

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Pessoa em Situação Crítica

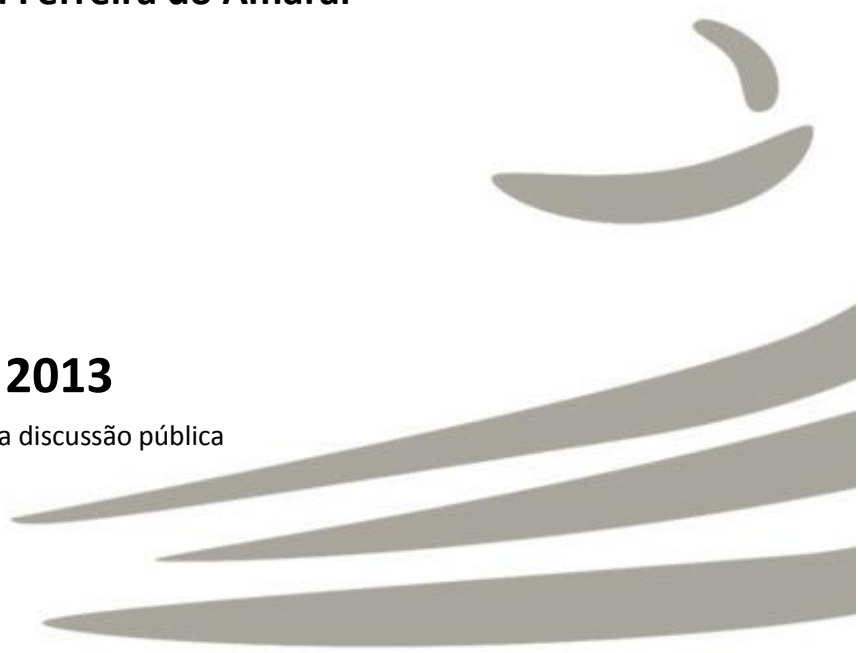
Garantindo a Continuidade de Cuidados

à Pessoa Adulta Grande Queimada

Tiago Manuel Ferreira do Amaral

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Pessoa em Situação Crítica

Garantindo a Continuidade de Cuidados

à Pessoa Adulta Grande Queimada

Tiago Manuel Ferreira do Amaral

Orientador: Maria Antónia Rebelo Botelho

Co-orientador: Florinda Galinha de Sá

2013



Ao meu avô Abrantes
por iluminar o meu caminho.

“Não é preciso ter olhos abertos para ver o sol, nem é preciso ter ouvidos afiados para ouvir o trovão. Para ser vitorioso você precisa ver o que não está visível.”

Sun Tzu (544-496 a.C.)

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho ficaria incompleto se não agradecesse a todos os que me fizeram sentir “desconfortável”, nos diferentes momentos do percurso, possibilitando o meu crescimento assim como a todos aqueles que contribuíram para a minha saúde mental ao longo do desbravar de novos caminhos. Sem a ajuda de todos, não o teria conseguido.

Agradeço de forma especial:

À Professora Maria Antónia Rebelo Botelho e Professora Mestra Florinda Galinha pela orientação: pelos conselhos, rigor e exigência. Aprendi muito!

À Professora Luísa d’Espiney que me começou a fazer pensar todos os dias que “sem desconforto não há crescimento”.

À Professora Cândida Durão, *thank you*.

À Enfermeira Patrícia Costa e ao Enfermeiro Artur Beja pelos ensinamentos, crítica e grande envolvimento neste projeto.

Ao Dr. Carlos Mavioso sempre disponível, desde o primeiro esboço do projeto, partilhou comigo o seu trabalho e ajudou-me a aprofundar o conhecimento nesta nobre área.

À Enfermeira Chefe da Unidade de Queimados (UQ) Madalena Amorim pela forma como me recebeu e cuidou durante a minha permanência na UQ.

À Enfermeira Maria João Salsinha, um exemplo de profissionalismo, a todos os níveis.

A todos os profissionais da UQ, pela forma como me acolheram e acompanharam. Em especial aos Enfermeiros da Unidade de Queimados pela partilha, conselhos, crítica e entusiasmo.

À Dra. Maria Angélica Almeida pela disponibilidade e autorização da publicação dos dados da UQ.

À Enfermeira Consultora da UQ do *Wythenshawe Hospital* Jacky Edwards pela disponibilidade em me receber e ter partilhado comigo a sua vasta experiência que em muito engrandeceu o meu conhecimento.

Ao Dr. Roldan, pelo acolhimento dado no *Hospital Virgen del Rocío*; tratou-me como um “*hijo*”, nos dias que passei em Sevilha. *Gracias!*

Ao Dr. Bonilla, por me ter recebido no *EPES 061* Sevilha e por ter partilhado a sua experiência e por me ter aberto a porta do EPES. Senti-me um privilegiado pela forma como tive possibilidade de conhecer o funcionamento do serviço de emergência médica, em Sevilha.

Às Enfermeiras Chefes Ana Paula Dias e Rosário de Athayde, pela abertura ao projeto e pela disponibilidade demonstradas.

À Enfermeira Diretora Ana Soares, pela disponibilidade, ajuda e entusiasmo.

À Enfermeira Arminda Antunes, pela disponibilidade e ajuda.

Ao Enfermeiro Paulo Barreiros, por continuar a apostar em mim.

Ao Bruno Conceição, por continuar a dar forma aos meus projetos.

À Vânia e ao Diogo: vocês são GRANDES!

À Cláudia Serrano, pela ajuda na estética final do trabalho.

A todas as pessoas queimadas com quem contactei e que, sem se aperceberem, muito me ensinaram.

Aos colegas do 2º Mestrado Pessoa em Situação Crítica: que grupo tão bom! Por terem uma experiência ENORME nos diferentes campos de atuação da Pessoa em Situação Crítica, foi bom aprender com todos vós. Em particular, ao grupo dos “pinguins” que se criou no 1º semestre do 1º ano: ao José Silva por estar sempre “tudo feito”, à Paula Costa por ser a “Alice” do grupo, ao Luís Félix por abrir novos caminhos e ao Bruno Bispo pela coesão.

Aos colegas do SU e VMER que, de forma direta e indireta, me ajudaram neste caminho, nem que tenha sido por uma simples mas importante troca de turno.

Ao Sport Lisboa e Benfica que contribuiu para a minha saúde mental!

Aos meus sogros Virgolino e Maria José e cunhada Margarida, pela força nos momentos de impasse.

Aos meus pais Fernando e Fernanda e à minha Avó Elisa pelo amor, incentivo, ajuda e amizade. Vamos ter de novo os nossos almoços de Domingo!

À Ana, minha amiga e companheira, por me fazer sorrir todos os dias e por manter os meus níveis de glicémia com os lanchinhos surpresa, nos estágios e em frente ao portátil.

RESUMO

A definição de Pessoa Adulta Grande Queimada não é linear. A assistência é caracterizada por um elevado grau de complexidade e constitui-se como um desafio para a equipa multidisciplinar, exigindo destes uma competência incontestável espelhada na sua elevada qualificação.

De forma a garantir um *continuum* de cuidados, assegurando a qualidade ao longo do processo assistencial, desde o pré-hospitalar à Unidade de Queimados (UQ), passando pelo Serviço de Urgência, é necessário que todos os seus intervenientes adquiram competências ao nível da abordagem deste tipo de doente e que partilhem a mesma linguagem.

Os objetivos do presente relatório são: 1) enquadrar a prática de enfermagem à luz da filosofia da Continuidade de Cuidados e da teoria de Logan-Roper-Tierney; 2) apresentar o caminho percorrido que levou à criação da proposta de documento de registo, assim como a sua validação e futura implementação; 3) apresentar os resultados obtidos através das atividades efetuadas; 4) refletir criticamente na e sobre a prática tendo em conta as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, e as competências do Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica, definidas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Partindo das necessidades identificadas que contribuem para a melhoria dos padrões de qualidade na prestação de cuidados de Enfermagem, foi elaborada uma proposta de documento de “*Registo de Continuidade de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta Grande Queimada*”, através da súmula das aprendizagens adquiridas e das competências desenvolvidas de cuidados especializados à Pessoa Adulta Grande Queimada.

Estagiei quatro meses numa UQ de um Centro Hospitalar, em Lisboa, Portugal. Desloquei-me ainda a Sevilha e a Manchester para entrevistar peritos, sendo que nesta última cidade realizei, igualmente, dois cursos na área: *Emergency Management of the Severe Burn* e *Major Incident Medical Management and Support*.

Palavras-Chave: Continuidade de Cuidados; Queimados; Competências; Cuidados de Enfermagem Especializados; Pessoa em Situação Crítica.

ABSTRACT

The definition of a Major Burn Adult Person is not linear. The assistance is characterized by a high degree of complexity and constitutes itself as a challenge for a multidisciplinary team demanding from them incontestable expertise shown by their high qualification.

In order to guarantee a continuum care, ensuring quality throughout the health care process, since the pre-hospital until the Burn Unit, passing by the ER, it is necessary that all the interveners acquire competencies regarding the approach to this type of patient and it is necessary that they share the same language.

The objectives of this report are: 1) frame the nursing practice around the Continuity of Care's philosophy and the Roper-Logan-Tierney's theory; 2) present the path that lead to the creation of the proposed registration document, as well as, its validation and future implementation; 3) exhibit the results obtained throughout the activities performed; 4) critical reflection about the explicit practice and skills regarding common and specific competencies of the Specialist Nurse towards Nursing People in Critical Situation, defined by the Order of Nurses, and the competencies gained from the master's degree on Nursing People in Critical Situation, defined by Lisbon's Nursing College.

Based on the identified needs that contribute to improve the quality standards of nursing care, a proposal document was elaborated *"Registration of Continuing Nursing Care for Major Burn Adult Person"* by joining the acquired skills and developed competencies from specialized care to Major Burn Adult Persons.

I accomplished an internship in a Burns Unit during four months, at a Hospital Centre in Lisbon, Portugal. I also traveled to Seville and Manchester to interview experts and in this last city, I had the opportunity to successfully complete two courses about: Emergency Management of the Severe Burn and Major Incident Medical Management and Support.

Keywords: Continuity of Care; Burns; Competencies; Specialized Nursing Care; Person in Critical Situation.

Lista de Siglas

AB – Antibiótico

ABA – *American Burn Association*

ABLS – *Advanced Burn Life Support*

ALSG – *Advanced Life Support Group*

ATLS – *Advanced Trauma Life Support*

AVD – Atividade de Vida Diária

BBA – *British Burn Association*

CH – Centro Hospitalar

DGS – Direção Geral da Saúde

EBA – *European Burn Association*

EC – Ensino Clínico

EC1 – Ensino Clínico 1

EC2 – Ensino Clínico 2

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

EMSB – *Emergency Management of Severe Burns*

EPES – *Empresa Pública de Emergencias Sanitarias*

FPM – Fórmula de *Parkland* Modificada

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MCI – *Mass Casualty Incident*

MIMMS – *Major Incident Medical Management and Support*

NHS – *National Health Service*

OE – Ordem dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SCQ – Superfície Corporal Queimada

SE – Sala de Emergência

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

TBSA – *Total Body Surface Area*

UQ – Unidade de Queimados

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1. A Pessoa em Situação Crítica: A Pessoa Adulta Grande Queimada	23
1.2. A Abordagem da Pessoa Adulta Grande Queimada: O Desenvolvimento de Competências Especializadas	27
1.3. Continuidade de Cuidados em Cuidados Críticos	35
2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	39
2.1. Diagnóstico de Situação	39
2.2. Contexto das Práticas e Objetivos	44
2.3. Atividades Desenvolvidas	47
3. RESULTADOS OBTIDOS	63
4. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	67
4.1. Desenvolvimento de Competências	67
4.2. Limitações	70
4.3. Implicações para a Prática	71
4.4. Reflexão Pessoal do percurso Académico e Estágio	73
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICES	85
APÊNDICE I - Cronograma	87
APÊNDICE II – Gráficos de análises de resultados relativos à continuidade de cuidados da Pessoa Grande Queimada entrada no ano de 2011 no CH de referência da cidade de Lisboa	91
APÊNDICE III – Objetivos EC 1	99
APÊNDICE IV – Caracterização do EC 1	103
Anexo III - Plano de Sessão de sensibilização 2011	121

Anexo IV- Plano de Sessão de sensibilização 2012	125
APÊNDICE V – Jornal de Aprendizagem.....	129
APÊNDICE VI – Estudo de Caso e Plano de Cuidados	139
APÊNDICE VII – Sessão de sensibilização “A Unidade de Queimados do Wythenshawe Hospital: outra perspetiva de cuidar”	161
APÊNDICE VIII – Sessão de sensibilização “Formação em Queimados: ABCDEFuidos”	171
APÊNDICE IX – Objetivos Atividades no Reino Unido	179
APÊNDICE X – Curso MIMMS	183
APÊNDICE XI – Curso EMSB.....	197
APÊNDICE XII – Entrevista Enfermeira Jacky Edwards	207
APÊNDICE XIII – Objetivos Atividade em Sevilha	225
APÊNDICE XIV – Entrevista Dr. Roldan Dr. Bonilla	229
APÊNDICE XV – Documento de Registo do Continuum de Cuidados de Enfermagem	241
APÊNDICE XVI – Contributo para a Norma DGS nº 022/2012 – Abordagem hospitalar das queimaduras	247
APÊNDICE XVII – Contributo para a Norma DGS nº 023/2012 de 26/12/2012 –	257
APÊNDICE XVIII – Objetivos EC 2	267
APÊNDICE XIX – Sessão de sensibilização “O Grande Queimado na Urgência Geral: a abordagem e a sua importância no continuum de cuidados”	271
APÊNDICE XX – Jornal de Aprendizagem	283
APÊNDICE XXI – Sessão de sensibilização “Situação de Exceção a nível pré- hospitalar: uma abordagem estruturada”	289
APÊNDICE XXI – Sessão de sensibilização “Situação de Exceção a nível pré- hospitalar: uma abordagem estruturada”	301
ANEXOS	305

ANEXO I – Autorização do CH e da Comissão de Ética para publicação dos dados	307
ANEXO II – Doentes entrados na UQ do CH no Ano 2011.....	311
ANEXO III – Dados estatísticos da UQ do CH de referência em Lisboa referentes ao período 1995 - 2011	317
ANEXO IV – Estrutura do Curso EMSB	333
ANEXO V – “Regra dos 9”	337
ANEXO VI – Tabela de <i>Lund and Browder</i>	341
ANEXO VII – Burn Nursing Competencies at Northern Burn Care Network, NHS	345
ANEXO VIII – EMSB Burns Transfer Information Chart.....	359
ANEXO IX – Northern Burn Care Network Referral From: Adult Complex Burns	363
ANEXO X – Avaliação Qualitativa do EC 1	367
ANEXO XI – Avaliação Qualitativa do EC 2	371

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Definição de Pessoa Adulta Grande Queimada	24
Tabela 2 – Fórmula de Parkland Modificada	32
Tabela 3 – Fórmula de Parkland Modificada com cálculo horário para as primeiras 8 horas	32
Tabela 4 - Principais atividades realizadas no EC 1	47
Tabela 5 - Principais actividades realizadas no EC 2.....	47
Tabela 6 - Cronograma de Implementação do Documento de Registo de Cuidados de Enfermagem.....	69

INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o Relatório do Estágio realizado no contexto da “Unidade Curricular Estágio com Relatório” e a sua elaboração e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica.

O Estágio permitiu implementar um projeto desenhado com o propósito de desenvolvimento de competências tendo por base os descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (Direção Geral Ensino Superior, 2012), as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010) nos seus quatro domínios: 1) responsabilidade profissional, ética e legal; 2) melhoria contínua da qualidade; 3) gestão dos cuidados; 4) desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2010).

O percurso delineado para o Estágio teve por base o meu desenvolvimento enquanto enfermeiro, licenciado no ano de 2004 e que presta cuidados no Serviço de Urgência (SU) Polivalente assim como na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) desde 2004 e 2008, respetivamente, num Hospital de referência, inserido num Centro Hospitalar (CH) da cidade de Lisboa. Resultante da minha experiência profissional verifiquei, de forma empírica, que a prevalência anual de pessoas adultas grande queimadas assistidas pela VMER e/ou no SU do CH, e que tem uma Unidade de Queimados (UQ), é baixa o que por si só se constitui como uma barreira ao desenvolvimento de competências ao nível da praxis.

A área de afetação direta da UQ é de 3,5 milhões pessoas abrangendo a população desde o Médio-Tejo até ao Algarve (excetuando a região do Oeste), sendo que pode receber ainda qualquer vítima do restante território continental e ilhas, após confirmação prévia de vaga.

Para o enquadramento do tema do projeto no contexto da prática foram solicitados os dados a um dos responsáveis da UQ tendo a preocupação de manter o anonimato da instituição e dos doentes. A consulta dos dados e a sua publicação

teve a respetiva autorização do Conselho de Administração do CH¹ e da sua Comissão de Ética. No ano de 2011 foram admitidas no SU com posterior internamento na UQ, 72 pessoas queimadas². Destas 52 são considerados grandes queimados. A definição da Pessoa Grande Queimada não é linear pois são diversas as variáveis que concorrem para a caracterizar, as quais definirei mais adiante. Os cuidados à pessoa vítima de queimadura são caracterizados por um elevado grau de complexidade e só poderão ser ultrapassados por um know-how próprio e por um trabalho intra e interdisciplinar, ao longo do continuum que se inicia desde o acidente até à reinserção na comunidade (Echinard & Latarjet, 2012). Ainda segundo estes autores, a assistência à pessoa queimada exige uma competência incontestável dos diferentes atores espelhada na sua elevada qualificação que permite assegurar a máxima segurança no plano vital, funcional, social e estético, em cada uma das suas etapas.

Tendo em conta a sua gravidade e a sua especificidade, quando há necessidade de resposta do Enfermeiro, esta terá de ser altamente diferenciada e em tempo útil daí a necessidade efetiva de desenvolvimento de um conjunto de competências nesta área. Segundo Queiroz (2007) “é neste processo de construção de cuidados que os enfermeiros vão desenvolvendo os seus conhecimentos clínicos avançados”.

Neste seguimento, surgiu o meu projeto que serviu de suporte ao estágio e cujo objetivo geral passou por desenvolver competências especializadas de Enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica, nomeadamente à pessoa adulta grande queimada em contexto pré-hospitalar, no SU e na UQ, garantindo a continuidade de cuidados.

Para o Estágio, elaborei os seguintes objetivos, definidos no projeto:

1. Desenvolver competências na prestação de cuidados à Pessoa Grande Queimada em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;

¹ ANEXO I – Autorização do CH e da Comissão de Ética para a publicação dos dados

² ANEXO II – Doentes entrados na UQ do CH no Ano de 2011

2. Desenvolver competências na prestação de cuidados à Pessoa Grande Queimada e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica nomeadamente ao nível da comunicação interpessoal;
3. Desenvolver competências ao nível da maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção da Pessoa Grande Queimada.
4. Desenvolver competências ao nível da dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima ao nível da conceção e ação.
5. Criação e validação de documento de registo de Enfermagem unificada no CH onde exerço funções e que engloba os cuidados de Enfermagem à Pessoa Grande Queimada, desde o pré-hospitalar até à entrada na UQ.

Utilizei o proposto por Roper, Logan & Tierney (1980) na obra “The Elements of Nursing”, como concepção da teoria de enfermagem, uma vez que se trata de “um modelo para a enfermagem em vez de modelo de enfermagem”, destacando “a responsabilidade da enfermeira de iniciar intervenções dentro da equipa multidisciplinar” bem como acentua a importância de “individualizar os cuidados e encorajar os doentes a tornarem-se parceiros no diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação” dos mesmos (Pereira, 2010, p.15).

O Estágio foi composto por 750 horas de Ensino Clínico (EC) assim distribuídas: a) 25 horas para orientação tutorial; b) 225 horas para trabalho autónomo; c) 500 horas entre contacto direto e prestação de cuidados à pessoa adulta grande queimada na UQ de um CH de referência da cidade de Lisboa, ida a uma UQ serviços de Emergência Pré-Hospitalar (EPH) em Sevilha e ida a uma UQ no Reino Unido com o intuito de entrevistar peritos na área. Por outro lado, fiz uma deslocação até ao Reino Unido para a realização de cursos de formação para aquisição de qualificações técnicas.

Tendo em conta os objetivos traçados, o Estágio foi constituído por dois EC:

1. EC1 – decorreu entre 8 outubro de 2012 e 31 de janeiro de 2013, na UQ de um CH de referência na cidade de Lisboa, tendo realizado duas atividades no decorrer desse período: 1) de 22 a 26 de outubro de 2012, realizei dois cursos de aquisição de competências na área da Pessoa Grande Queimada e

da catástrofe, assim como uma observação numa UQ de um Hospital de referência em Manchester, Reino Unido, com o intuito de entrevistar uma Enfermeira perita na área; 2) de 8 e 9 de janeiro de 2013, numa UQ de um hospital de referência em Sevilha e na sede do instituto de emergência médica de Sevilha, Espanha, onde entrevistei dois médicos responsáveis pela implementação de um protocolo de atendimento à pessoa queimada.

2. EC2 – decorreu de 1 a 16 de fevereiro de 2013, no SU polivalente de um CH de referência na cidade de Lisboa, onde efetuei contatos com os enfermeiros do SU. Já havia realizado e articulado contatos com a VMER e com esses mesmos enfermeiros do SU anteriormente, no final do EC1, por forma a construir um documento com o contributo simultâneo de todos os contextos e futuros utilizadores da mesma.

Estes EC já estavam contemplados, em cronograma³, no Projeto sendo que em cada um deles estão definidas atividades a desenvolver e as respetivas competências que as guiam por forma a atingir os objetivos previamente definidos com o intuito de programar e monitorizar o Projeto.

O presente relatório encontra-se, assim, estruturado em cinco capítulos (Azevedo, 2011): Introdução - nele faz-se a apresentação do problema, contextualiza-se a problemática e apresentam-se os objetivos do Estágio; Enquadramento Teórico – abarca o quadro teórico indispensável à compreensão do tema e para o qual contribui significativamente a revisão da bibliografia; Planeamento - descrição e justificação da metodologia utilizada bem como descrição dos instrumentos utilizados e respetiva justificação; Resultados – como o próprio nome o indica informa sobre as respostas às questões iniciais; Conclusão e Discussão – reflexão sobre os resultados obtidos abordando as limitações do trabalho, considerações para a prática no que concerne à responsabilidade profissional, à melhoria da qualidade e da gestão e ainda sugestões para novas investigações.

³ APÊNDICE I – Cronograma

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo é apresentado o quadro teórico que sustentou o projeto e a sua implementação, e para a qual contribuiu, de maneira significativa, a revisão da literatura.

O quadro teórico contempla as seguintes áreas: 1) A Pessoa em Situação Crítica; 2) Abordagem da Pessoa Adulta Grande Queimada e o Desenvolvimento de Competências; 3) A Continuidade de Cuidados em Cuidados Críticos.

1.1. A Pessoa em Situação Crítica: A Pessoa Adulta Grande Queimada

Define-se como doente crítico aquele em que “por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p. 9).

Sendo a pele o maior órgão do corpo humano, quando sofre dano resultante de uma queimadura poderá levar ao comprometimento da imunidade, hipotermia, aumento da perda de líquidos, infeção, alterações na aparência, função e na imagem corporal (Culleiton & Simko, 2013), isto é, poderá levar à disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas.

O conceito queimadura é complexo e de difícil definição. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) está enunciado como:

“Ferida traumática com as características específicas: rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devida a lesões pelo calor resultantes da exposição a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos; caracterizada por coagulação das proteínas das células, aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e no tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotados, por grande dor, desconforto e stress, com risco de choque e com risco de vida; necrose dos tecidos, infeção da

ferida, contracturas, escara hipotrófica com rigidez por espessamento, em que o doente fica profundamente desfigurado” (CIPE, 2011, p.71).

No entanto é necessário ter em conta algumas particularidades e alguns aspetos específicos das queimaduras químicas (Palao, R.; Monge, I.; Ruiz, M. & Barret, J.P., 2009), por outro lado temos também de considerar as lesões causadas pelo frio (ABA, 2012).

Há diferentes agentes, diferentes mecanismos de ação e diferentes consequências que podem atingir principalmente a pele mas não só, como é o caso das queimaduras por inalação.

O conceito grande queimado não tem uma definição linear pois são diversos os fatores que concorrem para a sua caracterização; uns definem-no de acordo com a área queimada, outros autores definem-no em função de critérios como a causa, a idade ou o local atingido.

A razão pela qual o grande queimado é definido como aquele cuja Total Body Surface Area (TBSA) > 20% é porque a partir desse valor dá-se início ao desencadear de um síndrome de resposta inflamatória sistémica que leva a maciços deslocamentos de fluidos para o espaço extravascular (Haberal, M.; Abali, A.E.S. & Karakayali, H., 2010).

Tabela 1 – Definição de Pessoa Adulta Grande Queimada

DEFINIÇÃO DE PESSOA ADULTA GRANDE QUEIMADA	
a)	Queimaduras parciais ou profundas com TBSA > 10% (>50A);
b)	Queimaduras parciais ou profundas com TBSA > 20% (15 – 50A);
c)	Queimaduras profundas com TBSA > 5%;
d)	Queimaduras parciais ou profundas da face, mãos, pés, genitais, períneo ou grandes articulações;
e)	Queimaduras elétricas ⁴ incluindo o flash elétrico;
f)	Queimaduras com lesões inalatórias;
g)	Trauma significativo associado.

Fonte: ABA (2012)

A acrescentar que a estas pessoas grandes queimadas juntam-se outras que também têm critério de internamento numa UQ segundo a ABA (2012), entre os

⁴ Alta voltagem > 1000 volts; Baixa voltagem < 1000 volts.

quais: a) Queimaduras químicas (áreas funcionais ou estéticas – mãos, face, olhos, ouvidos, pés e/ou órgãos genitais); b) Queimaduras em pessoas com traumatismos ou doenças pré-existentes.

Em 2011, nos EUA (ABA, 2012) o número de hospitalizações por queimaduras ascendeu aos 45000 incluindo 25000 (55%) em hospitais com unidades de queimados (125 hospitais). Nestas unidades, a média de doentes admitidos/ano situa-se nos 200.

No ano de 2012, e ainda segundo a American Burn Association (ABA, 2012), o número de hospitalizações por queimaduras situou-se nos 40000 incluindo 30000 (75%) em hospitais com unidades de queimados (127 hospitais). Nestas unidades, a média de pessoas admitidas/ano continua a situar-se nas 200.

Não há uma grande discrepância no número de pessoas queimadas entradas nas unidade hospitalares com necessidade de internamento. Há, sim a salientar, a forma como é realizado o seu encaminhamento: 75% em 2012 contra 55% em 2011 para hospitais com unidade de queimados. Ainda segundo a ABA o motivo de admissão por tipo de queimadura, em todas as faixas etárias, inclui: 44% por fogo, 33% por líquido quente, 9% por queimaduras de contato, 4% por eletricidade, 3% química e 7% por outros motivos.

Os dados que agora apresento⁵ foram solicitados à responsável da UQ, e publicados com a respetiva autorização do CH⁶. A exemplo da UQ do CH de referência em Lisboa, é muito provável que existam bases de dados nas diferentes UQ portuguesas, ainda que não existam dados globais oficiais que possam dar a conhecer a realidade de Portugal.

Dos 1403 entrados na UQ nos últimos 16 anos, o motivo de admissão por tipo de queimadura inclui: 69,5% por fogo, 18,6% por líquido quente, 6,3% por eletricidade, 3,3% por químico e 2,2% por outros motivos. Os homens são os que mais se queimam chegando aproximadamente aos 70% contra 30% nas mulheres, sendo a idade compreendida entre os 21 e os 50 anos a que mais se evidencia. Nas mulheres não há uma assimetria tão grande, mantendo apenas pequenas variações. Quanto ao local do acidente cerca de 55% das queimaduras ocorrem em casa

⁵ ANEXO III – Dados estatísticos da UQ do CH de referência em Lisboa referente ao período 1995-2011

⁶ ANEXO I – Autorização do CH e da Comissão de Ética para publicação dos dados

havendo uma distribuição tendencialmente equitativa entre homens e mulheres (discretamente maior nos homens). Já no trabalho, quem se queima mais são os homens. Das 33% das pessoas que se queimam no local de trabalho, 93,5% são homens contra apenas 6,5% de mulheres. Já ao nível da mortalidade são as mulheres que apresentam uma maior taxa. Ao longo destes 16 anos verifica-se uma taxa de mortalidade de 13%.

Um enfermeiro sénior do departamento de emergência do Memorial University Medical Center in Savannah, Georgia, EUA assistiu, juntamente com a sua equipa, e numa só noite, 30 doentes queimados dos quais 17 estavam em situação crítica após uma explosão numa fábrica (lesões superiores a 50% da sua superfície corporal na face, tronco, dorso, membros superiores e/ou pescoço). Os ensinamentos que os enfermeiros retiraram no final do dia, naquele serviço de urgência, assentaram na máxima “you can never be too prepared enough”. Segundo os mesmos, “There can never be too much training, classes, inservices, or drills” (Kusterbeck, S., 2008, p. 73), Uma enfermeira responsável pela formação na área dos queimados do Joseph M. Still Burn Center em Augusta, Georgia, EUA, para onde foram transferidos 20 dos 30 doentes, refere que o atendimento no serviço de urgência tem um impacto direto na sobrevivência do doente (Kusterbeck, S., 2008).

Como exemplos, em Portugal, temos a assistência médica prestada a 32 vítimas de duas explosões da fábrica da Petrolgal em Matosinhos, no dia 31 de julho de 2004 (INEM, 2012). Mais recentemente, a 22 de fevereiro de 2012, em Setúbal, numa explosão em contexto habitacional, tivemos a prestação de assistência médica a 14 vítimas. Das 14 vítimas, 2 foram consideradas no local como graves pelas queimaduras e pelo trauma associado. As restantes 12 foram assistidas no local por inalação de fumo, pequenas escoriações e ansiedade. Algumas dessas 12 vítimas foram encaminhadas ao hospital (nomeadamente as vítimas de inalação de fumo). No local, estiveram além dos bombeiros locais, o INEM com duas VMER, uma viatura de intervenção em catástrofe (VIC), um HEM e uma Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) (RTP & Lusa, 2012).

1.2. A Abordagem da Pessoa Adulta Grande Queimada: O Desenvolvimento de Competências Especializadas

A European Burn Association (EBA) (EBA, 2011) refere que o cuidado ao queimado é um processo complexo e contínuo. Segundo esta associação, o principal objetivo do cuidado é assegurar uma ótima ressuscitação no período de emergência e, numa segunda fase, alcançar a reepitelização da pele lesada ou destruída.

Cingindo-me ao período de emergência, e tendo em conta as recomendações da EBA (2011) a abordagem, neste período, assenta em: a) primeiros socorros; b) cuidados pré-hospitalares; c) transporte para a unidade hospitalar adequada; d) gestão do período de emergência; e) prevenção de complicações.

Em Portugal, ao contrário da Austrália, Reino Unido, Holanda e Estados Unidos da América (EUA), não existe nenhum curso direcionado para a pessoa vítima de grande queimadura. Os cursos Advanced Burn Life Support (ABLS) Provider Course (da responsabilidade da ABA) e o Emergency Management of the Severe Burn Course (EMSB – responsabilidade da British Burn Association) têm conquistado novos países. Este último, nomeadamente, entrou no território nórdico em Maio de 2012 aquando do Nordic Burn Meeting, em Helsínquia, Finlândia. Estes cursos são uma mais valia na prestação de cuidados à Pessoa Grande Queimada nas primeiras 24h pós-exposição pois fornecem recomendações/guidelines sobre a avaliação, estabilização e sua transferência/encaminhamento.

Por forma a melhorar o prognóstico dos doentes traumatizados, a Direção Geral de Saúde (DGS) (2010) emanou a diretiva nº7/DQS/DQCO sobre a “Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado”. Os centros participantes correspondem a todas as unidades de saúde com serviço de urgência e é da responsabilidade das mesmas implementar a norma supracitada. Nela está descrito, entre outros, o perfil organizacional no que concerne aos critérios de ativação da equipa de trauma. Segundo a anatomia da lesão, 4 dos 10 critérios de ativação da equipa de trauma, são relacionados com o doente queimado: a) Associação trauma com queimaduras; b) Queimaduras Major / Graves: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5%; c) Queimaduras com inalação; d) Queimaduras da face,

pescoço, tórax, períneo, circunferenciais mãos ou pés. A normativa 022/2012 DGS emanada durante a realização do Estágio, mais concretamente em 26/12/2012 (DGS, 2010), vem atualizar, para Portugal, a caracterização do tipo de queimaduras de 1º grau, 2º grau e 3º grau para superficiais, parciais e profundas, respetivamente.

As queimaduras graves são raras e representam menos de 1% das emergências médicas (Giessler & TrupKovic, 2008). Contudo é de extrema importância que o enfermeiro dinamize a resposta a dar à Pessoa Grande Queimada, inclusive em situações de catástrofe ou multi-vítima, desde a sua conceção à ação (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Peritos em queimados estimam que 25% a 30% de vítimas num Mass casualty incident (MCI)⁷ serão grandes queimados (Conlon & Martin, 2011).

Estas particularidades fazem com que o cuidar exigido ao enfermeiro se baseie numa observação, colheita e procura contínua por forma a conhecer a pessoa alvo dos seus cuidados, prevendo e detetando de forma precoce as complicações e assegurando uma intervenção precisa, concreta e atempada (OE, 2010). O enfermeiro ajudará a Pessoa Grande Queimada a prevenir, aliviar, resolver ou enfrentar problemas (atuais e potenciais) relacionados com as atividades de vida intervindo, autonomamente ou de forma interdependente, constituindo-se o modelo de Enfermagem de estrutura para o seu planeamento (Roper, Logan & Tierney, 1995).

Essas intervenções especializadas estão em linha com as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e englobam três áreas de atuação: a) Cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; b) Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; c) Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas, em tempo útil (OE, 2010).

Segundo Cardoso, Lopes e Miranda (2007), o facto dos doentes queimados evidenciarem essas alterações fisiológicas graves de âmbito multissistémico bem

⁷ MCI – situações que venham a produzir uma quantidade de vítimas capaz de causar desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades médicas de socorro (ALSG, 2012).

como alterações do foro psicossocial acabam por se constituir como um desafio exigente de conhecimentos e aptidões a toda uma equipa de saúde. Como tal o trabalho em equipa é essencial para assegurar a alta qualidade do cuidado no trauma (ATCN, 2008). Neste sentido, tanto a abordagem pré-hospitalar como no SU devem reger-se por esta máxima em prol do doente.

De forma a assegurar a qualidade do atendimento, também a Comissão Regional do Doente Crítico (ARS Norte, 2009) e a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (Paiva, 2012) recomendam que as competências e qualificações em urgência e emergência do enfermeiro do serviço de urgência polivalente de adultos e do INEM (VMER e HEM) sejam: a) Suporte Avançado de Vida; b) Suporte Avançado de Vida em Trauma; c) Curso de Suporte Avançado de Vida e Trauma Pediátrico; d) Cuidados Intensivos/Intensivismo; e) Gestão de Situações Multivítimas; f) Transporte de doentes críticos; g) Vias Verdes (existentes ou em implementação).

O atendimento do doente grande queimado, assim como o de qualquer doente vítima de trauma grave, é realizado segundo uma abordagem sistematizada da qual faz parte a avaliação primária. O American College of Surgeons (ATLS, 2010) e a Society of Trauma Nurses (ATCN, 2008) preconizam a utilização da mnemónica ABCDE enquanto metodologia de abordagem para a avaliação primária:

- Airway / Via Aérea com controlo cervical – em caso de trauma sugestivo de lesão cervical associado;
- Breathe / Ventilação;
- Circulation / Circulação;
- Disability / Disfunção neurológica;
- Exposure / Exposição com controlo da temperatura

Tendo em conta a especificidade do doente queimado, valorizam-se os cursos de suporte avançado de vida especializados na área, nomeadamente o EMSB, enquanto metodologia de abordagem de referência. Este curso preconiza uma avaliação em muito semelhante à do ATLS/ATCN embora com algumas alterações, tendo em conta a característica do trauma conforme podemos ver no Anexo IV.

Conlon & Martin (2011) falam no “ABC da estabilização” como critério para o doente queimado ser transferido, diretamente a partir do cenário do acidente ou de

um hospital de referência para um centro especializado como um centro de trauma e/ou uma unidade de queimados. O “ABC da estabilização” significa que todos os doentes devem ter uma via aérea permeável a fim de respirar, uma circulação adequada e um pulso forte.

A adesão a este tipo de protocolo garante que todos os doentes, independentemente da gravidade ou do tipo de lesão, estão tão estáveis quanto possível, antes da transferência.

Ao contrário de alguns outros tipos de lesões traumáticas, as queimaduras são visualmente intimidatórias e, muitas vezes, poderão levar a que a ferida se torne o primeiro foco de atenção ao invés do estado geral da pessoa. Os centros de queimados reconhecem o dilema com que os profissionais da emergência, pré e intra-hospitalar, se deparam e, a nível internacional, dirigem-se a eles oferecendo uma variedade de programas clínicos de extensão. O curso EMSB que mencionei anteriormente é exemplo disso. Os programas são projetados para se concentrarem nos princípios básicos da estabilização do doente, de acordo com normas standardizadas a nível local, nacional e, a exemplo do EMSB, internacionalmente. A adesão a esses padrões ajuda a aumentar a probabilidade das pessoas com queimaduras chegarem ao centro de trauma e/ou centro de queimados sem comprometer, indevidamente, a sua segurança no imediato. Não existe o conceito de *golden hour*⁸ no doente grande queimado. Isto porque as alterações fisiopatológicas acontecem com algum atraso embora defendam que, uma vez instituídas, são complexas e de longa duração, afetando todo o organismo. Torna-se portanto mais importante uma correta avaliação, instituição e gestão do tratamento do que o transporte imediato para um centro de trauma e/ou centro de queimados (Daigeler, Lehnhardt, Ottomann, Muehlberger & Toman 2010).

Daigeler et al (2010) defendem que estes aspetos poderão ter um grande impacto no prognóstico do doente. Lonnecker & Schoder (2001), citados por estes autores, referem que a descida da temperatura em 1º Celsius aumenta significativamente a mortalidade do doente queimado. Para além da perda do

⁸ *Golden hour* – R. Adams Cowley conceituou-o como um período de tempo de 60 minutos, crucial, e durante o qual seria importante iniciar o tratamento definitivo do traumatizado grave pois só assim poderá sobreviver (PHTLS, 2012).

mecanismo fundamental de regulação da temperatura, a perda de calor é agravada pela administração endovenosa de fluidos à temperatura ambiente, pela irrigação do tecido queimado e pela temperatura ambiente (Sheehy, 2010). Por outro lado, também a utilização de água para arrefecimento da queimadura leva à hipotermia. Contudo é indispensável fazer-se este arrefecimento. Ele poderá ser instituído com sucesso até 3 horas após a queimadura e a água a ser utilizada deverá ter uma temperatura entre 8º e 25º Celsius. Deverá ser efetuada com água corrente pese embora que tal não seja possível e caso se usem compressas esterilizadas irrigadas, estas terão de ser mudadas frequentemente, uma vez que estão sobre o corpo e aquecem rapidamente (ANZBA, 2012).

Ainda segundo Daigeler et al (2010), outro fator no agravamento do prognóstico do doente poderá ser, por conseguinte, a entubação traqueal já que tendencialmente estes doentes ficam hipotérmicos. Por este facto avisam que a entubação traqueal não deverá ser preventiva mas sim usada somente nos casos de dificuldade respiratória aguda, trauma severo associado, doentes em choque, doentes com grande TBSA ou com sintomas de queimadura por inalação. Segundo Clarck et al citado por Bird (1999), existe uma lesão presumível da via aérea quando o score > 2 tendo em conta os sete seguintes aspetos: a) espaço fechado; b) dispneia; c) alteração consciência; d) rouquidão; e) queimadura da face; f) expectoração carbonácea; g) fervores/alterações auscultatórias. (Hatfield et al, citados por Daigeler et al, 2010), referem que cerca de 25% do doentes entrados na UQ são extubados nas primeiras 24h. Uma avaliação mais objectiva e sistematizada permitirá evitar uma entubação traqueal e simultaneamente outras complicações associadas. Outro aspeto a ter em conta é a entubação gástrica precoce pelo risco acrescido de gastroparésia nestes doentes (ANZBA, 2012).

A fluidoterapia, por ter um importante papel no prognóstico do doente grande queimado, é calculada segundo uma fórmula denominada Fórmula de Parkland modificada (FPM).

Tabela 2 – Fórmula de Parkland Modificada

FÓRMULA DE PARKLAND MODIFICADA
$2 - 4\text{mL Hartmann's solution} \times \text{Peso em Kg} \times \% \text{ SCQ}$ $\frac{1}{2} \text{ nas 8 primeiras horas} - \frac{1}{2} \text{ nas 16h seguintes}$

Fonte: ANZBA (2012)

O volume de líquido estimado é instituído da seguinte forma: metade do volume total estimado é administrado nas primeiras 8 horas após a queimadura e o restante nas 16h seguintes. Temos também já fórmulas que nos dão o valor a instituir por hora, nas primeiras 8 horas. Temos o caso da seguinte equação que a Northern Burn Care Network (2012) usou na sua folha de referência hospitalar para as queimaduras complexas no adulto.

Tabela 3 – Fórmula de Parkland Modificada com cálculo horário para as primeiras 8 horas

FPM - CÁLCULO HORÁRIO PRIMEIRAS 8 HORAS
$0,1875 \text{ mL Hartmann's solution} \times \text{Peso (Kg)} \times \% \text{ SCQ}$

Fonte: Northern Burn Care Network (2012)

A salientar que este cálculo começa na altura da queimadura e não na hora de apresentação da mesma. O objetivo é manter um volume sanguíneo circulante adequado e produzir uma diurese no ratio de 1 ml/Kg/h.

A infusão de fluidoterapia deverá ser assegurada por dois cateteres venosos periféricos de grande calibre (pelo menos 16 gauge) de preferência em pele não queimada sendo que, se necessário, considerar o acesso intra-ósseo (ANZBA, 2012).

No entanto, é importante ter em conta que o valor de fluidos pode ter de ser aumentado ou diminuído de acordo com alguns fatores de comorbilidade e, já durante o processo de reanimação volémica, com a monitorização horária da diurese. Em queimaduras > 20% TBSA, em adultos, a colocação do cateter urinário é vital (ANZBA, 2012).

O soro de eleição é o lactato de ringer (ANZBA, 2012). A introdução de macromoléculas (normalmente albumina a 4%) é uma questão ideológica embora com tendência à introdução precoce (da 8^a à 24^a hora). Estas macromoléculas de síntese têm alguns inconvenientes no plano da imunidade e da coagulação (Echinard & Latarjet, 2012). Este facto, entre outros já mencionados, constitui-se como um fator predisponente à infeção/sépsis que se constitui como uma das complicações a evitar. Há uma alteração na barreira aos microrganismos pelo que o doente fica bastante vulnerável aumentando o risco de infeção.

Entre as escalas de cálculo de TBSA, saliento a “Regra dos 9”⁹ utilizada pelo INEM e a Escala de Lund and Browder¹⁰ usada no CH de referência em Lisboa onde exerço funções. Tendo em conta este cálculo é importante despistar hipotéticas “queimaduras graves” que levam doentes a serem encaminhados para salas de trauma já com vaga assegurada na unidade de queimados que, após uma avaliação mais precisa, se percebe que as lesões não são tão graves como se pensava inicialmente.

A necessidade de descompressão dos tecidos lesados é relativamente comum no tratamento de queimaduras. A necessidade surge porque o edema em redor da área atingida pode interferir com a circulação de um membro podendo levar à sua perda ou, no caso do tórax, pode causar interferência com a respiração, de tal modo que a expansão nos pulmões e o retorno cardíaco não serão possíveis. Razão pela qual é importante despistar sinais de compromisso neurovascular e, se necessário, proceder-se à escarotomia (ANZBA, 2012). Contudo, e na sequência de síndrome compartimental secundário, às queimaduras elétricas ou queimaduras atingindo tecidos abaixo da aponevrose de revestimento, poderá ser necessário combinar a fasciotomia com a escarotomia (ATLS, 2008). Por forma a evitar ou minimizar este problema a ANZBA (2012) refere que é benéfico a elevação da parte do corpo afetada durante o tratamento inicial e o transporte.

Mann, Baun, Meininger & Wade (2012) referem que a prevalência da sépsis nos doente queimados situa-se entre 8%-42,5%. Relativamente à sobrevivência, verifica-se que a taxa de mortalidade, nestes doentes, situa-se entre 28% e 65%.

⁹ ANEXO V – “Regra dos 9”

¹⁰ ANEXO VI- Tabela *Lund and Browder*

Também segundo Gallagher et al citado por Rowley-Conwy, G. (2010) a sépsis após grandes queimaduras aumenta a mortalidade de forma significativa pelo que quaisquer intervenções que levem à diminuição do risco serão benéficas para o doente.

Os cuidados a instituir versarão, por inerência, sobre este denominador. Como tal, torna-se de extrema importância a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a Pessoa Grande Queimada dada a sua complexidade e à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil (OE, 2010), diminuindo o risco associado ao compromisso da pele.

A dor secundária às queimaduras constitui-se como mais um problema com que o doente queimado se depara. Trata-se de um problema e os investigadores continuam a reportar que a mesma está subtratada. O inadequado controlo da dor leva a sequelas físicas e psicológicas nas vítimas de queimaduras (Yuxiang et al, 2012). No imediato, por exemplo, leva ao aumento do consumo de oxigénio provocado pela ativação do sistema adrenérgico levando a agitação, ansiedade e contratura muscular. A todos os doentes que se apresentam no SU com dor, deverá ser oferecida analgesia em tempo útil, independentemente da sua localização, do sistema afetado pela doença ou da especialidade médica ao qual está a cargo (EMA, 2012).

A avaliação da dor é um dos indicadores de cuidados de Enfermagem sendo que o seu controlo eficaz e respetivo registo da sua intensidade de forma contínua e regular contribuem para a otimização da terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados e melhoria da qualidade de vida da pessoa doente (DGS, 2003).

1.3. Continuidade de Cuidados em Cuidados Críticos

O Projeto elaborado centrou-se na pessoa adulta grande queimada em situação crítica, que sofre portanto, uma alteração aguda, interrompendo, de forma grave, o seu modo normal de vida, pois, frequentemente “existe pouco tempo para a adaptação para a alteração do estado de saúde ao estado de doença” (Roper, Logan & Tierney, 1995, p. 8). Ainda segundo as autoras, a pessoa exige do profissional de Enfermagem que o ajude a adaptar-se à situação; dão valor não ao que é feito mas sim ao “como é feito”. A pessoa vítima de queimaduras constitui-se um desafio difícil para os profissionais de saúde. Além da gravidade da lesão, há o desconforto do doente, o seu sofrimento e o dos seus familiares e a incerteza sobre o futuro (BBA, 2012).

Também Pinto, Montinho & Gonçalves (2010) abordam esta aspeto quando referem que as queimaduras levam a alterações no sistema familiar e provocam desorganização, exigindo à família uma nova reestruturação de forma a encontrar novas funcionalidades. Segundo os mesmos, e ao ser colocado em causa o equilíbrio familiar, a família é obrigada a movimentos de reorganização.

Cabe ao Enfermeiro ser facilitador deste processo de adaptação da pessoa e família à situação traduzindo e seguindo na sua prática uma abordagem de cuidados centrados na pessoa doente e respetiva família assegurando a continuidade dos cuidados. Segundo o Institute for Patient – and family – Centered Care (2009), os cuidados centrados no doente e família constituem “uma abordagem inovadora para o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de saúde que se baseia em parcerias mutuamente benéficas entre a pessoa em situação de doença, famílias e prestadores de cuidados”. Hobbs & Sodomka (2000) citados por Guion, Mishoe, Passmore & Witter (2010), acrescentam que os profissionais que apoiam este conceito compreendem e realizam os princípios essenciais de dignidade e respeito da informação, partilha, participação e colaboração. Estes acabam por capacitar as famílias e, por outro lado, levam a uma mudança de pensamento dos profissionais de saúde passando da interiorização do conceito de estarem a servir os doentes para a interiorização do conceito de parceria com os doentes.

O College & Association of Registered Nurses of Alberta (2008) refere que o conceito “Continuidade de cuidados” como um conceito distinto mantém-se

indefinido na literatura embora outros termos tais como “coordenação do cuidado”, “gestão de processo” e “planeamento da alta” sejam, muitas vezes, usados como sinónimos.

Ainda segundo a mesma associação, hoje em dia existe uma compreensão partilhada de que a continuidade de cuidados é definida por dois elementos fundamentais: cuidados ao longo do tempo - passado, presente e futuro; e um foco nas necessidades individuais de saúde do cliente e no seu contexto pessoal indo de encontro ao defendido por Roper, Logan & Tierney (1996).

A continuidade do cuidado é muitas vezes vista como um resultado do cuidado experienciado pelo cliente através do continuum de cuidados, enquanto gestão de processo e coordenação do cuidado são considerados abordagens ou modelos usados para obter a continuidade de cuidados.

A investigação aponta para diferentes tipos de continuidade: informativa, de gestão e relacional/interpessoal¹¹. A ênfase no tipo de continuidade depende do tipo e da definição de cuidados. Haggerty et al (2003); Holland & Harris (2007) & Cameron et al (2006) citados pelo College & Association of Registered Nurses of Alberta (2008), caracterizam-nos da seguinte forma: a) Continuidade informacional refere-se à transferência eficiente e eficaz da informação e conhecimento acumulado do cliente a fim de estabelecer pontes entre eventos de cuidados separados e assegurar que o cuidado atual é apropriado para a pessoa doente, à medida que eles se movem de uma configuração do cuidado para outro; b) continuidade de gestão refere-se a uma abordagem consistente e coerente para a provisão do serviço (protocolos de atendimento, planos de gestão partilhada, etc) para assegurar que os cuidados dos vários profissionais estão ligados, ordenados, são complementares e realizados em tempo útil; c) continuidade relacional ou interpessoal refere-se a um relacionamento terapêutico contínuo entre o profissional e o cliente que liga os cuidados passados aos atuais e aos futuros.

