurgia (colecistectomia por via laparoscópica).

Ruídos hidroaéreos presentes. Palpação com dor 5 (na escala numérica da dor) na região umbilical. Abdómen ligeiramente distendido.

Membros superiores: A utente apresenta membros superiores de tamanho proporcional ao restante corpo, simétricos, de cor igual ao restante corpo, distribuição regular de pelos, acessos venosos acessíveis.

Mãos: As mãos da utente são simétricas, proporcionais ao resto do corpo, com 5 dedos em cada uma. As mãos e todos os dedos apresentam mobilidade e encontravam-se secos. A pele é igual à do resto do corpo. Não existe edema, inflamação, amputações e tremores.

Apresenta um cateter venoso periférico na mão esquerda, nas veias metacarpianas. As unhas apresentam-se cuidadas e limpas.

Membros inferiores: A utente apresenta membros inferiores simétricos e proporcionais ao restante corpo. Com uma pele hidratada, sem edemas, varizes, próteses, inflamações ou cicatrizes.

1. **AVALIAÇÃO DO MODO DE SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS SEGUNDO O MODELO CONCETUAL DE VIRGÍNIA HENDERSON**
   1. **Necessidade de respirar**

“ Necessidade para o organismo de absorver oxigénio e de eliminar dióxido de carbono por penetração do ar nas estruturas respiratórias (respiração externa) e das trocas gasosas entre o sangue e os tecidos (respiração interna).” (Phaneuf, 2001).

A D. T.F. é uma pessoa que exibe uma respiração maioritariamente peitoral, profunda, regular, com uma frequência respiratória de 20 ciclos por minuto (eupneica). Respira livremente pelo nariz e igualmente por ambas as narinas. Apresenta reflexo de tosse com ausência de expetoração no momento de colheita de informação, no entanto, afirma que é comum apresentar expetoração em caso de gripe sazonal. Refere alergia à inalação de produtos de limpeza.

A utente não referiu hábitos tabágicos.

Relativamente a esta NHF, concluo que a utente é independente nesta satisfação.

* 1. **Necessidade de beber e comer**

“ Necessidade para o organismo de absorver os líquidos e os nutrientes necessários ao metabolismo.” (Phaneuf, 2001).

A nutrição é fundamental para um crescimento e desenvolvimento normal do organismo, para o metabolismo celular, funções orgânicas, manutenção e reparação dos tecidos. (Potter & Perry, 2006, p.820).

A D. T.F. possui um IMC de 25,39, como referido anteriormente, apresentando um peso normal (anexo I). Realiza diariamente 3 refeições, sendo que o pequeno-almoço ocorre às 08:00h, o almoço entre as 12:00h -13:00h e o lanche às 19:00h. As refeições são confecionadas por ela. O pequeno-almoço varia entre um galão, café, pão com fiambre. O almoço é composto por um prato principal, em que os alimentos são grelhados, cozidos, fritos ou assados. Menciona que só come carne branca e peixe e, tem preferência por arroz branco. O prato principal é sempre acompanhado por legumes ou salada. O jantar é composto por uma sopa ou salada. Refere que por norma bebe cerca de 1,5L – 2L por dia. A D. T.F. apresenta apetite, mastigação e deglutição eficaz. Ausência de dificuldades no processo de digestão, com sensação de saciedade.

A pessoa em estudo come sozinha não necessitando de assistência nem de incentivo para se alimentar. Ausência de próteses dentárias.

Aquando da colheita de dados, a paciente tinha prescrita dieta liquida no internamento.

Relativamente a esta NHF, concluo que a utente é dependente nesta satisfação.

* 1. **Necessidade de eliminar**

“ Necessidade para o organismo de rejeitar para o exterior do corpo as substâncias inúteis e nocivas, e os resíduos produzidos pelo metabolismo. A necessidade de eliminar inclui a eliminação urinária e fecal, o suor, a menstruação e os lóquios “ (Phaneuf, 2001).

A pessoa em estudo apresenta em média 5 a 6 micções diárias, sem dor ou dificuldade em iniciar a micção. A urina apresenta cor amarela clara e odor característico. Data e hora da última micção: 15/03/2016 às 14:30.

Relativamente à eliminação intestinal, a utente afirma ter duas dejeções por dia, sendo que não apresenta dificuldades em eliminar. As fezes têm como características, cor acastanhada, fácil moldagem, e odor característico sendo que, por vezes, faz em quantidades abundantes de cor clara. A última vez que defecou foi no dia 13/03/2016, de manha em sua casa.