Payne, Hardey & Coleman (2000) abordam esta temática nesse sentido: a da importância da comunicação entre enfermeiros, destes com os médicos e outros profissionais de saúde, bem como dos enfermeiros com o doente e seus

¹¹ APÊNDICE XXII - Elementos de Continuidade de Cuidados

familiares/pessoas de referência como forma de assegurar a continuidade de cuidados. Acrescentam que a transferência de informação ocorre formalmente através dos registos de enfermagem e passagens de ocorrências verbalmente bem como, informalmente, durante as atividades de Enfermagem.

Carna (2008), citada por College & Association of Registered Nurses of Alberta (2008) refere que a falta de pessoal, o aumento da carga de trabalho e da complexidade dos cuidados aos clientes e as situações onde os profissionais têm pouca experiência constituem-se como desafios para atingir esta continuidade de cuidados através do continuum de cuidados.

Lee et al (2006), Reid et al (2002), Rosser & Schultz (2007) & van Servellen et al (2006) citados pelo College & Association of Registered Nurses of Alberta (2008) referem que “a investigação tem demonstrado que a continuidade de cuidados está associada ao melhor acesso ao cuidado, a uma melhor adesão ao rastreio e tratamento prescrito, ao reconhecimento de problemas não identificados, a melhores outcomes ao nível da vacinação, à redução do número de hospitalizações, ao menor uso de salas de emergência, ao aumento da satisfação do cliente e a uma redução geral de custos”, sendo que o papel do enfermeiro é visto como parte integrante da continuidade dos cuidados.

McFetridge, Gillespie, Goode & Melby (2007) também reconhecem a importância da continuidade de cuidados, pois a ausência de uma estruturada e lógica transição de informação entre serviços pode levar a uma fragmentação no atendimento à pessoa em situação de doença e a incidentes críticos ou omissões nos cuidados a serem prestados. Estes autores referem ainda que afim de assegurar a prestação de cuidados efetiva e holística a partir do momento em que foram iniciados, existe a necessidade de uma comunicação verbal, não verbal e escrita entre os enfermeiros dos diferentes departamentos. Só através do trabalho colaborativo entre as equipas de enfermagem dos diferentes serviços a continuidade de cuidados está assegurada. Este trabalho bidirecional permite melhorar, ainda mais, a compreensão dos papéis de cada um assim como as respetivas expectativas.

Indo de encontro ao explanado por McFetridge et al (2007) no que concerne aos riscos da ausência de uma estruturada e lógica transição de informação entre serviços, também a Ordem dos Médicos e SPCI (2008), no guia de recomendações

de transporte do doente crítico, refere que um dos erros mais comuns é a ausência de registos. Recomendam algumas medidas preventivas de complicações que passam por: a) passagem formal à equipa de transporte dos dados clínicos do doente; b) Entrega de toda a documentação e registos no hospital de destino; c) “devem ser efetuadas, ao longo do transporte, os registos, com intervalos adequados, da situação clínica do doente, nomeadamente todas as alterações ou terapêuticas administradas”.

Após a decisão de se efetivar o transporte, quer ele seja primário ou secundário, existe a necessidade de um planeamento e efetivação que contemple todos os aspetos por forma a assegurar a continuidade de cuidados.

A continuidade de cuidados constitui-se como um elemento fundamental para garantir a qualidade. Até porque, a sua ausência, pode colocar em causa a eficácia e eficiência dos cuidados (Al-Azri, 2008).

2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

De modo a responder aos objetivos geral e específicos (cf. p.22) defini atividades e critérios que permitiram o desenvolvimento de competências durante todo o processo. Parti do contexto da prática para fazer o diagnóstico de situação, peça fundamental no desenho do projeto, defini atividades e escolhi contextos.

Nesta fase, tive a ajuda de peritos na área a quem entrevistei. Realizei ainda estágios e observação em contextos de referência assim como frequentei cursos de formação na área.

2.1. Diagnóstico de Situação

Inicialmente, realizei uma fase diagnóstica analisando todos os processos referentes a pessoas grandes queimadas entradas no CH, no ano de 2011, que necessitaram de ressuscitação por fluidos. Desta análise surgiu a questão de partida: Quais as estratégias e cuidados a desenvolver para garantir a continuidade dos cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta Grande Queimada?

Após este diagnóstico de situação e formulação da problemática de partida, inicio uma segunda fase na qual defino objetivos e implementação dos mesmos nos diferentes contextos. Recorri a entrevistas semi-estruturadas a peritos, tendo sempre a preocupação de obter o consentimento informado junto dos entrevistados. Não mantive o seu anonimato, tendo-os usado como fontes bibliográficas. Por outro lado realizei estágios. Esta abordagem possibilitou-me melhorar a visão global do problema e projetar propostas futuras como o documento de registo de continuidade de cuidados de Enfermagem.

Segundo Phaneuf (2005), a colheita de dados é um ato que se situa na base de qualquer intervenção de cuidados e é reconhecida como um elemento da qualidade desses mesmos cuidados. Como tal, é dever do enfermeiro analisá-los, interpretá-los e documentá-los com exatidão (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.21).

Como referi na Introdução, no ano de 2011, deram entrada na SE do SU polivalente de um Hospital de referência na cidade de Lisboa 72 pessoas queimadas, sendo que 52 pessoas são consideradas grandes queimadas. Destas 29 necessitaram de reanimação por fluidos. Após consentimento prévio do Conselho de Administração do CH¹², analisei a totalidade destes processos.

Na análise dos dados foi utilizada uma abordagem quantitativa utilizando a variável de reanimação com os indicadores 1) registo diurese e 2) registo de fluidoterapia; a variável controlo de infeção com o indicador 3) profilaxia anti-tetânica; a variável família como parte do processo do Cuidar, com o indicador 4) contacto com a família. Os indicadores 1 e 2 estão relacionadas com a fase de reanimação a qual leva “a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2010). Por outro lado, a variável referida no ponto 4 vai de encontro a esta competência já que este “processo complexo” é extensível à família. Quanto à variável referida no ponto 3 vai de encontro à “maximização ao nível da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2010).

Apresentação de dados

Das 72 pessoas queimadas (52 grande queimadas) admitidas no SU e que ficaram internadas na UQ, consegui caracterizar 56 no que diz respeito à proveniência. Assim, 26 correspondem a transferências de outros hospitais (transporte de HEM ou ambulância com médico e enfermeiro) e 30 correspondem a admissões diretas do exterior sendo que, na sua grande maioria, são acompanhados por médico e enfermeiro da VMER ou do HEM.

Ao nível do registo da diurese só 11/29 (38%) registaram débito urinário no SU.

Ao nível do registo de fluidoterapia administrada pré-SU verifica-se que: a) 6/29 (20,5%) não têm registos; b) 6/29 (20,5%) não trazem registos de enfermagem; c) 2/29 (7%) não tiveram um enfermeiro a prestar cuidados no pré-hospitalar; d) 15/29 (52%) trazem registo de fluidoterapia instituída. No SU verifica-se que: a)

¹² ANEXO I – Autorização do CH e da Comissão de Ética para publicação de dados

12/29 (41%) têm registo; 2) 17/29 (59%) não têm registo. Analisando num continuum de registo, verifiquei que apenas em 9/29 (31%) dos casos temos dados para podermos comprovar a totalidade de fluidos instituídos desde a altura da queimadura até à entrada na UQ. Nos restantes 20/29 (69%) dos casos verifica-se que não existe esse continuum, sendo que em 12/20 (60%) não há qualquer registo quer no pré-SU como no SU.

Quanto ao registo de profilaxia anti-tetânica, apenas em 5/29 (17%) isso se verifica quando está preconizada a sua administração para diminuição do risco de infeção.

No que diz respeito aos registos sobre o contacto com a família verifica-se no pré-SU: a) 1/29 (3%) contactam; b) 26/29 (90%) não contactam - 20/29 (69%) não há referência no registo e 6/29 (21%) não trazem registo pelo que são caracterizados como não tendo sido efetuado. Dos restantes 7% (2/29) não existem registos pois nenhum enfermeiro prestou cuidados no pré-hospitalar por ausência do profissional no meio que prestou o socorro. No SU a realidade não difere muito do pré-SU. No entanto, apresenta uma ou outra nuance. Assim: a) 19/29 não contactam e/ou não fazem referência à família nos registos; b) 8/29 (28%) fazem referência à família através do registo do contacto telefónico sem o efetivarem ou procurarem o familiar na sala de espera, apesar deste não responder; c) 2/29 (7%) há presença do familiar(es) na sala de emergência para esclarecimento de dúvidas e fornecimento de folheto informativo sendo facultada a possibilidade de visitarem a pessoa queimada.

Síntese dos Dados

A sistematização dos registos permite melhorar o cuidar à Pessoa Grande Queimada através do continuum que se estabelece. Ao analisar os dados verifiquei que é comum a todas estas variáveis lacunas no continuum do cuidar conforme atesta a ausência de registo¹³. Efetivamente verifiquei que a passagem oral desprovida de um registo efetivo de todas as variáveis, apesar de não ser o método mais seguro, é o mais utilizado nos contextos vivenciados. A ausência de registo

¹³ APÊNDICE II – Gráfico de análise de resultados relativos à continuidade de cuidados da Pessoa Grande Queimada entrada no ano de 2011 no CH de referência da cidade de Lisboa

não invalida, portanto, a existência de cuidados. No entanto, e como referi anteriormente, poderá comprometer o continuum dos mesmos. Socialstyrelsens forfattningssamling SOSFS (1993) citado por Bruce & Suserud (2005, p.201) refere que a informação para além de ser reportada verbalmente terá de ser documentada de forma a permitir um registo formal do cuidado prestado à pessoa doente por uma questão de qualidade.

Em suma, esta continuidade está ameaçada porque não há um documento de registos de enfermagem que garanta uma continuidade ao longo de todo este processo. Como tal, e verificando que é necessário resolver esta situação, proponho-me a elaborar esse documento.

Ao nível da abordagem da quase totalidade dos doentes no SU, e tendo em conta o modelo de aquisição de competências, baseado em Dreyfus, e proposto por Benner (2001), compreendo de maneira intuitiva cada situação e apreendo diretamente o problema, sem me perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. No entanto, e quando toca à Pessoa Grande Queimada, e muito por causa da baixa prevalência no SU e na VMER, como mencionei anteriormente, posiciono-me ao nível da proficiência; apercebendo-me das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, guiando-me por máximas (Benner, 2001).

Neste contexto, pretendo atingir o nível de perito na prestação de cuidados à pessoa adulta Grande Queimada e à sua família a nível pré-hospitalar e intra-hospitalar. Para além de pretender adquirir competências de perito no domínio da gestão eficaz de situações de evolução rápida designadas por Benner (2001, p.90) como “competências em alturas de urgências vitais: apreensão rápida de um problema”, pretendo adquirir igualmente ao nível da função de ajuda que Benner (2001, p.136) definiu como “proporcionar apoio afetivo e informar as famílias dos doentes”.

Baseando-me na Ética e no Código Deontológico (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005 e OE, 2009) nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e nas recomendações da Comissão Regional do Doente Crítico (ARS Norte, 2009) e da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (PAIVA,

2012), procurarei desenvolver competências que me permitam intervenções especializadas à pessoa adulta grande queimada e à sua família tendo por base o referencial em vigor no reino Unido intitulado *Burn Nursing Competencies* vigente na Northern Burn Care Network, NHS¹⁴.

Ao adquirir uma compreensão global através da análise do percurso da Pessoa Grande Queimada desde o pré-hospitalar, passando pelo SU até à entrada na UQ e, simultaneamente, através da aquisição de um perfil de competências baseado no modelo teórico do curso *Emergency Management of Severe Burns (EMSB)* e do *Major Incident Medical Management and Support (MIMMS)* pretendo realizar uma análise retrospectiva da articulação destes serviços/profissionais e da forma como é realizada a continuidade de cuidados.

Tendo em conta os domínios dos cuidados de enfermagem definidos por Benner (2001), pretendo, para além da gestão eficaz de situações de evolução rápida, da função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente e da administração e acompanhamento de protocolos terapêuticos, assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde bem como as competências em matéria de organização ao nível da organização dos cuidados especializados (OE, 2011).

Assim, senti a necessidade de realizar um percurso que enfatize e exponencie a continuidade de cuidados centrados na Pessoa Grande Queimada e respetiva família como forma de assegurar elevados padrões de qualidade nos cuidados (Al-Azri, 2008).

Por conseguinte propus-me realizar um estágio orientado para a continuidade de cuidados centrados na pessoa e família. Realizei o EC1 numa UQ de um CH de referência em Lisboa por forma a desenvolver competências técnicas e competências relacionais especializadas centradas no indivíduo e família e fiz entrevistas a peritos em Sevilha com o intuito de reunir informação que me permitisse elaborar o documento de continuidade de cuidados. Também a realização da entrevista à Enfermeira Consultora no Reino Unido assim como os cursos especializados na área dos queimados realizados durante este EC enriqueceram e

¹⁴ ANEXO VII – *Burn Nursing Competencies at Northern Burn Care Network, NHS*

proporcionaram a aquisição de competências técnicas e relacionais assim como me permitiram elaborar estratégias para a produção do documento de continuidade de cuidados centrado na pessoa e família que me propus desenvolver neste trabalho.

2.2. Contexto das Práticas e Objetivos

O que pretendia, nesta fase, era intervir no SU e VMER onde trabalho com a ajuda dos peritos da UQ, do SU e da VMER assim como peritos internacionais. Para dar respostas aos objetivos específicos senti necessidade de escolher 2 campos de estágio. Desta forma o planeamento do projeto de estágio foi construído por partes distintas, cada uma delas com o intuito de responder a objetivos específicos e respetivos indicadores de avaliação, “Garantindo a Continuidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta Grande Queimada”, conforme está explanado no cronograma¹⁵.

O EC 1¹⁶ decorreu de 8 de outubro de 2012 a 31 de janeiro de 2013 e foi realizado numa UQ, de um CH de referência na cidade de Lisboa. Teve como objetivo compreender a dinâmica de prestação de cuidados à Pessoa Grande Queimada. Por outro lado, pretendi desenvolver competências: a) ao nível dos cuidados de enfermagem especializados à Pessoa Grande Queimada em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; b) à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; c) ao nível da maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção em contexto hospitalar.

Durante o EC 1 desloquei-me ao Reino Unido onde efetuei mais 3 atividades¹⁷. Na semana de 22 a 27 de outubro de 2012, realizei: 1) entrevista a perita - Enfermeira Jackie Edwards, uma senior nurse specialist do Wythenshawe Hospital e única Burns Nurse Consultant do país. Desde 1998 que tem desempenhado um papel de liderança no norte da Inglaterra na evolução da terapia de queimados da rede, que abrange o norte da Inglaterra, Gales do Norte e da Ilha de Man - com o intuito de desenvolver competências para prestar cuidados

¹⁵ APÊNDICE I - Cronograma

¹⁶ APÊNDICE III – Objetivos para o EC 1

¹⁷ APÊNDICE XVIII - Objetivos para o EC 2

enfermagem especializados à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; 2) Curso EMSB (Emergency Management of the Severe Burn). Este curso teve o seu enfoque na prestação de cuidados à Pessoa Grande Queimada nas primeiras 24h pós-exposição pois fornecem instruções/guidelines sobre a avaliação, estabilização e sua transferência/encaminhamento; 3) MIMMS (Major Incident Medical Management and Support) com o objetivo de desenvolver competências ao nível da dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima ao nível da conceção e ação. Em comum nesses três momentos tinha os seguintes objetivos: a) compreender a dinâmica de prestação de cuidados à Pessoa Grande Queimada; b) desenvolver competências ao nível dos cuidados de enfermagem especializados à Pessoa Grande Queimada em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; c) desenvolver competências ao nível da maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção em contexto hospitalar.

Durante o EC1, desloquei-me ainda a Sevilha, Espanha, onde realizei mais uma atividade¹⁸. Teve como principal objetivo ajudar na conceção de um protocolo de atuação e registo unificado dos cuidados de enfermagem à Pessoa Grande Queimada, desde o pré-hospitalar até à entrada na UQ. Os estágios na 061 Emergencias Sanitarias e no Hospital Virgen del Rocio surgiram no seguimento de um projeto pioneiro por eles instituído em Espanha denominado “Protocolo Unificado de Assistência ao doente queimado”. O seu objetivo major é que a assistência que se presta nos quatro níveis de atendimento (bombeiros, profissionais do pré-hospitalar, profissionais da sala de trauma e profissionais da UQ) desde que se assiste “in situ” até à altura em que se encontra na UCI, siga o mesmo padrão. Ele contempla todos os passos a seguir nas diferentes fases do processo assistencial.

A metodologia seguida foi a da entrevista. Morgan (1988) citado por Bogdan & Biklen (1994, p.134) referem que a entrevista consiste “numa conversa intencional, geralmente entre duas pessoas (...), dirigida por uma delas com o objetivo de obter informações sobre a outra”. Carvalho et al (1997) citado por Nunes (2010), refere que a entrevista é uma excelente opção quando se pretende fazer uma análise qualitativa. Seleccionei a entrevista semi-estruturada pois, neste tipo de entrevista,

¹⁸ APÊNDICE XIII - Objetivos Atividade em Sevilha

“o entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reacções por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas ao seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista” (Matalon & Ghiglione, 1993).

Elaborei um guião de pontos a abordar aos responsáveis pela instituição do protocolo em Sevilha, nomeadamente, o diretor da EPES Emergencias Sanitarias Sevilha Francisco Bonilla Quintero e o Dr. Jose Maria Dominguez Roldan, diretor clínico da UQ do Hospital Virgen del Rocio, de forma a compreender o funcionamento ao longo dos diferentes níveis de atendimento. À posteriori foi utilizada a análise de conteúdo (Bardin, 2004). Foi realizada nos dias 8, 9 e 10 de janeiro 2013.

Por último, o EC2¹⁹ decorreu entre 20 de janeiro e 15 de fevereiro, no SU e na VMER do CH, com o intuito de desenvolver competências na área da gestão e sensibilizar os enfermeiros para a importância dos registos de Enfermagem e da formação na sistematização do exame e tratamento emergentes da Pessoa Grande Queimada. Culminaram na execução da proposta de documento de registo de Enfermagem.

¹⁹ APÊNDICE XVIII - Objetivos para o EC 2

2.3. Atividades Desenvolvidas

Nas tabelas 4 e 5 apresento a listagem de atividades desenvolvidas nos EC 1 e EC 2, respetivamente, e a menção ao respetivo documento de reflexão elaborado.

Tabela 4 - Principais atividades realizadas no EC 1

Ensino Clínico 1 – Atividades realizadas e documentos elaborados
• Caracterização do EC 1 – APÊNDICE IV • Jornal de Aprendizagem “Assistência à pessoa queimada e respetiva família nas perturbações emocionais” – APÊNDICE V • Formação em serviço na UQ: “Ventilação Mecânica Invasiva: modos ventilatórios” (formando) • Formação em serviço na UQ: “Cuidados de Enfermagem ao doente submetido a Ventilação Mecânica Invasiva” (formando) • Estudo de caso e Plano de cuidados – APÊNDICE VI • Sessão de sensibilização “A Unidade de Queimados do Wythenshawe Hospital: outra perspectiva do Cuidar” – APÊNDICE VII • Sessão de sensibilização “Formação em Queimados: ABCDEFuidos” – APÊNDICE VIII • Bloco Operatório - Observação de transplantação de Membrana Amniótica • Bloco Operatório - Observação de colheita e transplantação de Pele (Auto-Enxerto) • Curso MIMMS – APÊNDICE X • Curso EMSB – APÊNDICE XI • Entrevista Enfermeira Jacky Edwards (transcrição e análise conteúdo) – APÊNDICE XII • Entrevista Dr. Roldan e Dr. Bonilla (transcrição e análise conteúdo) – APÊNDICE XIV • Contributo para a Norma DGS nº 022/2012 – Abordagem hospitalar das queimaduras – APÊNDICE XVI • Contributo para a Norma DGS nº 022/2012 – Abordagem hospitalar das queimaduras – APÊNDICE XVII

Tabela 5 - Principais actividades realizadas no EC 2

Ensino Clínico 2 – Atividades realizadas e documentos elaborados
Sessão de sensibilização “O Grande Queimado na Urgência Geral: a abordagem e a sua importância no continuum de cuidados” - APÊNDICE XIX Jornal de Aprendizagem “Gestão em Enfermagem” - APÊNDICE XX Sessão de sensibilização “Situação de Exceção a nível pré-hospitalar: uma abordagem estruturada” - APÊNDICE XXI

EC1 – UQ, CH em Lisboa

Ao longo de quatro meses, estagiei numa UQ de referência da área de Lisboa, tendo tido a oportunidade única de prestar cuidados de enfermagem especializados à Pessoa Adulta Grande Queimada e sua família. Durante esses turnos, pude desenvolver competências na avaliação, monitorização e realização de procedimentos específicos, avaliação da superfície corporal queimada, gestão da fluidoterapia de acordo com a fórmula de Parkland, gestão da dor, balanços hídricos horários e medidas de controlo de infeção hospitalar. Adquiri e desenvolvi ainda conhecimentos e competências ao nível da ventilação mecânica invasiva nas diferentes modalidades ventilatórias e, de forma gradual, adquiri saberes e técnicas, desenvolvendo destreza ao nível da realização de pensos complexos no que ao seu planeamento (escolha de materiais de acordo com o tipo de lesão e prognóstico de atuação futura) e aplicação dizem respeito, relacionando-os com os resultados obtidos. Tive ainda oportunidade de assistir ao processo de transplantação de membrana amniótica e à colheita e transplantação de pele (auto-enxerto).

O contacto com a pessoa queimada e respetiva família foi outro dos aspetos desenvolvidos no domínio do conhecimento ao nível das competências relacionais/comunicacionais. Ao ter oportunidade de desenvolver conhecimentos na abordagem à pessoa e família em situação crítica, através do diálogo com enfermeiros peritos (Benner, 2005) da UQ bem como ao presenciar diálogos entre Enfermeiro-família / Enfermeiro-pessoa queimada, consegui, de forma gradual, tornar-me competente nesta área tão específica.

No EC1 realizei um Estudo de caso com o respetivo plano de cuidados²⁰ com o intuito de abordar globalmente a Pessoa Grande Queimada. Este estudo pretendeu espelhar que tive uma oportunidade de prestação cuidados de alta complexidade à pessoa adulta queimada entrada na UQ nas primeiras 8h após o incidente.

Realizei ainda um jornal de aprendizagem²¹, utilizando a metodologia do ciclo reflexivo de Gibbs, com o intuito de refletir sobre o processo de internamento da pessoa queimada em situação crítica e a sua repercussão nas diferentes AVD

²⁰ APÊNDICE VI – Estudo de Caso e Plano de Cuidados

^{21/22} APÊNDICE V – Jornal de Aprendizagem “Assistência à pessoa queimada e respetiva família nas perturbações emocionais”

definidas por Roper-Tierney-Logan (1995). Verifiquei que a AVD comunicação ao estar alterada afetou negativamente outras necessidades da pessoa, tais como o sono e a mobilização. Isto porque, ao ver-se desprovida da atividade de comunicar, a pessoa vê-se privada de interação interpessoal e relacionamento humano que se constituem como dimensões importantes e fundamentais na vida (Roper, Logan & Tierney, 1995). Efetivamente cada uma das AVD influencia as outras num encadeamento contínuo exigindo do enfermeiro uma resposta competente, eficaz e eficiente. O facto da pessoa queimada estar internada numa unidade fechada e com bastantes restrições de visitas (típicas da sua especificidade como foi abordado na caracterização do EC1²²) agrava esta situação sendo que este isolamento físico requer estratégias comunicacionais e de apoio emocional especializadas.

O facto de contactar com várias situações de pessoas queimadas resultantes de acidentes laborais levou-me a refletir sobre o impacto sócio-económico e familiar deste processo de doença²³.

A forma como fui colocando em prática o know-how adquirido ao longo do tempo fez com que a enfermeira orientadora de estágio verificasse que desenvolvi competências e que no contexto, após a integração das particularidades, estava apto a fazer a prestação de cuidados especializados ao binómio pessoa/família. Realizei o primeiro contato da família com a UQ e com o seu familiar em situação de doença por queimadura assim como o respetivo acompanhamento da situação. Tive possibilidade de desenvolver um conjunto de atividades que vão desde o acolhimento, passando pelo esclarecimento de dúvidas e receios, transmissão de más notícias, apoio emocional e planeamento de alta e reabilitação. Inevitavelmente este trabalho desenvolvido refletiu-se na forma como a própria pessoa e respetiva família me abordavam. No fundo, tanto a pessoa como a família esperavam-no de mim e, sem dúvida, a forma como fui abordado por diversas vezes atesta a forma como Cuidar chegou junto dos mesmos.

Outra das competências desenvolvidas centrou-se ao nível da maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção da Pessoa Grande Queimada. Como mencionei anteriormente, ao pesquisar na bibliografia o tema “A sépsis na

²² APÊNDICE IV – Caracterização do EC1

pessoa queimada”, verifiquei que a sua prevalência era bastante elevada (situa-se entre 8%-42.5%) sendo que a sua sobrevivência situa-se entre 28% e 65% (Mann, Baun, Meininger & Wade, 2012). O enfermeiro, por inerência à sua profissão, é aquele que passa 24h com a pessoa doente pelo que, ao diminuir os riscos associados à mesma, trará ganhos em saúde. Mas, para além de diminuir os riscos, é fundamental uma deteção precoce e uma correta sinalização logo que identifica critérios de SIRS²⁴.

Aproveitando o facto de no SU onde exerço funções terem estado a realizar formação sobre a Via Verde Sépsis, associado ao facto de ter presentes os critérios dessa mesma ativação, constitui-se uma mais valia neste EC, dado conseguir reconhecer precocemente sinais de instabilidade que identifiquei como presunção de sépsis / choque séptico. Ao reportar esses sinais, os trâmites relacionados com os ECD e a instituição de AB precocemente trouxeram, inevitavelmente, ganhos em saúde. Por outro lado, o facto da minha tutora ser uma das duas dinamizadoras do grupo de controlo de infeção na UQ possibilitou-me aprofundar conhecimentos através do diálogo mantido. Também a observação direta da sua praxis originou uma melhor adaptação da minha parte às particularidades da UQ. Acabei ainda por desempenhar de forma competente papel de veículo de educação para com os familiares e pessoas doentes desde o primeiro contacto com a UQ²⁵.

EC1 – MIMMS, Reino Unido

O Curso Emergency Management of Severe Burns (EMSB)²⁶ surgiu como mais uma atividade do EC1 e forneceu-me informações factuais sobre a apresentação, diagnóstico e tratamento inicial da pessoa com queimaduras graves e permitiu-me colocar os conhecimentos em prática, lidando, de forma competente com a pessoa em situação crítica ainda durante esse mesmo EC.

O Curso MIMMS consiste num curso multidisciplinar de três dias, no qual se desenvolve o conhecimento, competências e julgamento para gerir eficazmente o cenário de um incidente grave. Apesar de ser um curso baseado no modelo pré-hospitalar inglês tem a particularidade de ser moldável a qualquer tipo de modelo a

²⁴ SIRS – *Systemic inflammatory response syndrome*

²⁵ APÊNDICE VI – Estudo de caso e Plano de Cuidados

²⁶ APÊNDICE XI – Curso EMSB

nível mundial, bem como fornecer um quadro simples e reprodutível para planeamento e resposta independentemente da natureza do “desastre”. Esta abordagem que permite uma intervenção em todo o tipo de desastres reduz o risco clínico de uma má resposta a uma situação pouco frequente e altamente complexa, possibilitando maximizar a intervenção em prol do benefício das vítimas, ao garantir que os recursos humanos são eficaz e coerentemente direccionados para os mais necessitados sob a máxima “do the most for the most.”²⁷ Isto porque a Pessoa Grande Queimada é vítima, frequente, de situações de catástrofe.

Após a realização deste curso, senti necessidade de ser agente de mudança na minha instituição e sugeri realizar uma formação sobre a atuação em caso de incidente grave, a qual veio a concretizar-se no EC 2.

EC1 – EMSB, Reino Unido

Ao realizar o Curso Emergency Management of Severe Burns (EMSB) adquiri informações factuais sobre a apresentação, diagnóstico e tratamento inicial da pessoa com queimaduras graves, permitindo-me assim lidar de forma competente com a pessoa em situação crítica. Entre os conhecimentos e competências que adquiri/desenvolvi destacam-se (BBA, 2012):

- Realizar a avaliação inicial de uma Pessoa Grande Queimada;
- Demonstrar como abordar, proteger e manter a via aérea;
- Avaliar a adequação da circulação;
- Identificar constrição provocada por roupas e/ou jóias;
- Calcular a percentagem de superfície corporal envolvida numa queimadura;
- Iniciar reposição hídrica intravenosa adequadamente;
- Identificar casos que necessitam de algaliação;
- Identificar a necessidade de escarotomia e descrever o procedimento;
- Realizar a avaliação secundária de uma pessoa com queimaduras graves;
- Realizar uma observação e avaliação da cabeça aos pés e identificar lesões associadas;
- Identificar investigações laboratoriais adequadas;

²⁷ “do the most for the most” - Fazer o máximo pelos mais necessitados

- Prescrever apropriado alívio da dor;
- Identificar a necessidade de imunização contra o tétano;
- Discutir o tratamento apropriado à queimadura;
- Identificar pessoas grande queimadas que necessitam de transferência para uma Unidade de Queimados.

Para além de fornecer competências técnico-científicas, o curso visou também enfatizar os benefícios da partilha destes mesmos protocolos pelos profissionais de saúde no atendimento da Pessoa Grande Queimada em situação crítica. Neste curso, foi-me apresentado um documento intitulado “EMSB Burns Transfer Information Chart”²⁸ que me serviu de orientação para a elaboração da proposta de documento final.

Após a realização dos cursos MIMMS e EMSB impôs-se a necessidade de ser agente de mudança pelo que programei duas formações em ambos os EC, com o intuito de sensibilizar os profissionais para esta temática.

EC1 – Entrevista à Enfermeira Jacky Edwards, Reino Unido

A entrevista à Enfermeira Jacky²⁹ teve como principal objetivo auxiliar no reconhecimento de estratégias e de cuidados a prestar e respetivas competências a desenvolver no âmbito da prestação de cuidados à Pessoa Grande Queimada e respetiva família. Por ter sido realizada ainda numa fase inicial do EC, potenciou a identificação precoce e aquisição de conhecimentos relativamente à forma como um enfermeiro especialista atua numa UQ. À posteriori, permitiu-me refletir, juntamente com os colegas da UQ, sobre a prática perspetivando alternativas validadas nesse contexto. Com esta ação ressalvo que não se pretendeu realizar uma comparação linear pois tornar-se-ia errática dadas as diferenças organizacionais e funcionais entre as duas UQ, assim como, a própria diferença cultural. A aquisição de conhecimentos secundária à entrevista serviu de fonte de informação com aspetos de importância major para sensibilizar os colegas.

²⁸ ANEXO VIII – *EMSB Burns Transfer Information Chart*

^{29/30} APÊNDICE XII – Entrevista Enfermeira Jacky Edwards

Segundo Jacky Edwards o Enfermeiro atua como coordenador de todo este processo de doença sendo-lhe atribuído a função de acompanhamento do mesmo durante todo o internamento e desde o momento em que há o primeiro contato do médico com a família. Numa fase inicial, surgem questões relacionadas com o futuro da pessoa e sobre a próprio sofrimento e dor que experiencia. Surgem ainda outras, nomeadamente, se vai sobreviver e se sobreviver como vai ficar ou mesmo como vai trabalhar. Nesta fase que é considerada crítica o enfermeiro perito permite a permanência dos familiares junto da pessoa de forma permanente, se estes assim o quiserem. À medida que o tempo passa e se vê que a pessoa vai sobreviver, o próprio enfermeiro “afasta-os” gradualmente uma vez que, por razões relacionadas com a saúde mental dos próprios, não será benéfica a sua permanência na UQ.

Tanto na UQ como no Wythenshawe Hospital tive contato e adquiri novas competências ao nível da avaliação da dor a pessoas doentes ventiladas, inconscientes e/ou sedadas, utilizando a escala BPS³⁰ que viria a fazer parte do documento do registo do continuum de cuidados de enfermagem elaborado.

A Enfermeira Jacky Edwards³¹ focou por várias vezes a prevenção e controlo de infeção tanto como uma das competências do enfermeiro perito em pessoas vítimas de queimadura como um baluarte do sistema nacional de saúde britânico (NHS). Destacou estas competências como sendo fulcrais para o bom funcionamento da UQ. Constituindo-se os cuidados com o cateter arterial, central ou periférico como indicadores de qualidade em enfermagem, e sendo o seu registo diário obrigatório em todo o NHS, vinca-se a preponderância que o enfermeiro perito tem ao nível da prevenção e controlo da infeção. Ao receberem formação através de e-learning os enfermeiros são, à posteriori, auditados semanalmente, recebendo um incentivo monetário / penalizados consoante tenham aproveitamento ou reprovem, respetivamente.

Esta entrevista constituiu-se como uma experiência bastante enriquecedora já que me permitiu refletir na prática, tendo em conta o contexto português, quanto aos domínios e especificidade da prestação de cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa adulta grande queimada em situação crítica. Analisando a entrevista

³⁰ BPS – *Behavioural Pain Scale*

relativamente às competências do enfermeiro perito na área destacam-se quadro grandes sub-áreas: 1) atributos; 2) monitorização dos indicadores de qualidade; 3) prevenção e controlo de infeção; 4) assegurar a continuidade de cuidados. Verifiquei que em termos de atributos este perfil se deverá basear numa liderança forte e na autonomia.

É competência do enfermeiro perito ser agente de mudança (OE, 2010). Na UQ que a Enfermeira Jacky dirige o enfermeiro perito participa em grupos de trabalho com universidades para desenvolver produtos que permitam prevenir infeção. São exemplo disso os “essential oils”³² que de momento têm na UQ e que permitiram baixar as taxas de infeção. Produzir dados e divulga-los é outro dos aspetos onde o enfermeiro perito se destaca.

Trata-se de uma realidade diferente da que experienciei na UQ em Lisboa no que se relaciona com as limitações de tempo de permanência e número de visitas. No fundo, e no que diz respeito à prestação de cuidados de enfermagem, não há uma décalage tão grande. Ao verificar esta realidade consegui, e de uma forma gradual, perceber e identificar os aspetos mais importantes que os familiares e a pessoa queimada estavam a vivenciar. Apelando à entrevista realizada e à experiência partilhada por peritos ao longo dos 4 meses na UQ em Lisboa, maximizei o tempo de permanência dos familiares em relação ao acompanhamento. Ao adquirir este “background” projetei cuidados de enfermagem especializados à pessoa e à família desde o primeiro contato.

O documento pilar utilizado no NHS intitulado “Northern Burn Care Network Referral Form: Adult Complex Burns”³³, e que me foi cedido gentilmente pela Enfermeira Jacky Edwards, ajudou-me bastante na conceção do meu documento final. Contudo a ajuda foi muito mais além deste documento. A entrevista com esta perita proporcionou-me conhecer novas realidades. Venceu de novo o enfermeiro perito como agente de mudança sendo o produtor e dinamizador de programas multidisciplinares in loco e e-learning ao nível do trauma (vertente pessoa queimada) através da rede do NHS. Confrontada com o meu objetivo de assegurar o continuum

³² “essential oils” – óleos essenciais colocados num nebulizador que os difunde no ar de forma automática

³³ ANEXO IX – Northern Burn Care Network Referral Form: Adult Complex Burns

de cuidados de Enfermagem identificou estratégias em quatro áreas que acha serem cruciais: 1) formação; 2) organização; 3) protocolos/guidelines; 4) registos.

Assim, e ao nível da formação, focou a existência de uma equipa dentro da instituição que realiza formação aos restantes profissionais da UQ. Referiu ainda estarem a realizar formação a dois membros do pessoal da rede hospitalar que encaminha pessoas grande queimadas para a UQ sendo que estes asseguram a posterior formação aos demais profissionais.

Do ponto de vista organizacional, salienta a importância da Pessoa Grande Queimada ser referenciada imediatamente do local onde se encontra para um centro de trauma evitando passar por vários SU até chegar ao destino final sendo que, indubitavelmente, é assegurado o tratamento vital no imediato e até à chegada à UQ. E os protocolos/guidelines acabam por se constituir como mais valias organizacionais permitindo tanto uma correta abordagem como uma correta referência.

As guidelines existentes de momento foram concebidas pela própria Enfermeira Jacky sendo analisadas por 10 consultores das diferentes UQ tendo chegado a acordo após um ano. No decorrer do meu estágio, e cerca de 2 meses após esta entrevista surgiram 2 normativas da DGS sobre a UQ e a Pessoa Grande Queimada. Curiosamente, em nenhuma delas, o profissional de Enfermagem esteve incluído no grupo de trabalho. Por fim, mas não menos importante, o registo. O documento³⁴ cedido pela Enfermeira Jacky e que referi há pouco está disponível online no site Northern Burn Care Network por forma a estar acessível para os restantes hospitais em rede. A existência de protocolos previamente estabelecidos com critérios de tratamento e referência muito bem delineados associados a uma “rede de camas de queimados” (National Burn Bed Bureau) e a uma folha de registo que assegure o continuum de cuidados de enfermagem constituem-se como fulcrais para a boa assistência à Pessoa Grande Queimada e sua família.

³⁴ ANEXO IX – Northern Burn Care Network Referral Form: Adult Complex Burns

EC1 – Entrevista ao Dr. Roldan e Dr. Bonilla, Sevilha, Espanha

As entrevistas ao Dr. Roldan e Dr. Bonilla³⁵ serviram de base para o desenvolvimento de proposta de documento de registo unificado dos cuidados de enfermagem à Pessoa Grande Queimada desde o pré-hospitalar até à entrada na UQ no CH de referência na cidade de Lisboa.

A realização de entrevistas a dois peritos, responsáveis pela implementação de um protocolo que unifica o atendimento à pessoa queimada, permitiram-me identificar aspetos de importância major para a consecução deste objetivo. Ao nível da necessidade de criação do protocolo destacam-se três sub-temas: 1) necessidades; 2) Construção do protocolo; 3) facilidades e dificuldades. Assim, e quanto às necessidades, o Dr. Roldan destaca que havia aspetos passíveis de serem melhorados. Refere que a informação se perdia e a que chegava ao intra-hospitalar era escassa, colocando em causa a assistência e prognóstico do doente. O Dr. Bonilla sublinha a disfunção existente no pré e no intra-hospitalar no atendimento à pessoa queimada. Por partilhar as mesmas inquietudes que o seu amigo Dr. Roldan, e por quererem sempre avançar, partiram para a criação do protocolo.

Ao nível da sua construção, ambos destacam a importância de colocar à mesa todos os intervenientes no atendimento sendo que o Dr. Bonilla exemplificou com a sessão clínica realizada em Março de 2011 e na qual foi criado um grupo de trabalho por forma a homogeneizar a assistência à pessoa queimada.

No que diz respeito às dificuldades, o Dr. Roldan vinha por diversas vezes a falta de formação na área. Diz que a formação sobre a pessoa queimada não é “business class”³⁶ entre a formação ministrada ficando muitas vezes esquecida. O Dr. Bonilla referiu que só via facilidades. Destacou o facto de juntar à mesma mesa pessoas que partilham a mesma preocupação e que não procuram protagonismo como um fator facilitador. O Dr. Roldan também destaca o facto de já haver um diálogo com o EPES em muitos outros campos como potenciador desta relação de cooperação. No entanto, e ao longo da entrevista, o Dr. Bonilla abordou de novo o

³⁵ APÊNDICE XIV – Entrevista Dr. Roldan e Dr. Bonilla

³⁶ “business class” – traduzido à letra significa classe executiva embora aqui surja como metáfora para referir que a formação em queimados não se trata de uma formação à qual se dê importância major.

tema das dificuldades e referiu que o aspeto económico é uma dificuldade pela incapacidade de aquisição de hidroxicoalamina³⁷.

O Dr. Bonilla refere que foram dois enfermeiros (um dos bombeiros e outro do EPES) que elaboraram o protocolo tendo sido, à posteriori, validado por si e pelo Dr. Roldan. Em termos de assistência do enfermeiro neste protocolo a nível pré-hospitalar o Dr. Bonilla destaca a coordenação do transporte do doente crítico e da rede de ambulâncias ao nível da central de coordenação do EPES, assim como a assistência no local utilizando a central de coordenação para validação de procedimentos delegados por médicos. Em termos intra-hospitalares, o Dr. Roldan refere que o enfermeiro é absolutamente fundamental pois é o reanimador nas primeiras horas em situação de emergência; é ele que está 95% do tempo com a pessoa queimada e que realiza 95% das ações. O papel do enfermeiro é o papel de *bedside*³⁸.

Os resultados obtidos após 1 ano, consideradas as mais-valias, o Dr. Roldan identifica a continuidade como o ponto fulcral do protocolo. Refere que não há um “gap” mas sim um processo assistencial continuo com evidente impacto clínico na pessoa queimada. O Dr. Bonilla refere que não tem indicadores específicos para o protocolo, embora saliente que as auditorias internas e externas de que os profissionais são alvo mensalmente e semestralmente, respetivamente, contribuem em grande parte para a melhoria da prestação do processo assistencial.

EC1 – Ações de Sensibilização, UQ, CH em Lisboa

Para além de veículo de educação para com os familiares e pessoas doentes responsabilizei-me por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (OE, 2010). Após diagnosticar necessidades formativas, concebi as sessões de sensibilização e avaliei o seu impacto imediato.

A primeira sessão de sensibilização realizada na UQ intitulou-se “A Unidade de Queimados do Wythenshawe Hospital: outra perspetiva de Cuidar”³⁹. O tema da presente ação de formação ficou desde cedo delineado já que houve uma

³⁷ Hidroxicoalamina – usada como antídoto para intoxicações por cianetos

³⁸ “*bedside*” – À cabeceira; junto do doente

³⁹ APÊNDICE VII – Sessão de sensibilização “A Unidade de Queimados do Wythenshawe Hospital: outra perspetiva de Cuidar”

convergência de interesses entre as quatro partes: meus enquanto veículo de transmissão de novas realidades indo de encontro aos objetivos explanados no projeto individual, das senhoras professoras tutoras Florinda Galinha e Rebelo Botelho pela pertinência do mesmo face aos objetivos do estágio e das enfermeiras orientadora do local de estágio e chefe, pela mais valia para a UQ, pelo confronto de realidades e reflexão que daí poderia proporcionar.

No final da ação de formação o feedback obtido foi bastante positivo já que verbalizaram que as temáticas abordadas foram bastante úteis para a sua prática. Referiram que, ao tomarem conhecimento de uma outra realidade no que à prevenção e controlo de infeção hospitalar diz respeito, as fez refletir sobre a prática e a realidade da sua UQ. Tínhamos presentes na formação a Enfermeira Chefe e a Enfermeira que a substitui na sua ausência, bem como as duas dinamizadoras do grupo de controlo de infeção o que enriqueceu a discussão e perspetivou o futuro da unidade. O facto de ter criado pontes com esta Enfermeira e com a UQ do Wythenshawe Hospital em Manchester poderá proporcionar à UQ do CH, a médio e longo prazo, uma fonte de conhecimentos e, inevitavelmente, constituir-se-á um ponto de partida para o crescimento da mesma.

Referiram que ao tomarem conhecimento de uma outra realidade lhes permitiu confrontarem com a sua realidade e refletirem sobre as suas práticas e o funcionamento da UQ, potenciando eventuais alterações futuramente ao nível da área ambiental relacionada com o controlo de infeção nomeadamente ao nível da desinfeção de superfícies e nebulização de óleos essenciais.

A segunda sessão de sensibilização realizada intitulou-se “ABCDEFfluidos”⁴⁰. Surgiu da necessidade de sensibilizar a para a importância da formação na sistematização do exame e tratamento emergentes da Pessoa Grande Queimada. Por outro lado, e ao realizar os registos na UQ, verifiquei que há uma diferença na forma de os efetuar.

Apesar de toda a informação estar presente em ambos os registos (SU e UQ), constatei que a linguagem de enfermagem contida nos registos difere consoante se trate de registos na VMER/SU ou da UQ pelo que achei pertinente realizar uma sessão de sensibilização neste âmbito para uniformização de conceitos e registos.

⁴⁰ APÊNDICE VIII - Sessão de sensibilização “ABCDEFfluidos”.

Como tal a presente formação constitui-se fulcral para a prossecução do projeto em curso. Aproveitei o facto de ter realizado o curso EMSB que me serviu de base teórica-prática nas ações de formação e simultaneamente para despertar interesse nos colegas, por forma a perspetivar uma formação especializada de queimados a nível intra-hospitalar.

Durante as sessões de formação, questionei-os se achariam pertinente a criação de um documento de registo de enfermagem que assegurasse a cointinuidade de cuidados. Das pessoas que se expressaram a resposta foi sim por unanimidade. Assim, eleborei um documento inicial que expus nos diferentes contextos de forma a que os profissionais avaliassem a mesma e sugerissem alterações. Esse período de recolha de sugestões e feedback foi de aproximadamente 1 mês, e foi tido em conta na elaboração do documento final⁴¹.

EC1 – Contributo para normas da DGS em discussão pública

Cerca de 2 meses após a entrevista à Enfermeira Jacky Edwards que abordou a importância dos protocolos/guidelines na correta assistência, referenciação e registos para que se assegure o continuum de cuidados e, digo eu, se tornem possíveis ganhos em saúde, surgiram 2 normativas da DGS sobre a UQ e a Pessoa Grande Queimada. Foram elas: 1) Norma nº 023/2012 de 26/12/2012 - Abordagem Pré-hospitalar das Queimaduras; 2) Norma nº 022/2012 de 26/12/2012 - Abordagem hospitalar das queimaduras. Curiosamente, em nenhuma delas, o profissional de Enfermagem esteve incluído no grupo de trabalho. Após lê-las, e uma vez que se encontravam em discussão pública, e tendo em conta as competências desenvolvidas, decidi dar o meu contributo para cada uma delas. Assim redigi Contributo para a Norma DGS nº 022/2012 - Abordagem hospitalar das queimaduras⁴² e Contributo para a Norma nº 023/2012 de 26/12/2012 - Abordagem Pré-hospitalar das Queimaduras⁴³. Neste sentido, e indo de encontro às competências do enfermeiro especialista, apresento o documento como contributo de Enfermagem para a discussão pública das políticas de saúde a nível nacional.

⁴¹ APÊNDICE XV – Documento de Registo do *Continuum* de Cuidados de Enfermagem

⁴² APÊNDICE XVI – Contributo para a Norma DGS nº 022/2012 - Abordagem hospitalar das queimaduras

⁴³ APÊNDICE XVII – Contributo para a Norma nº 023/2012 de 26/12/2012 - Abordagem Pré-hospitalar das queimaduras

EC2 – SU e VMER, CH em Lisboa

No EC 2 direcionei-me para o desenvolvido de aprendizagens e reflexão na prática da gestão durante os turnos que passei no SU polivalente de um CH de referência em Lisboa. No entanto, e fruto da minha tutora do EC 1, hierarquicamente, ser a 2ª responsável de equipa, ocasionalmente, pude ter uma visão de duas realidades diferentes.

O facto de ter acompanhado um chefe de equipa com larga experiência nestas funções contribuiu para potenciar a aquisição de competências na área. Efetivamente, a forma como foi efetuada a gestão dos cuidados dentro da equipa de enfermagem em particular, e da equipa multidisciplinar em geral, permitiram-me perceber e refletir sobre decisões com as quais não me tinha confrontado. Qualquer enfermeiro dentro da instituição onde presta cuidados, e independentemente do patamar hierárquico, toma decisões. Contudo, e no patamar no qual vivenciei a experiência da gestão, senti um grau de responsabilidade mais elevado. O enfermeiro gestor de cuidados é aquele profissional de enfermagem que tem sólidos conhecimentos e que, perante uma situação qualquer, lhe permitem tomar uma decisão que otimiza a resposta da equipa inter e multidisciplinar, garantindo segurança e qualidade. A conduta de um líder passa ainda por saber orientar e delegar tarefas, assegurando da mesma forma, essa qualidade e essa segurança.

Este líder tem ainda de apresentar uma flexibilidade muito grande perante uma equipa constituída por várias pessoas, cada uma delas com a sua personalidade. A gestão de conflitos é outro dos aspetos no qual o líder, sendo congruente e imparcial, age em prol da pessoa doente mas nunca perdendo do horizonte as diferentes perspetivas que os seus elementos apresentam.

Penso que um bom líder é aquele que se desvia do autoritarismo e conquista a sua autoridade pelo percurso trilhado, assente em elevados padrões morais e éticos, assegurando a qualidade dos cuidados e potenciando o trabalho de equipa, gerindo uma resposta da mesma, segura, eficaz e eficiente.

EC2 – Ações de Sensibilização SU e VMER, CH em Lisboa

O SU polivalente onde realizei o EC2 foi um dos alvos do meu diagnóstico de situação e um dos elementos que despoletou a necessidade de elaboração de um

documento que assegurasse a continuidade de cuidados de enfermagem. Num dos turnos realizados no SU enquanto profissional do CH, fiquei escalado na Sala de Emergência, Sala de Trauma. No início do turno, passaram-me a informação que iria chegar uma Pessoa Grande Queimada aeroevacuada de outro país. Durante essa tarde não chegou ninguém. No dia seguinte, estava a entrar na UQ, onde estava a realizar o EC 1, e foi-me comunicado logo no início do turno que uma Pessoa Grande Queimada (a que eu aguardara que entrasse no dia anterior) estava quase a chegar ao SU polivalente. Achei de todo pertinente deslocar-me à SE do SU polivalente. Falei com a minha tutora e estive desde o primeiro instante na SE do SU. Assisti à passagem de informação entre o enfermeiro que fez o transporte (língua inglesa) e o enfermeiro da SE. A equipa que assegurava o turno da tarde acabara de entrar na SE. Escutei a informação verbal transmitida ao colega do turno da tarde. Permaneci na SE mais algum tempo e aquando da ida do doente para a imagiologia, desloquei-me de novo para a UQ. Já na UQ, e após alguns minutos, recebi a Pessoa Grande Queimada na sala de reanimação. O enfermeiro que acompanhava a pessoa doente não estava na sala de emergência na altura da passagem de dados; foi apenas realizar o transporte. Efetivamente verifiquei que, entre outros aspetos, a informação de que a vacina antitetânica tinha sido administrada na SE não foi descrita em notas de enfermagem nem passada verbalmente. Pelo contrário, foi-me comunicado que ainda não teria sido administrada. Inúmeros foram os fatores que concorreram para a perda de informação nomeadamente: 1) barreira linguística entre o enfermeiro que recebeu a pessoa na SE e o enfermeiro que efetuou o transporte; 2) troca de turno de enfermeiros na SE, sendo que quem assumiu a pessoa doente estava de saída; 3) não foram registados todos os dados colhidos pelo enfermeiro que estava de saída; 4) o enfermeiro que fez o transporte intra-hospitalar não foi o mesmo que o recebeu na sala sendo que a informação se perdeu. Tendo em conta os dados anteriormente recolhidos e este exemplo na prática, determinei sensibilizar os colegas para esta problemática.

Suportando a prática clínica na investigação e no conhecimento atuei como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde para os cidadãos (OE, 2010). Ao sentir

necessidade de sensibilizar para a importância da formação na sistematização do exame e tratamento emergentes da Pessoa Grande Queimada assim como para a uniformização de conceitos e registos no que concerne à equipa de Enfermagem, realizei uma sessão de sensibilização intitulada “O Grande queimado na Urgência Geral: a abordagem e a sua importância no continuum de cuidados”. Esta formação foi realizada a 67 dos 105 enfermeiros em 8 sessões diferentes, totalizando 64% dos enfermeiros do SU. A destacar que 17 dos 20 enfermeiros da VMER trabalham no SU e que destes aproximadamente 59% (10/17) assistiram à formação. No total 50% (10/20) dos enfermeiros da VMER assistiu a esta formação. Nestas mesmas sessões, divulguei o diagnóstico de situação à equipa multidisciplinar por forma a sensibilizá-la tendo ficado bastante surpresos com os dados. Aproveitando este facto, despertei interesse nos colegas por forma a perspetivar uma formação especializada de queimados a nível intra-hospitalar à qual ficaram muito recetivos. Quanto à criação do documento de registo de enfermagem que assegure a continuidade de cuidados verifiquei colaboração dos colegas enquanto o mesmo esteve em discussão no SU.

Por outro lado, e tendo em conta o curso realizado no Reino Unido, intitulado MIMMS, senti a necessidade de sensibilizar para a importância e necessidade de uma abordagem estruturada e de formação específica em situações de exceção a nível pré-hospitalar. Até porque, como já referi anteriormente, os peritos em queimados estimam que 25% a 30% de vítimas num Mass casualty incident (MCI) serão grandes queimados (Conlon & Martin, 2011). A formação que realizei no EC 2 constituiu-se, assim, como um complemento importante para a prossecução do projeto em curso. Assim, e após a palestra teórica de 30 minutos procedeu-se a uma atividade de grupo de simulação com a duração de 45 minutos, na qual foram realizados exercícios de triagem usando “vítimas em papel”. Na minha opinião constituiu-se como uma oportunidade rara no que concerne a um exercício deste género, tendo perspetivado a melhoria do trabalho em equipa, pois nela estiveram representados profissionais de 3 meios de emergência médica: 2 VMER e 1 SIV da Delegação Regional do Sul.

3. RESULTADOS OBTIDOS

O presente capítulo reflete o resultado final das principais aprendizagens tendo por base as atividades que decorreram ao longo do Estágio e vão de encontro às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2010) e das Competências do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica e no qual obtive a menção de Muito Bom.

No EC1, o facto de ter estagiado 4 meses numa UQ de um CH de referência em Lisboa, foi fulcral para a consecução dos objetivos inicialmente propostos. Desenvolvi competências na prestação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Grande Queimada em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Desenvolvi ainda competências relacionadas com a especificidade da pessoa queimada no que à maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção dizem respeito. Pude também vivenciar as perturbações emocionais da Pessoa Grande Queimada e respetiva família desenvolvendo, assim, competências na prestação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Grande Queimada e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, nomeadamente ao nível da comunicação interpessoal.

Durante esse mesmo EC realizei três atividades, no Reino Unido: 1) curso MIMMS; 2) entrevistei a Enfermeira Jacky Edwards; 3) curso EMSB. Por outro lado realizei uma atividade em Sevilha: 1) entrevistas a peritos sobre o “Protocolo Unificado de assistência ao doente queimado”.

Ao realizar e completar com aproveitamento o curso MIMMS, adquiri qualificação que me permitiu desenvolver competências ao nível da dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima ao nível da conceção e ação. Inclusive fui referenciado para formador pelo Advanced Life Support Group

(ALSG). Cimentei alguns conhecimentos que já havia adquirido na pós-graduação de Especialização em Medicina do Conflito e Catástrofes que realizei na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, em 2011. Decerto potenciará a minha atuação enquanto elemento integrante do grupo dinamizador da catástrofe do SU do CH em Lisboa, onde exerço funções. Sinto que atingi plenamente o objetivo a que me propus aquando da realização do Curso MIMMS. Estou mais preparado e com total confiança caso, neste momento, tivesse de prestar cuidados de enfermagem especializados ao nível da dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima ao nível da conceção e ação.

Ao entrevistar a Enfermeira Jacky Edwards, pude ter contacto com o que são as competências expectáveis do enfermeiro perito na UQ a este nível e de que forma a sua atuação específica promove a excelência do cuidar.

Ao nível da prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa Grande Queimada em situação emergente, e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, destacam-se os cuidados complexos autónomos na avaliação das necessidades baseadas na evidência, através da utilização de protocolos pré-existent de cálculo das necessidades de fluidos em função da área queimada.

Na realidade portuguesa não se encontra paralelo com estes protocolos, mas o confronto de realidades fez-me refletir e penso que a tomada de decisão do enfermeiro em emergência, tendo em conta o débito urinário, vincará a sua autonomia quanto à forma de administrar a fluidoterapia prescrita. Este aspeto vinca o raciocínio clínico do enfermeiro e a autonomia que o próprio tem na instituição de protocolos terapêuticos complexos (OE, 2010).

Por outro lado, é abordada a autonomia no manuseamento da prótese ventilatória quanto à definição de parâmetros ventilatórios. Mais uma vez não se encontra paralelo em Portugal. No entanto não perdi a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre ventilação mecânica invasiva assim como sobre os cuidados de enfermagem inerentes à mesma nas duas formações em serviço que se realizaram na UQ.

Tenho perfeita noção, como já referi anteriormente, que a realidade inglesa não pode ser, de todo, comparável à portuguesa nomeadamente em termos culturais. Contudo a experiência inglesa pode e deve ser exponenciada, por

exemplo, no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção assim como nas estratégias de assegurar a continuidade de cuidados.

Também a realização de entrevistas a dois peritos, responsáveis pela implementação de um protocolo que unifica o atendimento à pessoa queimada em Sevilha, permitiu-me identificar aspetos de importância maior para o assegurar da continuidade de cuidados. Estes levaram-me à consecução do objetivo de desenvolver uma folha de registo de Enfermagem unificada no CH onde exerço funções e que engloba os cuidados de Enfermagem à Pessoa Grande Queimada, desde o pré-hospitalar até à entrada na UQ. As competências que adquiri nos EC bem como as que já adquiri no SU e VMER vieram a tornar-se determinantes na elaboração deste documento de registo de enfermagem unificado que se pretende que assegure o continuum de cuidados.

Para este objetivo, contribui igualmente a realização do curso EMSB. O “background” que possuía previamente contribuiu grandemente para aumentar o impacto deste ao nível da aquisição de conhecimentos e competências.

Para além de fornecer competências técnico-científicas o curso visou também enfatizar os benefícios da partilha destes mesmos protocolos pelos profissionais de saúde no atendimento da Pessoa Grande Queimada em situação crítica. Verifiquei que esta abordagem sistematizada e uniformizada, facilita o atendimento primário e o encaminhamento adequado e concorre indubitavelmente para a excelência no Cuidar da Pessoa Grande Queimada em situação crítica, fornecendo-lhe a melhor chance de recuperação.

Em resumo, o curso EMSB proporcionou-me um aporte de conhecimento e competências práticas específicas na área que complementaram e cimentaram o “know-how” que já adquiri nos últimos 5 anos e 6 meses de VMER e quase 9 anos de SU. Este consolidar de conhecimento e desenvolvimento de competências aliados às reflexões e a atuação da equipa de enfermagem em geral, e a ambos os orientadores em particular, enquanto facilitadores na aprendizagem e desenvolvimento de competências, repercutiu-se na melhoria da prestação e gestão dos cuidados de Enfermagem à Pessoa Grande Queimada. Por outro lado, e baseado neste conhecimento, prestei o contributo de Enfermagem para a discussão pública das políticas de saúde a nível nacional.

De forma gradual, e durante os quatro meses e meio, comecei a compreender de forma intuitiva cada situação e a apreender diretamente o problema, sem me perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis (Benner, 2001).

Indo de encontro ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assumi igualmente o papel de facilitador da mesma, em contexto de estágio, trazendo para a nossa realidade, a realidade inglesa dos cursos EMSB e MIMMS e a experiência da Enfermeira Jacky Edwards.

Pude ainda, e como resultado deste desenvolvimento pessoal nos diferentes níveis, dar o meu contributo para as normas 022/2012 e 023/2012 da DGS, em discussão na altura da realização deste trabalho.

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O presente capítulo serve de discussão aos resultados apresentados neste relatório de estágio, tendo por base os quatro domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: 1) Responsabilidade profissional, ética e legal; 2) Melhoria contínua da qualidade; 3) Gestão dos cuidados; 4) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2011), assim como as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011) e as Competências do Mestrado na Área de Especialização Enfermagem Pessoa em Situação Crítica. Nele pretendo dar-lhes uma maior compreensão da sua implicação na práxis.

4.1. Desenvolvimento de Competências

Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Os timings definidos para cada EC não poderiam ter sido melhor escolhidos, pois através da interseção das diferentes atividades nos diferentes EC surgiram momentos únicos tornando as aprendizagens mais enriquecedoras e possibilitando-me uma visão global da Pessoa Grande Queimada no continuum de cuidados de Enfermagem.

Nos EC a observação-reflexão permitiu-me desenvolver competências que foram projetadas na ação que por sua vez foi suportada em princípios, valores e normas deontológicas. A pessoa independente nas suas AVD, ao ver-se acometida por uma situação crítica, determinando assim uma rutura com a situação de saúde, fica dependente necessitando de substituição ou ajuda nas AVD (Roper-Tierney-Logan, 1995). A prestação destes cuidados de enfermagem vai de encontro ao respeito dos direitos da pessoa e ao respeito pelas responsabilidades profissionais.

Melhoria Contínua da Qualidade

Todos os EC foram profícuos permitindo-me compreender a problemática da pessoa adulta grande queimada. Ao definir objetivos para cada um deles, planeei atividades. Duas delas foram de encontro aos interesses do serviço (primeira sessão de sensibilização⁴⁴ no EC1 e sessão de sensibilização no EC 2⁴⁵) sendo que, inclusive, uma delas contribuiu para a satisfação de um critério de certificação de qualidade do mesmo. Esta última sessão de sensibilização no EC2, assim como a sessão de sensibilização no EC1⁴⁶, foram de encontro, ainda, ao objetivo de criação do Registo de Enfermagem “Continuidade de Cuidados à Pessoa Grande Queimada” e atestam a sua pertinência neste sentido, como podemos constatar pelos resultados obtidos na avaliação das mesmas. Estas avaliações foram realizadas individualmente tendo a preocupação de manter o seu anonimato.

A criação deste documento de registo surgiu de uma necessidade de assegurar essa continuidade no cuidar, uma vez que havia muita informação que se perdia desde o local do acidente até à UQ e, por outro lado, dada a sua baixa prevalência, haver algumas lacunas na abordagem à pessoa queimada por parte dos profissionais tanto no pré como no intra-hospitalar. Não nos podemos esquecer que em 2011 foram 72 as pessoas queimadas entradas no SU e que foram transferidas para a UQ. São 105 os enfermeiros do SU polivalente de um CH em Lisboa. Se cada um prestou cuidados a uma dessas pessoas, hipoteticamente há 33 que não prestaram cuidados a uma pessoa queimada. Ainda mais quando verificamos que dessas 72 pessoas só 52 são grandes queimadas.

A proposta teve em discussão pelos enfermeiros nos EC que realizei no CH de referência em Lisboa, onde exerço desde 10 de janeiro a 9 de fevereiro 2013. Pretendeu-se com esta discussão enriquecer o documento. Após a discussão do mesmo nos EC foi recolhida e elaborado o documento final⁴⁷ com a ajuda do designer do CH. No dia 18 de fevereiro 2013, foi entregue uma cópia à Sra. Enfermeira Diretora, às Enfermeiras Chefes do SU e UQ e ao Enfermeiro

⁴⁴ APÊNDICE VII – Sessão de sensibilização “A Unidade de Queimados do Wythenshawe Hospital: outra perspetiva de Cuidar”.

⁴⁵ APÊNDICE XIX – Sessão de sensibilização “O Grande Queimado na Urgência Geral: a abordagem e a sua importância no *Continuum* de Cuidados”.

⁴⁶ APÊNDICE VIII - Sessão de Sensibilização “Formação em Queimados: ABCDEFuidos”.

⁴⁷ APÊNDICE XV – Documento de Registo do *Continuum* de Cuidados de Enfermagem

Coordenador da VMER. Neste momento, aguardo o feedback por forma a implementá-lo. A referir que, antes da entrega deste documento, todos se mostraram bastante interessados na sua implementação. A posteriori, o documento será integrado no programa informático por forma a poder fazer-se o registo eletronicamente.

Neste momento estou em fase de divulgação do documento. Distribui uma cópia a cada enfermeiro do SU, UQ e VMER sensibilizando-os de novo para a importância no continuum de cuidados.

Devo ainda referir que irei elaborar, até final de dezembro, um projeto de SAV em queimados para a instituição. Aguardo ainda o feedback do meu contributo para a discussão pública das normas 022/2012 e 023/2013 elaboradas pela DGS.

Tabela 6 - Cronograma de Implementação do Documento de Registo de Cuidados de Enfermagem

	2013			
	fevereiro / março	abril	junho	dezembro
Envio para a Enf. ^a Diretora, Enfermeiras Chefes SU e UQ	✓			
Divulgação do documento à equipa de enfermagem		✓	✓	
Aplicação do documento para registo de cuidados			✓	
Análise semestral de resultados				✓

Gestão dos Cuidados

A tomada de decisão em Enfermagem em situações de instalação rápida constitui-se um desafio para qualquer profissional. Ao ter a possibilidade de acompanhar um enfermeiro chefe de equipa, durante 4 turnos no EC2 foi possível perceber a resposta da equipa e qual o seu papel na gestão dos cuidados inter e multidisciplinares tendo como máxima o assegurar de um ambiente seguro da praxis. Efetivamente, e olhando para trás, tenho a certeza que esta experiência irá refletir na minha prática.

Por outro lado, adquiri conhecimentos que determinam competências na área da orientação e supervisão de tarefas delegadas.

Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Ao desenvolver o autoconhecimento e a assertividade neste Estágio progredi grandemente ao nível do estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. O desafio imposto nos diferentes EC levou-me, por diversas vezes, a sentir a pressão tendo atuado de forma eficaz e eficiente.

A referir ainda que o know-how adquirido e a prática baseada na evidência possibilitaram-me ser facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho, tendo realizado sessões de formação e elaborando um documento que servirá de ponto de partida para investigação.

Cuidados a Pessoa em Situação Crítica

Todos os EC, de uma forma ou de outra, permitiram-me aprendizagens várias levando à aquisição de novos conhecimentos, ao desenvolvimento de competências técnicas e, consequentemente, à melhoria da praxis.

Após os EC, adquiri uma visão global da Pessoa Grande Queimada contribuindo a mesma para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa como à sua família, ao nível das perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, nomeadamente ao nível da comunicação interpessoal assim como maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção. Por outro lado possibilitou-me, tanto ao nível da conceção como ação, dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima.

4.2. Limitações

Apesar de considerar a minha experiência profissional na área de urgência e emergência rica, e indo ao encontro do que disse o Dr. Roldan, a pessoa queimada não é “business class”⁴⁸ em termos formativos, considero que a minha experiência um pouco limitada nesta área poderá ter constituído um fator limitativo do aprofundamento e da compreensão de algumas questões. Outra limitação prendeu-se com os trâmites para a implementação da folha. O estágio terminou em fevereiro,

⁴⁸ “business class” – traduzido à letra significa classe executiva embora aqui surja como metáfora para referir que a formação em queimados não se trata de uma formação à qual se dê importância maior.

sendo que o documento ainda está em apreciação para possível formação e implementação estipuladas para junho de 2013.

4.3. Implicações para a Prática

As principais implicações para a praxis estão descriminadas no documento de Registo de Enfermagem “Continuidade de Cuidados à Pessoa Grande Queimada” bem como no Contributo para a Discussão pública das Normas da DGS nº 022/2012 (Abordagem hospitalar das queimaduras) e n.º 023/2012 de 26/12/2012 (Abordagem Pré-hospitalar das Queimaduras) e abarcam três vertentes: a) contributos para a melhoria de cuidados; b) contributos para a investigação; c) contributos para as políticas de saúde a nível organizacional. Por outro lado, tive a ideia de criação de um curso de SAV em Queimados tendo pedido opinião e proposto colaboração a vários intervenientes na área. Após a receptividade de vários profissionais falei com a responsável pela formação no Conselho de Administração do CH onde exerço, que é a Sra. Enfermeira Diretora. A ideia foi bem acolhida e deu-me indicação para apresentar um projeto de formação que eu pretendo entregar até ao final do presente ano.

A realização do presente estágio alterou bastante a minha prática no meu local de trabalho resultado da reflexão efetuada e que me possibilitou perceber todo o percurso da Pessoa Grande Queimada. É importante ver a pessoa como um todo mas também ver todo o seu percurso. Transformei as “fotografias” captadas ao longo do meu estágio num “filme” tendo este despoletado a necessidade de ser agente de mudança junto dos colegas e restante equipa multidisciplinar.

Contributos para a Melhoria dos Cuidados

Baseando-me nos resultados que obtive assim como na discussão sobre os mesmos, é-me permitido afirmar que o Estágio efetuado trará ganhos ao nível da minha prática repercutindo-se, inevitavelmente, ao nível da equipa que integro.

Por outro lado, e tendo em conta o documento elaborado de Registo de Enfermagem “Continuidade de Cuidados à Pessoa Grande Queimada”, baseado em protocolos internacionais assentes em boas práticas, permitir-me-ão igualmente, e

após divulgação e implementação, contribuir para a prestação de cuidados de excelência. Também os Contributos que dei para a Discussão pública das Normas da DGS nº 022/2012 (Abordagem hospitalar das queimaduras) e nº 023/2012 de 26/12/2012 (Abordagem Pré-hospitalar das Queimaduras), baseados num know-how adquirido em cursos na área reconhecidos internacionalmente, poderão levar a essa melhoria de cuidados preconizada. Iniciando-se a formação em SAV Queimados aos profissionais médicos e enfermeiros do CH, potenciar-se-á a melhoria da assistência quer intra quer extra-hospitalar, permitindo um continuum de cuidados.

Contributos para a Investigação

A análise das diferentes variáveis incluídas no Registo de Enfermagem “Continuidade de Cuidados à Pessoa Grande Queimada” permitirá obter informação para futuros trabalhos de investigação visando uma discussão profícua em torno dos cuidados de Enfermagem e medidas que visem exponenciar os seus ganhos. A obtenção destes dados e a sua discussão não serão meramente locais (SU e VMER do CH em Lisboa) mas sim regionais e mesmo nacionais, já que a recolha desses dados e análise dos mesmos abarcará diferentes pontos de origem. Ao fazer-se esse levantamento decerto serão identificadas instituições onde este curso de SAV queimados poderá ser ministrado por forma a sensibilizar e capacitar os diferentes profissionais para o atendimento à pessoa adulta grande queimada, melhorando a sua assistência ao longo do continuum de cuidados.

Contributos para as Políticas de Saúde a Nível Organizacional

Sendo a DGS uma entidade que emana diretivas que vão ao encontro da melhoria da qualidade dos cuidados servindo de guias orientadoras da prática, e tendo eu redigido dois contributos para a Discussão pública das Normas da DGS nº 022/2012 (Abordagem hospitalar das queimaduras) e nº 023/2012 de 26/12/2012 (Abordagem Pré-hospitalar das Queimaduras) com base nos conhecimentos e competências adquiridos ao longo dos EC, acabei por participar na procura dessa melhoria. Também o registo de Enfermagem “Continuidade de Cuidados à Pessoa Grande Queimada” permitirá melhorar a assistência a nível

organizacional no continuum de cuidados que se estende da VMER à UQ passando pelo SU. Por último e não menos importante, o curso de SAV afigura-se como um caminho a seguir institucionalmente na procura dessa melhoria de cuidados. Quem sabe, e com os dados que a investigação nos dará, se à semelhança do Reino Unido, avançaremos com este curso de SAV para outras instituições nacionais, potenciando o conhecimento com vista à obtenção de um continuum de cuidados e, inevitavelmente, à melhoria dos cuidados prestados.

4.4. Reflexão Pessoal do percurso Académico e Estágio

“Não é preciso ter olhos abertos para ver o sol, nem é preciso ter ouvidos afiados para ouvir o trovão. Para ser vitorioso você precisa ver o que não está visível.” A escolha do pensamento da autoria de Sun Tzu prendeu-se com o facto, de ao longo deste percurso académico, ter desenvolvido um raciocínio crítico e competências que me permitiram ter uma visão mais alargada da Enfermagem.

Ao olhar para trás, verifico que na turma de mestrado onde estava inserido, tinha colegas ao nível das diferentes áreas de atuação da pessoa em situação crítica que me proporcionaram uma aquisição de novos saberes.

Por outro lado, os EC proporcionaram-me conhecer outras realidades noutros países e o contacto com outros colegas que, mesmo pertencendo ao mesmo CH, parecem tão perto mas estão tão longe, levaram a uma profícua troca de experiências.

Ao me aperceber desta situação sinto a necessidade de criar pontes com os diferentes serviços do CH onde estou inserido, mas também, com novas realidades que me possam tornar, a mim e ao CH onde exerço funções, mais ricos.

É na continuidade do cuidado, em todas as suas vertentes, que apostarei para melhores cuidados prestar. Só assim possibilitarei que também os outros atores ao longo do processo do cuidar possam desempenhar o seu papel da melhor forma.

Para tal irei sustentar-me na prática baseada na evidência que desenvolvi ao longo do mestrado. Só assim conseguirei aumentar a qualidade dos cuidados e cultivar a liderança nos diferentes contextos da prática. Simultaneamente irá influenciar a mudança na área da saúde e dos próprios cuidados de enfermagem em si.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Norte, IP (2009). Comissão Regional do Doente Crítico - um ano de reflexão e mudança! Administração Regional de saúde do Norte (ARS Norte). Acedido abril 10, 2012, em http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/510E8353-5A1D-4ED9-B598-55789811B7B2/0/Livro_CRDC.pdf
- Advanced Life Support Group (2012). *Major Incident Medical Management and Support* (3ª ed.). Reino Unido, RU: Wiley-Blackwell.
- Al-Azri, M. (2008). Continuity of Care and Quality Care – Inseparable Twin. *Oman Medical Journal* Vol. 23 (3). Acedido em maio 3, 2013, em <http://www.omjournal.org/Editorial/PDF/200807/Continuity%20of%20Care%20and%20Quality%20of%20Care.pdf>
- American Burn Association (2011). American Burn Association Burn Incidence and Treatment in the United States: 2011 Fact Sheet (ABA). American Burn Association (ABA) website. Acedido em abril 4, 2012, em http://www.ameriburn.org/resources_factsheet.php.
- American Burn Association (2012). American Burn Association Burn Incidence and Treatment in the United States: 2012 Fact Sheet (ABA). American Burn Association (ABA) website. Acedido em março 6, 2013, em http://www.ameriburn.org/resources_factsheet.php.
- American Burn Association (2011). Advanced Burn Life Support (ABLS) Provider Course. American Burn Association (ABA) website. Acedido em abril 27, 2012, em <http://www.ameriburn.org/ablscoursedescriptions.php>.

American College of Surgeons (2008). *ATLS – Suporte Avançado de Vida no Trauma para Médicos*. 8ª ed. EUA.

ANZBA - Australian and New Zealand Burn Association Ltd (2012). *Emergency Management of Severe Burns (EMSB) Course Manual, UK version for the British Burn Association*. (15ª Edição). Albany Creek, Australia: ANZBA.

Azevedo, M. (2011). *Teses, Relatórios e Trabalhos escolares*. 8ª ed. Portugal: Universidade Católica Editora.

Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3ª ed.). Lisboa: Edições 70 Lda.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Bird, D. (1999). Inhalation Injuries . *Emergency Nurse*, vol.7, nº7. Acedido em novembro 26, 2012, em <http://emergencynurse.rcnpublishing.co.uk/archive/article-inhalation-injuries>.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto.

British Burn Association (2012). EMSB: Emergency Management of the Severe Burn Course. British Burn Association (BBA) website. Acedido em abril 27, 2012, em <http://www.britishburnassociation.org/emsb>.

Bruce, K.; Suserud, B.O. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in Critical Care* Vol. 10 (6), p.270. British Association of Critical Care Nurses: England.

Cardoso, S. Lopes, M. e Miranda, L. (2007). A admissão do doente vítima de queimadura na unidade de queimados dos HUC. *Sinais Vitais*, nº70, pp. 38-41.

Circular normativa Nº: 07/DQS/DQCO (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Direcção-Geral da Saúde. Acedido em abril 4, 2012, em <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=15887>

Circular normativa Nº: 09/DGCG (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da intensidade da dor*. Direcção-Geral da Saúde. Acedido abril 4, 2012, em <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

College & Association of Registered Nurses of Alberta (2008). Registered Nurse Roles that Facilitate Continuity of Care. *College & Association of Registered Nurses of Alberta website*. Acedido julho, 4, 2012 em http://www.nurses.ab.ca/Carna-Admin/Uploads/RN_Roles_that_Facilitate_Continuity_Care.pdf

Conlon, K.M. & Martin, Shawn (2011). “Just send them all to a burn centre”: Managing burn resources in a mass casualty incident. *Journal of Business Continuity & Emergency Planning*, Volume 5, Number 2, pp. 150-160. Acedido julho, 7, 2012 em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=58&hid=9&sid=3e246461-16a8-405e-98ea-3a3ea4460260%40sessionmgr15>

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2 (CIPE/ICNP)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Direção Geral do Ensino Superior (2012). Descritores de Dublin. *Direção Geral do Ensino Superior (DGES) website*. Acedido em abril 4, 2012, em

<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>

Echinard, C. & Latarjet, J. (2012). *Queimaduras*. Loures: Lusociência.

European Burn Association (2011). European Practice Guidelines for Burn Care. *European Burn Association (EBA) website*. Acedido em abril 4, 2012, em

<http://www.euroburn.org/userfiles/users/36/pdf/guidelines/EBAGuidelinesBurnCareVersion1.pdf>

Guion, W. K.; Mishoe, S., Passmore, G.G. & Witter P (2010). Journal For Healthcare Quality: Official Publication Of The National Association For Healthcare Quality, Vol. 32 (6), pp. 27-32. Acedido em maio 18, 2012, em

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4dc5ff35-da4b-48d7-94d6-494c0fa08496%40sessionmgr104&vid=24&hid=122>

Haberal, M.; Abali, A.E.S. & Karakayali, H. (2010). Fluid Management in major burn injuries. *Indian Journal of Plastica Surgery*, 43, pp.29-46. Acedido julho 20, 2012, em

<http://www.ijps.org/article.asp?issn=0970-0358;year=2010;volume=43;issue=3;spage=29;epage=36;aulast=Haberal>

Haggerty, J.L.; Reid, R.J.; Freeman, G.K.; Starfield, B.H.; Adair, C.E. & McKendry, R. (2003). Continuity of Care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 327(7425): pp.1219–1221. Acedido em maio 3, 2013, em

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC274066/>

Hansen, K. *et al* (2012). Impact of pain location, organ system and treating speciality on timely delivery of analgesia in emergency departments. *Emergency Medicine Australasia*, 24, p.70. Acedido maio 5, 2013, em

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e03f6ed0-04a1-44f3-b7c3-3f35a75e15a2%40sessionmgr114&vid=11&hid=22>

INEM (2013). Mensagem do Presidente aos Colaboradores do INEM. *Instituto Nacional de Emergência Médica website*. Acedido março, 22, 2013 em <https://www.facebook.com/notes/inem-instituto-nacional-de-emerg%C3%A2ncia-m%C3%A9dica/mensagem-do-presidente-aos-colaboradores-do-inem/308637786>

Institute for Patient – and family – Centered Care (2009). Acedido maio 18, 2012, em <http://www.ipfcc.org/faq.html>.

Kusterbeck, S. (2008). Emergency nurses care for 30 badly burned patients in one night: their interventions had direct impact on survival. *ED Nursing*, 11 (7): 73-75. Acedido abril 4, 2012, em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6854544b-0279-4e5f-a6e2-dc3fbb33f363%40sessionmgr15&vid=5&hid=123>.

Mann, E.A.; Baun, M.M.; Meininger, J.C.; Wade & C.E. (2012). *Comparison of mortality associated with sepsis in the burn, trauma, and general intensive care unit patient: a systematic review of the literature*. Shock (Augusta, GA), Vol. 37 (1), pp. 4-16. Acedido abril 15, 2012, em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=111&sid=a0c69352-f941-4c7f-a90a-b1b05a6306fe%40sessionmgr114&bdata=Jmxhbm9cHQtYnI0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=21941222>.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito – Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.

McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, D. & Melby, V. (2007). An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 12(6): 261-9. Acedido em maio 20, 2012, em

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&hid=110&sid=73e1930b-bb10-4099-876b-06b6e45c2555%40sessionmgr113>

Muehlberger, T.; Daigeler, A.; Lehnhardt, M.; Ottomann, C. & Toman, N. (2010). Emergency pre-hospital care of burn patients. *The Surgeon, Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*. Vol. 8, Issue 2, Pages 101-104. Acedido abril 3, 2012, em <http://www.thesurgeon.net/article/S1479-666X%2809%2900002-X/fulltext>

NAEMT; Comité de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões (2012). *PHTLS – Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado* (7ª ed.). São Paulo: Elsevier.

Norma DGS 022/2012 (2012). *Norma da Direcção Geral de Saúde: Abordagem Hospitalar das Queimaduras*. Lisboa: Departamento de Qualidade na Saúde, Direcção Geral da Saúde. Acedido em março 6, 2013, em <http://www.dgs.pt/>

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Percursos*, nº15.

OE(2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em julho 7, 2012, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em abril 4, 2012, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em abril 4, 2012, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em julho 21, 2012, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem dos Médicos e SPCI (2008). Transportes de Doentes Críticos: Recomendações 2008. Acedido em maio 10, 2012, em http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

Palao, R.; Monge, I.; Ruiz, M. & Barret, J.P. (2009). Chemical burns: Pathophysiology and treatment. *Burns*.

Payne, S., Hardey, M., Coleman, P. (2000). Interactions between nurses during handovers in elderly care. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 277±285. Acedido maio 20m 2012, em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&hid=110&sid=73e1930b-bb10-4099-876b-06b6e45c2555%40sessionmgr113>

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência.

Pinto, J.M., Montinho, L.M.S. & Gonçalves, P.R.C. (2008). O Doente Queimado e a Dinâmica Familiar: O Impacto da Doença na Família. *Referência*, II série (6), pp. 69-76. Coimbra.

Paiva, J.A.O.C. et al (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - Relatório CRRNEU. Acedido julho 20, 2012, em <http://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf>

Pereira, V.M.V. (2010). *Teorias de Enfermagem: Análise do Modelo Teórico de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney*. 1ª ed. Bubok Publishing.

Queiroz, A. A. (2007). As Competências dos Profissionais de Enfermagem: Como as Afirmar e as Desenvolver. In *IV Encontro de Enfermagem Comunitária*, Évora, Outubro 2007. Acedido março, 21, 2012 em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&task=view&id=2770

Roper, N.; Logan, W.W.; Tierney, A.J. (1995). *Modelo de Enfermagem* (3ª ed.). Alfragide: McGrawHill.

Rowley-Conwy, G. (2010). Infection prevention and treatment in patients with major burn injuries. *Nursing Standard*, 25 (7), 51-60. Acedido abril, 13, 2012 em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=111&sid=19f3c8de-5688-4fac-8a9c-232c55dfca40%40sessionmgr114>

RTP & Lusa (2012). Explosão faz 14 feridos em Setúbal. Rádio Televisão Portuguesa website. Acedido março, 23, 2013 em <http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=529494&tm=5&layout=121&visual=49>

Sheehy (2010). *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Society of Trauma Nurses (2008). *ATCN - Advanced Trauma Care for Nurses*.
Edição 2008.

Sundara, D.C. (2011). A review of issues and concerns of family members of adult burn survivors. *Journal of Burn Care & Research: Official Publication of the American Burn Association*, Vol. 32 (3), 349-357.

Trupkovic, T. & Giessler, G. (2008). Burn Trauma. Part 1: pathophysiology, preclinical care and Emergency room management. *Der Anaesthesist* (), 898-907.

Tzu, S. (2009). *A Arte da Guerra*. 4^a ed. Lisboa: Bertrand Editora.

Yuxiang, L. *et al* (2012). Burn patients' experience of pain management: A qualitative study. *Burns*, Vol. 38, Issue 2, 180-186.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma

APÊNDICE II – Gráficos de análises de resultados relativos à continuidade de cuidados da Pessoa Grande Queimada entrada no ano de 2011 no CH de referência da cidade de Lisboa

No ano de 2011 deram entrada 72 pessoas adultas queimadas no CH de referência em Lisboa, que simultaneamente entraram no SU e na UQ. Destas 72 pessoas, pelos critérios definidos pela ABA (2012), 52 são consideradas grande queimadas. 25 tinham uma TBSA > 20%, incluindo-se nos critérios de reanimação volémica (ABA, 2012) com indicação expressa para cateterização vesical (ANZBA, 2012, p.46). No entanto, e tendo em conta três outros critérios que concorrem em simultâneo, nomeadamente, idade > 50 anos, TBSA > 10% sendo que TBSA > 5% com queimaduras profundas, foram incluídas mais 4 pessoas nesta análise.

Após consentimento prévio do conselho de administração do CH, analisei a totalidade desses 29 processos.

Na análise dos dados foi utilizada uma abordagem quantitativa utilizando as variáveis reanimação com os indicadores 1) registo diurese e 2) registo de fluidoterapia; a variável família como parte do processo do Cuidar, com o indicador 4) contacto com a família; a variável controlo de infeção com o indicador 3) vacina anti-tetânica. As variáveis 1 e 2 estão relacionadas com a fase de reanimação a qual leva *“a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”* (OE, 2010). Por outro lado a variável referida no ponto 4 vai de encontro a esta competência já que este *“processo complexo”* é extensível à família. Quanto à variável referida no ponto 3 vai de encontro à *“maximização ao nível da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”* (OE, 2010).

Apresentação de dados

Das 72 pessoas queimadas (52 grande queimadas) admitidas no SU e que ficaram internadas na UQ, consegui caracterizar 56 no que à proveniência dizem respeito. Assim, 26 correspondem a transferências de outros hospitais (transporte de HEM ou ambulância com médico e enfermeiro) e 30 correspondem a admissões diretas do exterior sendo que, na sua grande maioria, são acompanhados por médico e enfermeiro da VMER ou do HEM.

Ao nível do registo da diurese só 11/29 (38%) registaram débito urinário no SU.

Ao nível do registo de fluidoterapia administrada pré-SU verifica-se que: a) 6/29 (20,5%) não tem registos; b) 6/29 (20,5%) não trazem registos de enfermagem; c) 2/29 (7%) não tiveram um enfermeiro a prestar cuidados no pré-hospitalar; d) 15/29 (52%) traz registo de fluidoterapia instituída. No SU verifica-se que: a) 12/29 (41%) tem registo; 2) 17/29 (59%) não têm registo. Analisando num continuum de registo verifiquei que apenas em 9/29 (31%) dos casos temos poderemos comprovar a totalidade de fluidos instituídos desde a altura da queimadura até à entrada na UQ. Nos restantes 20/29 (69%) dos casos verifica-se que não existe esse continuum sendo que em 12/20 (60%) não há qualquer nota tanto no pré-SU como no SU.

Quanto ao registo de profilaxia anti-tetânica verifica-se que apenas em 5/29 (17%) isso se verifica.

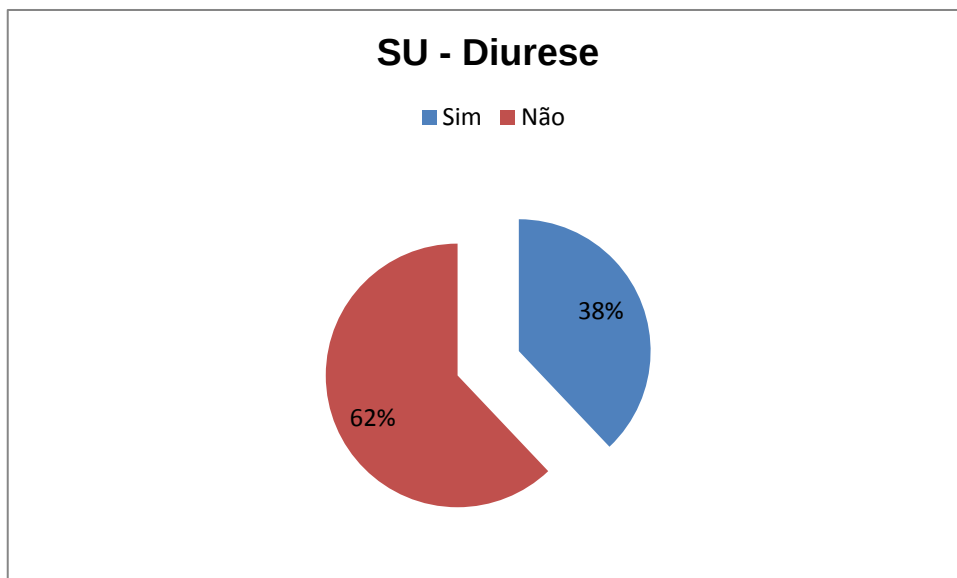
No que diz respeito aos registos sobre o contato com a família verifica-se no pré-SU: a) 1/29 (3%) contatam; b) 26/29 (90%) não contatam - 20/29 (69%) não há referência no registo e 6/29 (21%) não trazem registo pelo que são caracterizados como não tendo sido efetuado. Os restantes 7% (2/29) não existem registos pois nenhum enfermeiro prestou cuidados no pré-hospitalar por ausência do profissional no meio que prestou o socorro. No SU a realidade não difere muito do pré-SU. No entanto apresenta uma ou outra *nuance*. Assim: a) 19/29 não contatam e/ou não fazem referência à família nos registos; b) 8/29 (28%) fazem referência à família através do registo do contato telefónico sem o efetivarem ou procurarem o familiar na sala de espera apesar deste não responder; c) 2/29 (7%) casos há presença do familiar(es) na sala de emergência para esclarecimento de dúvidas e fornecimento de folheto informativo e visitarem a pessoa queimada.

Discussão

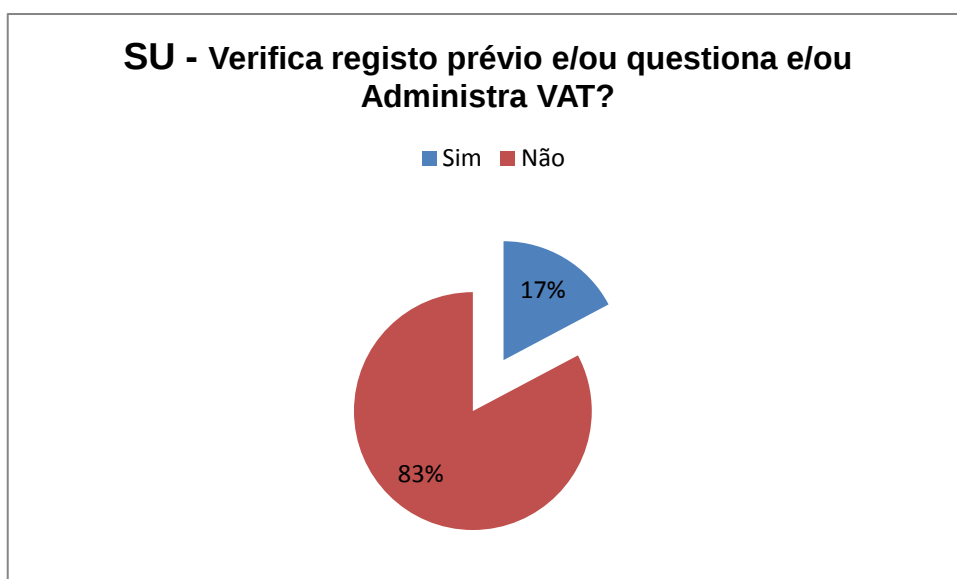
Assim analisei os dados e verifiquei que é comum a todas elas lacunas no *continuum* do cuidar conforme atesta a ausência de registo⁴⁹. A ausência de registo não invalida a ausência de cuidados. No entanto, e como referi anteriormente, poderá comprometer o *continuum* dos mesmos. Socialstyrelsens forfattningsamling SOSFS (1993) citado por Bruce & Suserud (2005, p.201) refere que a informação para além de ser reportada verbalmente terá de ser documentada de forma a permitir um registo formal do cuidado prestado à pessoa doente por uma questão de qualidade.

⁴⁹ APÊNDICE VIII – Gráfico de análise de resultados relativos à continuidade de cuidados da Pessoa Grande Queimada entrada no ano de 2011 no CH de referência da cidade de Lisboa

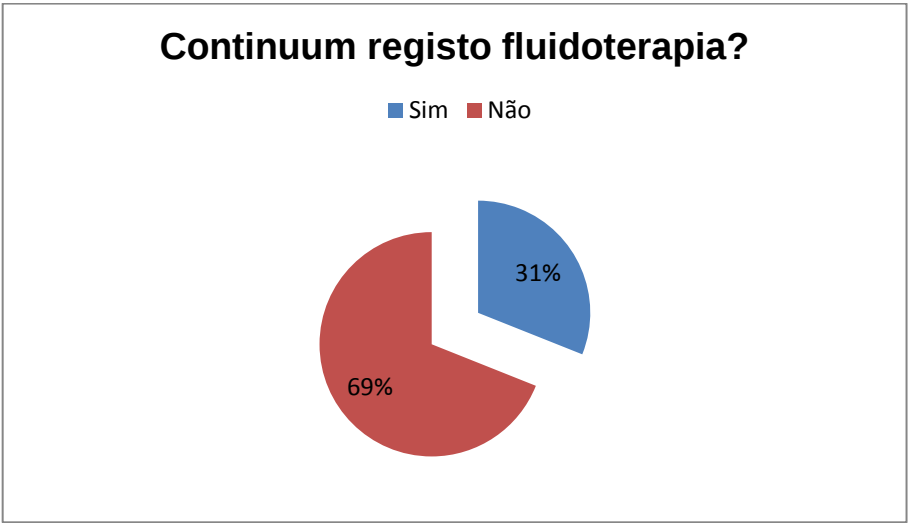
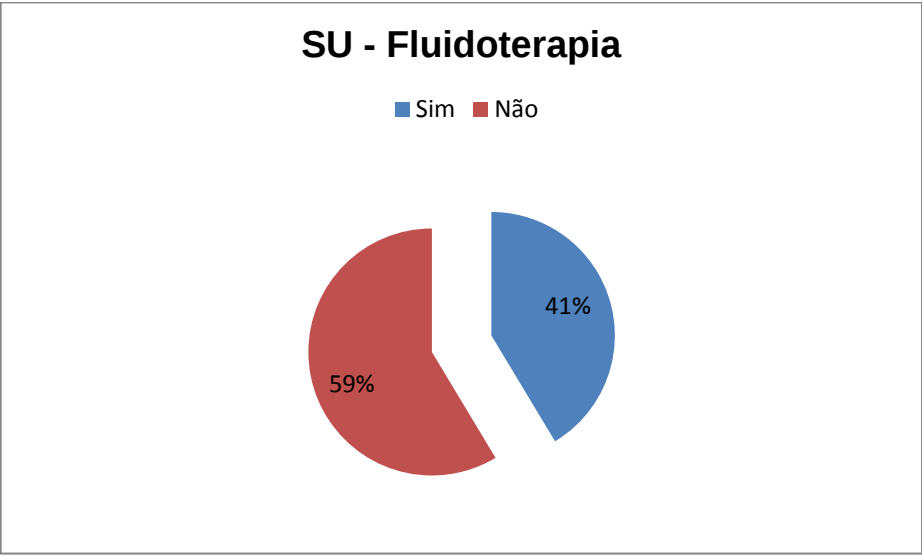
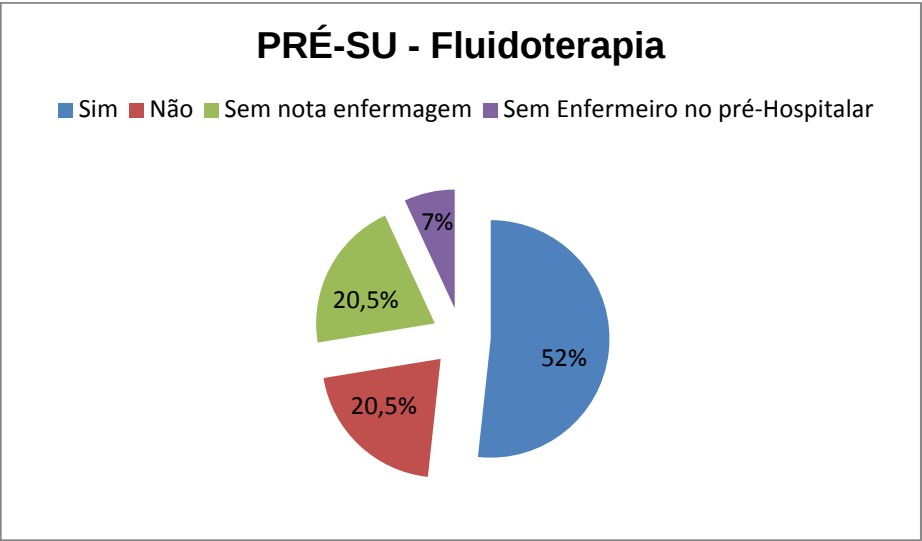
Variável 1 – Registo de Diurese



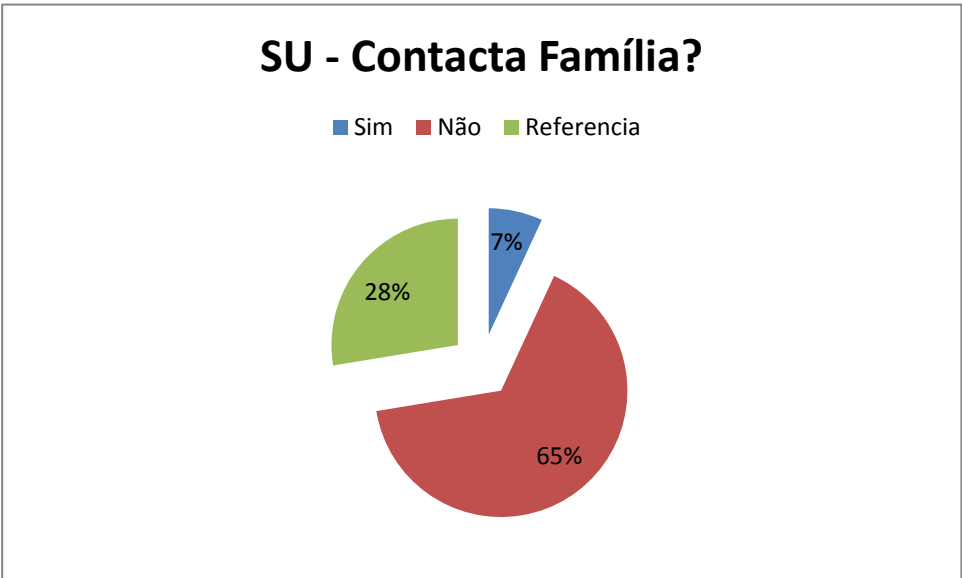
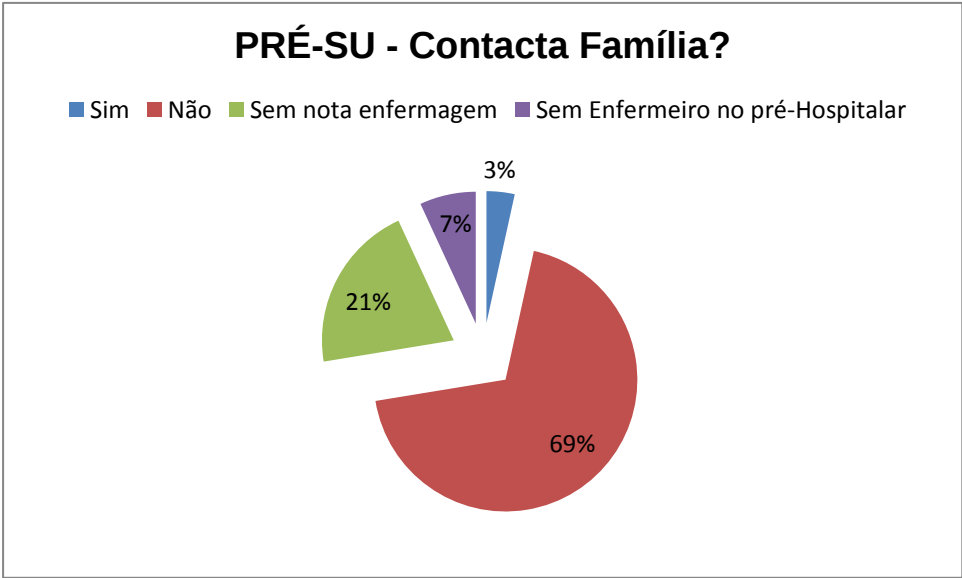
Variável 3 – Profilaxia Anti-tetânica



Variável 2 – Registo de Fluidoterapia



Variável 4 – Contacto com família



APÊNDICE III – Objetivos EC 1

EC 1 – UQ CH REFERÊNCIA EM LISBOA

OBJETIVO 1: Desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa adulta grande queimada;

OBJETIVO 2: Desenvolver competências na prestação de cuidados à Pessoa Grande Queimada e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica nomeadamente ao nível da comunicação interpessoal;

OBJETIVO 3: Desenvolver competências ao nível da maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção da Pessoa Grande Queimada.