Em termos de eliminação por sudorese, a paciente não referiu alterações das consideradas normais. A D. T.F. refere ainda menstruar em quantidades menores.

Relativamente a esta NHF, concluo que a utente é independente nesta satisfação.

* 1. **Necessidade de se mover e manter boa postura**

“ Necessidade para o organismo de exercer o movimento e a locomoção pela contração dos músculos comandados pelo sistema nervoso.” (Phaneuf, 2001).

A D. T.F. é uma pessoa que habitualmente tenta manter uma postura correta e ereta sem dificuldades na marcha, executa movimentos coordenados, adequados e com amplitude normal. Refere fazer caminhadas longas todos os dias na deslocação para o trabalho, e sentir no final do dia um cansaço intenso nos membros inferiores. No internamento esta NHF encontra-se alterada, pois ao caminhar apresenta alguma prostração a nível abdominal. Relativamente a esta NHF, concluo que a utente é dependente nesta satisfação.

* 1. **Necessidade de dormir e repousar**

“ Necessidade para o organismo de suspender o estado de consciência ou de atividade para permitir a reconstituição das forças físicas e psicológicas.” (Phaneuf, 2001).

A pessoa em estudo apresenta um padrão de sono irregular e contínuo que não se revela reparador. Dorme habitualmente 5h horas por noite, deitando-se normalmente entre as 00:00 horas e inicia o período de vigília as 05:40h. Gosta de dormir de luz apagada e o mais confortável possível. Nega dificuldades em adormecer, inclusive menciona que o barulho não o incomoda. Refere sentir cansaço mental, pelo facto de dormir pouco devido à sua rotina de trabalho.

No internamento a utente possuiu um padrão de sono regular, contínuo e reparador pois, refere poder dormir mais horas que o habitual.

Relativamente a esta NHF, concluo que a utente é dependente nesta satisfação.

* 1. **Necessidade de se vestir e despir**

“ Necessidade de proteger o corpo em função do clima, das formas sociais, da decência e dos gostos pessoais.” (Phaneuf, 2001).

A utente apresenta um aspeto geral muito cuidado, com roupa adequada às condições climáticas e ocasião. É uma pessoa que opta por utilizar a camisa pessoal em contexto hospitalar. Refere usar em casa as vestes oriundas do seu país e, quando sai vestir calças e roupas mais justas e compridas. Utiliza calçado mais raso.

Não necessita de assistência para a satisfação desta necessidade, satisfazendo-a sozinha no domicílio e no internamento.

Relativamente a esta NHF, concluo que a utente é independente nesta satisfação.

* 1. **Necessidade de manter a temperatura corporal nos limites do normal**

“ Necessidade do organismo em manter o equilíbrio entre a produção de calor pelo metabolismo e a sua perda pela superfície do corpo.” (Phaneuf, 2001)

A D. T.F. apresentou, aquando da colheita de dados, uma temperatura axilar média de 36,7 graus Celcius (apirética). A sua pele encontrava-se quente ao toque. Afirmou não avaliar a temperatura regularmente, sendo que este parâmetro vital apenas é avaliado em caso de gripe sazonal com episódios febris, o que declarou serem pouco habituais. Internamento sem influência na satisfação desta necessidade.

Relativamente a esta NHF, concluo que a utente é independente nesta satisfação.

* 1. **Necessidade de estar limpo e cuidado, e proteger os tegumentos**

“ Necessidade para o organismo de manter um estado de limpeza, de higiene e de integridade da pele e do conjunto do aparelho tegumentário (tecido que cobre o corpo) “ (Phaneuf, 2001).

A D. T.F. realiza os seus cuidados de higiene sete vezes por semana, à noite. Quando questionado acerca da higiene do cabelo, a paciente refere lavar uma vez por semana (ao sábado). Relativamente aos cuidados de higiene oral, a D. T.F. afirma lavar a cavidade oral três vezes ao dia (m/t/n). Evidencia uma pele hidratada assim como bom estado do leito ungueal, que apresenta uma coloração rosada.

No internamento existe alterações nesta necessidade, pois apresenta 4 feridas cirúrgicas no abdómen, tendo assim, um cuidado particular nessa zona.

Relativamente a esta NHF, concluo que a utente é dependente nesta satisfação.

* 1. **Necessidade de evitar os perigos**

“ Necessidade para a pessoa de se proteger contra as agressões internas e externas com vista a manter a sua integridade física e mental.” (Phaneuf, 2001).

Como já referido anteriormente, a D T.F. apresentava-se consciente e orientada no tempo e no espaço aquando da colheita de dados. Procura cuidados de saúde para consultas de rotina e em caso de urgência, apresenta o boletim individual de saúde atualizado, pratica uma adesão terapêutica com a finalidade de controlar a patologia que tem e prevenir possíveis complicações futuras.