COMPETÊNCIAS:

- Presta cuidados de enfermagem especializados à pessoa adulta grande queimada em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Presta cuidados de enfermagem especializados à pessoa adulta grande queimada baseados na criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Presta cuidados de enfermagem especializados à pessoa adulta grande queimada suportados num conjunto de princípios, valores e normas deontológicas;
- Presta cuidados de enfermagem especializados à pessoa adulta grande queimada gerindo os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Presta cuidados de enfermagem especializados à pessoa adulta grande queimada suportados no conhecimento da área da especialidade e na investigação;
- Presta cuidados de enfermagem especializados que visem a maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção da Pessoa Grande Queimada;

- Presta cuidados de enfermagem especializados à Pessoa Grande Queimada e sua família/pessoa de referência gerindo a relação terapêutica e a comunicação interpessoal nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica.

ATIVIDADES:

- Integração na equipa multidisciplinar. Conhecimento dos objetivos do serviço, conhecimento do modelo de prestação de cuidados, compreensão da gestão dos cuidados de enfermagem pela equipa;
- Entrevistas semi-estruturadas a enfermeiras peritas com o intuito de determinar cuidados complexos ao nível da identificação e resposta a focos de instabilidade perante a vítima queimada em situação crítica, deteção e monitorização de complicações e ao nível da assistência da pessoa e família/pessoa de referência. Por outro lado identificar estratégias que permitam a maximização da intervenção na prevenção e no controlo da infeção;
- Estudo de caso: Prática de cuidados técnicos de alta complexidade à pessoa adulta grande queimada entrada na UQ nas primeiras 8h após incidente;
- Estudo de caso: O doente grande queimado em Sépsis/choque séptico;
- Reflexão: Gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica;
- Reflexão: Assistência à Pessoa Grande Queimada e respetiva família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica gerindo a relação terapêutica e a comunicação interpessoal que a fundamente;
- Sessão de sensibilização a determinar (a enfermeira chefe encontra-se de férias no mês de Julho pelo que não foi possível definir outras temáticas a abordar para além do protocolo de atuação no doente grande queimado).

APÊNDICE IV – Caracterização do EC 1

8 Outubro 2012

APRESENTAÇÃO

No dia 8 de outubro de 2012, no turno da tarde, iniciei o Ensino Clínico (EC) I. No entanto já tinha falado anteriormente (29 de Setembro) com a Sr^a Enfermeira Chefe Madalena Amorim tendo a mesma designado na altura a Enfermeira Patrícia Costa para orientar o meu EC.

Ainda antes do seu início desloquei-me de novo ao serviço, numa manhã de semana, onde fui recebido pela Sr.^a Enfermeira Maria João Salsinha, 2º elemento da unidade, e que substitui a chefe na sua ausência. Nesta visita tive a oportunidade de ter uma visão geral dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar assim como relembrar a estrutura física da unidade.

No dia 17 de outubro programei uma reunião com a Enf.^a Chefe (das 15h às 16h) por forma a conversar um pouco mais sobre o plano e as metas do serviço assim como sobre os indicadores de qualidade em Enfermagem e sobre a sessão de sensibilização. Neste campo explorei as possibilidades de formação que poderia integrar de forma a complementar o mesmo. Foi-me sugerido apresentar aos enfermeiros da Unidade o resultado da minha experiência em Manchester.

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Neste ponto farei uma breve descrição do serviço enumerando a missão e objectivos, estrutura física, dotação de Enfermeiros e indicadores de qualidade.

A mesma terá por base o documento *“Plano de Acção Área de Especialidades Cirúrgicas Ano 2011”* (Videira e Castro, J., 2011) da autoria do Dr. J. Videira e Castro com contribuições várias, entre as quais a da Enfermeira Chefe Madalena Amorim.

Missão

A unidade de queimados serve todo o território nacional e tem uma equipa de enfermagem cuja missão é prestar cuidados de enfermagem especializados a doentes queimados graves, admitidos segundo o Protocolo Internacional para Internamento de doentes deste foro em Unidades de Cuidados Intensivos. Esta equipa cuida da pessoa doente queimada, cumprindo, entre outros, condições de eficiência no suporte de vida e controlo de infecção bem como prestando cuidados de qualidade que se adequam ao doente / família.

A taxa de ocupação em 2010 situou-se nos 80,32% com média de 26.89 dias de internamento. Não existiram readmissões e verificou-se 1 internamento inferior a 24h. Também em 2010 a taxa de mortalidade foi igual a 8.06% (Videira e Castro, J., 2011, p.38).

Estrutura Física

A Unidade de Queimados (UQ) encontra-se situada no 2º piso do [REDACTED] [REDACTED] (pólo do [REDACTED], EPE) e tem 3 entradas: uma de uso exclusivo para profissionais (piso intermédio entre o 2º e 3º piso – não aparece na planta), uma de acesso exclusivo para doentes e outra ainda para acesso a visitas.

A estrutura física da unidade está discriminada na tabela seguinte sendo que em Anexo I se encontra a planta da mesma para melhor caracterização. De forma a melhor identificar cada divisão na planta optei por fazer correspondência através de numeração.

Salas de Bloco: - sala de admissões para urgência e pensos urgentes (Reanimação) (1) - sala de balneoterapia (2) - Bloco Operatório (3)	Quartos: - Quarto com 3 camas (4) - Quarto com 1 cama (5) - Quarto com 1 cama com antecâmara (6 / 8) - Quarto com 1 <i>clinitron</i> com antecâmara (7) Total quartos = 5 / Total camas = 7
Outras áreas: - Sala de Enfermagem (9) - Arrecadação material clínico (12) - Gabinete Enfermeira Chefe (13) - Sala de trabalho Enfermagem (17) - Arrecadação soros e solutos (20) - WC pessoal (19) - Zona transferência de doentes (23) - Arrecadação material electrónico (24) - Gabinete médico (25)	Outras áreas: - Copa (10) - Refeitório doentes (11) - Vestiário visitas (14) - Secretária de unidade (15) - Sala de sujos (22) - WC doentes (18) - Área de sujos (21) - Saída de lixos (16)

Relativamente aos quartos há a salientar que todos eles são constituídos por equipamento necessário de monitorização e suporte avançado bem como rampas de oxigénio, de vácuo e ar comprimido. No entanto, e se assim for necessário, todos eles estão devidamente adaptados para poderem receber todo o material que for necessário como máquina de hemodiafiltração ou hemofiltração (na UQ não se faz hemodiálise).

Estrutura Orgânica / Dotação de Enfermeiros

No ano de 2010 a dotação do serviço era de 29 enfermeiros incluindo a Enf.^a Chefe. Nesse mesmo ano o número de horas semanais disponíveis em enfermeiros prestadores directos de cuidados ao doente foram 835.19 horas/ano=28.86 ETC.

Tendo em conta a existência de 3 salas de Bloco Operatório (com 3 postos de trabalho) e que a sala 1 e 2 funcionam para balneoterapia e pensos queimados sete dias por semana das 8h às 16h30, sendo que a sala 1 está também destinada a receber os doentes de urgência (não havendo afectação de recursos para a urgência) e a sala 3 para cirurgia programada funcionando das 8h Às 16h30 de 2^a a 6^a feira, as horas de cuidados necessárias são 1046horas/semana = 36.14 ETC, das quais 302 horas/semana=10,42 ETC são necessidades específicas de Bloco Operatório. Verifica-se um deficit de 211 horas/semana=7,28 ETC, sendo que 125horas/semana=4,31 ETC são de Bloco operatório. O Plano de Acção de 2011 propôs uma afectação de pelo menos mais 3 enfermeiros a juntar aos 29 existentes de forma a minimizar este deficit (Videira e Castro, J., 2011, p.18).

No presente momento existem 27 enfermeiros sendo que 2 deles se encontram ausentes prolongadamente por motivos de doença e licença de maternidade. Tendo em conta que o número sugerido no Plano de Acção para 2011 referia que o corpo de enfermagem deveria ter 32 enfermeiros, verificamos um deficit de 5 enfermeiros (podendo incluir até mais 2, totalizando 7, dado que se trata de ausências prolongadas).

Destes 27 enfermeiros 2 têm o título de especialistas em Enfermagem de Reabilitação pela Ordem dos Enfermeiros embora nenhum seja considerado Especialista pelo hospital. No presente momento existem mais 3 elementos a terminar as suas especialidades (1 enfermeira na de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica e 2 enfermeiras na Médico-Cirúrgica).

A enfermeira chefe e um 2º elemento da equipa fixa ficam adstritos à gestão. Os restantes 25 enfermeiros estão ligados à prestação de cuidados: 6 pertencem à equipa fixa e fazem só manhãs das 8h às 16h30 e 19 dividem-se por 5 equipas que

cumprem um roulement estabelecido de Manhã (M), Tarde (T), descanso, Noite (N) e folga, e assim sucessivamente. Cada uma destas equipas é formada por 3 a 4 elementos. O método de trabalho instituído é o individual, ou seja, o enfermeiro é responsável no turno em causa pela identificação de necessidades, planeamento, execução e avaliação dos cuidados que presta. No entanto está bem patente o espírito de entreajuda e o trabalho em equipa é uma realidade. Aquando da realização do banho (balneoterapia) ou execução dos pensos (bloco operatório) os enfermeiros da equipa fixa ajudam o enfermeiro daquele doente a prestar cuidados pois há a necessidade de 3 enfermeiros na prestação de cuidados. De 15 em 15 dias os enfermeiros seguem uma rotação, trocando assim de doente. O ratio de enfermeiro:doente é de 1:2. Nas manhãs estão presentes 7 enfermeiros, nas tardes 4 e nas noites 3. O turno da manhã é das 8h às 16h30, da tarde das 16h às 23h30 e da noite das 23h às 8h30.

A prestação de cuidados é orientada segundo o modelo teórico de Virgínia Henderson, modelo adoptado pela instituição. Contudo o plano de cuidados não é transposto para o papel. O processo clínico ainda é escrito em suporte papel embora, e segundo a política do [REDACTED] (*paper free*), caminhe tendencialmente para a informatização. Todo um outro conjunto de documentos em suporte papel faz parte do processo clínico entre eles: folha de colheita de dados de enfermagem, nota de transferência de enfermagem, registo de profilaxia do tétano / difteria (TD), registo de hemofiltração/hemodiafiltração, folha de avaliação de ferida, avaliação do risco de queda do doente, registo de escala de braden para avaliação do risco de úlceras de pressão, registo de queda do doentes, registo de administração de sangue e derivados.

Equipa Multidisciplinar

A restante equipa multidisciplinar é constituída por: a) 7 Assistentes Operacionais (AO); b) equipa de 3 médicos de cirurgia plástica e reconstrutiva (CPR) das 8h às 16h30 sendo que na T e N está de urgência interna assegurando a UQ, a enfermaria de CPR e a urgência polivalente; c) um médico da Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP) que está de chamada 24h/dia; d) um médico anestesista nas manhãs para apoio ao bloco operatório e realização de pensos dos

queimados; e) secretária de unidade; f) assistente social, psicólogo e líder espiritual, todos eles de chamada.

Visitas

O horário das visitas é das 13h às 19h e preconiza-se 1 visita por dia. Salienta-se este pormenor para que haja uma articulação entre os familiares e amigos. Não existe limitação de tempo sendo que se aconselha que a mesma seja o mais breve possível. O acolhimento é realizado pelo enfermeiro responsável pelo doente que explica quais e o porquê dos procedimentos ao entrar na unidade (nomeadamente o uso de fato próprio fornecido, a desinfecção das mãos e os cuidados de higiene/assépsia que deverá ter ao visitar o seu familiar/amigo, entre outros).

É fornecido ainda um pequeno folheto no qual estão algumas informações importantes sobre a UQ e o respectivo número de telefone que está acessível todos os dias até às 21h. Todos os quartos têm telefone o que proporciona, sempre que o estado do doente assim o permita, um contacto entre familiar ou amigo / doente.

PLANOS DE MELHORIA DA QUALIDADE E AUDITORIA INTERNA

A unidade apresenta diversos objectivos / indicadores de qualidade sendo que os diferencia consoante o tipo caso se tratem de indicadores de estrutura (E), de processo (P) ou de resultado (R). Em anexo II apresento o mapa de objectivos e indicadores desta unidade para o ano de 2012.

ACTIVIDADES DE FORMAÇÃO E ENSINO

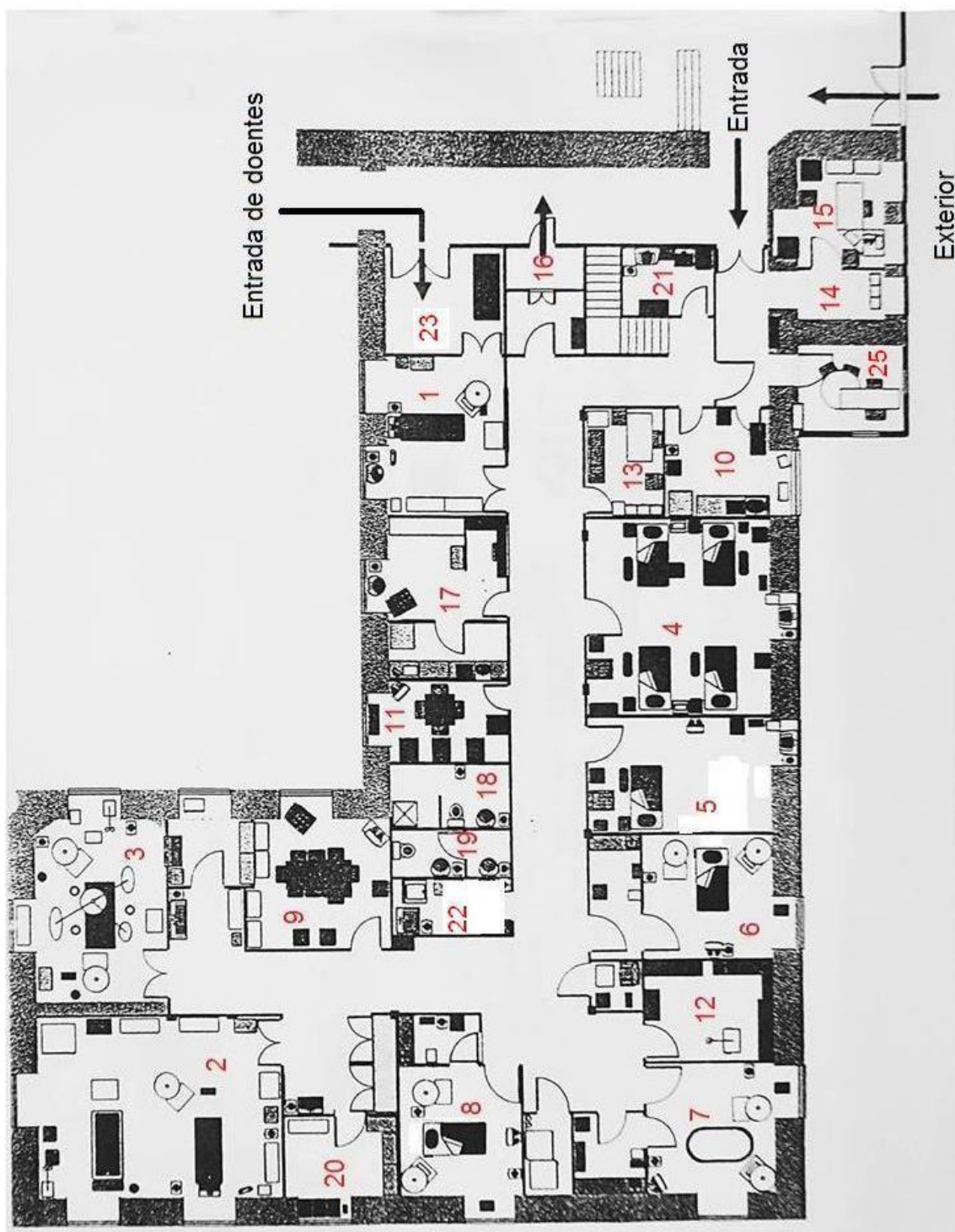
A unidade contribui de forma significativa para a formação pré-graduada e pós-graduada na área de enfermagem sendo um campo de estágio de referência a nível nacional.

Relativamente à área da sessão de sensibilização destaca-se por cumprir o seu plano, embora com um ou outro ajuste de datas. Em anexo III e IV apresento o plano de sessão de sensibilização de 2011 (Videira e Castro, J., 2011, p.72) e de 2012.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Videira e Castro, J. (2011). *“Plano de Acção Área de Especialidades Cirúrgicas Ano 2011”*. Lisboa: [REDACTED]

Anexo I - Planta da Unidade de Queimados



Anexo II - Mapa de Objectivos e Indicadores 2012

Mapa de Objectivos e Indicadores 2012

Unidade de Queimados

Objectivos / indicadores	Tipo	Meta Anual	Tolerância	Peso
Objectivo 1 – Prestar cuidados de qualidade que se adequem as necessidades do doente/família				
• Indicador 1.1 – Avaliação da dor	P	6	1	25,0%
• Indicador 1.2 – Taxa de avaliação do risco de queda	R	100,0%	5,00 pp	15,0%
• Indicador 1.3 – Taxa de ocorrência de quedas	R	0,0%	5,00 pp	15,0%
• Indicador 1.4 – Incidência de UP	R	0,0%	10,00 pp	15,0%
• Indicador 1.5 – Prevalência de UP	R	0,0%	10,00 pp	15,0%
• Indicador 1.6 – Instruções de Trabalho	P	3	1	15,0%
Objectivo 2 – Implementar medidas de prevenção de controlo da infecção hospitalar				
• Indicador 2.1 – Prevalência de Infecções	R	15,0%	5,00pp	25,0%
• Indicador 2.2 – Prevalência da adesão à campanha de Higiene das mãos dos Enfermeiros	R	90,0%	5,00 pp	25,0%
• Indicador 2.3 – Prevalência da adesão à campanha de Higiene das mãos dos AO	R	70,0%	5,00 pp	25,0%
• Indicador 2.4 – Prevalência da adesão do cumprimento de Higiene das mãos dos AO antes do contacto com os Doentes	R	55,0%	5,00 pp	25,0%
Objectivo 3 – Garantir a existência de materiais de consumo clínico adequados				
• Indicador 3.1 – Revisões dos níveis de material de consumo clínico	P	2	1	100,0%
Objectivo 4 – Promover o desenvolvimento de competências profissionais dos colaboradores				
• Indicador 4.1 – Plano de integração para enfermeiros	P	3 Meses	1 Mês	10,0%
• Indicador 4.2 – Plano de integração para Assistentes Operacionais	P	30 dias	7 dias	20,0%
• Indicador 4.3 – Número de enfermeiros dinamizadores do projecto CIPE envolvidos na elaboração do Padrão Documental	E	5	1	20,0%
• Indicador 4.4 – Taxa de concretização do plano de Formação	R	80,0%	5,00 pp	20,0%
• Indicador 4.5 – Número de formandos por acção de formação	P	7	2	20,0%
• Indicador 4.6 – Número de Projectos elaborados para o serviço	E	1	0	10,0%

Nota: p.p. – ponto percentual

Anexo III - Plano de Sessão de sensibilização 2011

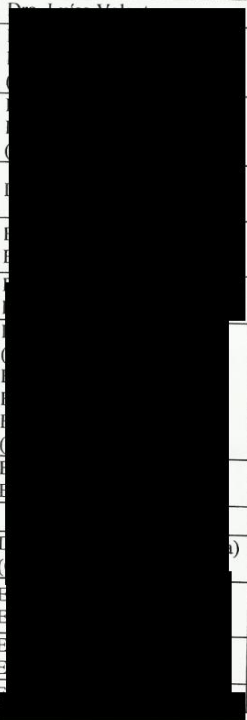
Cuidados de enfermagem a doentes submetidos a retalhos e apresentação do procedimento interno		Enfermeiros	Novembro	"
Úlceras: venosas e arteriais.		Enfermeiros e Médicos	Novembro	"
Terapia compressiva		Enfermeiros e Médicos	Novembro	"

Unidade de Queimados

Curso	Participantes		Data	Local
	Formadores	Destinatários		
Suporte Básico de Vida		Enfermeiros	Janeiro	Un. Queimados
Queimadura Inalatória Broncofibroscopia - Cuidados		"	Janeiro	"
Lavagem das Mãos		"	Fev.	"
Oxigenoterapia – Optimização de recursos		"	Fev.	"
Lista de Segurança Cirúrgica		"	Março	"
Posicionamento do doente queimado		"	Março	"
Mala de Transporte- Norma		"	Abril	"
Prevenção das sequelas no doente queimado		"	Abril	"
Política de Antissépticos		"	Maio	"
Mobilização de Doentes com Lesão Vertebral Medular		"	Maio	"
Infeção Hospitalar – Técnica Asséptica		"	Junho	"
Burnout		"	Junho	"
Tratamento de queimaduras – Substitutos de pele		"	Julho	"
Equilíbrio Hidroelectrolítico		"	Set.	"
Técnicas Dialíticas		"	Out.	"
Transmissão de Informação de Enfermagem (Escrita e Oral)		"	2ª quinzena Out.	"
Sépsis (Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica)		"	Nov.	"
Suporte Avançado de Vida (Guidelines 2010)		"	2ª quinzena Novembro	"
Importância da Mobilidade		"	1ª quinzena Dezembro	"

Anexo IV- Plano de Sessão de sensibilização 2012

PLANO FORMAÇÃO EM SERVIÇO
2012

DATA	TEMA	FORMADOR
09-01-2012	Analgesia Epidural em doentes Queimados	
6-02-2012	Comunicação com familiares de doentes críticos, a comunicação de más notícias	
13-02-2012	Apoio de familiares de doentes críticos ou falecidos (Apoio à família Enlutada)	
15-03-2012	Reposição hidroelectrolítica no doente queimado	
17-04-2012	Registos de Enfermagem – Critérios de Auditoria	
26-04-2012	Técnicas Dialíticas	
25-05-2012	Suporte Avançado de Vida	
12-06-2012	Suporte Básico de Vida	
Setembro	Ventilação Mecânica 31 Out.	
Outubro Nov.	Ventilação Mecânica – Cuidados de Enfermagem	
Novembro	Instrumento de Comunicação	
Abril	Registos de Enfermagem – Reflexão	

25 Set.

APÊNDICE V – Jornal de Aprendizagem

2º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Garantindo a Continuidade de Cuidados de Enfermagem
à Pessoa Adulta Grande Queimada

Estudante: Tiago Amaral, Enf.
Docentes: Professoras Florinda Galinha e Rebelho Botelho
Orientadora: Enf.ª Patrícia Costa

Ensino Clínico I - Jornal de Aprendizagem
Assistência à Pessoa Grande Queimada e respectiva família nas perturbações emocionais

A actual degradação da conjuntura económica repercute-se directamente no bem-estar das pessoas aos diferentes níveis: físico, psíquico, social e espiritual. No entanto factores predisponentes poderão agravar essa mesma condição.

Tal situação foi confirmada por mim neste EC na UQ do CH de referência em Lisboa.

A Sr.ª A.B.C., 45 anos, residente na margem sul do Tejo, deu entrada na UQ a 7/9, um dia antes do início do meu EC. Proveniente de um hospital a sul de Lisboa, foi admitida no Serviço de Urgência Polivalente do [REDACTED], após tentativa de suicídio por imolação (regou membros inferiores com petróleo e ateou fogo), do qual resultaram queimaduras de primeiro grau da face e pescoço e segundo grau do dorso da mão esquerda, quadrantes inferiores do abdómen, face anterior e posterior de ambas as coxas e pernas, totalizando uma superfície corporal queimada (SCQ) de 30%. Apresentava também queimadura dos cílios nasais, supracílios e cabelos, mas sem rouquidão, dispneia ou outros sinais de dificuldade respiratória.

À entrada na UQ consciente, orientada a referir como antecedentes pessoais asma e depressão. Medicada com salbutamol e antidepressivos que não sabe especificar. Nega problemas familiares. Relata "tentativas de suicídio" (sic) no passado. Seguida em consultas de psiquiatria em Setúbal mas negando internamentos do foro psiquiátrico.

Circunstâncias verbalizadas pela mesma referindo estar “deprimida e sem vontade de viver” levaram-na a banhar-se em petróleo e imolar-se em espaço

aberto, no jardim da casa da sua sogra, sendo que o esposo não conseguiu agarrá-la de forma a impedir esta situação. Os filhos não estavam por perto.

O conjunto de intercorrências que experimentara nos últimos 6 meses acabou por agravar a sua patologia de base e despoletar esta situação. Dois dias antes desta ocorrência também já tinha feito ingestão voluntária medicamentosa com álcool (nega hábitos etanólicos). Numa primeira avaliação pela psiquiatria negou arrependimento e apresentou ideação suicida. Resultante desta observação foi indicado internamento em psiquiatria após a alta da especialidade de cirurgia plástica.

Vivia com o seu esposo J.C. e os seus dois filhos G. e M. de 3 e 21 anos, do sexo masculino e feminino respectivamente, numa casa que comprara com a ajuda de um empréstimo bancário. O facto do seu esposo, trabalhador da construção civil, ter ficado desempregado precipitou os problemas financeiros da família. A.B.C. trabalhava até à altura deste acidente como empregada de mesa num café e o seu salário passara a ser o único sustento da casa. Perante esta situação, e não conseguindo cumprir com as obrigações perante o banco, viu-se forçada a abandonar a sua casa e a ir viver com a sua sogra. A sogra, M.C., 81 anos, reformada, com bastantes limitações na mobilização, tinha a ajuda do centro paroquial na alimentação (confeção de comida) e na higiene pessoal.

Face ao exposto, o esposo decidiu emigrar para a Suíça de forma a conseguir empregar-se no ramo da construção e assim trazer algum dinheiro para o seu agregado familiar. Contudo esta decisão foi tomada sem o parecer da Sra. A.B.C. Todo este conjunto de factores interferiu negativamente com o seu bem-estar psíquico e despoletou o episódio que narrei.

Segundo Roper, Logan & Tierney (1995, p. 141) *“no mundo familiar do doente adulto muitos papéis são jogados e existe comunicação com muitas pessoas: o cônjuge, os filhos, outros parentes, amigos, conhecidos, colegas, patrões e membros do clube”*. Referem ainda que existe *“um controlo sobre quando, como e onde devem comunicar”*.

No papel de doente, assumido aquando do internamento no hospital, a actividade de vida comunicar, tem de ser preservada pelo próprio, quer com a sua família, amigos quer com os próprios profissionais de saúde. No entanto existem situações que podem interferir negativamente na mesma impedindo que seja estabelecida, tal como constatei nesta doente. Entre elas destaco: as especificidades da UQ (limitação da idade, do número e horário das visitas) e a entubação endotraqueal a que veio a ser submetida numa fase posterior.

Desde a sua entrada na UQ referiu por várias vezes ter saudades do filho. Esta saudade era amenizada com os telefonemas que fazia para ele e para a própria filha. Presencialmente só pode contar com a filha durante o horário de visita. A relação estabelecida entre elas parecia ser próxima pela forma como ambas se relacionavam. A filha da Sra. A.B.C. tratava-a por “badalhoca” (sic). É verdade que o termo, desprovido de um contexto e de uma observação situacional, poderá ser um pouco ofensivo ou pouco adequado e inclusive poderá demonstrar falta de respeito. No entanto, testemunhando a relação entre ambas, e de acordo com a minha experiência profissional, assim com tendo em conta a definição proposta por Nancy Roper para a actividade de vida comunicação, a transmissão não verbal de informação através de expressões faciais e expressão corporal (Roper, Logan & Tierney, 1995, p. 27) indicava um significado diferente; reflectia uma relação muito próxima e jovial. A abordagem inicial com a frase "Então badalhoca como estas?" tinha o condão de roubar um sorriso à Sra. A.B.C. e transportá-la até casa.

A percepção do estado actual da sua mãe por parte da M. foi directamente influenciado pela forma como testemunhou a evolução das lesões da face. Ao evoluírem de forma tão positiva fez com que transpusesse para as restantes a mesma perspectiva, embora erradamente: uma cicatrização gradual e perfeita sem uma alteração da imagem anterior. Os pensos a cobrirem as lesões ajudaram a que fizesse a interpretação dessa forma.

Durante aproximadamente 3 dias manteve-se sem sinais de dificuldade respiratória. No entanto, a 10/9, três dias após a sua entrada, agravou o seu padrão respiratório. Por edema agudo pulmonar (EAP) teve necessidade de

entubação orotraqueal (EOT) e ventilação mecânica invasiva em volume controlado sob sedação por um dia. Após estar ventilada com pressão de suporte, a 16/9 passou a atmosfera húmida intra-tubo e assim se manteve por mais 2 dias.

O facto de ter ficado desprovida de forma de comunicar com o filho agravou ainda mais a sua ansiedade.

“Pela sua natureza, a actividade de comunicar promove toda uma área de interacção interpessoal e relacionamento humano que são dimensões importantes e fundamentais na vida” (Roper, Logan & Tierney, 1995, p. 27).

Nesta fase apenas a filha, e somente de forma presencial, estabelecia contacto directo com a Sra. A.B.C. A comunicação entre ambas passava muito pela vertente não verbal assim como pelo relato da realidade do dia-a-dia por parte da M.. Através da observação de momentos da visita, assim como pelo comportamento evidenciado pela Sra. A.B.C. ao longo dos turnos, era possível verificar que o pequeno G. era o tema para onde confluía a comunicação.

Segundo (Khalaila, Zbidat, Anwar, Bayya, Linton & Sviri, 2011) a dificuldade na comunicação em doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva é uma fonte de experiências stressantes levando a pessoa a experienciar um nível moderado a elevado de sofrimento psicoemocional porque não conseguem falar e comunicar as suas necessidades. Refere ainda que os enfermeiros devem estar atentos às necessidades comunicacionais dos seus doentes. Ao diminuírem as experiências stressantes associados ao tubo endotraqueal e implementando métodos de comunicação mais adequados poderão reduzir o sofrimento dos doentes.

Ao testemunhar esta situação senti necessidade de perceber a forma como os enfermeiros da UQ lidam com esta problemática. Verifiquei que uma explicação da necessidade de manutenção da entubação associada à comunicação de uma eventual necessidade de aspiração, antecipando-a, puderam, pelo menos momentaneamente, diminuir as experiências stressantes associadas à entubação. Por outro lado a elaboração de um método de comunicação baseado em cartões com imagens e frases mais comumente utilizados para ir de encontro à satisfação das atividades de vida dos doentes poderá ser uma mais valia.

Verifiquei que já se encontra elaborado e em fase de avaliação para posterior implementação.

Num dos turnos da noite que realizei na UQ a Sra. A.B.C. estava mais ansiosa e chorosa. Para além da campainha também os alarmes sonoros do ventilador e os picos hipertensivos testemunhados pela monitorização contínua serviam de testemunho à agitação e stress que estava a vivenciar. Por 2 vezes fez tentativa de extubação. Após alguns minutos foi perceptível que as limitações impostas pela entubação, e que contribuíram para que as conversas que tinha ao telemóvel com o seu filho fossem impossibilitadas, levaram a esta situação. A necessidade de comunicação assim definida por Roper-Logan-Tierney (1995) está alterada afetando negativamente outras necessidades da doente tais como a manutenção de um ambiente seguro, o sono e a mobilização. No imediato, tendo em conta as horas e o possível agravamento do seu estado com risco acrescido de EAP de novo, a única forma foi recorrer ao aumento da sedação após falar com o médico da UCIP 1 (Unidade de Cuidados Intensivos 1).

Após a passagem de turno de manhã a enfermeira que ficou responsável pela Sra. A.B.C., analisou a situação e decidiu ligar à M., filha da Sra. A.B.C., com o intuito de colocar o irmão em linha para que esta pudesse ouvir a sua voz. Ao actuar desta forma não só permitiu diminuir os níveis de ansiedade bem como alterar significativamente o estado de espírito da doente. Ao analisar a situação esta enfermeira soube dar a melhor resposta face ao constrangimento da limitação da visita presencial por uma criança de 3 anos bem como pela limitação da comunicação relacionada com a entubação e simultaneamente garantiu uma continuidade dos cuidados de Enfermagem. É um facto que não falou com ele mas ouviu a sua voz o que a acalmou bastante.

Após este episódio os valores tensionais da doente foram gradualmente aproximando-se do padrão normal. De forma gradual melhorou o padrão respiratório e no dia 18 foi extubada ficando totalmente independente na satisfação da actividade de vida comunicação. A primeira atitude que tomou, logo que conseguiu, foi ligar à filha para falar com ela e com o pequeno G. Após ultrapassar esta situação outro aspecto preocupou-a: o esposo foi para a Suíça e

ainda não tinha tido notícias dele. À medida que os dias passaram acabou por resolver o conflito pré-existente e todos os dias falava com ele ao telemóvel. O acompanhamento psicológico e psiquiátrico foi fulcral na vivência desta situação e na sua evolução positiva.

Ao estabelecer um diálogo com a Sra. A.B.C. verifiquei que neste momento já não apresentava ideação suicida. Apresentava sim um arrependimento pelo que fez bem como tinha noção que precisava de ajuda. O sentimento de culpa por estar internada e não estar a cuidar o seu filho, sendo o papel de mãe substituído pelo filha, levou-a a referir por diversas vezes que a teria de a “recompensar” (sic) pois ela deveria “estar a estudar e a namorar e não a cuidar do irmão” (sic). Esta percepção do real é bastante benéfica pois, por si só, é ponto de partida para o processo de recuperação.

Iniciou levante com supervisão. No que diz respeito às quedas Roper (1995, p.329) refere que *“as enfermeiras precisam estar familiarizadas com a forma utilizada e a prática de acidentes relatada necessária nos hospitais em que trabalham”*. Desta forma é importante uma avaliação do risco de queda de forma a preveni-la. Este é um dos indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem da UQ, transversal a todo o CH.

Houve dias de menor e outros de maior ansiedade e inquietação. Por exemplo houve um dia que ligava à filha de 5 em 5 minutos. Nesse dia a própria filha ligou com o intuito de saber se estava tudo bem pois a cadência dos telefonemas era de tal ordem que estava preocupada. De imediato, e ao espelhar-lhe as palavras que havia proferido dias antes após a extubação, referindo que a filha deveria ter tempo para estudar e namorar, a Sra. A.B.C. teve percepção da sua atitude.

Em termos de mobilidade deixou de estar confinada ao quarto podendo ir até ao refeitório. O mal-estar emocional e o aborrecimento devido à perda da liberdade, de independência e de dignidade pessoal foi-se desvanecendo. O facto de sentir que está mais independente leva-a a sentir-se mais confiante e a pensar que aquando da alta poderá adquirir de novo o papel social que tinha; junto da família e do trabalho (Roper, Logan & Tierney, 1995, p. 328).

De dia para dia verbalizava que queria abandonar a unidade a tempo de ir ao aniversário do seu filho a 6 de Novembro.

A vontade de estar em casa no dia 6 de Novembro, aquando do 4º aniversário do filho, era grande. Para estar mais perto dele usava o telemóvel e pedia à filha que lhe enviasse mensagens de imagem pelo telemóvel e que trouxesse fotografias aquando da visita.

Hoje, dia 5 de Novembro, a Sra. A.B.C. tem alta da UQ e será transferida para o hospital da área. As zonas enxertadas encontram-se cicatrizadas e o processo de recuperação experimenta agora uma nova etapa.

É verdade que não passará o 4º aniversário do seu filho em casa mas muito provavelmente poderá ter a sua visita no quarto do hospital para onde irá.

Após falar com a minha orientadora sobre outras formas de maximizar a intervenção ao nível das perturbações emocionais da Sra. A.B.C. e respectiva família foi-me informado que, a título excepcional, e apenas por 3 vezes nos seus 9 anos de enfermeira na UQ, foi possibilitado um contacto visual entre a(o) doente e a(o) filha(o) na zona de transfer, a porta de entrada do doente na UQ. Volto a frisar: foram 3 situações excepcionais e que decerto fizeram uma grande diferença. Neste caso em concreto decerto também o faria e seria uma possibilidade a ponderar numa situação semelhante.

Efetivamente, e tendo em conta a minha experiência profissional, é indubitável a mais valia da presença do filho pela agravante ansiosa despoletada numa mulher que apresenta uma agudização da sua patologia psiquiátrica de base. O sentimento que vivenciei foi de impotência face à especificidade e complexidade da UQ. Efetivamente cada caso é um caso, pelo que penso que teria sido profícuo, e sem colocar em causa o bem-estar de ambos, proporcionar-se a visita à porta de entrada da UQ (sala exclusiva de entrada de pessoas em maca).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roper, N.; Logan, W.W. & Tierney, A.J. (1995). Modelo de Enfermagem (3ª edição). Alfragide: McGraw-Hill de Portugal, Lda.

2. Khalaila, R.; Zbidat, W.; Anwar, K.; Bayya, A.; Linton, D.M.; Sviri, S. (2011).

Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *[American Journal of Critical Care](#)*, 20(6): 470-9 (30 ref).

Acedido Outubro 11, 2012, em

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&hid=18&sid=67fc02b9-4272-456d-805a->

[e1c103962025%40sessionmgr12&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2011334753](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&hid=18&sid=67fc02b9-4272-456d-805a-e1c103962025%40sessionmgr12&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2011334753)

APÊNDICE VI – Estudo de Caso e Plano de Cuidados

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

O Sr. J.B., 51 anos, caucasiano, casado, católico, electricista de profissão, residente em Cascais foi admitido no SU polivalente de um CH de referência em Lisboa pelas 15h40 de dia 9, trazido pelo enfermeiro e médico da VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação) vítima de acidente de trabalho (explosão de quadro eléctrico) em ambiente fechado do qual resultou queimaduras por flash da face e da face dorsal de ambas as mãos (2º grau superficial e profundo), incluindo cílios nasais e oculares. SCT=5%

À entrada na Sala de Emergência do SU:

Avaliação Inicial

A – No local da ocorrência, e por apresentar queimadura da face e pelo facto de ter sido em espaço fechado, perfazendo um score 2 na Escala de Clark et al (1989), considera-se em risco por suspeita de queimadura da via aérea pelo que foi sujeito a entubação orotraqueal;

B – conectado a prótese ventilatória (PV), em volume controlado, bem adaptado, com FR=12cpm. Boa expansão torácica; tórax equimóvel.

C – Pulso carotídeo cheio e rítmico. TPC < 2” e inclusive a nível das extremidades dos dedos não demonstrando sinais de compromisso vascular. Trazia dois cateteres venosos periféricos de grande calibre (14G e 16G) no antebraço e braços esquerdos com cristalóides em curso. Sem sinais de hemorragia activa. Normotenso. Inicia perfusão EV de propofol e alfentanil.

D – AVPU: Não responde à dor (sedado). Pupilas iguais, mióticas muito provavelmente secundária à administração de morfina EV. Normoglicémico (BMT=110mg/dl).

E – com fio e anel que foram retirados de imediato. Dorso sem alterações. Pele quente ao toque. Temperatura axilar=35.4°C. TBSA = 5%.

F – já tinha efectuado 1,5 L de Lactato de ringer.

Analgesia - Foi sedoanalgesiado com propofol + ketamina + midazolan e morfina (tudo em bólus)

Tests – fez ECG (sem alterações), Rx Tórax e colheita de sangue para análises. Mais tarde verifiquei aumento dos valores da CK e PCR.

Tubos - Vinha com sonda nasogástrica 18ch em drenagem passiva com vestígios de conteúdo bilioso. Algaliado com foley 14ch com 10 ccH₂O no balão a drenar urina concentrada em pequena quantidade.

Avaliação Secundária

Historia:

A (Allergies) – desconhece.

M (Medications) – irbesartan + hidroclorotiazida; sinvastatina; alopurinol.

P (Past Illnesses) – HTA, Hiperuricémia, Colesterolemia.

L (last meal) – pelas 12h00 ingeriu uma sopa, uma sandes e água.

E (Events) – explosão de quadro eléctrico sendo que o flash o projectou para trás e provocado queimaduras na face e mãos. Tinha óculos que lhe protegeram os olhos.

Exame cefalo-caudal:

A nível ocular apresenta hiperémia conjuntival. Observado por oftalmologia. Sem lesões da córnea (usava óculos). Sem outras alterações.

Após realização de exames foi transferido para a UQ. À entrada na sala de reanimação da UQ, e sob anestesia geral, foi sujeito a banho terapêutico e a realização de penso. Foi colocada uma linha arterial na umeral esquerda.. Verificou-se baixo débito urinário e por indicação médica procedeu-se a um *fluid challenge* de 500 cc de SF com alguma repercussão na diurese.

Por suspeita de queimadura da via aérea mantém-se entubado orotraquealmente, até realização de fibroscopia para confirmar ou negar essa suspeita, necessitando de ventilação assistida mecanicamente para respirar. Apresenta secreções abundantes, espessas e purulentas, com cheiro fétido, que foram alvo de colheita para bacteriologia.

Após exclusão da queimadura da via aérea através de fibroscopia foi extubado e colocado sob aporte de O2 por máscara facial. Apesar da disfonia o diálogo com o Sr. J.B. foi fácil. Não porque era de todo perceptível mas sim porque decorreu de forma fluida falando abertamente sobre o incidente e aspectos de sua vida que condicionam ou são condicionados por esta situação. Para tal contribuiu, em parte, um facilitador de conversa que muito utilizo nos diálogos com pessoas doentes com quem me deparo todos os dias na minha prática: o Benfica. Correndo alguns riscos ao utilizar o humor, nomeadamente o facto de não ser adepto de nenhum clube ou inclusive poder-me dizer que não ser a altura ideal para o fazer já que se encontra numa situação de doença, questionei-o sobre o seu clube tendo-me dito de imediato: “o Benfica” (sic). Acrescentei “Então deve ser boa pessoa” (sic). Um sorriso e uma conversa que começou com futebol levou-me a entrar na esfera privada do Sr. J.B.

O Sr. J.B. tem um irmão mais novo. A sua mãe já morreu. O pai ainda é vivo. Foi com ele que aprendeu, desde os 13 anos, o seu ofício – ser electricista. Refere que frequentou “um ou outro curso” (sic) mas foi o pai que foi o seu “mestre” (sic). A relação com o pai sempre foi difícil embora se tenha agravado após a morte da sua mãe. É um homem “frio” (sic), diz com mágoa. “Nem ao funeral da mãe e do pai foi” (sic).

Desde sempre o Sr. J.B. trabalhou sobre a alçada do pai juntamente com o irmão que acabou por enveredar pela mesma profissão. Tinham uma sociedade sendo que em 2000 decidiu abandonar a mesma por uma desavença familiar. À sua esposa, agora com 46 anos, foi-lhe diagnosticado uma neoplasia renal com necessidade de nefrectomia direita. O seu pai, que já não gostava da nora, disse-lhe para a abandonar. “Foi a gota de água” (sic).

Durante o tempo de internamento no hospital não trabalhou e decidiu comprar um ligeiro para ir passear com a esposa após a alta desta. Refere que o comprou “sem ter dinheiro” (sic) pois sabia que o trabalho iria aparecer. Investiu numa carreira a solo e gradualmente foi construindo o seu negócio que chegou aos sete empregados. Entretanto comprou uma casa nova; um T4 na região de Cascais onde vive actualmente com a sua esposa e os seus dois filhos, o G. de 22 anos e a H. de 17. O seu filho é Licenciado em Engenharia Informática e está empregado. A sua filha ainda frequenta a escola. O facto de neste momento viver graves problemas financeiros e não poder ajudar a sua filha da forma que ajudou o seu filho deixa-lhe uma grande mágoa. No entanto vislumbro algum ânimo quando diz que o conseguirá fazer

Foi há 3 anos que começaram: acabou uma etapa e começou outra. A crise da construção e a falta de trabalho ditaram que em 2009 tivesse que dispensar os préstimos dos seus sete colaboradores.

A renda de 1400 euros mensais que pagava ao banco começou, gradualmente, a ser incomportável e, em 2011, teve necessidade de renegociar a dívida sob pena de ser despejado de casa. De momento tem uma carência de capital pagando apenas juros totalizando 700 euros mensais.

A sua esposa está desempregada e é ela que o ajuda sempre que vai aparecendo trabalho. “Ultimamente tem estado mau. Esta semana que tinha trabalho todos os

dias é que me aconteceu isto...” (sic) refere. Refere, com orgulho, que em 38 anos de profissão, nunca tinha sido vítima de um acidente de trabalho.

Confessa que em 2010 pensou em separa-se. Os problemas económicos precipitaram um conjunto de situações. Começou a ingerir bastante álcool e várias foram as vezes que chegava etilizado a casa (ainda refere ingerir embora, segundo o próprio, em “menor quantidade). No entanto, hoje, tem noção que tomou a melhor atitude: “a cada dia que passa, amo mais a minha mulher. Naquela altura foi ela; agora sou eu” (sic) referindo-se à situação de doença. O facto de ter as mãos e a face queimadas deixa-o apreensivo quanto à sua imagem corporal.

A Sra. M.J. tem vindo visitá-lo diariamente à UQ. Refere estar dependente do filho, que sai às 17h, para a trazer ao hospital. Desde o primeiro instante fui o elemento de referência para a esposa; fiz-lhe o acolhimento à UQ e esclareci-lhe algumas dúvidas, que a atormentavam, nomeadamente o uso de materiais de barreira.

Antes da visita pós-extubação sente-se muito nervosa. Comunico-lhe que já poderá falar com o esposo embora de forma pausada pois ainda se cansa facilmente, necessitando de aporte de oxigénio extra para respirar melhor. Descreve-me que estava com ele aquando do incidente. “Após a explosão disse-me que não via nada; tinha os óculos todos pretos. O que lhe valeu foram mesmo os óculos. Agora as mãos... como vai ser com as mãos? Vão ficar boas?”. Efectivamente, e do que depreendo deste diálogo estabelecido, é que a situação vivenciada em muito irá transformar a vida da família em geral, e do casal em particular. No fundo o Sr. J.B. é o sustento da casa (embora tenha o filho empregado) o que, e tendo em conta esta intercorrência, limitará e poderá agravar ainda mais a grave situação económica em que se encontram e despoletar outras situações. Tem seguro de trabalho o que, nesta primeira fase, o poderá ajudar. Quanto a eventuais incapacidades parciais a assumir pelo seguro... é uma incógnita. A forma como a sua recuperação e a forma como as lesões nas suas mãos evoluirão, irá ditar o futuro daquela família.

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE VIDA SEGUNDO O MODELO ROPER-LOGAN-TIERNAY

Categorização e agrupamento dos problemas de Enfermagem:

RESPIRAR:

- 9.11 - Necessidade de via aérea artificial (TOT); conectado a PV
- 11.11 – respiração autônoma com necessidade de aporte de O2

COMUNICAR

- 9.11 Incapacidade para comunicar relacionada com EOT e sedação

EXPRESSAR A SEXUALIDADE:

- 11.11 - Doente encontrava-se dependente de terceiros na realização das suas atividades de vida o que lhe causava algum transtorno

DORMIR:

- 09.11 - Secreções abundantes com necessidade de aspiração a nível intra-TOT

ELIMINAR:

- 11.11 - Obstipação há 3 dias
- 09.11 - Diminuição débito urinário

MOVER-SE:

- 09.11 - Risco acrescido de perda da integridade cutânea relacionado com a imobilização
- 09.11 – Alteração da integridade cutânea relacionado com queimaduras na face e mãos

TRABALHAR E DIVERTIR-SE:

- 11.11 - A hospitalização determinou uma paragem profissional e um maior afastamento daqueles que lhe são mais próximos

CONTROLAR A TEMPERATURA CORPORAL:

- 09.11 - Apresenta um Pico febril em cada turno

MANTER UM AMBIENTE SEGURO:

- 09.11 - Risco acrescido de infecção por hospitalização: banho terapêutico, pensos LA, CVC e queimaduras nas mãos, aspiração de secreções intra-TOT e algaliação.

HIGIENE PESSOAL E VESTIR-SE:

- 11.11 - Banho terapêutico na balneoterapia

COMER E BEBER:

- 09.11 – Alimentação (Nutrison) e água administrados por sonda gástrica

MORRER:

- Doente só abordou este tema para falar da atitude do seu pai aquando da morte dos seus avós.

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
9.11.2012 Noite	Alteração da AV respiração, relacionado com queimadura da face e possível queimadura da via aérea e manifestada por necessidade de entubação endotraqueal e conexão a prótese ventilatória em pressão assistida.	Que o doente apresente uma boa ventilação e uma adequada oxigenação celular.	• Posicionar o doente em semi-fowler de forma a melhorar a ventilação; • Avaliar ventilação e respiração (simetria da expansão torácica, volume minuto, frequência respiratória, valores gasimétricos de PO2/PCO2/SatO2/Ph); • Aspiração de secreções intra-TOT; • Avaliar pressão do balão de cuff; • Realização de gasimetria arterial (linha arterial); • Registar dados.	9.11.2012 • Apresenta FR=12 cpm. Saturações oximetria periféricas >97%. • Boa expansibilidade torácica. • Aspiradas secreções muco-purulentas em moderada quantidade. • com repercussão positiva nos valores de oximetria. • Pressão de cuff = 26 cmH2O. • Bons valores de volume minuto. • PO2/PCO2/SatO2/Ph dentro dos parâmetros normais revelando boas trocas gasosas.

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
09.11.2012 Noite	Incapacidade para comunicar verbalmente relacionada com presença de TOT	Que o doente expresse as suas necessidades através de comunicação não-verbal	• Mostrar disponibilidade (por ex. disponibilizar campainha para chamar o enfermeiro); • Ajudar a controlar a ansiedade através de: • - diminuir estímulos externos (luzes, ruído); • - acordar códigos com o doente (aquando da necessidade de posicionamento no leito, aspiração de secreções, dor). • Após administração de haloperidol EV (ver diagnóstico para a AV sono) necessidade de maior vigilância relativamente às necessidades do doente dado estar mais sonolento.	09.11.2012 • Existiu um boa comunicação não verbal entre ambos: por ex. o doente apresentava bastantes secreções brônquicas com necessidade de aspiração. Sempre que eu não antecipava esta necessidade o próprio tocava à campainha e franzia a testa.

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
09.11.2012 Noite	Alteração da AV sono e repouso relacionado com necessidade de aspiração constante de secreções brônquicas abundantes intra-tubo (manifestado) acordando-o a cada vez que tem necessidade de ser aspirado.	Que o doente repouse.	• Informar médico acerca desta problemática questionando-o sobre a possibilidade de uso de terapêutica medicamentosa; • Vigiar ventilação e respiração; • Vigiar necessidade de aspiração dado doente estar muito mais sonolento e como tal não comunica da mesma forma (não-verbalmente; por ex. tocar campainha) as suas necessidades.	09.11.2012 • Prescritos 10mg haloperidol EV tendo sido administrados. O doente esteve menos despertável. Reflexo da tosse mantido na íntegra. Aspiradas secreções abundantes durante o restante turno sendo que doente conseguiu dormir por maiores períodos.

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
09.11.2012	Alteração da AV eliminação vesical relacionado com aumento das perdas insensíveis (febre) e queimaduras manifestado por diminuição da diurese (<50 cc/h)	Que o doente apresente uma diurese horária >50cc/hora	• Informar médico sobre diminuição diurese • Instituir fluidoterapia prescrita (500 cc • Bólus e 1f furosemida) • Avaliar eficácia da medida • Vigiar diurese horária • Hidratação extra por SNG	09.11.2012 • O doente respondeu ao fluid challenge e ao diurético. • Débitos urinários após borderline (+-45cc/h) • 11.11.2012 • Boa diurese horária

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
09.11.2012 Noite	Risco acrescido de perda da integridade cutânea relacionado com a imobilização	Que o doente mantenha pele íntegra	• Promover hidratação extra através da SNG; • Posicionar doente de 2h/2h; • Massajar doente; • Promover correcta alimentação (entérica); • Utilizar facilitadores de posicionamento de forma a evitar zonas de pressão (almofadas) • Avaliação do risco de úlcera de pressão através da escala de Braden de 2/2 dias e sempre que se justificar	12.11.2012 • Segundo a Escala de Braden o Risco para o aparecimento de solução de continuidade é elevado. Contudo não se verificou qualquer solução de continuidade.

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
09.11.2012 Noite	Alteração da AV controlar a temperatura corporal relacionada com possível foco infeccioso e manifestada por pico febril a cada turno de 8 horas e por aumento de valores de PCR e leucócitos	Que o doente mantenha uma temperatura corporal normal	• Monitorização contínua da temperatura • Administração de terapêutica antibiótica EV prescrita • Proceder a arrefecimento natural através do uso de placas de frio, compressas embebidas em água bem como expondo (destapando) o doente mas protegendo a sua privacidade • Administrar antipiréticos prescritos em SOS • Despiste de sinais de choque séptico tais como aumento da frequência respiratória ou cardíaca, febre e hipotensão.	09.11.2012 • O arrefecimento corporal apenas atrasou a subida da temperatura. Foi necessário recorrer a antipirético. O doente praticamente não cede ao nolutil. Normotenso. 12.11.2012 • Apesar de a hemocultura, urocultura e o exsudado da pele virem negativos para agentes infecciosos, o médico procedeu a mudança do mesmo. Rx tórax sem condensações. Colhida expetoração para análise. Iniciou perfusão de AB. Mantém-se vigilância dos parâmetros vitais.

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
09.11.2012 Noite	Alto risco de infeção relacionado com procedimentos invasivos e hospitalização	Que o doente não apresente infeção	- Utilizar técnica asséptica nos seguintes cuidados de enfermagem: - banho terapêutico; - realização de pensos das mãos - aspiração de secreções intra-TOT - penso LA - penso CVC - Monitorização de parâmetros vitais nomeadamente critérios SIRS (aumento da frequência cardíaca, da frequência respiratória e da temperatura) - Ensino à esposa relativamente às medidas de proteção e higiene que terá de utilizar visitar o Sr. J.B. (entrada e saída na UQ, entrada, saída e permanência no quarto)	09.11.2012 - Febril. Faz antipirético. Informado médico. - Aspiradas Secreções purulentas intra-TOT. 11.11.12 - Realizado banho terapêutico e pensos. Sem sinais inflamatórios das feridas. - Feitos pensos do CVC e LA. Sem sinais inflamatórios. - Aspiradas secreções intra-TOT mucosas. - Esposa compreendeu os cuidados inerentes à visita. 12.11.12 - Mudança de AB EV por manutenção dos picos febris. AB empírico dado não apresentar qualquer sinal de microorganismo a nível da hemocultura, urocultura ou exsudado da queimadura/pele íntegra.

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
9.11.2012 Noite	Alteração da AV comer e beber relacionado com EOT e manifestada por necessidade de alimentação e hidratação (Nutrison e água) por sonda gástrica	Que o aporte de nutrientes e líquidos satisfaça as necessidades do Sr. J.B.	• Administração de Nutrison a 63cc/h • Despistar sinais de intolerância alimentar nomeadamente estase gástrica • Hidratação por sonda • Vigiar diurese • Vigiar humidade da pele • Vigiar integridade da pele • Despistar efeitos secundários nomeadamente dejeções líquidas	09.11.2012 • Doente apresenta baixos débitos urinários (ver AV eliminação vesical) • Tolerar a alimentação e hidratação entéricas. 11.11.2012 • Doente tolera bem a AE. • Sem dejeções líquidas. • Bons débitos urinários

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
11.11.2012 Manhã	Alteração da AV respiração, relacionado com queimadura da face e manifestada por polipneia e presença de máscara com reservatório com O2 suplementar a 9 l/min	Que o doente apresente uma boa ventilação e uma adequada oxigenação celular	• Posicionar o doente em semi-fowler de forma a melhorar a ventilação; • Avaliar ventilação e respiração (simetria da expansão torácica, volume minuto, frequência respiratória, valores gasimétricos de PO2/PCO2/SatO2/Ph); • Aspiração de secreções SOS • Realização de gasimetria arterial (linha arterial) • Registrar dados	11.11.2012 • Doente apesar de ligeiramente polipneico (FR=24 cpm) apresenta uma oximetria periférica >95% e valores de PO2/PCO2/SatO2/Ph dentro dos valores normais demonstrando uma boa oxigenação • Aspiradas secreções em abundante quantidade a nível da orofaringe (doente tosse mas não consegue expelir)

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
11.11.2012 Manhã	Alteração da AV trabalho e lazer e da AV expressão da sexualidade relacionado com hospitalização, impossibilidade de trabalhar e dependência de terceiros, manifestado por ansiedade e revolta nomeadamente por receio em não conseguir pagar empréstimo bancário	Que o doente diminua os níveis de ansiedade	• Criar um ambiente que facilite a confiança • Falar com o doente explicando-lhe que está a passar por uma situação transitória semelhante à da sua esposa (espelhando o que anteriormente me tinha dito). Da mesma forma que a sua esposa esteve dependente aquando da nefrectomia e recuperou a sua autonomia, o mesmo se passará relativamente a ele. • Promover o uso da TV para se distrair; • Promover o uso do telefone para contactar com familiares e amigos • Serenar o doente explicando-lhe que o facto de ter seguro de trabalho e de vida (do empréstimo bancário) minimiza o impacto monetário.	11.11.2012 • Os níveis de ansiedade baixaram bastante pois, segundo o mesmo, o caso da sua esposa é um bom exemplo disso. • O facto de a ter ajudado na altura faz com que não se sinta tão “incapacitado” neste episódio pois segundo o mesmo “da outra vez foi ele e ajudei-a; agora sou eu que preciso de ajuda”. Por outro lado a TV ligada ao exterior contribuindo também para o tranquilizar.

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
11.11.2012 Manhã	Alteração da AV eliminação intestinal relacionado com imobilização e manifestado por obstipação há 3 dias	Que o doente evacue	• Promover hidratação extra através da SNG; • Pesquisa de fecalomas na ampola rectal aquando da realização do banho e penso (anestesiado) • Administração de alimentação entérica	11.11.2012 • Toque rectal negativo para fecalomas. • Hidratação extra através da SNG com água. 12.11.2012 • O doente acabou por evacuar fezes pastosas em • moderada quantidade

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
11.11.2012 Manhã	Alteração da AV higiene pessoal relacionado com queimaduras na face e mãos e manifestada por necessidade de banho terapêutico na sala de balneoterapia sob anestesia e na cama, alternadamente	Que o doente tome banho diariamente	• Substituir o doente nos cuidados de higiene • Realização de penso das mãos respeitando as regras de higiene e assepsia (ver AV ambiente seguro)	11.11.2012 • Prestados cuidados de higiene diariamente. • Queimadura da face a evoluir favoravelmente • Queimaduras das mãos com necessidade de enxerto a realizar dia 20.12 pelo que limita, nos próximos meses, a recuperação da independência por parte do doente para autossatisfazer esta AV

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
9.11.2012	Alteração da integridade cutânea relacionada com queimaduras da face e da face dorsal de ambas as mãos (2º grau superficial e profundo)	Que o doente recupere a integridade cutânea	• Despistar sinais inflamatórios • Realizar penso na face: • Lavagem com soro fisiológico 2 x dia • Aplicação de clorafenicol pomada 2 x dia • Retirar tecido desvitalizado • Realizar penso nas mãos: • Lavagem com clorexidina 4% em água 1 x dia • Aplicação de sulfadizina de prata 1 x dia	09.11.2012 • Sem sinais inflamatórios. 11.11.2012 • Pele sem sinais inflamatórios. Verifica-se início de cicatrização a nível da face com descamação progressiva de tecido desvitalizado.

**APÊNDICE VII – Sessão de sensibilização “A Unidade de Queimados do
Wythenshawe Hospital: outra perspetiva de cuidar”**

PLANO DE SESSÃO

1- IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO

Tema: A Unidade de Queimados do *Wythenshawe Hospital*: outra perspectiva de Cuidar

Destinatários: Enfermeiros e Médicos das especialidades de Anestesiologia e Cirurgia Plástica e reconstrutiva que trabalham na Unidade de Queimados

Tempo previsto: 45 minutos (15h00 – 15h45)

Data: 6 dezembro 2012

Local: Sala de Enfermagem da Unidade de Queimados do Hospital São José – CHUC

Formador: Tiago Amaral, Enfermeiro, Aluno do Mestrado de Especialização Pessoa em Situação Crítica, ESEL

2- OBJETIVO GERAL

No final da sessão os formandos deverão conhecer as características do Cuidar na Unidade de Cuidados Intensivos do *Wythenshawe Hospital*

3- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

No final da sessão os formandos deverão ser capazes de:

- Descrever as características físicas da Unidade de Queimados;
- Enumerar as competências do Enfermeiro perito em Queimados;
- Descrever as particularidades do banho terapêutico e realização de pensos de acordo com a filosofia de cuidados da UQ do *Wythenshawe Hospital*;
- Enumerar medidas que permitem a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção;
- Conhecer métodos de gestão eficaz da dor;
- Identificar os indicadores de qualidade de Enfermagem usados na unidade;
- Conhecer como é realizada a assistência à pessoa/família;
- Identificar estratégias para assegurar a continuidade de cuidados;

4- PRÉ-REQUISITOS

Experiência profissional prévia na área. Profissionais de saúde que contactem directamente com situações de pessoa com queimadura.

5- MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR

Computador com software Microsoft Powerpoint

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:

- Apresentação da Unidade de Quelimados do Wythenshawe Hospital;
- O Enfermeiro Perito e o Cuidar na Unidade;

METODOLOGIA:

Ramos & Pinheiro (2005) referem que diferentes são as tipologias de métodos pedagógicos. Estas variam de acordo com os diferentes posturas psicopedagógicas dos diferentes autores. No entanto existe um conjunto de métodos que acabam por se tornar os mais utilizados em formação...Destes fazem parte: expositivos, demonstrativos, interrogativos e ~~ativos~~. Nesta formação em particular utilizarei os seguintes:

- Método expositivo;
- Método ativo (discussão);
- Método Interrogativo.

AValiação:

- Diagnóstica: Inicial
- Formativa: discussão



A S P E T O S A C O N S I D E R A R				
Conteúdos	Metodologia	Materiais/Equipamento	Avaliação	Tempo
(Introdução)				
Apresentação	Expositivo	Computador	-----	5 min
Pré-adquiridos	Interrogativo	(Apresentação em Powerpoint)	Diagnóstica: ▪ Questão aos participantes: 1. Conhecem a realidade de outra unidade de cuidados intensivos fora de Portugal?	
Apresentação objetivos gerais e específicos	Expositivo		-----	

(Desenvolvimento) Apresentação dos conteúdos ▪ Descrever as características físicas da Unidade de Queimados; ▪ Enumerar as competências do Enfermeiro perito em Queimados; ▪ Descrever particularidades do banho terapêutico e realização de pensos; ▪ Enumerar medidas que permitem a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção; ▪ Conhecer métodos de gestão eficaz da dor; ▪ Saber quais os indicadores de qualidade de Enfermagem usados na unidade; ▪ Conhecer como é realizada a assistência à pessoa/família; ▪ Identificar estratégias para assegurar a continuidade de cuidados. Atividade de grupo brainstorming: Síntese	Expositivo Interrogativo Expositivo	Computador (Apresentação em Powerpoint)	----- Formativa: ▪ Questão aos participantes e discussão 1. Face ao exposto gostaria de colocar em prática alguma medida? Qual e de que forma?	30 min
(Conclusão)				

▪ Período para questões e dúvidas ▪ Síntese da sessão ▪ Ficha de avaliação final	Interrogativo Expositivo	Computador (Apresentação em Powerpoint)		10 min
--	-----------------------------	---	--	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Pinheiro, J.; Ramos, L. (2005). *Métodos Pedagógicos*. Acedido em Dezembro 5, 2012, em <http://opac.letp.pt:8080/images/winlibimg.exe?key=-&doc=21415&img=689>

2º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Garantindo a Continuidade de Cuidados de Enfermagem
à Pessoa Adulta Grande Queimada

Estudante: Tiago Amaral, Enf.
Docentes: Professoras Florinda Galinha e Rebelho Botelho
Orientadora: Enf.ª Patrícia Costa

Ensino Clínico I - Relatório de Acção de Formação I

O
tema
da
presen
te
ação
de
formaç
ão
ficou

desde cedo delineada já que houve uma convergência de interesses entre as quatro partes: meus enquanto veículo de transmissão de novas realidades indo de encontro aos objetivos explanados no projeto individual, das senhoras professoras tutoras Florinda Galinha e Rebelho Botelho pela pertinência do mesmo face aos objetivos do estágio e das enfermeiras orientadora do local de estágio e chefe, Patrícia Costa e Madalena Amorim, respetivamente, pela mais valia para a Unidade de Queimados (UQ) pelo confronto de realidades e reflexão que daí poderia proporcionar. Ficou definida que a mesma seria realizada no mês de Dezembro, em data a definir.

Assim, e após reunir com a Sr^a Enf^a orientadora Patrícia Costa por forma a discutir e seleccionar os conteúdos da ação de formação a apresentar, recorri ao powerpoint enquanto recurso didático que serviu de base à elaboração dos diapositivos que iriam suportar a ação de formação.

No início da segunda quinzena de Novembro planeámos a ação de formação. Reunimos com a Sr^a Enf^a responsável pela sessão de sensibilização e ficaram definidos a data de apresentação, o local de realização e o material didático que iria ser necessário para a efetivar. De seguida foram apresentados os conteúdo às professoras tutoras.

Após feedback positivo procedeu-se à elaboração do plano de sessão para a nossa ação de formação bem como à redação de convites e criação de cartazes (que mais tarde seguiram por e-mail para todos os enfermeiros da UQ através da enfermeira responsável pela formação e através de mim para dois médicos da UQ solicitando o seu reencaminhamento).

O tempo previsto para a ação foi de 45 minutos, sendo que os primeiros 5 minutos serviriam para a apresentação do tema e sua pertinência bem como apresentar os objetivos gerais e específicos. Nos 30 minutos seguintes iríamos: 1) descrever as características físicas

da Unidade de Queimados; 2) Enumerar as competências do Enfermeiro perito em Queimados; 3) Descrever particularidades do banho terapêutico e realização de pensos; 4) Enumerar medidas que permitem a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção; 5) Conhecer métodos de gestão eficaz da dor; 6) Saber quais os indicadores de qualidade de Enfermagem usados na unidade; 7) Conhecer como é realizada a assistência à pessoa/família; 8) Identificar estratégias para assegurar a continuidade de cuidados. Utilizou-se ainda a atividade de grupo *brainstorming* colocando duas questões aos participantes: 1) Face ao exposto gostaria de colocar em prática alguma medida?; 2) Qual e de que forma? Os 10 minutos finais foram utilizados para fazer uma síntese da ação, proceder ao esclarecimento de dúvidas e avaliação da mesma utilizando um questionário em vigor no [REDACTED].

A apresentação da ação de formação decorreu no dia 6 de dezembro de 2012 às 15h na sala de enfermagem da UQ, tendo assistido à mesma 37% dos enfermeiros da unidade. A salientar as presenças da Enfermeira chefe e da Enfermeira 2º elemento. Não esteve presente nenhum médico. Os métodos utilizados foram o diretivo (expositivo e interrogativo) e o ativo (discussão em grupo e *brainstorming*) de forma a motivar e despertar interesse nos formandos e assim desencadear interação.

No final da ação de formação o *feedback* obtido foi bastante positivo já que verbalizaram que as temáticas abordadas foram bastante úteis para a sua prática. Referiram que ao tomarem conhecimento de uma outra realidade lhes permitiu refletirem sobre as suas práticas. Foram vários os domínios abordados na discussão. Saliento o do controlo da infeção hospitalar. Tínhamos presentes a Enfermeira Chefe e a 2º elemento bem como as duas dinamizadoras na formação o que enriqueceu a discussão e perspetivou o futuro da unidade. Deparam-se com algumas dúvidas que foram respondidas de imediato. Contudo a uma das questões não consegui responder; questionaram-me qual o produto utilizado nos dispersores de óleos usados no controlo de infeção. O facto de não conseguir responder serviu de alavanca para uma troca de e-mails com a Enfermeira Consultora Jacky Edwards com o intuito de averiguar esse aspeto.

O facto de ter criado pontes com esta Enfermeira e com a UQ do *Wythenshawe Hospital* em Manchester poderá proporcionar à UQ do [REDACTED], a médio e longo prazo, uma fonte de conhecimentos e, inevitavelmente, constituir-se-á um ponto de partida para o crescimento da mesma.

No final da ação foi solicitado aos participantes que realizassem uma avaliação da mesma, utilizando como instrumento a grelha de avaliação em utilização no Centro Hospitalar e

que permite aos formandos fazer uma avaliação global da formação e uma avaliação do formador e da metodologia utilizada. Deste modo é possível constatar na tabela seguinte que a maioria dos participantes “concordou totalmente” com os critérios de avaliação. A salientar que 40% ao referir que no ponto “a documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade” o caracterizou pela ausência de documentação fornecida pelo formador.

Tabela 1 - Apreciação global da ação de formação "A Unidade de Queimados do Wythenshawe Hospital: outra perspetiva de Cuidar".

Critérios a avaliar	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
As suas expetativas em relação à formação foram atingidas	---	---	10%	90%
Os objetivos da formação foram atingidos	---	---	10%	90%
Para a sua atividade profissional a atividade foi útil	---	---	10%	90%
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos	---	---	20%	80%
A teoria foi relacionada com a prática	---	---	30%	70%
A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico	---	---	20%	80%
Foram abordados todos os pontos que considerou importantes	---	---	20%	80%
A documentação distribuída possui qualidade	---	---	40%	60%
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida	---	---	20%	80%
A duração da formação foi adequada	---	---	20%	80%
O horário da formação foi adequado	---	---	20%	80%

Em relação à avaliação dos participantes no que concerne ao formador e respetiva metodologia utilizada, constatou-se que, de um modo geral, a avaliação efetuada foi em “muito bom”, como se pode verificar na tabela 2.

Tabela 2 - Avaliação do formador e metodologia da ação de formação "A Unidade de Queimados do Wythenshawe Hospital: outra perspetiva de Cuidar".

Critérios a avaliar	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Domínio dos conteúdos apresentados	---	---	20%	80%
Facilidade de transmissão de conhecimentos	---	---	10%	90%
Clareza na transmissão dos	---	---	20%	80%

conhecimentos				
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos	---	---	10%	90%
Interação com o grupo	---	---	10%	90%
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	---	---	20%	80%
Gestão de tempo	---	---	10%	90%
Pontualidade	---	---	10%	90%

**APÊNDICE VIII – Sessão de sensibilização “Formação em Queimados:
ABCDEFfluidos”**

PLANO DE SESSÃO

1- IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO

Tema: Formação em Queimados: ABCDEFfluidos

Destinatários: Enfermeiros e Médicos das especialidades de Anestesiologia e Cirurgia Plástica e reconstrutiva que trabalham na Unidade de Queimados

Tempo previsto: 30 minutos (15h00 – 15h30)

Data: 17 dezembro 2012

Local: Sala de Enfermagem da Unidade de Queimados do Hospital São José – CHLC

Formador: Tiago Amaral, Enfermeiro, Aluno do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, ESEL

2- OBJETIVO GERAL

Sensibilizar para a importância da formação na sistematização do exame e tratamento emergentes da pessoa Grande Queimada.

3- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enumerar cursos de formação avançada em queimados a nível mundial;
- Definir as etapas da abordagem ao doente Grande Queimado;
- Refletir sobre a prática de cuidados ao Grande Queimado na abordagem inicial;
- Perspectivar a formação futura no CHLC.

4- PRÉ-REQUISITOS

Experiência profissional prévia na área. Profissionais de saúde que contactem directamente com situações de pessoa com queimadura.

5- MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR

Computador com software *Microsoft Powerpoint*

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:

- A formação em queimados;
- Etapas da abordagem ao doente grande queimado
- A abordagem inicial ao doente queimado.

METODOLOGIA:

Ramos & Pinheiro (2005) referem que diferentes são as tipologias de métodos pedagógicos. Estas variam de acordo com os diferentes posturas psicopedagógicas dos diferentes autores. No entanto existe um conjunto de métodos que acabam por se tornar os mais utilizados em formação. Destes fazem parte: directivos (expositivos, demonstrativos, interrogativos) e activos. Nesta formação em particular utilizarei os seguintes:

- Método directivo: expositivo e interrogativo
- Método ativo (discussão em grupo e brainstorming);

AVALIAÇÃO:

- Diagnóstica: inicial
- Formativa: discussão

A S P E T O S A C O N S I D E R A R				
Conteúdos	Metodologia	Material/Equipamento	Avaliação	Tempo
(Introdução) Apresentação Pré-adquiridos	Expositivo Interrogativo	Computador (Apresentação em Powerpoint)	— Diagnóstica: ▪ Questão aos participantes: 1. Conhecem algum curso específico de formação em queimados ?	5 min
Apresentação objetivos gerais e específicos	Expositivo		—	

2º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Garantindo a Continuidade de Cuidados de Enfermagem
à Pessoa Adulta Grande Queimada

Estudante: Tiago Amaral, Enf.
Docentes: Professoras Florinda Galinha e Rebelho Botelho
Orientadora: Enf.ª Patrícia Costa

Ensino Clínico I - Relatório de Ação de Formação II

O tema da presente ação de formação surgiu da necessidade de sensibilizar a equipa interdisciplinar para a importância da formação na sistematização do exame e tratamento emergentes da Pessoa Grande Queimada. É uma ação de formação que pretendemos realizar, também, e à posteriori, a nível do Serviço de Urgência e na VMER do [REDACTED] pela pertinência que a mesma tem na consecução do presente projeto: o de garantir a continuidade dos cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta Grande Queimada.

Enquanto aluno de enfermagem do presente mestrado que está a estagiar na UQ do [REDACTED], [REDACTED], e enquanto enfermeiro a nível pré-hospitalar (VMER São José) e intra-hospitalar (Sala de Emergência), senti a necessidade de despertar a importância para a uniformização da abordagem, de conceitos e registos pelo que a presente formação constitui-se fulcral para a prossecução do projeto em curso. Aproveitei o facto de ter realizado o *Emergency Management of Severe Burns* (EMSB) que me serviu de base teórica-prática nas ações de formação e simultaneamente para despertar interesse nos colegas por forma a perspetivar uma formação especializada de queimados a nível intra-hospitalar.

A ideia foi acolhida com bastante receptividade pela Enfermeira Chefe referindo que a ação de formação se constitui de grande importância nesse sentido. A nível do corpo médica falei com o responsável pela anestesiologia da UQ, o Dr. Tornesi, que também foi perentório quanto à sua elaboração dada a sua importância. Falei com mais dois médicos da especialidade de Cirurgia Plástica e Reconstructiva (CPR) que acederam participar e que, também eles, referiram ser uma ideia que irá aumentar a qualidade dos cuidados prestados. Por último falei com a Dra. Paula Antunes, médica responsável da CPR nos queimados, e neste momento aguardo feedback da sua parte. Tendo em conta esta conjectura poder-se-á dizer que se abriram as portas para a criação deste curso institucionalmente sendo que a

presente formação poderá ser o princípio de um novo projeto na área dos queimados. Uma vez mais houve uma convergência de todas as partes (professoras tutoras Florinda Galinha e Rebelo Botelho, enfermeira orientadora do local de estágio Patrícia Costa e enfermeira chefe Madalena Amorim). Ficou definida que a mesma seria realizada no mês de Dezembro, em data a definir.

Assim, e após reunir com a Sr^a Enf^a orientadora Patrícia Costa por forma a discutir e selecionar os conteúdos da ação de formação a apresentar, recorri ao powerpoint enquanto recurso didático que serviu de base à elaboração dos diapositivos que iriam suportar a ação de formação.

No início da segunda quinzena de Novembro planeámos a ação de formação. Reunimos com a Sr^a Enf^a responsável pela sessão de sensibilização e ficaram definidos a data de apresentação, o local de realização e o material didático que iria ser necessário para a efetivar. De seguida foram apresentados os conteúdos às professoras tutoras.

Após feedback positivo procedeu-se à elaboração do plano de sessão para a nossa ação de formação bem como à redação de convites e criação de cartazes (que mais tarde seguiram por e-mail para todos os enfermeiros da UQ através da enfermeira responsável pela formação e através de mim para dois médicos da UQ solicitando o seu reencaminhamento).

O tempo previsto para a ação foi de 45 minutos, sendo que os primeiros 5 minutos serviriam para a apresentação do tema e sua pertinência bem como apresentar os objetivos gerais e específicos. Nos 30 minutos seguintes iríamos: 1) Dar a conhecer cursos de formação avançada em queimados a nível mundial de forma a sensibilizar para a sua importância e implementação; 2) Definir as etapas da abordagem ao doente Grande Queimado; 3) Refletir sobre a prática de cuidados ao Grande Queimado na abordagem inicial; 4) Perspetivar a formação futura no [REDACTED]: uniformizar práticas e linguagem. Utilizou-se ainda a atividade de grupo *brainstorming* com o intuito de discutir acerca da importância e pertinência da criação de um curso de SAV em queimados na instituição.

Os 10 minutos finais foram utilizados para fazer uma síntese da ação, proceder ao esclarecimento de dúvidas e avaliação da mesma utilizando um questionário em vigor no CH.

A apresentação da ação de formação decorreu no dia 17 de dezembro de 2012 às 15h:15 na sala de enfermagem da UQ, tendo assistido à mesma 26% dos enfermeiros da unidade, 2 alunas do 4º ano de Licenciatura e a Professora Tutora Florinda Galinha. A referir que houve um ligeiro atraso no começo da formação, devido a condicionantes da própria unidade. A salientar a presença da Enfermeira 2º elemento e da enfermeira responsável pela formação no serviço. Não esteve presente nenhum médico. Os métodos utilizados foram o diretivo (expositivo e interrogativo) e o ativo (discussão em grupo e *brainstorming*) de forma a motivar e despertar interesse nos formandos e assim desencadear interação.

No final da ação de formação o *feedback* obtido foi bastante positivo já que, e na sequência do *brainstorming* realizado, foi sublinhado, uma vez mais, a importância de formação comum transversal aos profissionais do [REDACTED] que têm ao seu cuidado pessoas vítimas de queimaduras, nas várias áreas de atuação desde a Emergência Pré-Hospitalar, passando pelo Serviço de Urgência e até às Unidades de Cuidados Intensivos.

Foi igualmente apresentado o projeto de construção de uma folha de registo que permita garantir a continuidade dos cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta Grande Queimada e solicitada a participação dos peritos da unidade na construção da mesma, através da crítica construtiva. A disponibilidade foi total pelo que foram informados que neste momento falta terminar o conjunto de conteúdos que irão ser colocados na mesma para posteriormente se proceder à análise por parte dos peritos.

No final da ação foi solicitado aos participantes que realizassem uma avaliação da mesma, utilizando como instrumento a grelha de avaliação em utilização no Centro Hospitalar e que permite aos formandos fazer uma avaliação global da formação e uma avaliação do formador e da metodologia utilizada. Deste modo é possível constatar na tabela seguinte que a maioria dos participantes “concordou totalmente” com os critérios de avaliação.

Tabela 1 - Apreciação global da ação de formação "Formação em Queimados: ABCDEFfluidos".

Critérios a avaliar	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
As suas expetativas em relação à formação foram atingidas	---	---	30%	70%
Os objetivos da formação foram atingidos	---	---	30%	70%
Para a sua atividade profissional a atividade foi útil	---	---	30%	70%
Favoreceu a sua	---	---	30%	70%

aquisição/consolidação de conhecimentos				
A teoria foi relacionada com a prática	---	---	20%	80%
A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico	---	---	10%	90%
Foram abordados todos os pontos que considerou importantes	---	---	20%	80%
A documentação distribuída possui qualidade	---	---	20%	80%
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida	---	---	30%	70%
A duração da formação foi adequada	---	---	30%	70%
O horário da formação foi adequado	---	---	30%	70%

Em relação à avaliação dos participantes no que concerne ao formador e respetiva metodologia utilizada, constatou-se que, de um modo geral, a avaliação efetuada foi em “muito bom”, como se pode verificar na tabela 2.

Tabela 2 - Avaliação do formador e metodologia da ação de formação "Formação em Queimados: ABCDEFluidos".

CrITÉrios a avaliar	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Domínio dos conteúdos apresentados	---	---	10%	90%
Facilidade de transmissão de conhecimentos	---	---	---	100%
Clareza na transmissão dos conhecimentos	---	---	---	100%
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos	---	---	20%	80%
Interação com o grupo	---	---	10%	90%
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	---	---	---	100%
Gestão de tempo	---	---	20%	80%
Pontualidade	---	---	---	100%

APÊNDICE IX – Objetivos Atividades no Reino Unido

EC 1 – UQ WYTHENSHAWE HOSPITAL, CURSO EMSB E CURSO MIMMS

OBJETIVO 1: Adquirir conhecimentos na prestação de cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa adulta grande queimada ao nível das perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica nomeadamente ao nível da comunicação interpessoal e ao nível da maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção da Pessoa Grande Queimada.

OBJETIVO 2: Treinar técnicas específicas no curso

OBJETIVO 3: (exclusivo do curso MIMMS): Desenvolver competências ao nível da dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima ao nível da conceção e ação.

COMPETÊNCIAS:

- Compreende a dinâmica de prestação de cuidados à Pessoa Grande Queimada;
- Presta cuidados de enfermagem especializados à pessoa adulta grande queimada em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Presta cuidados de enfermagem especializados à pessoa adulta grande queimada gerindo os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Presta cuidados de enfermagem especializados à pessoa adulta grande queimada suportados no conhecimento da área da especialidade e na investigação;
- Presta cuidados de enfermagem especializados que visem a maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção da Pessoa Grande Queimada;

- Presta cuidados de enfermagem especializados ao nível da dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima ao nível da conceção e ação (Curso MIMMS).

ACTIVIDADES:

- Entrevista semi-estruturada à Enfermeira Jackie Edwards, uma senior nurse specialist do Wythenshawe Hospital e Burns Nurse Consultant do país com o intuito de determinar cuidados complexos ao nível da identificação e resposta a focos de instabilidade perante a vítima queimada em situação crítica, deteção e monitorização de complicações e ao nível da assistência da pessoa e família/pessoa de referência. Por outro lado identificar estratégias que permitam a maximização da intervenção na prevenção e no controlo da infeção.

APÊNDICE X – Curso MIMMS

2º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Garantindo a Continuidade de Cuidados de Enfermagem
à Pessoa Adulta Grande Queimada

Estudante: Tiago Amaral, Enf.
Docentes: Professoras Florinda Galinha e Rebelho Botelho

Ensino Clínico III
Curso MIMMS - "Major Incident Medical Management and Support"

O Curso *Major Incident Medical Management and Support* (MIMMS) decorreu nos dias 22, 23 e 24 de Outubro nas instalações da *Prometheus Medical Lda* em Herefordshire, Reino Unido.

O Curso MIMMS consiste num curso multidisciplinar de três dias no qual se desenvolve o conhecimento, competências e julgamento para gerir eficazmente o cenário de um incidente grave.

Apesar de ser um curso baseado no modelo pré-hospitalar inglês tem a particularidade de ser moldável a qualquer tipo de modelo a nível mundial bem como fornecer um quadro simples e reprodutível para planeamento e resposta independentemente da natureza do “desastre”. Esta abordagem que permite uma intervenção em todo o tipo de desastres assenta na sigla CSCATTT que representa (MIMMS, 2012):

- Comando e controle (**C**ommand and control);
- Segurança (**S**ecutiry);
- Comunicação (**C**ommunication);
- Avaliação (**A**ssessment);
- Triagem (**T**riage);
- Tratamento (**T**reatment);
- Transporte (**T**ransport).

Este curso reduz o risco clínico de uma má resposta a uma situação pouco frequente e altamente complexa possibilitando maximizar a intervenção em prol do benefício das vítimas, ao garantir que os recursos humanos são eficaz e coerentemente direcionados para os mais necessitados sob a máxima “*do the most for the most.*”

O MIMMS resulta de uma sinergia de experiência comum entre a vertente militar e a vertente civil das quais absorve a prática e a investigação permitindo um incremento de “*know-how*” nos últimos 18 anos. Está presente em 12 países espalhados pelo mundo (na Europa apenas na República da Irlanda, Reino Unido, Itália, Holanda e Suécia) e serviu de base para planear a resposta a incidentes em massa (Jogos Olímpicos de Sydney, Campeonatos do Mundo de Futebol).

O curso como disse anteriormente é dividido em três dias sendo que à priori são fornecidos dois manuais de 181 e 94 páginas (em Inglês), respectivamente. Antes do seu início tive de me sujeitar a um teste pré-curso online no qual obtive 99%. Os dias do curso são divididos da seguinte forma:

- 1º dia – Palestras, workshops e estações práticas de comando e controlo e comunicação com exercícios “*table top*” e exercícios via rádio.
- 2º dia:
 - Palestras;
 - Estações práticas de triagem e procedimentos rádio;
- Avaliação: teste de escolha múltipla com 20 perguntas com 5 alíneas cada (Verdadeiro/falso), teste escrito de triagem de 20 vítimas (segundo método START e RST, respectivamente “*Simple Triage and Rapid treatment*” e “*Revised Trauma Score*”), triagem de 4 vítimas numa divisão e uma habitação (método S.T.A.R.T. e TRST) sob a designação *moulage* e avaliação de capacidade de comunicação via rádio
- 3º dia: workshops e resolução de dois cenários no centro de Hereford (centro comercial ao ar livre e dentro de Complexo desportivo – Pista de cavalos).

Conclui o curso com aproveitamento e fui referenciado como instrutor o que me deixou bastante contente. Após a realização deste curso sinto necessidade de ser agente de mudança na minha instituição através de pequenos contributos. Assim:

- Sugeri à equipa de formação da VMER onde trabalho ser formador num workshop sobre triagem multi-vítima estando a aguardar neste momento oficialização. Decorrerá em fevereiro de 2013.

- introdução de novos materiais na VMER nomeadamente fitas de triagem pediátrica em situação multi-vítima.

Sinto que atingi plenamente o objetivo a que me propus aquando da realização do Curso MIMMS. Sinto-me mais preparado e com total confiança caso, neste momento, tivesse de prestar cuidados de enfermagem especializados ao nível da dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima ao nível da conceção e ação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Advanced Life Support Group (2012). *Major Incident Medical Management and Support* (3^a ed.). Reino Unido, RU: Wiley-Blackwell.

MIMMS Course –22nd -24th October 2012 at Prometheus Medical

You're booked on an MIMMS course, what do you need to do now?

For further information on each of the bullets below, use the hyperlink or scroll down the page.

What to do before the course	☒
1. Read your manual	
2. Log-on to the virtual learning environment (VLE) at www.alsg.org/vle	
3. If its your first time on the site, follow the information on the right of the page. If not, use your previous log in details	
4. Go to your specific course page MIMMS in PRO on 22/10/2012	
5. Enrol yourself onto the course with your enrolment key MPRO12034	
6. Complete the MCQ	
7. Make your travel and accommodation arrangement. The course will be held at: Prometheus Medical, The Old Rectory, Hope under Dinmore. Leominster. HR6 0PW	

If you have any problems visit the Help page on our website www.alsg.org – if this does not solve your problem - please ring the VLE helpline during office hours on 0161 727 6060.

Contact in case of difficulty or if you have any questions - Hayley Alderson 01568 613 942

[What happens during the course](#)

[What do I need to do after the course?](#)

Before the course

1. Before attending the course, you should read the manual - A manual will be sent to you by post. To get maximum benefit from the course, it is *essential*, that you have thoroughly read and assimilated the information contained in the course manual – some of this information will not be covered again during the course but may form part of the assessment.

[Back to top](#)

2. Go to www.alsg.org/vle by typing it into your browser bar or using a search engine

[Back to top](#)

3. Create an account

- If it's your first time on the site click on create a new account – please use your email address as your username, because then it is easy to get a password reset if you forget it subsequently.
- Fill in new account details and click 'create my new account' **NB please insert your name (including initial capitals e.g. John Smith) as you want it to appear on your certificate.**
- A message will be sent to your email with a link to verify your account – if you do not receive this within 24 hours then telephone the ALSG VLE helpline.
- Use the link in your email to verify your account and get back to the VLE

[Back to top](#)

4. Find your specific course page

- When you are logged-in, you should first access the *MIMMS specific courses* section and find your course.
- If you cannot find your course in the list, then use the search tool at the bottom of the page.
- When you find the correct course, click on it and you will be asked for an enrolment key

[Back to top](#)

5. Enrolment key

- Type in your enrolment key in upper case
- Your course specific page will appear, which contains the pre-course MCQ.

[Back to top](#)

6. Complete the pre-course MCQ when you have read the book fully. You can have more than one attempt at this. YOU MUST COMPLETE THE MCQ AT LEAST 36 HOURS BEFORE THE COURSE COMMENCES SO THAT THE CENTRE CAN PREPARE YOUR RESULTS FOR THE FACULTY – EXCEPT FOR COURSES STARTING ON A MONDAY, WHEN YOU SHOULD COMPLETE IT BY THE THURSDAY EVENING BEFORE. Your mentor on the course will have access to your results to enable them to provide you with more directed support during the course.

[Back to top](#)

During the course

Please wear comfortable casual clothes throughout the course. To complete the course successfully you must attend all sessions and successfully complete the assessments as detailed on the course programme. These assessments include a multiple choice test and Triage Question Paper on the second day. These tests are based on all the pre-course material and not all aspects to be tested will necessarily be covered in the lectures. The tests will be carried out under exam conditions. It is also necessary to satisfactorily demonstrate your ability to use a radio, assess some aspect of the major incident scene and triage a group of casualties using the techniques taught throughout the course. It would also be advisable to bring a waterproof coat for the exercises on the third day as you will be outside.

You will be advised at the end of the course if you have successfully completed all aspects or not. If you are unsuccessful you will be issued with an incomplete attendance form detailing the areas not completed successfully.

During the provider course, the faculty will also be looking for candidates who show instructor potential. The criteria used for this assessment are as follows:

1. Credibility
2. Communication skills
3. Enthusiasm for course
4. Ability to critique
5. Interactive/ supportive of other members
6. Team member

The FINAL recommendation is the decision of the entire faculty and is made at the final faculty meeting. This decision is then final. Candidates who are recommended will be contacted following the course (confirmation of receipt will be requested to ensure that notification is received.)

[Back to top](#)

After the course

You should complete the VLE-based course evaluation as soon as possible after the course. After the post-course returns have been processed by ALSG you will receive an email to tell you that your certificate is ready to be downloaded from the VLE (these should be available within 6-8 weeks following the course date). Please note you will not be able to download your certificate if you have not completed the course evaluation.

Day One

09.30 – 10.00	Registration and COFFEE
10.00 – 10.30	Introduction – incidents in context
10.30 – 11.00	Health and emergency services
11.00 – 11.20	Preparation
11.20 – 11.50	Communications
11.50 – 12.50	LUNCH
12.50 – 14.50	Workshops and Skill Stations (2 x 1 hour)

	12.50 – 13.50	13.50 – 14.50
Personal and medical equipment	A & B	C & D
Radio procedures 1	C	A
Radio procedures 2	D	B

14.50 – 15.30	COFFEE
15.10 – 15.55	Command and control
15.55 – 16.55	Table Top 1: Command and control

Station	15.55 – 16.55
Table Top station 1	A
Table Top station 2	B
Table Top station 3	C
Table Top station 4	D

17.00 – 17.30	Triage
17.30 – 18.00	Faculty meeting

Day Two

09.00 – 09.30	Table Top 2: Medical support
---------------	------------------------------

Station	15.55 – 16.55
Table Top station 1	A
Table Top station 2	B
Table Top station 3	C
Table Top station 4	D

09.30 – 10.00 Treatment (including the dead)

10.00 – 10.30 Transport (packaging)

10.30 – 11.00 COFFEE

11.00 – 12.45 Table Top 3: Triage

Station	11.00 – 12.45
Table Top station 1	A
Table Top station 2	B
Table Top station 3	C
Table Top station 4	D

12.45 – 13.30 LUNCH

13.30 – 14.30 Assessment: MCQ, triage, radio procedures (2 stations), moulage (2 stations)

14.30 – 15.00 COFFEE

15.00 – 16.00 Assessment continued

Assessment timetable

MCQ and triage

Time	Candidate Numbers
13.30 – 14.25	1 – 12
15.00 – 15.55	13 – 24

Radio procedures

Time	Station 1	Station 2
13.30 – 13.40	13	14

13.40 – 13.50	15	16
13.50 – 14.00	17	18
14.00 – 14.10	19	20
14.10 – 14.20	21	22
14.20 – 14.30	23	24
15.00 – 15.10	1	2
15.10 – 15.20	3	4
15.20 – 15.30	5	6
15.30 – 15.40	7	8
15.40 – 15.50	9	10
15.50 – 16.00	11	12

Moulage

Time	Station 1	Station 2
13.30 – 13.40	19	20
13.40 – 13.50	21	22
13.50 – 14.00	23	24
14.00 – 14.10	13	14
14.10 – 14.20	15	16
14.20 – 14.30	17	18
15.00 – 15.10	7	8
15.10 – 15.20	9	10
15.20 – 15.30	11	12
15.30 – 15.40	1	2
15.40 – 15.50	3	4
15.50 – 16.00	5	6

16.00 – 16.30 COFFEE and faculty meeting

16.30 – 17.30 Workshops (2 x 30 minutes)

	16.30 – 17.00	17.00 – 17.30
Local application of MIMMS	A&B	C&D
Major incident debriefing	C&D	A&B

Day Three

09.00 – 10.00 Workshops (2 x 30 minutes)

	09.00 – 09.30	09.30 – 10.00
Introduction to incident command 1	A	C
Introduction to incident command 2	B	D

Structured use of MIPS 1	C	A
Structured use of MIPS 1	D	B

10.00 – 10.30 COFFEE

10.30 – 16.00 Practical Exercises Without Casualties (PEWCs)

CERTIFICATE of ACHIEVEMENT

This is to certify that

TIAGO AMARAL

has completed the course

MIMMS in Prometheus Medical on 22/10/2012

Issued on

March 13, 2013



This certificate is valid for 4 years from the course date.

B3Qh8chr2r



Justin Burke-Jones - Emergency Preparedness Manager - Health

Trust Email: justin.burke-jones@wmas.nhs.uk

Secure Email: justin.burke-jones@nhs.net

Direct Line: 01384 246624

Mobile: 07795 426730

Regional Headquarters
West Midlands Ambulance Service
Waterfront Business Park
Brierley Hill
West Midlands
DY5 1LX

Amaral
Rua do Congo 2, 4 Dto, Lisbon, Portugal. 1990-
368

Our Reference: enf.tiagoamaral@gmail.com

Date: 29 October 2012

MIMMS COURSE 22 - 24 OCT 12

Dear Tiago,

Congratulations on successfully completing the MIMMS Advanced course. I am writing to let you know that the faculty has recommended you for instructor training. If you wish to take up this opportunity please complete and return the Instructor Course Opt-in Form which you should have received with this letter, from the course centre and return it to me as soon as possible.

When you return the opt-in form your name will go onto the waiting list for the Generic Instructor course. When you complete the instructor course successfully you will become an instructor candidate and be assessed the first two times you teach on MIMMS Advanced provider courses. Then, you will become a full MIMMS instructor.

Should you also be recommended from other life support courses* for instructor training, you will not be required to take the instructor course again, but you will undertake your instructor candidacy the first time you teach on that course.

If you have already completed either an ATLS, an ATNC or the Generic instructor course, please inform the ALSG office and your name will be added to the instructor list as an instructor candidate. If you go through this "fast track" you will need to let the course co-ordinator know that you will need a MIMMS instructor manual when you teach on your first course. Your I/C course should be completed within 2 years of the recommendation.

Please ensure that we have your current contact address and that you keep us up-to-date with any address changes and we can then contact you easily as soon as a place becomes available.

Justin Burke-Jones

"In Arduis Fidelis"

- Courses included in the scheme are : APLS; ALS; MedicALS; MIMMS; MOET; PALS; PHPLS; SIMMS; StaR

APÊNDICE XI – Curso EMSB

2º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Garantindo a Continuidade de Cuidados de Enfermagem
à Pessoa Adulta Grande Queimada

Estudante: Tiago Amaral, Enf.
Docentes: Professoras Florinda Galinha e Rebelho Botelho

Ensino Clínico I
Curso EMSB - "*Emergency Management of Severe Burns*"

O Curso *Emergency Management of Severe Burns* (EMSB) decorreu no dia 26 de Outubro de 2012 no *ALSG (Advanced Life Support Group) Centre for Training and Development*, em Swinton, Manchester. É um curso que é ministrado na Australia, Reino Unido, Nova Zelândia e recentemente na Finlândia (Março 2012).

O objetivo deste curso foi fornecer informações factuais sobre a apresentação, diagnóstico e tratamento inicial da pessoa (em idade adulta e pediátrica) com queimaduras graves e permitir aos enfermeiros e médicos lidarem de forma competente com a pessoa em situação crítica. Entre os conhecimentos e competências que adquiri/desenvolvi destacam-se (BBA, 2012):

- Realizar a avaliação inicial de uma Pessoa Grande Queimada;
- Demonstrar como abordar, proteger e manter a via aérea;
- Avaliar a adequação da circulação;
- Identificar constrição provocada por roupas e/ou jóias;
- Calcular a percentagem de superfície corporal envolvida numa queimadura;
- Iniciar reposição hídrica intravenosa adequadamente;
- Identificar casos que necessitam de algaliação;
- Identificar a necessidade de escarotomia e descrever o procedimento;
- Realizar a avaliação secundária de uma pessoa com queimaduras graves;
- Realizar uma observação e avaliação da cabeça aos pés e identificar lesões associadas;
- Identificar investigações laboratoriais adequadas;
- Prescrever apropriado alívio da dor;
- Identificar a necessidade de imunização contra o tétano;
- Discutir o tratamento apropriado à queimadura;

- Identificar pessoas grande queimadas que necessitam de transferência para uma Unidade de Queimados.

Tratou-se de um curso intensivo de um dia com duração efetiva de 8 horas e que requereu da minha parte estudar previamente um manual. Desta forma este dia foi maximizado permitindo consolidar conhecimento e competências aplicados à gestão do cuidar da pessoa queimada. A salientar que, e apesar do manual ser abrangente, todo o “*background*” que possuía previamente contribuiu grandemente para aumentar o impacto do curso ao nível da aquisição de conhecimentos e competências.

O curso segue protocolos estabelecidos pela “*Australian and New Zealand Burn Association*” (ANZBA) e pela “*British Burn Association*” (BBA) que definem os padrões mínimos de atendimento à Pessoa Grande Queimada em situação crítica. A formação é ministrada em cinco secções, separadas:

- Manual do curso – enviaram-me 4 semanas antes do curso. Trata-se de um manual em inglês com 110 páginas que devem ser lidas e estudadas antes do 1º dia de curso de forma a permitir uma consolidação do aporte de conhecimento ministrado durante as palestras e as estações práticas.
- Palestras formais – ocuparam a primeira parte da manhã e representaram uma síntese do material teórico subjacente à avaliação e tratamento de queimaduras.
- Estações práticas - segunda parte da manhã e envolve a rotação através de diferentes estações que ensinam aspectos importantes da gestão de pessoas gravemente queimadas. Assim:
 - Estação 1 – Cálculo de Área queimada e fluidos a administrar
 - Estação 2 – documentação e transferência
 - Estação 3 – escarotomia
 - Estação 4 – tratamento de feridas
 - Estação 5 – entubação
- Grupos de discussão interactivos – permitem a exploração de vários temas em pequenos grupos multidisciplinares donde se destacam:
 - Pediatria
 - Queimaduras Químicas
 - Queimaduras eléctricas
 - Politraumatizado

- Simulação de casos de queimados - A última parte do curso inclui voluntários simulando pessoas gravemente queimadas. Esta seção permitiu-me por em prática os conhecimentos e as competências adquiridas durante o curso e simultaneamente avaliar a minha capacidade de resposta a situações de emergência. Serviu igualmente para me familiarizar com o formato de avaliação para a parte prática do exame final.
- Teste escrito (50 perguntas de escolha múltipla – 1 resposta correcta em 4/5 alíneas) e teste prático (exercício com vítima caracterizada). São critérios de aprovação pontuação igual ou superior a 75% no teste escrito e correta resolução na integra do “cenário” no teste prático.