Não realiza rastreios por opção própria, no entanto, refere que no caso de o médico prescrever, dirige-se à instituição de saúde e realiza o exame respetivo.

Relativamente a esta NHF, concluo que a utente é dependente nesta satisfação.

* 1. **Necessidade de comunicar com os seus semelhantes**

“ Necessidade da pessoa estabelecer laços com os outros, de criar relações significativas com os seus próximos e de exercer a sua sexualidade. “ (Phaneuf, 2001)

Como referido anteriormente, a D. T.F. tem um padrão visual com alterações usufruindo de dispositivos óticos. Não apresenta alterações de acuidade auditiva e não utiliza próteses auditivas.

O Crioulo é a sua língua materna, vindo a aprender a Língua Portuguesa quando chegou a Portugal.

Como referido anteriormente apresenta um discurso coerente, em tom de voz adequado, pausado e com linguagem precisa. Afirma-se capaz de expressar sentimentos, emoções e opiniões aos que a rodeiam.

Utiliza o telemóvel com os familiares e amigos.

No internamento comunica facilmente com profissionais de saúde e com outros utentes.

Relativamente a esta NHF, concluo que a utente é independente nesta satisfação.

* 1. **Necessidade de agir segundo as suas crenças e seus valores**

“ Necessidade para a pessoa de fazer gestos e tomar decisões que são conformes à sua noção pessoal do bem e da justiça, de adotar ideias, crenças religiosas ou uma filosofia de vida que lhe convêm ou que são próprias do seu meio e das suas tradições.” (Phaneuf, 2001).

A D. T.F. é muçulmana e foi batizada. Refere que cresceu numa família em que todos possuem a mesma crença, levando assim, a D. T.F. a ser habituada a esta religião. Diz ainda, não concordar com alguns aspetos da mesma mas gostar de ser muçulmana.

Como valores mais importantes a utente considera o respeito, a amizade, sinceridade, honestidade e a confiança os mais importantes, sendo a falsidade e a arrogância, os mais repugnantes.

Relativamente a esta NHF, concluo que a utente é independente nesta satisfação.

* 1. **Necessidade de ocupar-se com vista a realizar-se**

“ Necessidade de realizar ações que permitam à pessoa ser autónoma, utilizar os seus recursos para assumir os seus papéis, para ser útil aos outros e para se desenvolver.” (Phaneuf, 2001).

A D. T.F. como tem como hobbie frequentar aulas de Língua Portuguesa ao sábado. Refere já saber ler e escrever. Acrescenta ainda, que gostaria de aprender a língua Inglesa ou Francesa.

Quando questionada acerca da sua satisfação com a vida e sentido de realização a utente, referiu sentir-se realizada, feliz e com o objetivo de poder voltar para a Guiné.

Relativamente a esta NHF, concluo que a utente é independente nesta satisfação.

* 1. **Necessidade de se divertir**

“ Necessidade para a pessoa de se descontrair fisicamente e psicologicamente através de lazeres e divertimentos.” (Phaneuf, 2001).

De modo a ocupar os seus tempos livres, a pessoa em estudo gosta essencialmente de estar com o filho, o enteado e amigos. Refere não ter tempo para realizar passeios ou sair com os amigos.

Relativamente a esta NHF, concluo que a utente é dependente nesta satisfação.

* 1. **Necessidade de aprender**

“Aprendizagem é um tipo de autoconhecimento com as seguintes características específicas: processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência.” (CIPE Beta 2, 2005).

A D. T.F. é uma pessoa com enorme vontade de aprender e de se manter atualizada. Demonstra interesse em adquirir novos conhecimentos essencialmente no ramo das línguas e da saúde. É uma utente que gosta de estar bem informada antes de tomar qualquer decisão.

Apresenta capacidade de adesão ao regime terapêutico com interesse em aumentar o seu conhecimento sobre a sua situação de saúde.

Relativamente a esta NHF, concluo que a utente é independente nesta satisfação.

**4. PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

4.1. PLANO DE CUIDADOS

“O plano de cuidados comporta um ou mais diagnósticos de enfermagem para os quais é necessário fixar objetivos, planificar intervenções e prever uma avaliação” (Phaneuf, 2001).