No final do dia recebi uma carta a comunicar que fui aprovado no curso e em Fevereiro recebi o certificado emitido pela BBA.

O curso EMSB proporcionou-me um aporte de conhecimento e competências práticas específicas na área que complementaram e cimentaram o “*know-how*” que já adquiri nos últimos 5 e 8 anos e meio de prática na Viatura Médica de Emergência e Reanimação e no serviço de Urgência (Centro de Trauma), respectivamente.

Por outro lado, para além de fornecer competências técnico-científicas o curso visou também enfatizar os benefícios da partilha destes mesmos protocolos pelos profissionais de saúde no atendimento da Pessoa Grande Queimada em situação crítica. Verifiquei que esta abordagem sistematizada e uniformizada facilita o atendimento primário e o encaminhamento adequado e concorre indubitavelmente para a excelência no Cuidar da Pessoa Grande Queimada em situação crítica, fornecendo-lhe a melhor chance de recuperação.

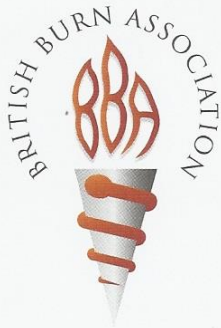
Após a realização do curso sinto necessidade de ser agente de mudança pelo que:

- vou apresentar um projecto para a criação de um curso de SAV (Suporte Avançado de Vida) à Pessoa Grande Queimada no [REDACTED] com a participação de mais 3 enfermeiros e 2 médicos;
- trazer para a VMER onde trabalho novos materiais que possibilitem uma melhor abordagem à Pessoa Grande Queimada nomeadamente implementação e integração de “*cling film*” no material de trauma;
- formação na UQ do [REDACTED] ([REDACTED]) sobre a abordagem à Pessoa Grande Queimada segundo o curso EMSB (terá lugar a 17 de Dezembro de 2012 às 15h);

- proposta de formação no SU do [REDACTED] ([REDACTED]) sobre a abordagem à Pessoa Grande Queimada segundo o curso EMSB no estágio que farei em Janeiro de 2013;
- Fui convidado como palestrante para um workshop da VMER São José a realizar-se no dia 8 de Dezembro intitulado “Trauma Especial”. Serei co-responsável (juntamento com um médico cirurgião plástico da Unidade de Queimados) pela palestra do Doente Grande queimado e estarão a meu cargo os casos clínicos a apresentar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. British Burn Association (2012). EMSB: Emergency Management of the Severe Burns Course. British Burn Association. BBA web site. Acedido Novembro 9, 2012, em <http://www.britishburnassociation.org/ems>
2. British Burn Association (2012). *Emergency Management Severe Burns (15ª Ed.)*. Reino Unido, RU: BBA.



BRITISH BURN ASSOCIATION

35 to 43 Lincoln's Inn Fields
London WC2A 3PE

T: 020 7869 6923

F: 020 7869 6929

E: info@britishburnassociation.org
www.britishburnassociation.org

Nurse Tiago Amaral
Rua do Congo 2, 4 Dto
Parque das Nações
Lisboa
1990-368
Portugal

2nd October 2012

Dear Nurse Amaral,

**RE: EMSB Course 26 October 2012
ALSG Centre for Training and Development,
29-31 Ellesmere Street, Swinton, Manchester M27 0LA**

I am pleased to confirm your place on the above course and have enclosed your pre-reading manual. It is recommended that you read the manual *twice* through before attending. To give you a fuller understanding of the structure of the day, I have also enclosed a draft programme.

The aim of the course is to train you in the assessment and management of patients with severe burns. By the end of the day, you should be able to;

1. Perform a primary survey on a patient with severe burns
2. Demonstrate how to assess, protect and maintain the airway
3. Assess the adequacy of the circulation
4. Identify constricting clothing and jewellery
5. Calculate the percentage of total body surface area involved in a burn
6. Initiate appropriate intravenous fluid resuscitation
7. Identify cases requiring an indwelling urinary catheter
8. Identify the need for escharotomy and describe the procedure
9. Perform a secondary survey on a patient with severe burns
10. Conduct a head to toe survey and identify associated injuries
11. Identify appropriate laboratory investigations
12. Prescribe appropriate pain-relief
13. Identify the need for tetanus immunisation
14. Discuss the appropriate burn wound care
15. Identify patients requiring transfer to a Burns Unit

You will not be informed of your performance on the day. However, I will write to you within one week of receiving the Course Director's report including a certificate for those successful candidates and further information for those who have not passed.

If you have any queries about the course, please do not hesitate to contact me.

Yours sincerely

Nechama Lewis
British Burn Association

Chair

Mamta Shah

Deputy Chair

Remo Papini

Secretary & Treasurer

Jo Myers

Executive Committee

Khalid Alnababtah

Peter Drew

Rebecca Martin

Clare McGrory

Bruce Philp

Amber Young

EMERGENCY MANAGEMENT OF SEVERE BURNS COURSE

Outline and Timeline



PART ONE

LECTURES

0730	Registration
08.00-08.10	Welcome and Introduction
08.10-08.25	Local and General Response to Burn Injury
08.25-08.50	Emergency Examination and Treatment
08.50-09.05	Inhalation Injury and Airway Management

09.05-09.10

Break

09.10-09.25	Burn Wound Assessment
09.25-09.40	Shock and Fluids
09.40-09.55	Burn Wound Management
09.55-10.05	Review

10.05-10.30

Coffee/tea break

PART TWO

SKILL STATIONS

10.30-12.30

Station 1	Burn Area and Fluid Requirements
Station 2	Documentation and Transfer
Station 3	Escharotomy
Station 4	Wound Management
Station 5	Intubation

12.30 - 13.15

Lunch

PART THREE

INTERACTIVE DISCUSSION GROUPS

13.15-14.45

(20 minutes each)

1. Paediatric
2. Chemical
3. Electrical
4. Patient with Multiple Injuries

14.45-15.00

Break

PART FOUR

MULTIPLE CHOICE EXAM AND SIMULATIONS

15.00-16.00	Group A Exam
	Group B Simulations

16.00-16.15

Tea break

16.15-17.15	Group B Exam
	Group A Simulations

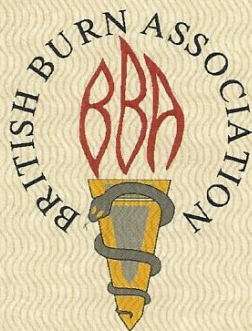
17.15-17.30

Summation

17.30-18.00

Faculty Meeting

BRITISH BURN ASSOCIATION



This is to certify that

Tiago Amaral

Has successfully completed the
Emergency Management of Severe Burns Course

on

26 October 2012

Mamta Shah

Ms Mamta Shah
Chairman, British Burn Association

British Burn Association
35 to 43 Lincoln's Inn Fields
London WC2A 3PE



APÊNDICE XII – Entrevista Enfermeira Jacky Edwards

2º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Garantindo a Continuidade de Cuidados de Enfermagem
à Pessoa Adulta Grande Queimada

Estudante: Tiago Amaral, Enf.
Docentes: Professoras Florinda Galinha e Rebelho Botelho

Ensino Clínico III - Guião de Entrevista
Jacky Edwards, Enfermeira Consultora de Queimados do Reino Unido
(University Hospital of South Manchester, Wythenshawe Hospital, NHS)

Segundo Lobiond-Wood & Haber (2001) existem diversos métodos de colheita de dados, tais como a observação, a entrevista e o questionário.

Assim, e de forma a adquirir conhecimentos na prestação de cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa adulta grande queimada ao nível das perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (nomeadamente no que à comunicação interpessoal diz respeito) bem como ao nível da maximização da intervenção na prevenção e controlo de infecção, propus deslocar-me a Manchester, mais precisamente ao *University Hospital of South Manchester (Wythenshawe Hospital, NHS)*, por forma a entrevistar a Enfermeira Jacky Edwards, a única Enfermeira Consultora de Queimados do Reino Unido (cargo assumido em Abril de 2010) e *Senior Nurse Specialist* desde 1998 (University Hospital of South Manchester, 2010).

O contacto foi estabelecido previamente sendo que irei ser recebido no dia 25 de Outubro das 13h às 14h, na Unidade de Queimados do *Wythenshawe Hospital*. Irei ter a oportunidade de conhecer a estrutura física desta unidade, corpo de enfermagem, dinâmica e missão assim como realizar-lhe uma entrevista semi-directiva.

Neste tipo de entrevistas “o entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reacções por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá

introduzir são deixadas ao seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista” (Matalon & Ghiglione, 1993).

Desta forma apresento um guião de questões formuladas que me ajudará a conduzir esta entrevista semi-directiva. Como referido anteriormente a mesma surge por forma a ir de encontro aos objectivos definidos para os EC 1 e 2, baseados nas competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

De seguida faço a transcrição da entrevista e, recorrendo ao conjunto de técnicas de análise das comunicações, que se constitui a análise de conteúdo, descrevo o conteúdo da mensagem. Esta descrição é feita de forma analítica e funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens com o intuito de inferir conhecimentos tendo por base o uso de indicadores (Bardin, 2004). Assim, agrupo a entrevista em 3 grandes temas: 1) competências do enfermeiro perito; 2) Estratégias de maximização, prevenção e controlo de infeção; 3) Estratégias para assegurar a continuidade de cuidados.

ENTREVISTA SEMI-DIRECTIVA: GUIÃO DE QUESTÕES

1. Se tivesse que definir em poucas palavras um(a) enfermeiro(a) perito(a) em queimados como o(a) definiria?
2. Quais os indicadores de qualidade de enfermagem que usam na UQ?
3. De que forma é realizada a gestão da dor durante a admissão e na realização de pensos? Quais as escalas da dor que usam na UQ?
4. Quais as estratégias que permitem maximizar a intervenção do enfermeiro na prevenção e controlo de infecção?

5. Pode-me enumerar alguns cuidados complexos prestados pela enfermeira especialista perita na UQ ao nível de:
 - a. Identificação e resposta a focos de instabilidade perante a vítima queimada em situação crítica.
 - b. Detecção e monitorização de complicações
 - c. Assistência da pessoa/família nas perturbações emocionais
6. Qual o Modelo de Enfermagem de referência na UQ?
7. Quais as estratégias que utilizam entre serviços para assegurar a continuidade dos cuidados?

SEMI-DIRECTIVE INTERVIEW: SCRIPT OF ISSUES

1. Using only a few words, how would you define an expert nurse in burns?
2. What are the nursing quality control factors that are used in UQ?
3. How do you perform pain control in screening and bandage appliance? What pain scales do you use in UQ?
4. What strategies maximize the efficiency of a nurse's intervention in prevention and infection control?
5. What are the complex procedures carried out by the specialist nurse in the UQ, in terms of:
 - a. Identification of points of instability and measures taken in a critical burned victim
 - b. Detection and monitoring complications

c. Support for the person and/or family in suffering emotional disturbance

6. What is the reference Model in healthcare and theory of nursing in the UQ?

7. Which strategies are used to assure the continuity of care among services?

ANÁLISE DE CONTEÚDO

TEMA: Competências do Enfermeiro Perito

SUBTEMA	AFIRMAÇÕES SIGNIFICATIVAS
Atributos	· “advanced nurse practitioners (...) nurse consultants, advanced nurse practitioners, (...) clinical nurse specialists and (...) specialist nurses. (...) started at the bottom a specialist nurse (...) 5 or more years of experience (...) it’s more of a clinical speciality”. (p.4) · “five or more years of experience” (p.4) · “no academic pathway; (...) years of experience” (p.4) · “clinical specialist (...) degree pathway (...) specialist burns course (...) clinical audit educational research” (p.5) · “leadership, education” (p.5) · “leadership and driving service and service development” (p.5) · “leadership(...), standards, quality of care (...) managing (...) team” (p.6)

Monitorização dos indicadores de qualidade	· “leadership, leading the team, development of protocols, guidelines” (p..6). · “mainly leadership and driving service and service development” (p.5) · “Monitoring (high impact interventions), recording, (...) making sure (...) standards are indeed to take training and education so that person takes a lead” (p.6) · “(...) education (...) responsibility for that group” (p.7) · “Pain score” (p.7) · “pressure areas” (p.7) · “Mouth care” (p.7) · “line care” (p.7) · “Catheterization care” (p.7) · “record every single day” (p.7) · “record when catheter (...) have been changed, when the lines have been changed” (p.7) · “data is collected across the trust and we have to feed it up to the government, so it’s not just a local level. We call them skin bundles” (p.7)
Gestão da dor	· “pain score” (p.7) · “pain control really depends (...) because

Maximização da prevenção e controlo de infeção	we've got such a range of patients" (p.8) · "Nearly all the patients are on neuropathic pain medication, right from early on" (p.8) · "The identification of chronicle neuropathic pain is very quick. We noticed it within the first week to ten days." (p.8) · "it's really dealt to individual patient assessment" (p.8) · "Unless we have a patient with plenty of disabilities then we use the faces scale" (p.8)
Cuidados complexos	· trained on the ANTT (aseptic non touch technique) (p.8) · "(...) major burn (...) get 70% alcohol cleans in, if they got an infection they would 70% alcohol every other day. Until the bacterian count is down because we are really aggressive with it." (p.9) · "Gloves and apron (to touch burn patient in ICU)" (p.10) · "they understand fluids" (p.11) · "calculate the size of the burn, the weight of the patient, will get the fluids running" (p.11) · "calculating the TBSA, amending and adjusting the fluids" (p.11) · "set the ventilator, they will set the title

	volumes" (p.11) · "have a lot of freedom without having to inform anybody" (p.11) · "If they see that the fluids, the urine's tarring off they could give a fluid challenge (...)They'll have to get it written up later but at the time, it is just manage the patient (...)flexibility around that." (p.11) · "capable of undertaking large dressings". (p.12) · "they have a protocol when the patient comes in. They know what fluids they've got to give, if the patient is not catheterized they catheterize" (p.12) · "great deal of autonomy" (p.12) · "They've got a lot of autonomy to guide the consultants to say no I don't agree with you" (p.12) · "capable of arguing with them (consultants) and saying no I'm not gonna give that amount of fluid because (...)" (p.12) · "adjust accordingly (of complications like the urinary debit per hour) (p.19) · "have a patient whose fluids output is turning off, they give him a fluid challenge and they still not getting a response, then they call the doctor" (p.19)
--	---

Doente/Família	· “we delegate one member staff to the family, immediately. So that’s early days on and they will go with them when the doctor speaks to them”. (p.14) · “coordinate all that (In the beginning they come here and (...) accommodate them)”. (p.17) · “room that they can seat in between, so they don’t have to seat with the patient all day and be able to go down, have coffee, chill out and then they can come back (nurses coordinate all that).” (p.23) · “It really depends on are we talking about life or death (...) It’s more around is the patient going to survive (...) That seems to calm after the first week to ten days, once we’re fairly confident that the pacient is gonna survive then we start getting those sort of questions (...) tend to get somebody like myself or one of the outreach team (...) to talk to them about long-long term (...) Is it a permanent adjustment”. (p.18) · “No more then two though (visits). If I see that they are in a critical they came whenever they want. When we see they’re stabilizing will stop and pull them back just because it’s not good for the family to be here all the time. It’s a bit of both. And its more important on times when they are able to do thing with the
----------------	--

Estratégias para assegurar a continuidade de cuidados	patients but also to protect family”. (p.22) · “they would like also live here with them and it’s not good”. (p.23) · “pain is a big factor. Am I gonna live or not gonna live? Lots of concerns about surgery cause they know they’re gonna go imminently to surgery and the pain around surgery, what’s it gonna be (specialist nurse has the competence to answer those questions)”. (p.18) · “Discussions early on (...) what’s gonna happen in the future”. (p.18) · “they start having the first dressing changes after first surgery that they start to ask about what will it look like”. (p.18) · “What I’m gonna look like. Am I gonna work or am I not gonna work”. (p.18) · “we follow up for 10/20 years, depending on the complexity of the injury” (p.5) · “so we train those (minor injury units) (...) prisons (...) mental health units”. (p.) · “we run training days across the nertwork.” (p.) · “Develop a e-learning package for major trauma” (p.)
--	---

TEMA: Estratégias maximização prevenção e controlo de infeção

SUBTEMA	AFIRMAÇÕES SIGNIFICATIVAS
Formação/programas	· “ Infection prevention is the all in all in the NHS” (p.8) · “E-learning on infection prevention.” (p.9) · “Anybody who seems to fail the audit may have to undergo additional training” (p.9) · “additional training, particularly if they fail it more than once” (p.9) · “ANTT, that comes down from the DOH cause it’s a nationally accepted program but the local infection prevention e-learning is local” (p.10) · “They’re trust (NHS) wide protocols; we have to change then, I think, every day (bundles)” p(24)
Avaliação/Auditoria	· “weekly (...) hygiene audits” (p.8) · “weekly environment audits” (p.8) · “Every single person has to be trained on the ANTT (aseptic non touch technique)” (p.8) · “they have to have a practical assessment” (p.8) · “so when they do the weekly audit and it’s an observed auditor, so you don’t usually know that they are doing it” (p.9)
Penalizações/Incentivos	· “Environmentally regularly to look at what the counts are (evaluates measures - essential oils blowers)” (p.10)

Estatística	· “If you’re not up to date when you are praised (...) you don’t get your next increment” (p.9) · “If that’s not up to date or the e-learning infection prevention then they don’t go up the scale” (p.9)
Instalações	· “Our rate infection is very low” (p.9) · “We’ve not had a MRSA for three years” (p.9) · “pseudomons” (...) might get 1 or 2 cases a year” (p.9)
Parcerias	· “a lot of the infection is in the building” (p.9) · “When we were in our old building, 11 years ago, we had real problems with pseudomons constantly. We had a quite a lot of Acinetobacter (...) It’s in the building. It’s very difficult to eradicate it” (p.9)
Divulgação	· “have done a lot of work with the University around, essential oils. So we have blowers going in the rooms that have a particular mix that kills bacteria. We A our test” · “We publish quite a bit of that cause we found

Fardamento/medidas barreira/visitas/material	it (essential oils blowers).” (p.10) · “Gloves and apron (to touch burn patient in ICU)” (p.10) · “(...) major burn (...) get 70% alcohol cleans in, if they got an infection they would 70% alcohol every other day. Until the bacterian count is down because we are really aggressive with it.” (p.9) · “(In the rooms they have to put) apron and gloves on” (p.10) · “Cling film has all the property of the ideally (...) and that’s is it can absorb so it’s a good temporally recovering about 4 hours but after that you will have maceration of the wound. But it seals the wound and prevents infection (p.24) · Lots of people like to look at the burn and that why you don’t have to keep taking it on and off (...) and it protects all of those things.” (p.25)
---	--

TEMA: Estratégias para assegurar a continuidade de cuidados

SUBTEMA	AFIRMAÇÕES SIGNIFICATIVAS
Formação	· “We train our ICU staff thru the critical cares skills institute which is quite a unique thing exists only in the northwest area (...) it’s like a school in a school (...) but in the hospital”. (p.6) · “Two members of staff in every “ED” have been trained for burns and they have their competences. They also have a training package that they deliver, so they can train the trainer (...) when we are not there (...) and at the moment we’re turning that into e-learning so anyone could access it at any time”. (p.20-21) · “we trained those (minory injury units), we trained prisons, we trained mental health units and we’re just in the process the big one the community.” (p.21) · “we’ve got is in all of the ten services (to train them) and they have an allocated geographical area that they have to make sure they’re all trained”. (p.21) · “We run training days across the network, four or five a year. They’re all free so they come”. (p.21) · “But the minor end is rubbish, they’re terrible. They keep hold of them. They get it wrong. They turn up turning to chronic wounds, with contractures. They just got no at the minor

Organizacionais	end. So we really concentrated at the minor end. (...) develop a e-learning package for major trauma". (p.22).
Protocolos/Guidelines	· "we have four teams and four clinical areas in the one area" (p.5) · "we have our own community team that manage the out patients but also patients in of hospitals or out in community". (p.5) · "in the past historically is that wherever a patient was that had a major burn then go to the nearest "A&E". Now that doesn't happen. They go past that "A&E" until they get to the major trauma. So you're getting concentration of complex major burns in one center". (p.22) · "Because we were getting some issues with delays. We just standardized the referral forms across the north. The whole band across the north, ten services. So we've got standard guidelines, flow charts and standard forms for complex and non-complex injuries." (p.13) · "This is (registries with standard guidelines, flow charts) for them to refer". (p.14) · "They fill this in, fax it over and have a discussion with the services, so all of them

Registo	the burn services phone numbers are on them” (p.14) · “It (registry - guidelines) also pre-calculates the fluid (just) for the first eight hours and the patient should be with us by then”. (p.14) · “It follows this sort of A, B, C” (p.14) · “auditing these at the moment (standard guidelines). It’s been a lifes work. It took a year to get an agreement of every service. You got ten consultants in ten services trying to get them all to say yes.” (p.13) · “National Burn Bed Bureau (...) It’s quite transparent, you can see. You can go on to that website, you can see everyday where is the bed” (p.12-13) · “they have resource files (...) of burns with all sorts of information. Protocols (...) referral forms (...), contact details so they have like a file that they can go to any time with all my information on”. (p.21) · “the northern burn care network website has it all on, so if they can’t find that file they could just get on the internet and get it off”. (p.21)
----------------	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lobiondo-Wood, G. & Haber, J. (2001). *Pesquisa e m Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
2. Malaton, B. & Ghiglione, R. (1993). *O Inquérito: Teoria e Prática*. Portugal: Celta Editores.
3. Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em Abril 4, 2012, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
4. Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em Abril 4, 2012, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
5. University Hospital of South Manchester (2010). UHSM appoint's UK's first Burns Nurse Consultant. Manchester. *University Hospital of South Manchester website*. Acedido em Abril 5, 2012, em <http://www.uhsm.nhs.uk/news/Pages/BurnsNC.aspx>

APÊNDICE XIII – Objetivos Atividade em Sevilha

EC 1 – 061 EMERGENCIAS SANITARIAS E UQ HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO, SEVILHA, ESPANHA

OBJETIVO: Desenvolvimento de proposta de protocolo de atuação e registo unificado dos cuidados de enfermagem à Pessoa Grande Queimada desde o pré-hospitalar até à entrada na UQ.

COMPETÊNCIAS:

- Aquisição de conhecimentos avançados sobre diretivas na área da qualidade e em melhoria dos cuidados;
- Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte do protocolo de atuação e registo unificado dos cuidados de enfermagem ao nível institucional.

ATIVIDADES:

- Compreender a dinâmica de prestação de cuidados à Pessoa Grande Queimada ao longo das diferentes fases do processo assistencial (nos quatro níveis de atendimento - bombeiros, profissionais do pré-hospitalar, profissionais da sala de trauma e profissionais da UQ);
- Entrevistas semi-estruturadas com um guião de pontos a abordar aos responsáveis pela instituição do protocolo em Sevilha nomeadamente o diretor da EPES Emergencias Sanitarias Sevilha Francisco Bonilla Quintero e o Dr. Jose Maria Dominguez Roldan, diretor clínico da UQ do Hospital Virgen del Rocio de forma a compreender o funcionamento ao longo dos diferentes níveis de atendimento;
- Reflexão: A mais valia do protocolo unificado nos ganhos em saúde ao doente vítima de grande queimadura.

APÊNDICE XIV – Entrevista Dr. Roldan Dr. Bonilla

2º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Garantindo a Continuidade de Cuidados de Enfermagem
à Pessoa Adulta Grande Queimada

Estudante: Tiago Amaral, Enf.
Docentes: Professoras Florinda Galinha e Rebelho Botelho

Ensino Clínico II - Guião de Entrevista

José Maria Dominguez-Roldan, Médico Responsável pela Unidade Neurocríticos (Hospital Virgen del Rocio, Sevilha)
Francisco Bonilla Quintero, Presidente Servicio Provincial EPES-061 Sevilha

Segundo Lobiond-Wood & Haber (2001) existem diversos métodos de colheita de dados, tais como a observação, a entrevista e o questionário.

Assim, e de forma a adquirir conhecimentos avançados sobre diretivas na área da qualidade e em melhoria dos cuidados à pessoa adulta grande queimada bem como desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte do protocolo de atuação e registo unificado dos cuidados de enfermagem ao nível institucional, propus deslocar-me a Sevilha, mais precisamente ao *Hospital Virgen del Rocio* e ao *Servicio Provincial EPES-061*, por forma a entrevistar o Dr. José Maria Dominguez-Roldan, Médico-Chefe da UCI e o Dr. Francisco Bonilla Quintero, Presidente do EPES-061. Ambos são os responsáveis pela criação e implementação do Protocolo Unificado de Atendimento ao doente queimado.

O contacto foi estabelecido previamente sendo que fui recebido nos dias 8 e 9 de Janeiro, na Unidade de Cuidados Intensivos do *Hospital Virgen del Rocio*. No dia 8 de Janeiro (manhã) fui ter, também, com o Dr. Francisco Bonilla Quintero após ter sido encaminhado pelo Dr. Roldan. Este ligou-lhe e questionou-o se me poderia receber e conceder uma entrevista da parte da manhã tendo o Dr. Bonilla respondido afirmativamente. Antes da ida para Sevilha foi difícil marcar reunião pela indisponibilidade de agenda. À tarde voltei para o *Hospital Virgen del Rocio* e tive oportunidade de conhecer a estrutura física da UQ e da UCI (que dá apoio à UQ), corpo de enfermagem, dinâmica e missão assim como realizar-lhe uma entrevista semi-directiva.

Neste tipo de entrevistas “o entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reacções por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas ao seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista” (Matalon & Ghiglione, 1993).

Desta forma apresento um guião de questões formuladas que me ajudará a conduzir esta entrevista semi-directiva. Como referido anteriormente a mesma surge por forma a ir de encontro aos objectivos definidos para os EC I e II, baseados nas competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

ENTREVISTA SEMI-DIRECTIVA: GUIÃO DE QUESTÕES

1. Porque sentiu a necessidade de criar o protocolo unificado de assistência ao doente queimado?
2. Em que consiste o protocolo?
3. Quais as facilidades e obstáculos que encontrou para criar o protocolo?
4. Neste momento, quase 1 ano após a sua criação, quais as suas mais-valias?
5. Qual o papel do enfermeiro neste protocolo nos diferentes níveis?

ENTREVISTA SEMI-DIRECTIVA: GUION DE CUESTIONES

1. Porque sentía la necesidad de crear el protocolo?
2. ¿En qué consiste el protocolo?
3. ¿Qué facilidades y obstáculos encontró en la creación del protocolo?
4. Ahora, casi un año después de su creación, cuáles son sus beneficios?
5. ¿Cuál es el papel de la enfermera en este protocolo?

ANÁLISE DE CONTEÚDO

1. ENTREVISTA DR ROLDAN

TEMA: Criação de Protocolo

SUB-TEMA	FRASES SIGNIFICATIVAS
Necessidades	· “los pacientes quemados que nos traían en el traslado primario (...) había elementos manifiestamente mejorables desde el punto de vista clínico”. (p.3) · “diversos aspectos (...) información, es decir, pre hospitalario nos daba muy poquita información todo esto datos faltaban en la información (...) lo importante que era que esa información nos llegara para la terapéutica y para el tratamiento y el pronóstico del paciente” (p.3-4) · Una serie de cosas perdidas en el asistencial”. (p.4)
SUB-TEMA	FRASES SIGNIFICATIVAS
Construção do protocolo	· “decidimos que era bueno que nos pusiéramos en contacto y que hacer ese protocolo conjunto, de manera que el proceso de quemados fuera una continuidad asistencial desde el momento de la quemadura y por eso también entramos en redacción con los equipos de bomberos de la ciudad de Sevilla”. (p.4)

T

SUB-TEMA	FRASES SIGNIFICATIVAS	EMA:
Facilidades e Dificuldades	“bueno, en primer lugar la formación (...) el paciente quemado es un área, que dentro de nuestra área formativa está siempre un poco como que olvidado, no es <i>business class</i>....con lo cual es <i>economics class</i> es....entonces yo creo que la parte formación siempre ha sido así, y entonces nuestros profesionales no tienen una buena formación en el tema de quemados”. (p.5) “el primer obstáculo y la primera dificultad o la	Papel do Enfermeiro na implementação do protocolo
TEMA	FRASES SIGNIFICATIVAS	
Papel do enfermeiro	de los profesionales (p.5) yo digo que el médico está un poco que faltaba, había poca formación del enfermero y esto es del nivel, y enfermero (p.7) pero la formación del paciente en la primera formación de la emergencia, el enfermero (p.5) es absolutamente fundamental “teníamos que estar bien en algo o se animado, ¿no? comunicación entre las patologías...nosotros la mantenemos en el medio pero el enfermero es el enfermero, o sea, el que aplica las técnicas es él el enfermeiro”. (p.7) “Los médicos lo que hacen es utilizar esos datos pero todo lo que es <i>“bedside”</i> es el enfermero realmente es el 95 por ciento de las actuaciones”.	

	(p.7)
--	-------

TEMA: Resultados obtidos com o protocolo

TEMA	FRASES SIGNIFICATIVAS
Mais-valias após 1 ano	· “hay un indicador de calidad que sí es evidente, que todavía no es algo transcendente que es el de la información”. (p.6) · “ya no hay un escalón asistencial entre lo que es pre-hospitalaria y lo que es el hospital, hay una continuidad, ya no hay un gap, hay es una continuidad asistencial (...) ya es un sólo un

	proceso asistencial en dos escenarios con una continuidad terapéutica, es decir, ellos saben qué es lo que nosotros vamos a hacer y ellos saben qué es lo que tienen que hacer y en cuanto a la información. Con lo cual, eso ya realmente es seguro y va a tener un impacto clínico evidente.” (p.6-7)
--	---

2. ENTREVISTA DR BONILLA

TEMA: Criação de Protocolo

SUB-TEMA	FRASES SIGNIFICATIVAS
Necessidades	· “el profesor José María Domínguez (...) las inquietudes que tanto tiene él como tenemos nosotros pues van a caminar a..., somos de un espíritu inquieto y no nos quedamos quietos nunca, siempre a avanzar”. (P.8) · “había una disfunción entre el tratamiento que llegaban a los quemados, con las unidades del servicio de quemados con las nuestras, o con las que hay después del tratamiento definitivo que se realiza en la unidad de quemados.”. (p.8)
SUB-TEMA	FRASES SIGNIFICATIVAS
Construção do protocolo	· “Hicimos una sesión clínica conjunta entre la unidad de quemados de Virgen del Rocío, y el 061 a la que se invitó al servicio sanitario de bomberos, hace dos años (...) consensuamos (...) que en una misma ciudad, estuviéramos hablando el mismo lenguaje”. (p.8) · “pues vamos a crear un grupo de trabajo para establecer un

	mismo protocolo.” (p.9) · “una jornada que hubo el año pasado, en el 2012, (...) en marzo (...) organizado por la unidad de Virgen del Rocío y el 061, donde invitamos a personal de bombeiros (...) poner en un papel lo que estábamos haciendo hasta ese momento, pero ponerlo, lo validó la unidad de quemados de Virgen del Rocío, que es el que se está estableciendo”. (p.9) · “todos los pacientes van tratados, digamos de una manera homogénea con unos sueros, unos sueros fisiológicos, unos fluidos, consensuado y establecidos por la unidad de quemados”. (p.9)
SUB-TEMA	FRASES SIGNIFICATIVAS
Facilidades e Dificultades	· “¡obstáculo ninguno”. (p.9) · “facilidades todas”. (p.9) · “cuando en una mesa se reúnen tres personas que quieren una misma cosa y tienen esa misma inquietud y no hay afán de protagonismo ni hay afán de ninguna interpretación, ni hay soberbia (...) sino que todo van con un mismo sentido común”. (p.9) · “obstáculos hay uno que es el económico, porque hay un producto, que lógicamente es muy caro, que Virgen del Rocío no lo compra, nosotros lo suministramos”. (p.10)

TEMA: Papel do Enfermeiro na implementação do protocolo

SUB-TEMA	FRASES SIGNIFICATIVAS
Papel do enfermeiro	· “la coordinación del transporte de críticos entre hospitalarios, la coordinación de la red de transporte urgente de ambulancias convencionales y fundamentalmente hacen lo que son triage en prioridades tres y cuatro, en patología banal”. (p.11-12) · “quien ha diseñado el protocolo es un enfermero de bomberos y un enfermero de nosotros entonces se han puesto de acuerdo. Evidentemente con la validación y las bendiciones de la unidad de quemados de José María Domínguez y la mía, pero son ellos”. (p.12-13) · los enfermeros en España, no diagnostican ni pueden prescribir medicación letal, pero si aplican un protocolo previamente establecido, (...) tienen un contacto permanente con (...) el centro de coordinación, donde hay un médico, le consultan al médico”. (p.13)

TEMA: Resultados obtidos com o protocolo

SUB-TEMA	FRASES SIGNIFICATIVAS
Mais-valias após 1 ano	· “los indicadores de calidad, específicos para esto, no lo tenemos”. (p.10) · “nosotros tenemos una serie de procedimientos, procesos asistenciales donde semestralmente a nosotros nos evalúan. Una auditoría interna viene que viene, aunque después hay una auditoria

	continua con una autoevaluación por parte de los profesionales tanto de los médicos como de los enfermeiros (...) mensal". (p.10-11)
--	--

R
EF
E
R

ÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

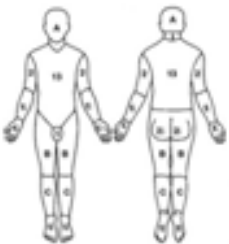
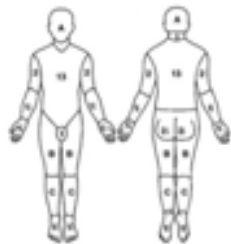
6. Lobiondo-Wood, G. & Haber, J. (2001). *Pesquisa e m Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
7. Malaton, B. & Ghiglione, R. (1993). *O Inquérito: Teoria e Prática*. Portugal: Celta Editores.
8. Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em Abril 4, 2012, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
9. Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em Abril 4, 2012, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

**APÊNDICE XV – Documento de Registo do Continuum de Cuidados de
Enfermagem**

Horas	
Queimadura	
1ª Abordagem	
Entrada SU	
Entrada UQ	

Identificação do Utente												
Nome:							Idade:					
Sexo: M ☐ F ☐		DN:		Contato da família:								
Número de episódio:				Grau de parentesco:								
Avaliação Inicial												
A. Via Aérea com Controlo Cervical				EPH/Hospital/SUB			SU					
Trauma?				Sim	Não		Sim	Não				
Permeável?				Sim	Não		Sim	Não				
Aspiração vômito?				Sim	Não		Sim	Não				
Aspiração via aérea?				Sim	Não		Sim	Não				
Subluxação mandíbula?				Sim	Não	NA	Sim	Não	NA			
Colar cervical?				Sim	Não		Sim	Não				
B. Respiração e Ventilação				EPH/Hospital/SUB			SU					
Expansão torácica adequada?				Sim	Não		Sim	Não	NA			
Tórax equimóvel?				Sim	Não		Sim	Não	NA			
Máscara alta concentração com oxigénio a 100%				Sim	Não	NA	Sim	Não	NA			
Queimaduras circunferenciais do tórax?				Sim	Não	NA	Sim	Não	NA			
Queimadura da via aérea?												
<i>Escala Clark et al</i> Lesão Presumível Via Aérea, Score ≥ 2				Score			Score					
Espaço fechado				1			1					
Dispneia				1			1					
Alteração consciência				1			1					
Rouquidão				1			1					
Queimadura da face				1			1					
Expectoração Carbonácea				1			1					
Fervores / alterações auscultatórias				1			1					
Total												
Queimadura da via aérea?				Sim	Não	NA	Sim	Não	NA			
Entubação traqueal				Oro	Naso	NA	Oro	Naso	NA			
Tubo traqueal n.º												
Nível Dentição / Asa nariz												
C. Circulação com Controlo Hemorrágico				EPH/Hospital/SUB			SU					
Pulso Periférico				Cheio	filiforme		Cheio	filiforme				
Tempo Preenchimento Capilar				Normal	>2"		Normal	>2"				
1ª CVP/CVC/IO												
2ª CVP/CVC/IO												
Colheita de Sangue				Sim	Não		Sim	Não				
Controlo de hemorragia				Sim	Não	NA	Sim	Não	NA			
Queimadura(s) circunferencial (ais) membro(s)?				Sim	Não	NA	Sim	Não	NA			
D. Avaliação Neurológica				EPH/Hospital/SUB			SU					
Estado de consciência (Ver escala de coma de Glasgow)				O	V	M	Total	O	V	M	Total	
Pupilas				s/a	●	●	●	s/a	●	●	●	●
Glicémia capilar				mg/dl			mg/dl					
Défices motores ou sensitivos?				Sim	Não		Sim	Não				

E. Exposição Com Controlo da Temperatura	EPH/Hospital/SUB			SU		
Remoção de toda a roupa e adereços	Sim	Não		Sim	Não	
Rolamento para examinar o dorso. Lesões?	Sim	Não		Sim	Não	
Arrefecimento foi efectuado?	Sim	Não		Sim	Não	
SCQ (ver figura Lund And Browder)	%			%		
Manter o doente quente	Sim	Não		Sim	Não	
Colocação de barreira estéril?	Sim	Não		Sim	Não	

EPH/Hospital/SUB	SU
	

F. Ressuscitação por Fluidos	EPH/Hospital/SUB	SU
Ressuscitação por fluidos para as primeiras 8 horas:	Y=	Y=
0.1875 mL X % queimadura X peso (Kg) = Y	mL/hora	mL/hora

Quadro de balanço hídrico:

Tempo de Queimadura	1ª Hora	2ª Hora	3ª Hora	4ª Hora	5ª Hora	6ª Hora	7ª Hora	8ª Hora
Lactato Ringer (mL)								
Outros fluidos (mL)								
Débito urinário (mL)								
Objetivo = 0.5 – 1 mL/Kg/h								

Medicação Administrada:

Hora	Medicamentos	Via	Dose

Sinais Vitais:

Hora									
FR									
SpO ₂									
EtCO ₂									
FC									
PA									
Dor	BPS								
	EN								

Tubos:

ENG / EOG; Calibre ch;	
Cateter Vesical; Calibre ch;	

Avaliação Secundária

História

- A-Alergias: _____
- M – Medicação: _____
- P – Passado médico: _____
- L – Última refeição: _____
- E – Eventos: _____

Exame Cefalo Caudal (alterações)

Vacina do Tétano?	Sim	☐	Não	☐	Lote:	Data:
Assinatura:						

Lista de Verificação de transporte ao Hospital	S/N/NA	Lista de Verificação de transferência UQ	S/N/NA
Via aérea – segura?		Via aérea – segura?	
Tubo gástrico permeável?		Tubo gástrico permeável?	
Tubos e cateteres fixos?		Tubos e cateteres fixos?	
Retirar próteses/ortóteses		Retirar próteses/ortóteses	
CIIV contactado?		CIIV contactado?	
Adequada analgesia?		Adequada analgesia?	
Perfusões		Perfusões	
Relógio/peças joalharia retiradas?		Relógio/peças joalharia retiradas?	
Registos/Exames complementares?		Registos/Exames complementares?	
Cópia dos registos efetuada?		Cópia dos registos efetuada?	
Família informada da transferência?		Família informada da transferência?	
Unidade de destino contactada?		Unidade de destino contactada?	

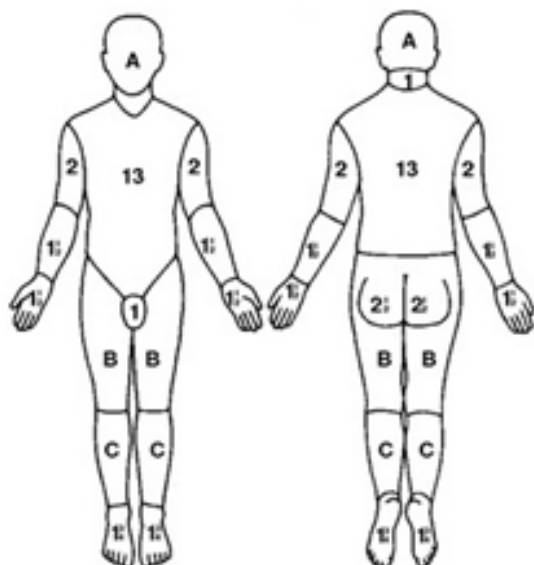
Outra informação relevante:	Outra informação relevante:

Observação pelas seguintes especialidades:	ECD Realizados:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Enfermeiro EPH/Hospital/SUB:	Enfermeiro SU:

Origem: ☐ Via Pública _____ ☐ Domicílio _____ ☐ Outra Instituição de Saúde _____ ☐ Outros _____	Meio: ☐ Heli/VMER _____ ☐ SIV _____ ☐ SBV _____ ☐ Próprios meios _____
--	---

Cálculo da Área Queimada – Método de Lunder And Browder



A = 3,5%

B = 4,75%

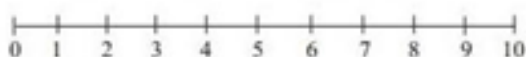
C = 3,5%

Região	%
Cabeça	
Pescoço	
Tronco – Face Anterior	
Tronco – Face Posterior	
Membro Superior DTO	
Membro Superior ESQ	
Nádegas	
Genitália	
Membro Inferior ESQ	
Membro Inferior DTO	
Total Área Queimada	

Escala Comportamental da Dor (BPS)

Expressão Facial	
Relaxada	1
Ligeiramente contraídas (ex: sobrancelhas arqueadas)	2
Contração franca (ex: pálpebras contraídas)	3
Fáceis de Dor	4
Membros Superiores/Membros Inferiores	
Sem movimento	1
Parcialmente fletidos	2
Rígidos com dedos crispados/fechados	3
Totalmente contraídos / Rígidos	4
Adaptação Ventilatória	
Adaptado	1
Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2
Desadaptado / bloqueio ventilatório frequente	3
Impossibilidade de controlo da ventilação	4

Escala Numérica da Dor (EN)



Escala de Coma de Glasgow (GCS)

O		V		M	
Abertura dos Olhos		Resposta Verbal		Resposta Motora	
-	-	-	-	6	Obedece a ordens
-	-	5	Orientada	5	Localiza a dor
4	Spontânea	4	Desorientada	4	Resposta de fuga
3	À voz	3	Palavras inapropriadas	3	Movimento normal
2	À dor	2	Sons incompreensíveis	2	Extensão anormal
1	Ausente	1	Ausente	1	Ausente

**APÊNDICE XVI – Contributo para a Norma DGS nº 022/2012 – Abordagem
hospitalar das queimaduras**

A/C: Exmo. Sr. Diretor Geral da Saúde

Dr. Francisco Henrique Moura George

Lisboa, 12 Janeiro 2013

ASSUNTO: Discussão Pública da Norma 022/2012 da DGS – Contributo

Tiago Manuel Ferreira do Amaral, inscrito na Ordem dos Enfermeiros no ano de 2004, com a cédula profissional número 5-E-48217, a desempenhar funções no SNS, mais concretamente no [REDACTED], EPE – [REDACTED] (Serviço de Urgência Polivalente e Viatura Médica de Emergência e Reanimação) e presentemente a frequentar o 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), onde desenvolve o seu projeto com o tema “Garantindo a Continuidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta Grande Queimada” sob a orientação das Enfermeiras Maria Antónia Rebelo Botelho e Florinda Galinha, vem por este meio prestar a sua contribuição para a norma supracitada. Acrescenta ainda que a apresentação do pré-projeto supracitado foi enviada ao Dr. Miguel Soares de Oliveira, professor da ESEL, em 6 de julho de 2012.

Desde já gostaria de dar os parabéns pela elaboração da presente norma já que, indubitavelmente, irá levar a ganhos em saúde ao longo do *continuum* dos cuidados. Simultaneamente não poderia deixar de expressar o meu desalento pelo facto da mesma não ter sido elaborada por uma equipa multidisciplinar da qual o Enfermeiro é parte integrante enquanto profissional de saúde que cuida do doente queimado ao longo de todo esse *continuum* de cuidados bem como a Ordem dos Enfermeiros enquanto instituição que regulamenta a sua praxis. Segundo a *Australian and New Zealand Burn Association* “*The Burn Team consists of a multidisciplinary group whose individual skills are complementary to each*

other. Team members recognize the benefits of interdisciplinary cooperation in providing the best quality care to the patient with burns” (ANZBA, 2012, p.9-10). Como refere a norma 022/2012 da DGS por vós elaborada (DGS, 2012, p.9), “o doente queimado (tem) necessidade de cuidados multidisciplinares”. Desta forma penso que será benéfica a inclusão da Ordem dos Enfermeiros na discussão da presente norma. Por outro lado, e pela mesma razão, e sempre tendo em conta o papel de cada interveniente, os destinatários da mesma deverão ser a equipa multidisciplinar presente na abordagem pré-hospitalar nomeadamente Médicos e Enfermeiros.

Relativamente aos contributos à norma em discussão gostaria de salientar:

1. Ponto 1: A ANZBA inclui, para além do ABCDEF como vigilância inicial ou avaliação inicial, “*Analgesia*”, “*Tests*” e “*Tubes*” (ANZBA, 2012, p.18) pelo que a referência a analgesia bem como à inserção de cateter vesical e entubação gástrica deverá ser tida em conta. Poder-se-á considerar ainda a capnografia como meio auxiliar de diagnóstico (*Tests*).
2. Ponto 6, alínea a): A monitorização do débito urinário em doentes com uma superfície corporal queimada > 15% nas crianças e >20% nos adultos deverá ser avaliada de forma rigorosa pelo que é “vital” a inserção de cateter vesical (ANZBA, 2012, p.46).
3. Ponto 6, alínea a): As queimaduras do períneo requerem a introdução de cateter vesical de forma a prevenir contaminação (ANZBA, 2012, p.51). Por outro lado atrasar a cateterização vesical poderá levar a uma dificuldade extrema na sua inserção pelo edema que poderá originar a queimadura (ANZBA, 2012, p.51).
4. No ponto 6, alínea c), há referência ao estado de consciência mas não se encontra discriminada a escala a usar. Numa abordagem inicial, e nas situações que não incluam trauma de crânio, será mais benéfico usar a escala AVPU (ANZBA, 2012, p.17). Na avaliação secundária poder-se-á optar por usar a Escala de Comas de Glasgow (ANZBA, 2012, p.21-22) aquando do exame cefalo-caudal. Acrescento ainda no ponto 3, alínea a) onde é referido “doentes em coma” sem definir, por exemplo, e usando a escala de comas de Glasgow, se se trata de uma situação de Glasgow < 8 ou outra.

5. O cálculo de fluidoterapia a instituir começa na altura da queimadura e não na hora de apresentação da mesma (ANZBA, 2012, p.45). A hora da queimadura marca o início da ressuscitação por fluidos (ANZBA, 2012, p.18). Salientar que a hora da queimadura é a hora zero para o cálculo da fluidoterapia.
6. No ponto 10, alínea b), há a referência para a “punção de acesso venoso (**sempre que possível**)”. A bibliografia refere que um atraso superior a 2 horas (desde a hora zero) na implementação da fluidoterapia complica a fase de ressuscitação e aumenta a mortalidade (Latenser, 2009, p. 2819). Salienta-se que no doente grande queimado a ressuscitação com fluidos deve ser efectuada através de dois cateteres venosos periféricos de grande calibre (pelo menos 16*gauge*) de preferência em pele não queimada sendo que, se necessário, considerar o acesso Intra-Ósseo (ANZBA, 2012, p.46). Logo o termo “se possível” deve ser alvo de correcção para “**sempre que seja indispensável à manutenção das funções vitais**”.
7. No ponto 10, alínea c), há a referência a “entubação **naso**-gástrica em **doentes com vômitos ou em todos os doentes transportados por via aérea**”. Se por um lado o trauma crânio encefálico associado com possível fractura da base do crânio inviabiliza a entubação gástrica por via nasal, por outro também há a referir que todo o doente grande queimado ou com trauma associado deverá ser entubado gastricamente pelo risco de gastroparésia ser comum (ANZBA, 2012, p.18).
8. **No ponto 10, alínea f) salienta a importância do contacto prévio com o hospital. Sugiro a discriminação dos números de telefone diretos das Unidades de queimados a nível nacional a par do que está preconizado no Reino Unido, por forma a agilizar todo o processo de referenciação e transferência.**
9. No ponto 10 da presente norma penso ser importante reforçar que se houve um atraso no arrefecimento este deve ser iniciado até três horas após a queimadura conforme indica a norma 023/2012 no seu ponto II-Critérios, letra F.