O plano trata-se de uma diretriz escrita para orientação de todos os elementos da equipa de enfermagem. Promove a continuidade de cuidados e a diminuição do risco de falhas nos mesmos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Diagnósticos | Intervenções | Resultados esperados e Avaliação final |
| 14/03/2016  A  16/03/2016 | - Comportamento não benéfico no horário de descanso; | * Avaliar o conhecimento das horas de sono necessárias que o organismo necessita; * Explicar os malefícios de um deficiente horário de sono; * Averiguar a causa deste horário de descanso; * Discutir com a paciente as horas excessivas de trabalho e os seus malefícios; * Negociar com a paciente sobre estratégias para obter um bom plano de descanso; | **15/03/2016**   * Questionamento acerca de quantas horas de sono um adulto necessita; * Paciente admite não possuir um bom padrão de sono e sentir cansaço mental; * Reflexão sobre o que deve ser feito para mudar este padrão;   **16/03/2016**   * Paciente concorda em abdicar de algumas horas de trabalho para poder dormir e descansar mais tempo. |
| De  14/03/2016 a  16/03/2016  De 14/03/2016 a 16/03/2006  De 14/03/2016  a  16/03/2016  De  14/03/2016  A  16/03/2016  De  14/03/2016  A  16/03/2016  De 14/03/2016 a 16/03/2016 | -Feridas Cirúrgicas na região abdominal  -Dor presente no local da ferida cirúrgica  -Autocuidado de higiene comprometido;  -Autocuidado vestir e despir comprometido;  - Conhecimento não demonstrado sobre a quantidade de refeições diárias que devem ser feitas;  -Conhecimento não demonstrado sobre como fazer os levantes do leito, deambulações e reflexo da tosse; | * Explicar o procedimento antes do tratamento à ferida; * Aprontar material; * Gerir ambiente * Luminosidade * Temperatura * Privacidade; * Vigiar penso; * Vigiar ferida cirúrgica; * Executar tratamento à ferida; * Monitorizar a dor através da escala da numérica; * Otimizar ambiente físico (redução de estímulos); * Executar técnicas de imaginação guiada; * Executar técnicas de relaxamento; * Gerir analgesia; * Avaliar as capacidades da pessoa para o autocuidado; * Promover o autocuidado; * Providenciar material para higiene; * Supervisionar a pessoa no autocuidado; * Assistir a pessoa no autocuidado; * Ensinar estratégias adaptativas;   Treinar a pessoa na utilização das estratégias adaptativas   * Avaliar as capacidades para o autocuidado; * Promover o autocuidado; * Providenciar roupa * Ensinar acerca da importância de uma alimentação fracionada ao longo do dia; * Negociar plano de alimentação diário; * Ensinos de como fazer o levante do leito, como deambular e ter o reflexo da tosse minimizando as dores abdominais;   . | **15/03/2016**   * Pensos húmidos e trespassados com conteúdo sero hemático;   **16/03/2016**   * Ferida cirúrgica com boa evolução cicatricial;   **15/03/2016**   * A doente referiu algumas dores ao nível da ferida cirúrgica umbilical, que cessaram com a administração de analgesia prescrita;   **16/03/2016**   * A doente não apresentou dor;   **15/03/2016**   * Utente necessitou de ajuda parcial para lavar os membros inferiores;   **16/03/2016**  Utente realizou cuidados de higiene no chuveiro sem ajuda;  **15/03/2016**   * Utente necessitou de ajuda parcial para se vestir e despir.   **16/03/2016**   * Utente não necessitou de auxílio para se vestir e despir.   **15/03/2016**  A doente revelou algum conhecimento sobre número de refeições diárias que devem ser realizadas por dia;  **16/03/2016**  **-** Explicação sobre a importância e quantidades de refeições que devem ser ingeridas durante o dia;  **16/03/2016**  Utente demostrou interesse em mudar os seus horários e porções alimentares que deve ingerir por dia;  **15/03/2016**  - Explicação e demostração de como realizar o levante do leito, deambular e possuir o reflexo da tosse para minimizar as dores abdominais;  **16/03/2016**  Utente demonstrou aplicar os ensinos/técnicas que foram ensinadas;  **16/03/2016**  Utente não apresentou dificuldades de aprendizagem nem dores. |

**4.2.** **Ensinos e preparação da alta**

A D. T.F. referiu:

* Sentir dores nos membros inferiores quando caminha por um longo tempo. Foi realizado o ensino de medida de alívio dessas dores, fazendo o levante dos membros inferiores de modo as estes estarem a uma altura superior à do corpo.
* Não realizar rastreios por vontade própria. Foi dada uma explicação sobre os tipos de rastreios existentes, o local onde realizar e a importância dos rastreios, nomeadamente, mamografia e citologia.
* Sensação de ardência nos seus olhos quando assiste TV mesmo usando os seus óculos. Foi dado incentivo para que esta consulta-se o seu oftalmologista.
* Beber 2L de água por dia. Foi dado reforço/motivação para continuar com este hábito, explicando os benefícios do mesmo.
* Eliminação intestinal realizada todos os dias, até duas vezes ao dia. Foi incentivada para manter este hábito, explicados os seus benefícios e o que influencia a satisfação desta necessidade.
* Eliminação vesical realizada todos os dias, mais de 6 vezes por dia. Foi motivada para manter este hábito diário, explicados os seus benefícios e o que influencia a satisfação desta necessidade.

Na sua carta de alta e na conversa com a doente no momento de ir para casa, foram escritas e transmitidas à D. T.F. as seguintes recomendações:

* O tipo de alimentação que deve ser realizado: Dieta sem gorduras na 1ªsemana; Ingestão de alimentos baixo teor de gordura e dieta rica em fibras; evitar gorduras saturadas, óleos processados, farinhas refinadas, alimentos fritos, alimentos processados; distribuir os alimentos em 5 a 6 refeições pequenas e consumi-las ao longo do dia; consumir frutas frescas, vegetais e fontes de proteína magra;
* Ensinos relativamente às feridas cirúrgicas: retirar pontos a 8-10 dias pós-operatório, no seu centro de saúde; evitar realizar esforços (levantar muito peso) e exercício físico durante as primeiras 4 semanas;
* Se aparecimento de dores, tomar analgésico (Paracetamol 1000mg em SOS);
* Consulta de revisão dentro de 1 mês: levar consigo o controlo analítico e ecografias recentes.

**CONCLUSAO**

O papel do enfermeiro é complexo. Exercer enfermagem implica, entre muitas outras coisas, a mobilização de conhecimentos de diferentes áreas com a finalidade de auxiliar o utente que se encontra, ou não, numa situação de vulnerabilidade.

Na realização deste trabalho, procurei atingir todos os objetivos propostos inicialmente, considerando agora que foram atingidos.

De referir, no entanto, que a elaboração deste documento não esteve isenta de dificuldades relacionadas com a seleção de informação pertinente a transmitir na caracterização da pessoa, segundo as necessidade humanas fundamentais de Virgínia Henderson e no exame físico na identificação de fontes de dificuldade para a elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem. No entanto considero que este estudo me ajudou a desenvolver a comunicação terapêutica com a pessoa em estudo, uma vez que era essencial para compreender melhor o utente, os seus sentimentos e as emoções sentidas, o que me ajudou a individualizar os cuidados.

Concluindo o Estudo de Caso da Pessoa Internada, foi para mim, um importante instrumento de aprendizagem, permitiu ampliar as minhas competências pessoais, relacionais, técnicas e científicas, nas várias etapas da sua construção, considerando essencialmente que me possibilitou a aquisição de conhecimentos fundamentais para o exercício da prática de enfermagem.

**BIBLIOGRAFIA**

DGS. (s.d.). Direção geral de Saúde. Obtido de Hipertensão Arterial: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx

DGS. (s.d.). Direção Geral de Saúde. Obtido de Escala da Dor: http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dor-5-sinal-vital-folheto-pdf.aspx

Grondin, L., Lussier, R. J., Phaneuf, M., & Riopelle, L. (1992). Planificação dos cuidados de enfermagem. (M. Rosa, Trad.) Lisboa: Instituto Piaget.

Minho, U. d. (s.d.). Estudo de caso. Obtido de http://grupo4te.com.sapo.pt/mie2.html

Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2009). Enfermagem Médico-Cirurgica (8ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Nunes, L., & Amaral, M. (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Phaneuf, M. (2001). Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto Editora.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusiciência.

Ponte. (2006). Universidade do Minho. Obtido de Mestrado em Educação - Tecnologia Educativa - Métodos de investigação em Educação: http://grupo4te.com.sapo.pt/mie2.html

Portugal, G. d. (s.d.). Infarmed. Obtido de Infomes: https://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos. Loures: Lusociência.

Taylor, Lillis, LeMone, & Lynn. (2014). Fundamentos de Enfermagem: a Arte e a Ciência do Cuidado de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed.

Ribeiro, L. (2013). Médicos de Portugal: A litíase vesicular: uma doença frequente no Mundo Ocidental. Disponível em:

<http://medicosdeportugal.sapo.pt/utentes/prevencao/a_litiase_vesicular_uma_doenca_frequente_no_mundo_ocidental>

Saúde e fitness (2012) …[ Dieta após colecistectomia]. Disponivel em: http://saude-info.info/dieta-apos-colecistectomia.html