10. Penso ser importante referir igualmente no ponto 10 que se deve considerar a utilização de água à temperatura de 15º (ideal) sendo que pode ser usada com eficácia a uma temperatura entre 8º e 25º (ANZBA, 2012, p.50).
11. A salientar no ponto anterior que, se não estiver disponível água corrente, deverão ser aplicados, embora com menor eficácia compressas esterilizadas molhadas. Uma vez que estão sobre o corpo aquecem rapidamente pelo que devem ser **mudadas frequentemente** (ANZBA, 2012, p.50).
12. Uma vez que o edema se instala imediatamente é benéfica a elevação da parte do corpo afectada durante o tratamento inicial e o transporte por forma a limitá-lo. Pode marcar a diferença entre ser necessário a realização de uma escarotomia, ou não (ANZBA, 2012, p.51).
13. Poder-se-á acrescentar que: os doentes com queimaduras eléctricas e com traumatismos associados apresentam risco aumentado de insuficiência renal aguda por rabdomiólise. Se se verificar mioglobínúria ou hemoglobínúria dever-se-á aumentar o ritmo da fluidoterapia por forma a manter uma diurese de 75-100 ml/h nos adultos e 2ml/Kg/h nas crianças. O manitol é também usado na dose de 12,5 g/litro de fluidoterapia de ressuscitação (ANZBA, 2012, p. 47).
14. No ponto II – Critérios, alínea B onde há indicação para a utilização de bicarbonato de sódio para alcalinização da urina deverá ser substituída por **“dever-se-á ter em conta que a alcalinização da urina com bicarbonato de sódio tem sido colocado em causa pelos últimos estudos razão pela qual, e se o modo como é efectuada a fluidoterapia descrita no ponto anterior não resultar, é aconselhável entrar em contacto com um centro de queimados de forma a obter aconselhamento** (ANZBA, 2012, p.73).
15. Nas queimaduras eléctricas significativas (naquelas em que houve paragem cardiorrespiratória ou aquelas cuja corrente possivelmente passou pelo tórax) está indicado a monitorização cardíaca contínua por um período de 24h sendo que as queimaduras de alta voltagem (>1000 volts) tem um risco acrescido de dano (ANZBA, 2012, p.73-76).

16. Adicionar, “casos especiais de queimaduras”, para além do exemplo da cal viva nomeadamente a queimadura por ácido hidrofúorídrico. Deve ser tratada com gluconato de cálcio tóxico e EV após irrigação abundante e imediata com água já que conduz a arritmias potencialmente fatais (se não tratadas de imediato) secundárias a hipocalcémia e hipomagnesémia (ANZBA, 2012, p.79).
17. Dever-se-á corrigir o ponto II, letra L por “a fórmula de *Parkland* pressupõe administração de lactato de ringer na proporção de: a) 3-4 ml x kg x % área queimada para adultos; b) 3-4 ml x kg x % área queimada para crianças mais manutenção de dextrose 5% em cloreto de sódio 0,45% (soro 1/2) sendo 100 ml/kg acima de 10 kg mais 50 ml/kg de 10 a 20 kg mais 20 ml/kg cada quilo acima de 20 kg (ANZBA, 2012, p.45) dado as crianças serem propensas à hipoglicémia (ANZBA, 2012, p.48). Do total dever-se-á administrar metade nas primeiras 8 horas após o início da lesão e a outra metade nas 16 horas subsequentes.
18. Caso o doente seja entubado traquealmente por queimadura da face, deverá ficar descrito em registo que o nível do tubo traqueal está ao “nível X à dentição” e não “à comissura labial” devido à leitura incorrecta que se fará à posterior. Só em última circunstância se utilizará como nível a comissura labial (no caso de o doente não ter dentição / necessidade de retirar prótese para entubação traqueal).
19. Deverá ser tida em conta a profilaxia antitetânica de acordo com a normativa 040/2011 da DGS, nas suas páginas 64 e 65.
20. As queimaduras estão associadas a uma significativa carga emocional no doente e também na família e amigos. Sentimentos de dor e perda são comuns assim como de culpa, medo, depressão e raiva (ANZBA, 2012, p.23). Por estas razões desde cedo é necessário uma abordagem especializada.

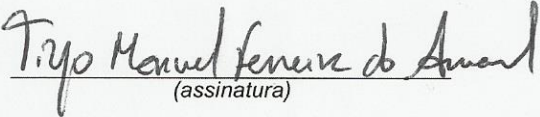
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Allison, K.; Porter, K. (2004). Consensus on the prehospital approach to burns patient management. *Emergency Medicine Journal*, vol. 21, pp. 112-114.
2. ANZBA - Australian and New Zealand Burn Association Ltd (2012). *Emergency Management of Severe Burns (EMSB) Course Manual, UK version for the British Burn Association*. (15^a Edição). Albany Creek, Australia: ANZBA.
3. Edwards, J. (2012). Entrevista realizada pelo Enfermeiro Tiago Manuel Ferreira do Amaral à Enfermeira Jacky Edwards - Enfermeira Consultora de Queimados do Reino Unido - sobre as competências do Enfermeiro perito em Queimados. Unidade de Queimados do *Wythenshawe Hospital*, Manchester, Reino Unido. 25 de Outubro 2012.
4. Latenser, B.A. (2009). Critical Care of the Burn Patient: The first 48 hours. *Critical Care Medicine*, vol. 39 (nº 10), pp. 2819-2826.
5. Norma DGS 040/2011 (2011). *Norma da Direção Geral de Saúde: Programa Nacional de Vacinação 2012*. Lisboa: Direção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença, Direcção Geral da Saúde.
6. Norma DGS 022/2012 (2012). *Norma da Direção Geral de Saúde: Abordagem Hospitalar das Queimaduras*. Lisboa: Departamento de Qualidade na Saúde, Direcção Geral da Saúde.

O presente documento foi enviado simultaneamente para:

- Sra. Enfermeira Ana Paula Dias (Enfermeira-Chefe do SUP do [REDACTED])
- Sra. Enfermeira Ana Soares (Enfermeira Diretora do [REDACTED])
- Sra. Enfermeira Cândida Durão (Professora Coordenadora do Mestrado - ESEL)
- Sr. Enfermeiro Germano Couto (Bastonário da Ordem dos Enfermeiros)
- Dra. Teresa Sustelo (Presidente do Conselho de Administração do [REDACTED])

Sem outro assunto subscrevo atenciosamente,



Tiago Manuel Ferreira do Amaral
(assinatura)

(Tiago Manuel Ferreira do Amaral)

**APÊNDICE XVII – Contributo para a Norma DGS nº 023/2012 de 26/12/2012 –
Abordagem Pré-hospitalar das Queimaduras**

A/C: Exmo. Sr. Diretor Geral da Saúde

Dr. Francisco Henrique Moura George

Lisboa, 12 Janeiro 2013

ASSUNTO: Discussão Pública da Norma 023/2012 da DGS – Contributo

Tiago Manuel Ferreira do Amaral, inscrito na Ordem dos Enfermeiros no ano de 2004, com a cédula profissional número 5-E-48217, a desempenhar funções no SNS, mais concretamente no [REDACTED], EPE – [REDACTED] (Serviço de Urgência Polivalente e Viatura Médica de Emergência e Reanimação) e presentemente a frequentar o 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), onde desenvolve o seu projeto com o tema “Garantindo a Continuidade dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta Grande Queimada” sob a orientação das Enfermeiras Maria Antónia Rebelo Botelho e Florinda Galinha, vem por este meio prestar a sua contribuição para a norma supracitada. Acrescenta ainda que a apresentação do pré-projeto supracitado foi enviada ao Dr. Miguel Soares de Oliveira, professor da ESEL, em 6 de julho de 2012.

Desde já gostaria de dar os parabéns pela elaboração da presente norma já que, indubitavelmente, irá levar a ganhos em saúde ao longo do *continuum* dos cuidados. Simultaneamente não poderia deixar de expressar o meu desalento pelo facto da mesma não ter sido elaborada por uma equipa multidisciplinar da qual o Enfermeiro é parte integrante enquanto profissional de saúde que cuida do doente queimado ao longo de todo esse *continuum* de cuidados bem como a Ordem dos Enfermeiros enquanto instituição que

regulamenta a sua praxis. Segundo a *Australian and New Zealand Burn Association* “*The Burn Team consists of a multidisciplinary group whose individual skills are complementary to each other. Team members recognize the benefits of interdisciplinary cooperation in providing the best quality care to the patient with burns*” (ANZBA, 2012, p.9-10). Como refere a norma 022/2012 da DGS por vós elaborada (DGS, 2012, p.9), “o doente queimado (tem) necessidade de cuidados multidisciplinares”. Desta forma penso que será benéfica a inclusão da Ordem dos Enfermeiros na discussão da presente norma. Por outro lado, e pela mesma razão, e sempre tendo em conta o papel de cada interveniente, os destinatários da mesma deverão ser a equipa multidisciplinar presente na abordagem pré-hospitalar nomeadamente Médicos e Enfermeiros.

Relativamente aos contributos à norma em discussão gostaria de salientar:

21. Ponto 1: A ANZBA inclui, para além do ABCDEF como vigilância inicial ou avaliação inicial, “*Analgesia*”, “*Tests*” e “*Tubes*” (ANZBA, 2012, p.18) pelo que a referência a analgesia bem como à inserção de cateter vesical e entubação gástrica deverá ser tida em conta. Poder-se-á considerar ainda a capnografia como meio auxiliar de diagnóstico (*Tests*).
22. A monitorização do débito urinário em doentes com uma superfície corporal queimada > 15% nas crianças e >20% nos adultos deverá ser avaliada de forma rigorosa pelo que é “vital” a inserção de cateter vesical (ANZBA, 2012, p.46).
23. As queimaduras do períneo requerem a introdução de cateter vesical de forma a prevenir contaminação (ANZBA, 2012, p.51). Por outro lado atrasar a cateterização vesical poderá levar a uma dificuldade extrema na sua inserção pelo edema que poderá originar a queimadura (ANZBA, 2012, p.51).
24. No ponto 3, alínea c), há referência ao estado de consciência mas não se encontra discriminada a escala a usar. Numa abordagem inicial, e nas situações que não incluam trauma de crânio, será mais benéfico usar a escala AVPU (ANZBA, 2012, p.17). Na avaliação secundária poder-se-á optar por usar a Escala de Comas de Glasgow (ANZBA, 2012, p.21-22) aquando do exame cefalo-caudal. Acrescento ainda no ponto 4, alínea a)

onde é referido “o doente em coma” sem definir, por exemplo, e usando a escala de comas de Glasgow, se se trata de uma situação de Glasgow < 8 ou outra.

25. O cálculo de fluidoterapia a instituir começa na altura da queimadura e não na hora de apresentação da mesma (ANZBA, 2012, p.45). A hora da queimadura marca o início da ressuscitação por fluidos (ANZBA, 2012, p.18). Salientar que a hora da queimadura é a hora zero para o cálculo da fluidoterapia.
26. No ponto 5, alínea b), há a referência para a “punção de acesso venoso (**sempre que possível**) ”. No entanto na mesma norma há a referência na letra Q do ponto II (critérios) que “Nunca se deve retardar um transporte de uma pessoa queimada só porque não se consegue um acesso vascular e/ou outro procedimento, desde que não seja indispensável à manutenção das funções vitais”. Salienta-se que no doente grande queimado a ressuscitação com fluidos deve ser efectuada através de dois cateteres venosos periféricos de grande calibre (pelo menos 16*gauge*) de preferência em pele não queimada sendo que, se necessário, considerar o acesso Intra-Ósseo (ANZBA, 2012, p.46). Logo o termo “se possível” deve ser alvo de correcção para “**sempre que seja indispensável à manutenção das funções vitais**”. A bibliografia refere que um atraso superior a 2 horas (desde a hora zero) na implementação da fluidoterapia complica a fase de ressuscitação e aumenta a mortalidade (Latenser, 2009, p. 2819).
27. No ponto 5, alínea c), há a referência a “entubação **naso-gástrica** em **doentes com vómitos ou em todos os doentes transportados por via aérea**”. Se por um lado o trauma crânio encefálico associado com possível fractura da base do crânio inviabiliza a entubação gástrica por via nasal, por outro também há a referir que todo o doente grande queimado ou com trauma associado deverá ser entubado gastricamente pelo risco de gastroparésia ser comum (ANZBA, 2012, p.18).
28. No ponto 6 penso que será mais correcto referir que o oxigénio a 100% humidificado deve ser realizado por máscara facial **de alta concentração** (ANZBA, 2012, p.17).
29. No ponto II (critérios), letra E, que menciona a utilização de água até 15 graus Celsius (morna) durante cerca de 15/20 minutos para parar a queimadura, deverá ser corrigida

para “(...) considerar a utilização de água à temperatura de 15º (ideal) sendo que pode ser usada com eficácia a uma temperatura entre 8º e 25º (ANZBA, 2012, p.50).

30. A salientar no ponto anterior que, se não estiver disponível água corrente, deverão ser aplicados, embora com menor eficácia compressas esterilizadas molhadas. Uma vez que estão sobre o corpo aquecem rapidamente pelo que devem ser **mudadas frequentemente** (ANZBA, 2012, p.50).
31. No ponto II (critérios), letra I, poder-se-á adicionar outra cobertura temporária antes da avaliação nomeadamente o “*cling film*” (Allison & Porter, 2004, p.112). Numa entrevista que recentemente realizei à Enfermeira Jacky Edwards, a única Enfermeira Consultora do Reino Unido, no seguimento do meu projecto de mestrado, a mesma caracterizou o “Cling film” como tendo as propriedades de um penso ideal na abordagem pré-hospitalar do doente queimado já que: 1) “*seals the wound*”; 2) “*prevents infection*”; 3) *reduces pain*; 4) “*you can visualize through it*”; 5) “*stops the wound from drying out*”; c) “*stops the patient of getting cold*”. Por outro lado tem como desvantagens: 1) incapacidade de reter o exsudado; 2. após 4 horas começa a macerar a ferida (Edwards, 2012). Allison & Porter (2004, p.112) referem que outra das desvantagens, teoricamente, é que poderá piorar a queimadura química. Um aspecto a ter em conta na utilização do “cling film” é que o mesmo é colocado em pequenas peças não estando preconizado o “embrulhar” o corpo. Esta atitude poderá levar à constrição na sequência do aumento do edema.
32. Uma vez que o edema se instala imediatamente é benéfica a elevação da parte do corpo afectada durante o tratamento inicial e o transporte por forma a limitá-lo. Pode marcar a diferença entre ser necessário a realização de uma escarotomia, ou não (ANZBA, 2012, p.51).
33. Poder-se-á acrescentar que: os doentes com queimaduras eléctricas e com traumatismos associados apresentam risco aumentado de insuficiência renal aguda por rabdomiólise. Se se verificar mioglobínúria ou hemoglobínúria dever-se-á aumentar o ritmo da fluidoterapia por forma a manter uma diurese de 75-100 ml/h nos adultos e

2ml/Kg/h nas crianças (ANZBA, 2012, p.73). O manitol é também usado na dose de 12,5 g/litro de fluidoterapia de ressuscitação (ANZBA, 2012, p.47).

34. Nas queimaduras eléctricas significativas (naquelas em que houve paragem cardiorrespiratória ou aquelas cuja corrente possivelmente passou pelo tórax) está indicado a monitorização cardíaca contínua por um período de 24h sendo que as queimaduras de alta voltagem (>1000 volts) tem um risco acrescido de dano (ANZBA, 2012, p.73-76).
35. Dever-se-á corrigir: “a fórmula de *Parkland* pressupõe administração de lactato de ringer na proporção de: a) 3-4 ml x kg x % área queimada para adultos; b) 3-4 ml x kg x % área queimada para crianças mais manutenção de dextrose 5% em cloreto de sódio 0,45% (soro 1/2) sendo 100 ml/kg acima de 10 kg mais 50 ml/kg de 10 a 20 kg mais 20 ml/kg cada quilo acima de 20 kg (ANZBA, 2012, p.45).
36. Na página 17, na caixa onde aparece “Vigilância Primária ABCDEF” deverá aparecer também “*analgesia, tubes e tests*”.
37. Deverá ficar mencionado na nota de transferência para a unidade hospitalar que, caso o doente seja entubado traquealmente por queimadura na face, o nível do mesmo deve ser referenciado à dentição e não à comissura labial devido à leitura incorrecta que se fará à posterior. Só em última circunstância se utilizará como nível a comissura labial (no caso de o doente não ter dentição / necessidade de retirar prótese para entubação traqueal).
38. As queimaduras estão associadas a uma significativa carga emocional no doente e também na família e amigos. Sentimentos de dor e perda são comuns assim como de culpa, medo, depressão e raiva (ANZBA, 2012, p.23). Por estas razões desde cedo é necessário uma abordagem especializada.
39. Na página 4, ponto IV (fundamentação), letra C foi colocado um ponto final a seguir a “torna-se imperioso”. Penso que foi um lapso já que a frase tem uma continuação.

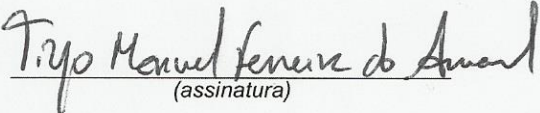
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

7. Allison, K.; Porter, K. (2004). Consensus on the prehospital approach to burns patient management. *Emergency Medicine Journal*, vol. 21, pp. 112-114.
8. ANZBA - Australian and New Zealand Burn Association Ltd (2012). *Emergency Management of Severe Burns (EMSB) Course Manual, UK version for the British Burn Association*. (15^a Edição). Albany Creek, Australia: ANZBA.
9. Edwards, J. (2012). Entrevista realizada pelo Enfermeiro Tiago Manuel Ferreira do Amaral à Enfermeira Jacky Edwards - Enfermeira Consultora de Queimados do Reino Unido - sobre as competências do Enfermeiro perito em Queimados. Unidade de Queimados do *Wythenshawe Hospital*, Manchester, Reino Unido. 25 de Outubro 2012.
10. Latenser, B.A. (2009). Critical Care of the Burn Patient: The first 48 hours. *Critical Care Medicine*, vol. 39 (nº 10), pp. 2819-2826.
11. Norma DGS 022/2012 (2012). *Norma da Direcção Geral de Saúde: Abordagem Hospitalar das Queimaduras*. Lisboa: Departamento de Qualidade na Saúde, Direcção Geral da Saúde.

O presente documento foi enviado simultaneamente para:

- Sra. Enfermeira Ana Paula Dias (Enfermeira-Chefe do SUP do [REDACTED])
- Sra. Enfermeira Ana Soares (Enfermeira Diretora do [REDACTED])
- Sra. Enfermeira Cândida Durão (Professora Coordenadora do Mestrado - ESEL)
- Sr. Enfermeiro Germano Couto (Bastonário da Ordem dos Enfermeiros)
- Dra. Teresa Sustelo (Presidente do Conselho de Administração do [REDACTED])

Sem outro assunto subscrevo atenciosamente,



Tiago Manuel Ferreira do Amaral
(assinatura)

(Tiago Manuel Ferreira do Amaral)

APÊNDICE XVIII – Objetivos EC 2

EC 2 - SU HOSPITAL SÃO JOSÉ, CHLC

OBJETIVO: Desenvolvimento e apresentação de proposta de protocolo de atuação e registo unificado dos cuidados de enfermagem à Pessoa Grande Queimada desde o pré-hospitalar até à entrada na UQ.

COMPETÊNCIAS:

- Baseia a prática clínica especializada ao doente adulto grande queimado em sólidos e válidos padrões de conhecimento, assumindo-se como facilitador da aprendizagem e formador em contexto de trabalho;
- Divulga experiências avaliadas como de sucesso ao nível da área da governação clínica;
- Gere cuidados à pessoa adulta grande queimada em situação crítica otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática;
- Atua como dinamizador e gestor da incorporação de novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde aos cidadãos;
- Demonstra conhecimentos e aplicando-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

ATIVIDADES:

- Elaboração de um protocolo de atuação e registo unificado dos cuidados de enfermagem ao nível da VMER e SE do [REDACTED];
- Apresentação de proposta do protocolo à Enfermeira Chefe do SU;
- Apresentação de proposta de protocolo aos Enfermeiros Chefes de Equipa;
- Apresentação da proposta de protocolo à Enfermeira Chefe da Unidade de Queimados para validação externa;
- Apresentação da proposta aos Enfermeiros do SU;
- Sensibilização da equipa multidisciplinar para a importância do protocolo unificado de atuação através de sessões;

EC 2- VMER HOSPITAL SÃO JOSÉ, CHLC

OBJETIVO: Desenvolvimento e apresentação de proposta de protocolo de atuação e registo unificado dos cuidados de enfermagem à Pessoa Grande Queimada desde o pré-hospitalar até à entrada na UQ.

COMPETÊNCIAS:

- Baseia a prática clínica especializada ao doente adulto grande queimado em sólidos e válidos padrões de conhecimento, assumindo-se como facilitador da aprendizagem e formador em contexto de trabalho;
- Divulga experiências avaliadas como de sucesso ao nível da área da governação clínica;
- Gere cuidados à pessoa adulta grande queimada em situação crítica otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática;
- Atua como dinamizador e gestor da incorporação de novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde aos cidadãos;
- Demonstra conhecimentos e aplicando-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.

ATIVIDADES:

- Elaboração de um protocolo de atuação e registo unificado dos cuidados de enfermagem ao nível da VMER e SE do [REDACTED].
- Apresentação de proposta do protocolo ao Enfermeiro Coordenador da VMER
- Apresentação da proposta aos Enfermeiros da VMER

**APÊNDICE XIX – Sessão de sensibilização “O Grande Queimado na Urgência
Geral: a abordagem e a sua importância no continuum de cuidados”**

PLANO DE SESSÃO

1- IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO

Tema: "O Grande Queimado na Urgência Geral: a abordagem e a sua importância no *continuum* de cuidados"

Destinatários: Enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência Geral

Tempo previsto: 30 minutos (10h00 – 10h30)

Data: 20, 21, 22, 23 e 24 janeiro 2012 (Equipas Fixa, A, B, C, D e E)

Local: Sala de Enfermagem do serviço de Urgência do Hospital São José – CHLC

Formador: Tiago Amaral, Enfermeiro, Aluno do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, ESEL

2- OBJETIVO GERAL

Sensibilizar para a importância dos registos de Enfermagem e da formação na sistematização do exame e tratamento emergentes da pessoa Grande Queimada.

3- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o *continuum* dos registos de Enfermagem do doente Grande Queimado entrado na Unidade Queimados no ano de 2011;
- Definir as etapas da abordagem ao doente Grande Queimado;
- Refletir sobre a prática de cuidados ao Grande Queimado na abordagem inicial;
- Perspetivar a implementação de documento de registos de Enfermagem que contribua para assegurar o *continuum* de cuidados;
- Perspetivar a formação futura no CHLC.

4- PRÉ-REQUISITOS

Experiência profissional prévia na área. Enfermeiros que contactem directamente com situações de pessoas com queimaduras.

5- MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR

Computador com software *Microsoft Powerpoint* e LCD

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:

- Caracterização dos registos de Enfermagem do doente Grande Queimado entrado na Unidade de Queimados no ano de 2011;
- Etapas da abordagem ao doente grande queimado
- A abordagem inicial ao doente queimado.

METODOLOGIA:

Ramos & Pinheiro (2005) referem que diferentes são as tipologias de métodos pedagógicos. Estas variam de acordo com os diferentes posturas psicopedagógicas dos diferentes autores. No entanto existe um conjunto de métodos que acabam por se tornar os mais utilizados em formação. Destes fazem parte: directivos (expositivos, demonstrativos, interrogativos) e activos. Nesta formação em particular utilizarei os seguintes:

- Método directivo: expositivo e interrogativo
- Método ativo (discussão em grupo e brainstorming);

AValiação:

- Diagnóstica: inicial
- Formativa: discussão

A S P E T O S A C O N S I D E R A R				
Conteúdos	Metodologia	Material/Equipamento	Avaliação	Tempo
(Introdução) Apresentação Pré-adquiridos	Expositivo Interrogativo	Computador (Apresentação em Powerpoint)	— Diagnóstica: ▪ Questões (individual/gerais) aos participantes: 1. Em 2012 a quantos doentes queimados prestou cuidados na SE? 2. Sabe quantos doentes passaram na SE no	5 min

			o de registos de Enfermag em específico para o doente queimado ? Porquê?	
Síntese	Expositivo			
(Conclusão)				
▪ Período para questões e dúvidas ▪ Síntese da sessão ▪ Ficha de avaliação da formação	Interrogativo Expositivo	Computador (Apresentação em Powerpoint)		5 min

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Pinheiro, J.; Ramos, L. (2005). *Métodos Pedagógicos*. Acedido em Dezembro 5, 2012, em <http://opac.iefp.pt:8080/images/winlibimg.exe?key=&doc=21415&img=889>



2º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Garantindo a Continuidade de Cuidados de Enfermagem
à Pessoa Adulta Grande Queimada

Estudante: Tiago Amaral, Enf.
Docentes: Professoras Florinda Galinha e Rebelho Botelho

Ensino Clínico II - Relatório de Ação de Formação

O tema da presente ação de formação surgiu da necessidade de sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da formação na sistematização do exame e tratamento emergentes da Pessoa Grande Queimada. A presente ação de formação, que também já foi realizada na UQ, justifica-se pela pertinência que a mesma tem na consecução do presente projeto: o de garantir a continuidade dos cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta Grande Queimada. No entanto, e nesta formação, serão apresentados ainda, os dados analisados referentes ao Grande Queimado no [REDACTED], no ano de 2011.

Enquanto aluno de enfermagem do presente mestrado que está a estagiar na UQ do [REDACTED], [REDACTED], e enquanto enfermeiro a nível pré-hospitalar (VMER São José) e intra-hospitalar (Sala de Emergência), senti a necessidade de despertar a importância para a uniformização da abordagem, de conceitos e registos pelo que a presente formação constitui-se fulcral para a prossecução do projeto em curso. Aproveitei o facto de ter realizado o *Emergency Management of Severe Burns* (EMSB) que me serviu de base teórica-prática nas ações de formação e simultaneamente para despertar interesse nos colegas por forma a perspetivar uma formação especializada de queimados a nível intra-hospitalar.

Na sequência da convergência de todas as partes envolvidas (professoras tutoras Florinda Galinha e Rebelo Botelho e enfermeira chefe Ana Paula Dias) ficou definido que as 5 (cinco) formações (uma por cada equipa em roulement) seriam realizadas no mês de Janeiro de 2013, em dias a acordar com a Enfermeira responsável pela formação no SU.

Selecionei os conteúdos da ação de formação e expu-los às professoras tutoras Florinda Galinha e Rebelo Botelho. O powerpoint, enquanto recurso didático, serviu de base à elaboração dos diapositivos que iriam suportar a ação de formação.

No início da segunda semana de Janeiro planeámos as ações de formação. Reunimos com a Sr^a Enf^a responsável pela sessão de sensibilização e ficaram definidas as datas de apresentação, o local de realização e o material didático que iria ser necessário para a efetivar. De seguida foram apresentados os conteúdos às professoras tutoras.

Após feedback positivo procedeu-se à elaboração do plano de sessão para a nossa ação de formação bem como à criação de cartazes.

O tempo previsto para a ação foi de 30 minutos, sendo que os primeiros 5 minutos serviriam para a apresentação do tema e sua pertinência bem como apresentar os objetivos gerais e específicos. Por outro lado serviriam para confrontar os enfermeiros no que diz respeito à realidade dos números: total de 106 enfermeiros no SU / 52 grandes queimados na SE no ano de 2011. Nos 20 minutos seguintes iríamos: 1) Caracterizar o *continuum* dos registos de Enfermagem do doente Grande Queimado entrado na Unidade Queimados no ano de 2011; 2) Definir as etapas da abordagem ao doente Grande Queimado; 3) Refletir sobre a prática de cuidados ao Grande Queimado na abordagem inicial; 4) Perspectivar a implementação de documento de registos de Enfermagem que contribua para assegurar o *continuum* de cuidados; 5) Perspectivar a formação futura no [REDACTED] por forma a uniformizar práticas e linguagem. Utilizou-se ainda a atividade de grupo *brainstorming* com o intuito de discutir acerca da importância e pertinência da criação de um curso de SAV em queimados na instituição assim como da implementação de um documento de registos de Enfermagem que contribua para assegurar o *continuum* de cuidados.

Os 5 minutos finais foram utilizados para fazer uma síntese da ação, proceder ao esclarecimento de dúvidas e avaliação da mesma utilizando um questionário em vigor no [REDACTED].

As ações de formação foram inicialmente planeadas para 20, 21, 22, 23 e 24 de janeiro 2013. No dia 20 realizei duas formações às 10h e 11h. No dia 21 realizei mais duas formações às 2h e às 10h. A formação realizada às 2h não foi programada. Dois dos elementos de referência da equipa A verificaram que no dia que iria dar formação a esta equipa não estavam de serviço e questionaram-me se seria possível fazê-la naquele momento. Respondi afirmativamente e de pronto outros enfermeiros mostraram interesse e juntaram-se para assistir à formação. Nos dias 22 e 23 fiz mais uma formação pelas 10h. Ao chegar ao SU no dia 24 para realizar a formação fui confrontado com a comunicação do chefe de equipa que

seria impossível realizar a mesma nesse dia por motivos de gestão (o SU estava caótico às 10h). Assim reprogramou-se a formação nesta equipa para dia 3 às 10h. Como o meu objectivo era fazer formação a pelo menos 50% dos enfermeiros de cada equipa foi igualmente programada nova formação para o dia 9 de fevereiro. No total realizei 8 formações no SU que envolveram 67 dos 105 enfermeiros correspondente a aproximadamente 64% do total de enfermeiros do SU (6 estão ausentes por licença de maternidade / doença). A percentagem de presenças em cada equipa foi de: 1) equipa fixa 60% (6/10); 2) equipa A 77,77% (14/18); 3) equipa B 54,54% (12/22); 4) equipa C 61,1% (11/18); 5) equipa D 66,66% (12/18); 6) equipa E 63,15% (12/19).

Todas as formações decorreram na sala de Enfermagem do SU sendo que a Professora Tutora Florinda Galinha também esteve presente numa delas. A referir que houve um ligeiro atraso no começo das formações, devido a condicionantes do próprio serviço.

Os métodos utilizados foram o diretivo (expositivo e interrogativo) e o ativo (discussão em grupo e *brainstorming*) de forma a motivar e despertar interesse nos formandos e assim desencadear interação.

No final da ação de formação o *feedback* obtido foi bastante positivo já que, e na sequência do *brainstorming* realizado, foi sublinhado, uma vez mais, a importância de formação comum transversal aos profissionais do [REDACTED] que têm ao seu cuidado pessoas vítimas de queimaduras, nas várias áreas de atuação desde a Emergência Pré-Hospitalar, passando pelo Serviço de Urgência e até às Unidades de Cuidados Intensivos.

Foi igualmente apresentado o projeto de construção de uma folha de registo que permita garantir a continuidade dos cuidados de Enfermagem à Pessoa Adulta Grande Queimada e solicitada a participação dos enfermeiros do SU na construção da mesma, através da crítica construtiva. A disponibilidade foi total pelo que foram informados que coloquei um dossier de cor rosa (de forma a contrastar com os pretos e os amarelo, verde, vermelho, roxo e preto das várias equipas) na estante e que poderiam dar o seu feedback para a construção da folha de continuidade de cuidados recorrendo ao mesmo.

No final da ação foi solicitado aos participantes (67 enfermeiros do total de 106 enfermeiros do SU) que realizassem uma avaliação da mesma, utilizando como instrumento a grelha de avaliação em utilização no Centro Hospitalar e que permite aos formandos fazer uma

avaliação global da formação e uma avaliação do formador e da metodologia utilizada. Deste modo é possível constatar na tabela seguinte que a maioria dos participantes “concordou totalmente” com os critérios de avaliação. A salientar os “apenas” 73,134% que responderam “Concordam Totalmente” com “O horário da formação foi adequado”. O SU é um serviço muito particular pelo que foi necessário um esforço conjunto da minha parte, dos chefes de equipa e dos próprios colegas que muitas das vezes ficaram com um ratio superior de doentes para que outros pudessem assistir à formação. Justifico este valor desta forma. Desde já o meu obrigado a todos.

Tabela 1 - Apreciação global da ação de formação "O Grande Queimado na Urgência Geral: a abordagem e a sua importância no *continuum* de cuidados”.

CrITÉrios a avaliar	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
As suas expetativas em relação à formação foram atingidas	---	---	11,941%	88,059%
Os objetivos da formação foram atingidos	---	---	8,956%	91,044%
Para a sua atividade profissional a atividade foi útil	---	---	5,971%	94,029%
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos	---	---	7,463%	92,537%
A teoria foi relacionada com a prática	---	---	10,448%	89,552%
A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico	---	---	11,941%	88,059%
Foram abordados todos os pontos que considerou importantes	---	---	16,418%	83,582%
A documentação distribuída possui qualidade	---	---	11,941%	88,059%
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida	---	---	14,926%	85,074%
A duração da formação foi adequada	---	---	17,911%	82,089%
O horário da formação foi adequado	---	---	26,866%	73,134%

Em relação à avaliação dos participantes no que concerne ao formador e respetiva metodologia utilizada, constatou-se que, de um modo geral, a avaliação efetuada foi em “muito bom”, como se pode verificar na tabela 2.

Tabela 2 - Apreciação global da ação de formação "O Grande Queimado na Urgência Geral: a abordagem e a sua importância no *continuum* de cuidados”.

Critérios a avaliar	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Domínio dos conteúdos apresentados	---	---	1,493%	98,507%
Facilidade de transmissão de conhecimentos	---	---	5,971%	94,029%
Clareza na transmissão dos conhecimentos	---	---	4,478%	95,522%
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos	---	---	2,985%	97,014%
Interação com o grupo	---	---	1,493%	98,507%
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	---	---	---	100%
Gestão de tempo	---	---	4,478%	95,522%
Pontualidade	---	---	4,478%	95,522%

Os formandos teceram ainda alguns comentários nomeadamente:

1. “Bom domínio do tema”;
2. “Formação muito pertinente pela uniformização de procedimentos e melhoria da qualidade na prestação de cuidados ao doente queimado com impacto substancial nos ganhos em saúde. Excelente apresentação”;
3. “Muito pertinente. Bom trabalho!”;
4. “Boa!”;
5. “Checklist para doente queimado enquanto lista de verificação e plano de acção de cuidados de Enfermagem é muito pertinente e eficaz para uma melhor prestação de cuidados; informação essencial!”.

APÊNDICE XX – Jornal de Aprendizagem

No EC 2 direcionei-me para o desenvolvido de aprendizagens e reflexão na prática da gestão durante os turnos que passei no SU polivalente de um CH de referência em Lisboa. No entanto, e fruto da minha tutora do EC1, hierarquicamente, ser a 2ª responsável de equipa, ocasionalmente, pude ter uma visão de duas realidades diferentes.

Acompanhei o Enfermeiro Artur Marona Beja, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e chefe de uma das equipas do SU. Desde sempre se conhece a trabalhar naquele serviço; há mais de 15 anos.

É o responsável pela coordenação da equipa não só distribuindo os enfermeiros em função das necessidades e recursos existentes, do movimento do serviço e das regras acordadas, bem como verifica se a distribuição dos assistentes operacionais (A.O.) se adequa ao movimento do serviço e reformula-a se for caso disso.

Uma vez que o SU tem uma área bastante extensa, distribuída entre ambulatório e a unidade de internamento curto, é difícil a supervisão e gestão dos enfermeiros e A.O.. Verifiquei a preocupação e a forma como organiza a prestação dos cuidados nos setores em que o movimento excedeu as capacidades instaladas.

Nestes 4 dias que passei no SU havia uma enfermeira em integração. Verifiquei a forma como o Enfermeiro Beja executou o plano de integração acordado no SU.

Outro dos aspetos a salientar foi a forma assertiva e prática como solucionou problemas que decorreram durante episódios pontuais, de situações críticas. Efetivamente esta assertividade, rapidez de raciocínio e execução potenciaram a resposta da equipa multidisciplinar tornando-a mais eficiente e eficaz.

Nos breves momentos que se “ausentou” da supervisão *in loco*, desempenhou o seu papel de coordenador ao nível das trocas de turno, fazendo cumprir as regras das mesmas. Elabora ainda ocorrências/incidentes que considerou pertinentes sobre problemas/factos ocorridos.

O facto de ter acompanhado um chefe de equipa com larga experiência nestas funções contribuiu para potenciar a aquisição de competências na área. Efetivamente, a forma como foi efetuada a gestão dos cuidados dentro da equipa de enfermagem em particular, e da equipa multidisciplinar em geral, permitiram-me perceber e refletir sobre decisões com as quais não me tinha confrontado. Entre elas destaco a forma como é efetuada a gestão dos enfermeiros nos diferentes setores em situações em que é excedida a capacidade instalada. Mais uma vez o *know-how* aliado à forma metódica e prática, não complicando o que é simples de se resolver e não simplificando o que é ou pode tornar-se complexo, fazem da liderança do Enfermeiro Beja, uma liderança sólida, respeitada e reconhecida. Qualquer enfermeiro dentro da instituição onde presta cuidados, e independentemente do patamar hierárquico, toma decisões. Contudo, e no patamar no qual vivenciei a experiência da gestão, senti um grau de responsabilidade mais elevado. O enfermeiro gestor de cuidados é aquele profissional de enfermagem que tem sólidos conhecimentos e que, perante uma situação qualquer, lhe permitem tomar uma decisão que otimiza a resposta da equipa inter e multidisciplinar, garantindo segurança e qualidade. A conduta de um líder passa ainda por saber orientar e delegar tarefas, assegurando da mesma forma, essa qualidade e essa segurança.

Este líder tem ainda de apresentar uma flexibilidade muito grande perante uma equipa constituída por várias pessoas, cada uma delas com a sua personalidade. A gestão de conflitos é outro dos aspetos no qual o líder, sendo congruente e imparcial, age em prol da pessoa doente mas nunca perdendo do horizonte as diferentes perspetivas que os seus elementos apresentam.

Penso que um bom líder é aquele que se desvia do autoritarismo e conquista a sua autoridade pelo percurso trilhado, assente em elevados padrões morais e éticos,

assegurando a qualidade dos cuidados e potenciando o trabalho de equipa, gerindo uma resposta da mesma, segura, eficaz e eficiente.

O enfermeiro especialista surge, então, como peça fulcral ao nível dos domínios da qualidade e gestão devendo desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais desde a sua conceção, gestão e colaboração no sentido de melhorar a qualidade assistencial (OE, 2010).

APÊNDICE XXI – Sessão de sensibilização “Situação de Exceção a nível pré-hospitalar: uma abordagem estruturada”

PLANO DE SESSÃO

1- IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO

Tema: "Situação De Exceção a nível pré-hospitalar: uma abordagem estruturada"

Destinatários: Enfermeiros e Médicos

Tempo previsto: 60 minutos (16h00 – 17h00)

Data: 11 fevereiro 2013

Local: Centro de formação do Hospital São José – CHLC

Formador: Tiago Amaral, Enfermeiro, Aluno do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, ESEL

2- OBJETIVO GERAL

Sensibilizar para a importância e necessidade de uma abordagem estruturada e de formação específica em situações de exceção.

3- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir conceitos de catástrofe, crise, acidente grave, desastres, situação exceção.
- Classificar "Major Incident";
- Conhecer a abordagem estruturada dos "Major Incidents";
- Conhecer a metodologia de triagem TRST;
- Perspetivar a formação futura na VMER São José – CHLC.

4- PRÉ-REQUISITOS

Enfermeiros e médicos que contactem direta ou indiretamente com situações de exceção.

5- MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR

Computador com software *Microsoft Powerpoint*, *retroprojektor*, escala de triagem TRST em papel, cartolina de diversas cores (amarelo, vermelho, verde e preto)

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:

- Objetivos.
- Definir conceitos.
- Abordagem estruturada do "Major Incident".
- Metodologia de triagem.
- Exercícios de triagem.
- O futuro no CHLC.

METODOLOGIA:

Ramos & Pinheiro (2005) referem que diferentes são as tipologias de métodos pedagógicos. Estas variam de acordo com os diferentes posturas psicopedagógicas dos diferentes autores. No entanto existe um conjunto de métodos que acabam por se tornar os mais utilizados em formação. Destes fazem parte: directivos (expositivos, demonstrativos, interrogativos) e activos. Nesta formação em particular utilizarei os seguintes:

- Método directivo: expositivo e interrogativo
- Método ativo (simulação);

AVALIAÇÃO:

- Diagnóstica: inicial
- Formativa: discussão

A S P E T O S A C O N S I D E R A R				
Conteúdos	Metodologia	Material/Equipamento	Avaliação	Tempo
(Introdução)				
Apresentação	Expositivo	Computador (Apresentação em Powerpoint)	—	5 min
Pré-adquiridos	Interrogativo		Diagnóstica: ▪ Questão geral: sabe o que é uma situação de exceção?	
Apresentação objetivos gerais e específicos	Expositivo		—	



2º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Garantindo a Continuidade de Cuidados de Enfermagem
à Pessoa Adulta Grande Queimada

Estudante: Tiago Amaral, Enf.
Docentes: Professoras Florinda Galinha e Rebelo Botelho

Ensino Clínico II - Relatório de Ação de Formação

Uma vez que 17 dos 20 elementos da VMER são parte integrante da equipa de Enfermagem do SU, e que 10 dos 17 elementos assistiram no mesmo SU à formação intitulada "O Grande Queimado na Urgência Geral: a abordagem e a sua importância no *continuum* de cuidados" (portanto 10 do total de 20 elementos perfazendo 50% dos enfermeiros da VMER) decidi, após acordo com as professoras tutoras Florinda Galinha e Rebelo Botelho, realizar uma outra formação agora na área do Incidente Major. Esta formação vem no seguimento do curso MIMMS que realizei no Reino Unido.

Enquanto aluno de enfermagem do presente mestrado que estagiou na UQ do [REDACTED], [REDACTED], e enquanto enfermeiro a nível pré-hospitalar (VMER São José) e intra-hospitalar (Sala de Emergência), senti a necessidade de sensibilizar para a importância e necessidade de uma abordagem estruturada e de formação específica em situações de excepção a nível pré-hospitalar. Até porque os peritos em queimados estimam que 25% a 30% de vítimas num *Mass casualty incident* (MCI) serão grandes queimados (Conlon & Martin, 2011, p.151). A presente formação constitui-se, assim, como um complemento importante para a prossecução do projeto em curso.

Na sequência da convergência de todas as partes envolvidas (professoras tutoras Florinda Galinha e Rebelo Botelho e enfermeiro coordenador da VMER Paulo Barreiros) ficou definido que a formação seria realizada no mês de Fevereiro de 2013, em dia a acordar com o grupo de formação da VMER.

Selecionei os conteúdos da ação de formação e expu-los às professoras tutoras Florinda Galinha e Rebelo Botelho. O powerpoint, enquanto recurso didático, serviu de base à elaboração dos diapositivos que iriam suportar a ação de formação.

Na última semana de Janeiro planeámos a ação de formação. Reunimos informalmente com um dos elementos responsáveis pela sessão de sensibilização e ficou definida a data de apresentação, o local de realização e o material didático que iria ser necessário para a efetivar. De seguida foram apresentados os conteúdos às professoras tutoras.

Após feedback positivo procedeu-se à elaboração do plano de sessão para a nossa ação de formação bem como à criação de cartazes. Contactámos os gabinetes de comunicação e imagem (GCI) do INEM e do [REDACTED] com o intuito de divulgar a mesma. A formação foi disseminada por e-mail por ambas as instituições através dos respectivos GCI e através do facebook (página oficial do INEM, página oficial da VMER São José, página não oficial do SU do [REDACTED] e na minha própria página). Esta formação teve pré-inscrição obrigatória para o e-mail oficial da VMER até dia 9 fevereiro 2013 e limitada a 30 formandos, exclusivamente médicos e enfermeiros (extensível a médicos internos ano comum e estudantes de enfermagem no último ano).

O tempo previsto para a ação foi de 60 minutos. No entanto totalizou 75 minutos pela razão que será explicitada mais adiante. Os primeiros 5 minutos serviriam para a apresentação do tema e sua pertinência bem como apresentar os objetivos gerais e específicos. Por outro lado serviriam para questionar os formandos sobre a definição de situação de exceção. Nos 20 minutos seguintes iríamos: 1) Definir conceitos; 2) Classificar “*Major Incident*”; 3) Conhecer a abordagem estruturada aos “*Major Incidents*”; 4) Descrever a metodologia de Triagem; 5) Aplicar triagem em exercícios com “vítimas em papel”; 6) Perspetivar a formação futura na VMER de São José - [REDACTED].

Nos 45 minutos seguintes (previstos 30 minutos) procedeu-se a uma actividade de grupo de simulação no qual foram realizados exercícios de triagem usando “vítimas em papel” tendo-se recorrido a metodologia de triagem START (27 casos) e triagem RTS (8 casos) totalizando 35 vítimas. Estas “vítimas em papel” são casos de treino que foram apresentados aquando da realização do meu curso MIMMS e caracterizam sumariamente as vítimas com indicadores fisiológicos que permitem simular o uso das diferentes metodologias de triagem. Forneceu-se na altura documentação com as duas escalas de triagem aos formandos para realizarem o

exercício assim como tiras de cartolina individualizadas de 4 cores (verde, amarelo, vermelho e preto) para votarem de acordo com a triagem efectuada por cada um. O exercício tinha 20 minutos para triagem e 10 para correcção. Esse é o tempo preconizado no curso MIMMS. Como não foi terminado em tempo útil prolonguei-o por mais 10 minutos (5 minutos + 5 minutos). A correcção demorou 15 minutos. Na minha opinião constituiu-se como uma oportunidade rara no que concerne a um exercício deste género. Infelizmente, embora preconizado (por razões várias nomeadamente pela necessidade de preparação para estes eventos – desde o planeamento e treino – ou pela obrigatoriedade por uma questão de qualidade) não é norma; acaba por ser a excepção.

Os 5 minutos finais foram utilizados para fazer uma síntese da ação, proceder ao esclarecimento de dúvidas e avaliação da mesma utilizando um questionário em vigor no [REDACTED].

A ação de formação foi realizada a 11 de fevereiro de 2013, no centro de formação do [REDACTED], [REDACTED], pelas 16h30. Inicialmente marcada para as 16h30 teve início às 16h40, altura em que estavam mais de 50% do total de formandos inscritos (18 dos 30). 4 dos formandos avisaram por e-mail, e no próprio dia, da impossibilidade de comparecerem por motivos vários. Em 10 minutos entraram os restantes formandos. Totalizaram 24 formandos: 12 Enfermeiros, 2 estudantes de Enfermagem, 6 Médicos internos do ano comum e 4 Médicos internos da especialidade. Do total de formandos 4 exerciam funções num meio pré-hospitalar nomeadamente VMER (2 representadas) e SIV (1 representada) da delegação sul do INEM. Dos restantes formandos a salientar que estão ligados a instituições do SNS, que na sua grande maioria, têm urgência aberta para o exterior.

Os métodos utilizados foram o diretivo (expositivo e interrogativo) e o ativo (simulação e discussão em grupo) de forma a motivar e despertar interesse nos formandos e assim desencadear interação. A interação binómio formador-formando foi exponenciada e muito produtiva.

No final da ação foi solicitado aos 25 participantes que realizassem uma avaliação da mesma, utilizando como instrumento a grelha de avaliação em utilização no Centro Hospitalar e que permite aos formandos fazer uma avaliação global da formação e uma avaliação do formador e da metodologia utilizada. Deste modo é possível constatar na tabela seguinte que a maioria dos participantes “concordou totalmente” com os critérios de avaliação.

Tabela 1 - Apreciação global da ação de formação "Situação de Exceção a nível pré-hospitalar: uma abordagem estruturada".

Critérios a avaliar	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
As suas expetativas em relação à formação foram atingidas	---	---	48%	52%
Os objetivos da formação foram atingidos	---	---	36%	64%
Para a sua atividade profissional a atividade foi útil	---	---	28%	72%
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos	---	---	28%	72%
A teoria foi relacionada com a prática	---	---	28%	72%
A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico	---	---	36%	64%
Foram abordados todos os pontos que considerou importantes	---	---	56%	44%
A documentação distribuída possui qualidade	---	4%	40%	56%
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida	---	---	40%	60%
A duração da formação foi adequada	---	4%	44%	52%
O horário da formação foi adequado	---	4%	44%	52%

Em relação à avaliação dos participantes no que concerne ao formador e respetiva metodologia utilizada, constatou-se que, de um modo geral, a avaliação efetuada foi em “muito bom”, como se pode verificar na tabela 2.

Tabela 2 - Apreciação global da ação de formação " Situação de Exceção a nível pré-hospitalar: uma abordagem estruturada".

Critérios a avaliar	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Domínio dos conteúdos apresentados	---	---	12%	88%
Facilidade de transmissão de conhecimentos	---	---	20%	80%
Clareza na transmissão dos conhecimentos	---	---	20%	80%
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos	---	---	16%	84%
Interação com o grupo	---	---	20%	80%
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas	---	---	4%	96%
Gestão de tempo	---	---	28%	72%
Pontualidade	---	4%	8%	88%

Os formandos teceram ainda algumas sugestões nomeadamente:

6. “Escala de Glasgow em português”;
7. “Escala a cores”;
8. “A duração de 1h é curta”;
9. “Uso de modelos para simulação”;
10. “Horário um pouco mais tarde para permitir a chegada dos profissionais fora do [REDACTED]”.

Os formandos teceram ainda alguns comentários nomeadamente:

11. “Mantém as iniciativas”;
12. “Muito interessante e uma abordagem inovadora e interessante à prática e exercício de triagem”;
13. “Excelente iniciativa; continua!”;
14. “Muito bom. Parabéns!”;

15. “Muito bom!”.

Tendo em conta as sugestões e a avaliação global da formação efectuada verifico que:

- 1 pessoa (4%) discorda no que concerne à documentação possuir qualidade. Associo ao facto da escala de comas de Glasgow estar em inglês bem como os algoritmos de triagem estarem a preto e branco quando se verifica que as cores são fundamentais para a realização do exercício. Por questões monetárias não tirei 30 fotocópias. Tirei fotocópias a preto e branco e nos locais explicitados indiquei qual a cor correspondente. Por outro lado estive sempre disponível para responder a questões. No entanto a sugestão tem toda a razão de ser e é para ser tida em conta em formações futuras.

- 1 pessoa (4%) discorda que o horário da formação foi adequado. Relaciono com a sugestão presente no ponto 5 e que agora indico: “Horário um pouco mais tarde para permitir a chegada dos profissionais fora do [REDACTED]”.

- 1 pessoa (4%) discorda que a duração da formação foi adequada. O tempo preconizado no plano de formação foi o estabelecido aquando da realização do curso MIMMS. Neste caso teve de se fazer uma extensão do tempo (mais 10 minutos para triagem e mais outros 5 minutos para correção).

- 1 pessoa (4%) refere que a pontualidade foi suficiente. Iniciou-se 10 minutos após o previsto para poder contar, pelo menos, com 50% dos inscritos. A conclusão, por conseguinte, também foi para lá da hora preconizada inicialmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Conlon, K.M. & Martin, Shawn (2011). “Just send them all to a burn centre”: Managing burn resources in a mass casualty incident. *Journal of Business Continuity & Emergency Planning*, Volume 5, Number 2, pp. 150-160. Acedido Julho, 7, 2012

emhttp://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=58&hid=9&sid=3e246461-16a8-405e-98ea-3a3ea4460260%40sessionmgr15

APÊNDICE XXI – Sessão de sensibilização “Situação de Exceção a nível pré-hospitalar: uma abordagem estruturada”

Elementos de Continuidade de Cuidados

ELEMENTOS DE CONTINUIDADE	DEFINIÇÃO E COMPONENTES DO CUIDADO COORDENADO
Informativa	• Definição: uso de informações sobre a condição médica do doente, passado, tratamento, e as circunstâncias pessoais (incluindo preferências de cuidados) para prestar os cuidados mais adequados para cada indivíduo / família. • Famílias: Ter a informação e assistência para recorrer aos serviços se necessário. • Prestadores: ter informação adequada sobre o estado de saúde e sobre a família, e adequada comunicação sobre todo o cuidado a ser prestado para que eles possam prestar a assistência correta em tempo oportuno.
Gestão	• Definição: Uma abordagem coerente para a gestão de uma condição de saúde já alcançada através de um plano de gestão consistente e flexível que é aceite por todos os prestadores e pelo indivíduo e sua família. • Famílias: Participam com os prestadores no desenvolvimento de um plano de cuidados compartilhado. • Prestadores: Colaboração no planeamento do cuidado e prestação do mesmo numa base regular com família, os médicos e outros prestadores da instituição ou de outras instituições externas; prestação de cuidados baseado num plano de cuidados compartilhado.
Relacional e Interpessoal	• Definição: Uma relação terapêutica consistente entre o indivíduo / família e um ou mais prestadores; acesso, em qualquer altura, a um prestador que conhece o indivíduo / família. • Famílias: Capaz de identificar a pessoa ou entidade responsável pela assistência e saber como entrar em contato com essa pessoa ou entidade 24h por dia/7 dias por semana; ter um relacionamento consistente e de confiança com um ou mais prestadores. • Prestadores: Reconhecer o papel de entidade "responsável" pela coordenação do cuidado; ter relações profissionais consistentes e de confiança com outros prestadores / entidades que cuidam a criança e a família.

Fonte: Adaptada de Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry (2003)

ANEXOS

ANEXO I – Autorização do CH e da Comissão de Ética para publicação dos dados

Exma Sra. Dra. [redacted]
Agradeço que informe se emenda ou
não em a divulgação dos dados,
bem que o CH se possa pronunciar

A/C: Sra. Dra. [redacted]

Diretora do Serviço de Cirurgia Plástica e
Reconstrutiva e da Unidade de Cuidados
Intensivos de Queimados do [redacted]

2013/05/02

Autoriza-se

2013/05/07

Assunto: Autorização para publicação de dados da UCI de Queimados, CH [redacted]

Data: 23 de Abril de 2013

Tiago Manuel Ferreira do Amaral, aluno do 2º Curso de Mestrado de
Especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica da Escola
Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar à Sra. Dr.ª [redacted]
[redacted], directora do Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva e da
Unidade de Cuidados Intensivos de Queimados do Centro Hospitalar de Lisboa
[redacted], autorização para publicação dos dados
estatísticos desta Unidade, relativos aos anos compreendidos entre 1995 e 2011,
no Relatório de Estágio intitulado "Garantindo a Continuidade dos Cuidados de
Enfermagem à Pessoa Adulta Grande Queimada".

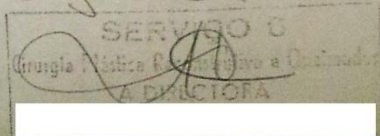
Com os meus melhores cumprimentos,

Por me ajudar
a divulgação dos dados
estatísticos de U-queimados
para respectiva autorização
por parte do CH

Tiago Manuel Ferreira do Amaral
(assinatura)

(Tiago Manuel Ferreira do Amaral)

Tomei conhecimento
e poder fazer ao CH



23-4-13



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE do CH

16-04-2013

(Processo n.º 05-2013)

Assunto: Apreciação de pedido no âmbito do estudo de investigação clínica "Garantindo a continuidade de cuidados de enfermagem à pessoa adulta grande queimada".

Autor: Tiago Manuel Ferreira do Amaral

Orientador: Professora Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho; Professora Mestra Florinda Galinha

Âmbito: Curso De Mestrado Em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Apresentada proposta de relatório a entregar na Faculdade.

Solicitada autorização para publicação, em relatório de estágio no âmbito do referido mestrado, de dados relativos a doentes internados em 2011 na Unidade de Queimados do CH [REDACTED].

Apreciação: Os dados colhidos e trabalhados estão integrados na descrição da fase de diagnóstico de situação, sendo suporte (ara além de outros dados) ao planeamento do seu projeto de desenvolvimento formativo.

A forma de apresentação dos dados assim com a contextualização é pertinente, coerente com o restante trabalho e não conflita com o respeito pela confidencialidade dos dados dos doentes internados naquela unidade. Assim, entende esta comissão emitir parecer favorável à sua publicação, conforme solicitado.

O Presidente da Comissão de Ética

Comissão de Ética para a Saúde

ANEXO II – Doentes entrados na UQ do CH no Ano 2011

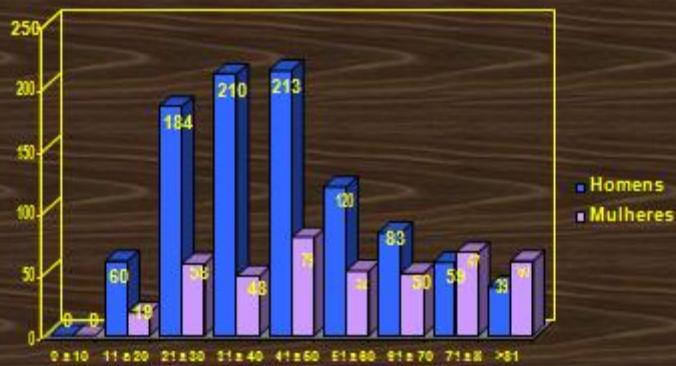
Sexo	Idade	TBSA	3º Grau	Etiologia	L.In./vent.	Dias Vent.	Dias Int.	Prov.	Tratamento	Local	ABSI	Destind	Pat. Ass	Pat. Ass	Pat. Ass
F	> 50	28	21,75	1	vo	2	79	2	2	1	8	2	0	0	0
M	> 50	17	12	1	vi	4	66	2	2	1	10	2	HTA	0	0
M	15 - 50	19	19	3	vi	1	7	2	2	3	7	2	Toxico	0	0
M	> 50	44,25	17	1	vi	15	89	1	2	1	11	2	Alc.	Cirroze	0
F	15 - 50	17	5,5	1	vi	2	45	1	2	1	6	2	0	0	0
F	15 - 50	7	0	1	0	0	17	3	2	1	5	2	0	0	0
F	> 50	6	6	1	0	1	0	3	2	1	6	2	0	0	0
M	> 50	29	15,5	1	vi	12	62	3	2	1	10	2	Oligo	0	0
M	> 50	8	8	1	0	0	15	2	2	1	6	2	Alc.	HTA	0
M	15 - 50	7	0	1	0	0	14	1	1	2	5	2	0	0	0
F	> 50	8	1,5	2	0	0	27	1	2	1	5	2	Epilepsia	0	0
M	15 - 50	8	0	1	vi	3	11	1	1	1	5	2	0	0	0
M	> 50	3,25	0,5	4	0	0	23	2	2	1	6	2	0	0	0
F	> 50	8	1,5	2	0	0	27	1	2	1	5	2	Epilepsia	0	0
M	15 - 50	6	0	1	vi	1	5	2	1	2	6	2	0	0	0
M	15 - 50	36,5	4	1	vi	7	15	2	2	1	10	2	Alc.	0	0
M	15 - 50	17	0	4	0	0	13	2	1	3	5	2	Toxico	0	0
M	> 50	18	0	1	0	0	24	2	2	1	6	2	HTA	UP	0
M	15 - 50	10,5	0	1	0	0	5	3	1	1	4	2	0	0	0
M	15 - 50	19,5	0	3	0	0	23	2	2	1	5	2	Toxico	HCV	0
F	15 - 50	77	62	1	vi	13	109	2	2	3	13	2	TCE	0	0
M	15 - 50	55	0	1	vo	1	12	1	2	3	9	2	Psic.	0	0
M	15 - 50	37,5	11	3	vi	2	37	1	1	2	10	2	0	0	0
M	15 - 50	6,25	3,5	3	0	0	22	2	2	3	5	2	Politraum	0	0
F	> 50	17	0	1	0	0	25	2	1	1	6	2	HCT	0	0
M	> 50	18	4	1	0	0	47	2	2	3	8	2	CV	Diabetes	0
F	15 - 50	88	6	1	vi	12	46	1	2	1	13	2	Psic.	0	0
M	15 - 50	14,25	0	3	0	0	14	1	2	3	5	2	Toxico	0	0
M	15 - 50	15	0	1	vi	2	20	1	1	3	6	2	0	0	0
M	15 - 50	1,5	1,5	3	0	0	8	2	1	2	6	2	HTA	0	0
M	15 - 50	91	83	1	vi	6	6	1	2	2	15	3	0	0	0
M	15 - 50	2,5	0	1	vo	1	3	1	1	2	3	2	0	0	0
M	15 - 50	7	0	5	0	0	25	2	2	2	4	2	Tab.	0	0
M	15 - 50	4	2	1	0	0	20	3	2	2	5	2	0	0	0
M	15 - 50	8	0	2	0	0	5	1	1	3	3	2	0	0	0
F	> 50	12,75	3	2	0	0	40	1	2	1	7	2	HTA	HCT	0
M	> 50	36,75	17,5	1	vi	5	5	1	2	1	10	3	0	0	0
M	> 50	17,9	0	2	o	0	34	1	2	1	8	2	HTA	Diabetes	0
F	> 50	13	10	1	o	0	22	3	2	1	7	2	HTA	Mastectomia	0

41	M	> 50	20	6	1	vi	15	15	1	2	1	9	2	HTA	Diabetes	0
42	M	15 - 50	37	2	2	o	0	35	2	2	2	8	2	0	0	0
43	M	15 - 50	9,5	0	2	o	0	9	2	1	3	4	2	HCT	0	0
44	M	> 50	3	3	2	o	0	15	3	2	1	6	2	Alc.	Tab.	0
45	M	> 50	25	2	1	o	0	63	2	2	3	9	2	CV	0	0
46	M	15 - 50	44,5	13	3	v0	1	2	2	2	3	9	3	Politraum	0	0
47	M	15 - 50	7	1	3	0	0	6	3	1	3	5	2	Politraum	0	0
48	M	> 50	13	0	2	0	0	14	2	2	1	7	2	CV	Neuro	0
49	M	15 - 50	33	11	1	vi	8	28	2	2	2	9	3	0	0	0
50	M	15 - 50	5,5	4	2	0	0	18	2	2	3	5	2	0	0	0
51	M	15 - 50	35	7,5	1	vi	12	41	2	2	3	9	2	Psiqu.	0	0
52	F	15 - 50	14,7	0,2	2	0	0	14	2	1	1	6	2	Epilepsia	0	0
53	F	15 - 50	90	5,5	1	vi	15	109	2	2	1	13	2	Politraum	0	0
54	M	15 - 50	34,5	21,5	1	vi	4	48	2	2	1	10	2	0	0	0
55	M	> 50	22	2	1	vo	12	35	2	2	1	9	2	HTA	Diabetes	0
56	F	> 50	11	0	2	0	0	37	2	2	1	6	2	Psiqu.	0	0
57	F	> 50	23	23	2	0	0	40	3	2	1	7	2	Neurol.	0	0
58	F	> 50	24	0	1	0	0	44	2	2	1	6	2	HTA	Mastectomia	0
59	M	15 - 50	5	0	4	vi	6	8	2	1	2	5	2	0	0	0
60	F	> 50	53	25	1	vi	80	80	1	2	1	12	4	Psiqu.	HTA	Parkinson
61	F	15 - 50	17	0	1	vi	1	37	1	2	3	5	2	0	0	0
62	F	15 - 50	0,75	0	1	vo	1	3	1	1	1	4	2	Epilepsia	0	0
63	M	> 50	11	2	2	0	0	12	3	2	1	6	2	HTA	CV	0
64	F	> 50	26,5	0	1	v0	1	13	2	1	1	7	2	0	0	0
65	M	> 50	66,75	46	1	vi	42	42	2	2	1	15	3	Tumor	0	0
66	M	> 50	3	0	2	0	0	12	3	1	1	5	2	Diabetes	0	0
67	F	> 50	8	2	1	0	0	29	2	2	1	6	2	CV	Metab.	0
68	F	> 50	3	0	1	0	0	16	3	2	1	6	2	0	0	0
69	M	15 - 50	7,5	0	1	vi	1	16	1	2	3	6	2	0	0	0
70	F	15 - 50	3,5	0	1	v0	1	6	1	1	3	5	2	Psiqu.	Tab.	0
71	M	> 50	63,5	30	1	vi	29	29	1	2	1	14	3	HTA	0	0
72	M	> 50	14,5	13	1	0	0	32	2	2	1	8	2	AVC	HTA	Epilepsia

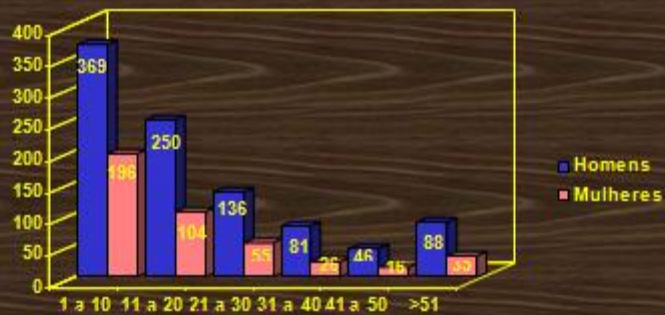
	Etiologia					
	1 Fogo					
	2 Contacto					
	3 Electrica					
	4 Flash electrico					
	5 Química					
	6 Desconhecido					
	Local					
	1 Domicilio					
	2 Trabalho					
	3 Desconhecido/ Loc. Publico					
	Proveniencia					
	1 Ad. Directa Urgente					
	2 Ad. Por Transf. Urg.					
	3 De outros Internamentos					
	Tratamento					
	1 Pensos					
	2 Cirurgia					
	Destino					
	2 Enfermaria					
	3 Morte					
	4 Outras UCI					
	Lesão Inalatória					
	Ventilação Traqueal					
	0 sem lesão					
	v0 ventilado sem lesão					
	v1 ventilado com lesão					

**ANEXO III – Dados estatísticos da UQ do CH de referência em Lisboa referentes
ao período 1995 - 2011**

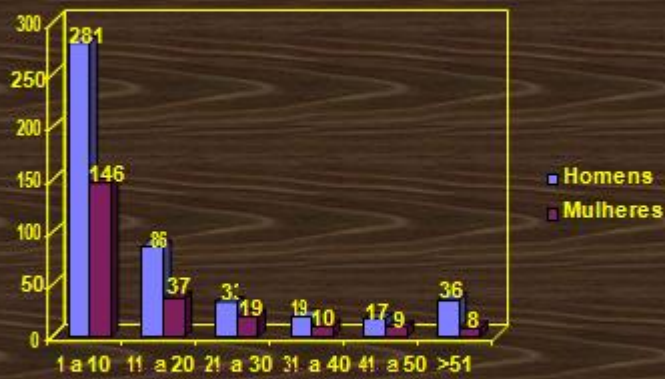
DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA



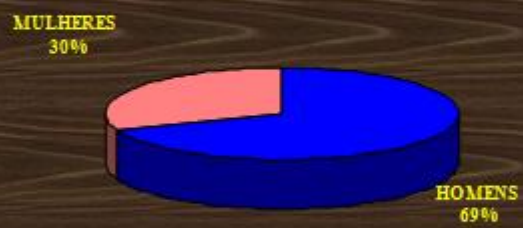
TBSA / SEXO



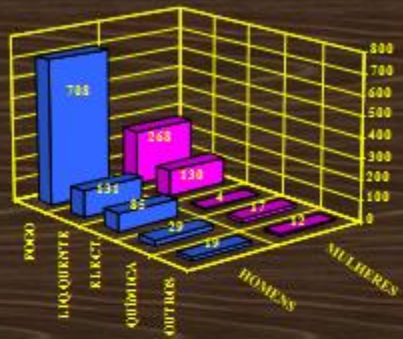
3º GRAU / SEXO



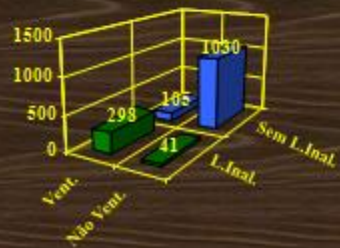
DISTRIBUIÇÃO DE SEXOS



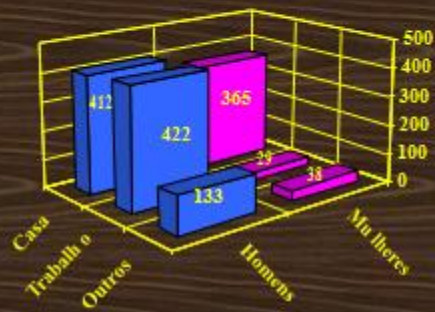
ETIOLOGIA



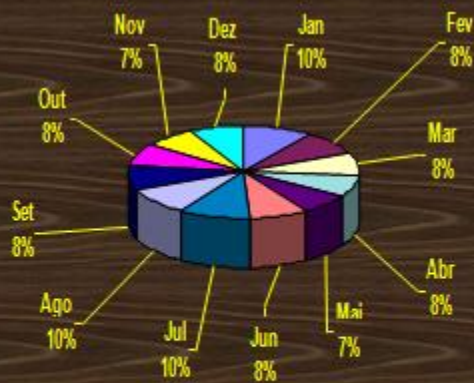
LESÃO INALATORIA / VENTILAÇÃO



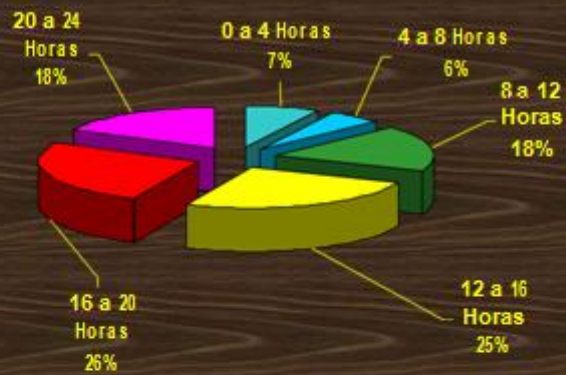
LOCAL DO ACIDENTE



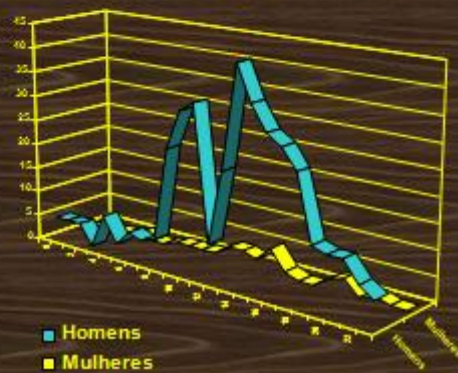
INCIDÊNCIA MENSAL



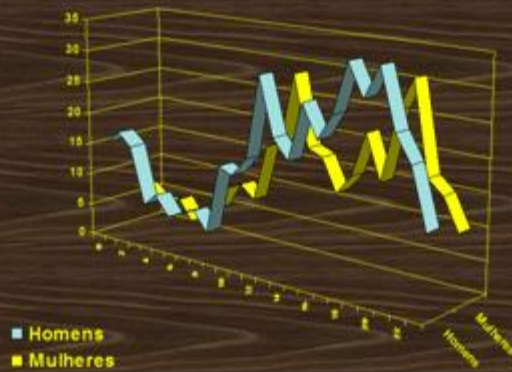
INCIDÊNCIA HORARIA



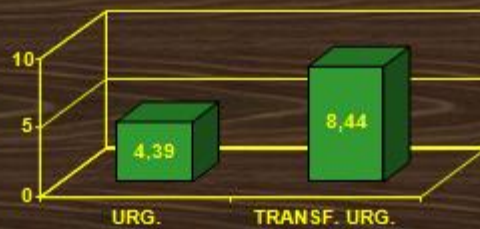
INCIDÊNCIA HORARIA DE ACIDENTES DE TRABALHO



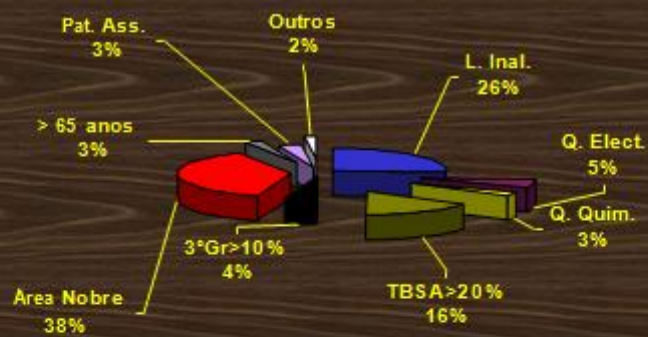
INCIDÊNCIA HORARIA DE ACIDENTES DOMÉSTICOS



DEMORA



CRITÉRIO DE INTERNAMENTO



TAXA DE OCUPAÇÃO



TAXA DE VENTILAÇÃO



TIPO DE TRATAMENTO



RESULTADO



PATOLOGIA ASSOCIADA

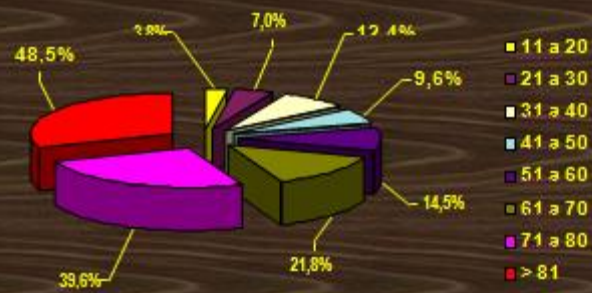


MORTALIDADE

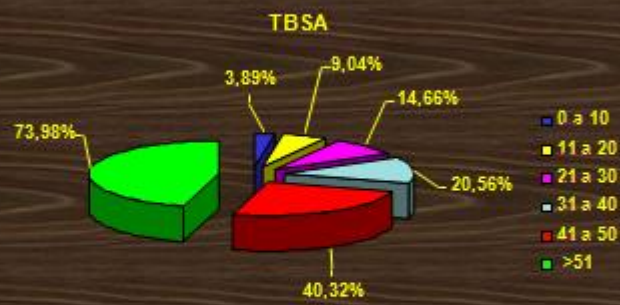


MORTALIDADE

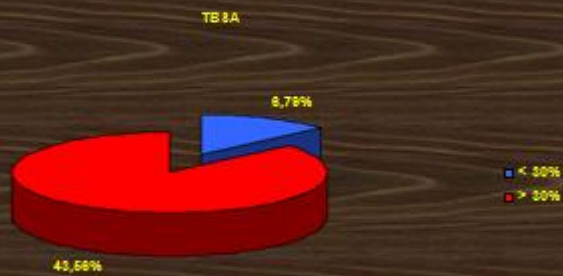
GRUPO ETARIO



MORTALIDADE

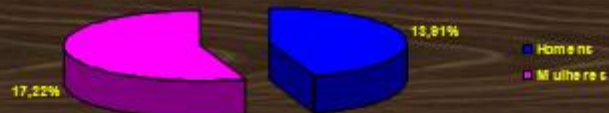


MORTALIDADE



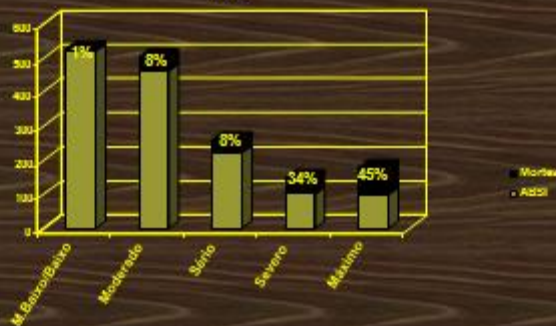
MORTALIDADE

SEXO



MORTALIDADE

ABSI



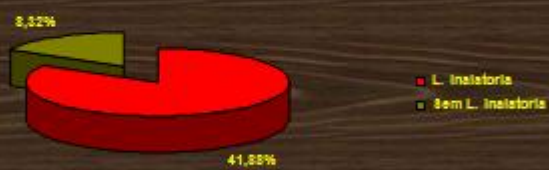
MORTALIDADE

Patologia Associada

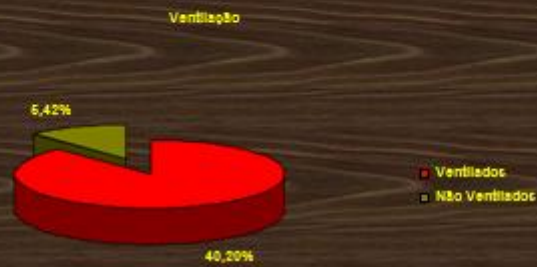


MORTALIDADE

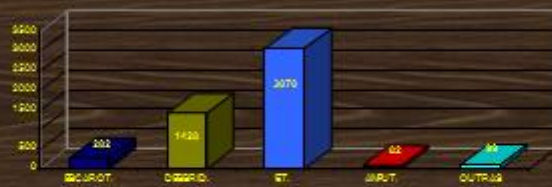
Lesão Insulatoria



MORTALIDADE



CIRURGIAS



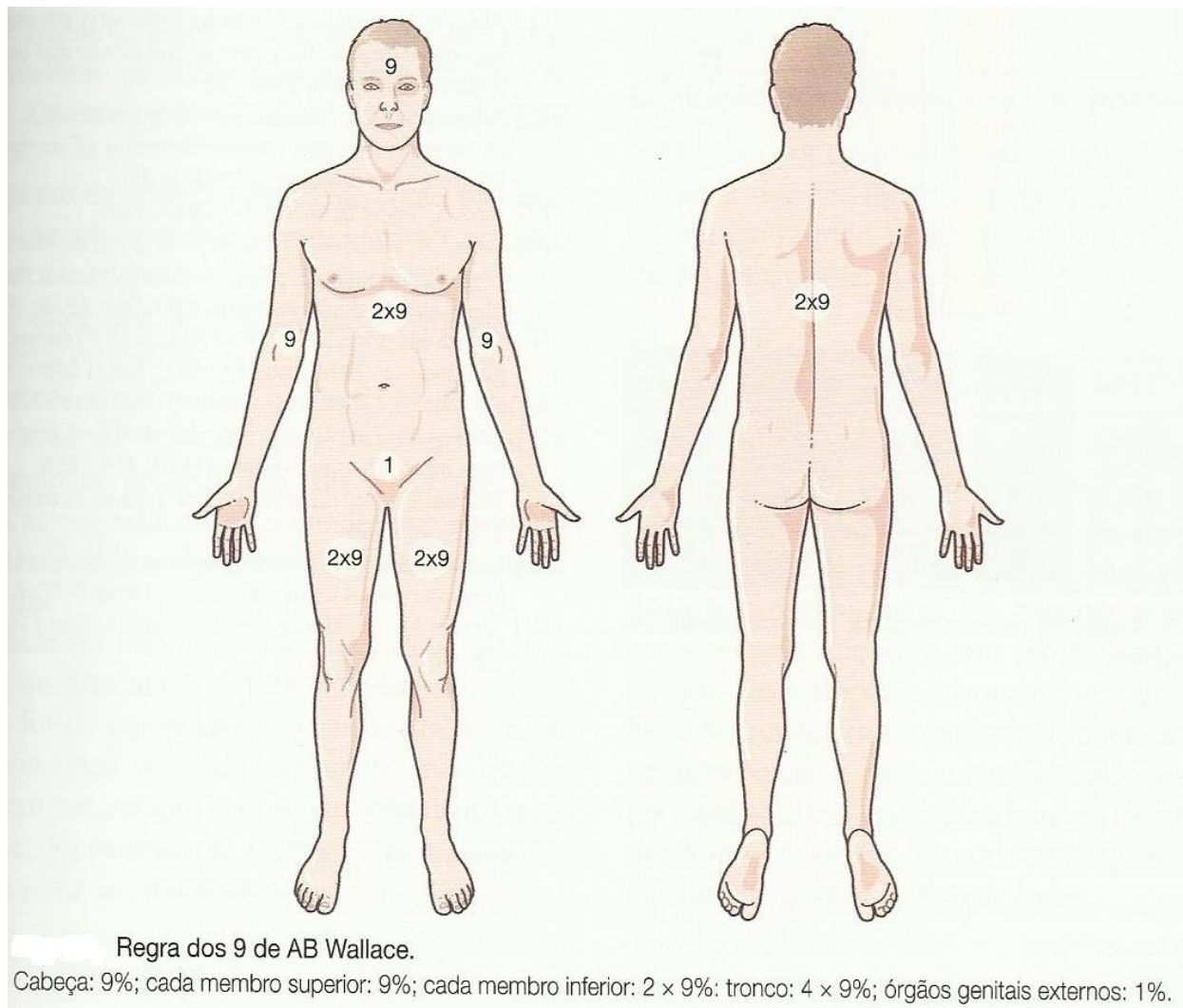
ANEXO IV – Estrutura do Curso EMSB

Structure of EMSB

L O O K	A I R W A Y	B R E A T H I N G	C I R C U L A T I O N	D I S A B I L I T Y	E X P O S U R E	F LUIDS	A.M.P.L.E. History
	D O	C spine	O ₂	Haemorrhage control I.V.	Prevention of secondary injury	A NALGESIA	Head to Toe Examination
						T ESTS	Tetanus
						T UBES	Documentation and transfer
							Support
	Primary Survey						Secondary Survey

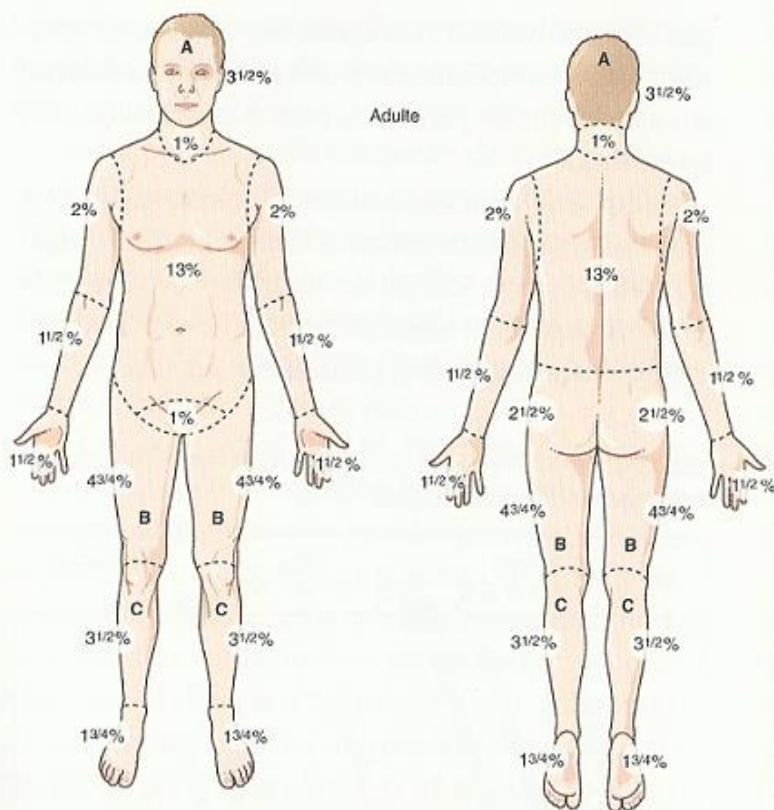
Fonte: ANZBA, 2012

ANEXO V – “Regra dos 9”



Fonte: Echinard & Latarjet, 2012, p.444

ANEXO VI – Tabela de *Lund and Browder*



Quadro 16-2. Estimativa da superfície queimada pelo método de Lund e Browder.

Idade	0-1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos
cabeça (A)	9,5 %	8,5 %	6,5 %	5,5 %
pescoço	1 %	1 %	1 %	1 %
tronco	13 %	13 %	13 %	13 %
braço	2 %	2 %	2 %	2 %
antebraço	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %
mão	1,25 %	1,25 %	1,25 %	1,25 %
órgãos genitais	1 %	1 %	1 %	1 %
nádega	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,5 %
coxa (B)	2,75 %	3,25 %	4 %	4,25 %
perna (C)	2,5 %	2,5 %	2,75 %	3 %
pé	1,75 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %

Os três segmentos cuja superfície relativa evolui com o crescimento estão marcados no esquema com as letras A, B e C. Os valores indicados na figura são os do adulto. O quadro dá a superfície relativa dos diferentes segmentos do corpo (face anterior ou posterior no esquema) em percentagem da superfície cutânea total.

ANEXO VII – Burn Nursing Competencies at Northern Burn Care Network, NHS

PORTFOLIO OF EVIDENCE

BURN NURSING COMPETENCIES

DATE OF ISSUE: OCTOBER 2012

DATE OF REVIEW: OCTOBER 2013

Introduction:

The following pack has been designed to assist you with your new post within the challenging aspect of burns care, thus enabling you to become a valued member of the burns team and ensuring that the burn-injured patient receives high quality, research based nursing care. The pack has been put together by the Lead Nurses within the Northern Burn Care Network, to generate a uniform approach to assessing nursing competency within burns care. Therefore if you have worked in any of the services in the Northern Burn Care Network, should you move areas, this pack would be applicable in any of the other services.

This programme has been designed to run over a 12-month period (it can be completed earlier depending on knowledge and previous experience or can be prolonged in extenuating circumstances).

Each new member of staff will be allocated with an assessor who will oversee their 12-month induction programme. A formal meeting with your assessor will be allocated within the first week and then at least quarterly thereafter. Every time you meet for formal discussion this should be documented, agreed and signed by all parties. Should you experience a problem with your assessor, this needs to be raised first with the assessor, and then if necessary with the ward manager.

Although you are assigned one assessor, please remember that all members of the team are available for support and guidance, as your assessor may be away from the ward

Portfolio of Evidence:

Burns Competencies

Aims, Roles and Expectations

Your assessor will be assigned to you. You may also ask other assessors to *provisionally* complete portions of your workbook, however, this must be reviewed by your original assessor afterward. The overall quality of the development process and completion of your workbook is your responsibility, while the quality of assessment process and assessorship is the responsibility of your Manager or Educational Lead.

For learners:

Learning and development aim:

“To achieve a broad basic knowledge in key aspects of nursing that will equip one to function in an appropriate capacity according to job description, Trust and national guidelines for practice.”

Approximately six weeks from starting this workbook, you should arrange a meeting with your Educational Lead to review your progress to date, including any gaps you have identified or areas you are finding difficult.

Your minimum score in each area should be at Level 3 at the Final Assessment.

For assessors:

Learning and development aim:

“To establish a close working relationship with the learner and guide them through the assessment process impartially and proactively so that a culture of open learning and development can be encouraged, thereby enhancing career development and service quality.”

PORTFOLIO OF EVIDENCE

The nurse must demonstrate consistency in competence and possess the underlying knowledge specified.

Criteria for Candidate

- Staff will be expected to complete this document within one year (it can be completed earlier depending on knowledge and previous experience or can be prolonged in extenuating circumstances).
- The assessor must meet you at least quarterly to discuss progress, and record this on the record of meeting page.

Criteria for Assessor

- An experienced nurse with a minimum of 5 years burns experience

PORTFOLIO OF EVIDENCE GUIDELINES FOR COMPLETION

It is your responsibility to ensure that you complete the portfolio of evidence to support your progression through this workbook. Don't forget to use your assessor and the larger team as a resource! During each meeting discuss any specific learning objectives you may have as well as those identified within the unit. This evidence can be used to support your KSF/Appraisal.

Where do I start?

- Look through the competency based skills required and reflect on how often you undertake these activities and how strong your skills are in relation to them – use the self assessment to help you with this process. You should arrange a meeting with your assessor to discuss your self assessment at this stage.

- Start your collection of evidence within the skills where;
 - There is a good match with the work you normally do
 - You undertake or participate in these activities often
 - Your skills are strong

Decide what evidence you already have and what additional evidence you need to collect or produce to demonstrate your competency and start collecting it in a portfolio.

- You will also need to reflect on those areas that you perform less often and/ or where your skills are not so strong. Arrange a meeting with your assessor to discuss and agree the areas for improvement and decide together how and when you will develop your competence in relation to them, and who will be your assessor for the process. Record your objectives and personal development plan and set regular dates with your assessor to review progress. Remember to collect evidence that demonstrates your development of competency as you go along.

How do I collect the evidence?

In addition to completing the self assessment form, it is your responsibility to produce a portfolio of evidence to demonstrate your competencies in each of the areas of nursing practice.

- Be efficient in collecting evidence, for example you can use one piece of evidence to match several of the competencies to.
- Quality of evidence is more important than quantity.
- Reference and cross reference your evidence and keep a record so that your assessor knows which competency it relates to. A good way of doing this is to put your work in a plastic wallet indicating with a sticky label on the outside which areas it relates to with its reference numbers.
- Collect evidence as you go along – don't leave it all to the last minute.

What evidence do I need to collect?

There are many different types of evidence that can be collected to demonstrate achievement of competency in each area of nursing practice.

- Self assessment – you need to complete this identifying those areas where there is room for improvement as well as those areas where you have particular strengths.
- Written evidence / documentation. This may include;
 - Nursing care plans, discharge letters and so on (patient confidentiality must be maintained by removing names and any other information that could identify the individuals involved)
 - Thank you letters from patient and / or learner.
 - Teaching plans, teaching evaluation forms.
 - Copies of student assessments (again confidentiality will need to be maintained by obscuring names / references).
 - Written reflection about critical incidents or patient care episodes, demonstrating an understanding of the underpinning knowledge required.
 - Case histories.
 - Reports or letters in support of your competence written by a professional colleague.

- Written records of discussions of your work and progress with your assessor / assessors.

This is not intended to be an exhaustive list of the types of evidence that may be produced. It is anticipated that a combination of different types of evidence will be used to demonstrate the achievement of your competencies. Remember that quality is more important than quantity and that one piece of evidence, e.g. a well written piece of reflection, may demonstrate achievement for more than competency.

What does my assessor have to complete?

Assessors will base their assessment on their observations of you carrying out activities as part of your daily work over a period of time and from discussions with you and your colleagues.

If the opportunity has not arisen for you to carry out a specific activity your assessor, manager, or educational lead may arrange for you to demonstrate your competence through discussion. Each area is assessed by you first, then at an agreed midway point, and at a final point using the assessment matrix below:

Assessment Matrix:

Score	Skills	Knowledge
1	Requires constant supervision and direction.	Is able to recall previously learned material
2	Requires some appropriate supervision	Is able to understand the meaning of material
3	Capable of performing the activity appropriately without supervision	Is able to use learned information in new situations/problems
4	Performs the activity at level 3, and can also supervise or assist others in this area	Is able to identify component parts of knowledge

Your assessor will complete the scoring for each of the items within each domain, and initial these as being completed to that particular standard, at that particular time.

NB: You must score a minimum of a 3 at your final stage to pass each area.

The Assessment Process

The purpose of the programme is to help you become a competent practitioner within the Burn Service.

The Core Competency Assessment

Self-Assessment

- For each of the core competencies it is important that the learner reflects on each of the assessments and compares their level of knowledge against the competence level. This should be done before meeting their assessor.
- The learner needs to be honest, so that their assessor will know how much support is needed.

Initial Assessment

- Once the learner has completed the self-assessment they need to arrange a meeting with one of their assessors.
- This will allow the assessor to have an idea of where the learner's strengths and weaknesses lie.
- The assessor will agree the present competence level of the learner for each competency.
- Future meetings should be mutually arranged to discuss the learners progress

1st Assessment

- This assessor will observe, supervise and finally assess the learner's performance. The assessor will then indicate in the 1st interview box what competence level the learner has achieved.
- If the learner achieves competence at this stage, 3 will be recorded for that assessment criteria or core competency skill, and further assessment is unnecessary

2nd Assessment

- At the end of each assessment record, an action plan needs to be agreed and recorded by the assessor to help the learner achieve the agreed competence level.
- It can be recognised that the learner may not be able to achieve level 3 competence due to their learning environment. This can be overcome by the identification of the competency along with an explanatory note.

Final Assessment

- By the time of the final assessment the learner should have reached level 3 competence.
- Once complete the learner needs to file all their documentation together and pass this onto their mentor this can facilitate you in further development within the burn service.

Burns Competencies

Meeting Schedule

Name of learner.....

Name of clinical assessor

In order to identify learning opportunities, establish personal objectives and gain support from your clinical assessor it is recommended you meet with your assessor three times during each unit. Always keep your workbook in your place of work so that your assessor can sign your achievements as you progress.

1. Initial discussion with assessor (4 Weeks) Date..... Signature

of learner Signature of assessor **Action**

Plan/Points of Learning

2. Mid point discussion with assessor (4 months) Date

Signature of learnerSignature of assessor

Action Plan/Points of Learning

3. Final discussion with assessor (9 months) Date Signature

of learner Signature of assessor

Action Plan/Points of Learning

Final Sign off of workbook

Confirmation of Clinical Practice Hours (12 months) Date..... Signature

of learner Signature of assessor Signature of
Educational Lead/Manager.....

Index of Competencies

1. Immediate Management.....	13
2. Admission of a Complex Burn	14
3. Accurate History of Injury	16
4. Classification of Burns.....	17
5. Estimation of TBSA Percentage	18
6. Fluid Resuscitation	20
7. Respiratory Management Following a Burn Injury	21
8. Cardiovascular Management Following a Burn Injury.....	24
9. Early Warning Scores.....	25
10. Wound Healing.....	26
11. Application of Appropriate Wound Healing Products	27
12. Bandaging	28
13. Skin Conditions	29
14. Infection Prevention and Control	30
15. Skin Grafting	31
16. Skin Substitutes.....	33
17. Role of the Multi-Disciplinary Team	34
18. Functional Therapy Following a Burn Injury.....	35
19. Nutritional Management of the Burn Injured Child or Adult	36
20. Pain Management	38
21. Psychological Care of the Burn Injured Patient and Family	39
22. The Importance of Play in Burn Injured Children	41
23. Vulnerable Adults/Safeguarding Children	43
24. Discharge Planning	44
25. Aftercare	45
26. Care of the Dying	46

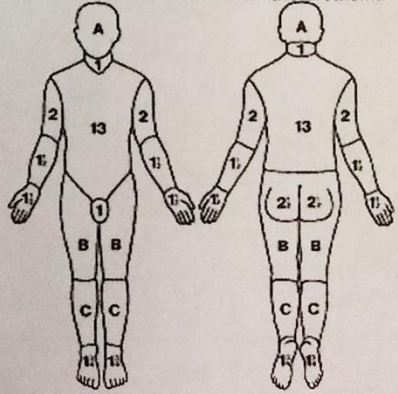
ANEXO VIII – EMSB Burns Transfer Information Chart

EMSB BURNS TRANSFER INFORMATION CHART

Date: _____ Time: _____ Name of patient: _____ Date of birth: _____	Referring unit: _____ Name of person referring: _____ Designation: _____																							
HISTORY: Time of incident: _____ Time of arrival: _____ How did it happen? _____ Associated injuries?: Y/N [details] _____ State of consciousness at scene? A V P U _____ First aid given?: Y/N For how long? _____ Tetanus toxoid status?: _____	EXAMINATION: C. spine injury suspected? Y/N Inhalation injury suspected? Y/N Soot in nose/throat? Y/N Hoarse voice? Y/N Stridor? Y/N Seen by anaesthetist? Y/N Intubation required? Y/N Breathing OK? Y/N O ₂ administered? Y/N BP HR Circumferential burns? Y/N Level of consciousness now? A V P U _____ Estimated burn extent: %TBSA Weight: kg.																							
FLUID REQUIREMENTS: For first 24 hours = _____ 2-4ml x %TBSA x kg = _____ml ½ in first 8 hrs after burn = _____ml Catherised? Y/N Time: _____	Hour	Type of fluid	Volume (ml)	Urine output (ml)																				
	1																							
	2																							
	3																							
	4																							
	5																							
	6																							
	7																							
	8																							
PAST MEDICAL HISTORY: Allergies: _____ Medication: _____ Last meal: hrs Last drink: hrs	ANALGESIA: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">Time</th> <th style="width: 40%;">Drug</th> <th style="width: 15%;">Dose</th> <th style="width: 15%;">Route</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				Time	Drug	Dose	Route																
Time	Drug	Dose	Route																					
INVESTIGATIONS DONE: FBC U&E Glucose G&S GXM ABG COHb CXR Abdo XR Pelvic XR	PERSON COMPLETING FORM: Name: _____ Designation: _____																							

ANEXO IX – Northern Burn Care Network Referral From: Adult Complex Burns

NORTHERN BURN CARE NETWORK REFERRAL FORM ADULT COMPLEX BURNS

Patient Details NHS Number Name Date of Birth / / Gender Male ☐ Female ☐ Address Postcode Telephone number Is an interpreter required? Yes ☐ No ☐ Language	Referral Information (Please specify) Hospital/ Community/ Other Department – ED / ICU / Ward/ Other Referrer Name Grade Direct Line Fax Number
Next Of Kin Details Patient accompanied by (relationship) Name of Next of Kin Contact Details Relationship Family/carer aware of hospital attendance? Yes ☐ No ☐	GP Details GP Name GP Practice/Address
Airway/Breathing Patent airway Yes ☐ No ☐ C. spine injury Yes ☐ No ☐ Immobilised Yes ☐ No ☐ Inhalation injury suspected Yes ☐ No ☐ Soot in nose/throat Yes ☐ No ☐ Hoarse voice Yes ☐ No ☐ Stridor/noisy breathing Yes ☐ No ☐ Anaesthetic assessment Yes ☐ No ☐ Intubated Yes ☐ No ☐ Time (if applicable) Please use an UNCUT tube Laryngoscopy grade I II III IV Size ETT mm cuffed/uncuffed Fixed at teeth/nose cm	PMSH Smokes /day Alcohol /day Drug Abuse Yes ☐ No ☐ Specify Allergies Yes ☐ No ☐ Specify Tetanus Status Mobility Learning Disabilities Yes ☐ No ☐ Mental Health Requirements Yes ☐ No ☐ Co-morbidities Yes ☐ No ☐ Specify
Environment Patient kept warm prior to and during transfer Yes ☐ No ☐ Wound Management ≥ 15% apply cling film and keep warm Irrigate chemical (except Phosphorus) burns copiously Wash small complex burns to facilitate assessment if appropriate Circumferential Burns: Discuss with burn service prior to transfer Escharotomies Needed Yes ☐ No ☐ Where Escharotomies carried out prior to transfer Yes ☐ No ☐ Patient Weight kg actual/estimated % TBSA % TBSA Full Thickness Burns A : 1/2 of head = 3 1/2% B : 1/2 of one thigh = 4 3/4% C : 1/2 of lower leg = 3 1/2%	Safeguarding/Risks Safeguarding Concerns Yes ☐ No ☐ Risk Concerns Yes ☐ No ☐ Specify Action taken Burn Information Date of Burn / / Time of Burn : Cause of Burn First Aid Given/Cooling Yes ☐ No ☐ Was the First Aid Delayed Yes ☐ No ☐ Specify By Whom: Witness/Fire Service/Paramedic/A&E/Other
OBS prior to intubation FIO2 % SaO2 % RR Min GCS prior to intubation /15	
Circulation HR bpm B/P / CRT sec Peripheral/Core Temp ° Fluid resuscitation commenced? Yes ☐ No ☐ (see overleaf) Urinary Catheter Yes ☐ No ☐ Balloon inflated size Venous Access 1 : central/peripheral size site Venous Access 2 : central/peripheral size site	
Burn % Chart - Ignore Simple Erythema 	

...Please Turn Over

Fluid Resuscitation (This formula is based on the Parkland Formula)

For 1st 8 hours: 0.1875mls x % burn x weight (kg) = mls/hour Hartmann's solution

(please check calculations and discuss 'CATCH UP' fluid with accepting Burn Unit)

We expect the patient to be transferred to the Burn Unit within 8 hours

Fluid Balance Chart – Please complete with ACTUAL volumes given for each hour

Burn Time	Hour 1	Hour 2	Hour 3	Hour 4	Hour 5	Hour 6	Hour 7	Hour 8
Hartmann's (mls)								
Other fluids (mls)								
Oral fluid (mls)								
Urine output (mls) (aim 0.5 – 1ml/kg/hr)								

Results			Medication Given			
Blood	ABG		Time	Drug	Route	Dose
Hb	pH					
WCC	PO2 kPa/mmHg					
Platelets	PCO2 kPa/mmHg					
Sickledex	HCO3					
Na+	BE					
K+	Lactate					
Urea	CoHb %					
Creatinine	Glucose					
Albumin	CK					
ECG	X-Ray (trauma Series)					

Northern Burn Care Network Adult Burn Units Contact Details

–If nearest service is full then contact National Burn Bed Bureau (NBBB) on 01384 215576

Newcastle	Royal Victoria Infirmary	Burn Unit	T: 0191 282 5637 / 0191 282 0271	F: 0191 2820260
South Tees	James Cook University Hospital	Burn Facility	T: 01642 854535	F: 01642 854175
Preston	Royal Preston Hospital	Burn Facility	T: 01772 522 244	F: 01772 523694
Manchester	Wythenshawe Hospital	Burn Unit	T: 0161 291 6314	F: 0161 2916315
Liverpool	Whiston Hospital	Burn Unit	T: 0151 430 1540 / 0151 430 2349	F: 0151 4301508
Wakefield	Pinderfields Hospital	Burn Unit	T: 01924 541700	F: 01924 541911
Sheffield	Northern General Hospital	Burn Unit	T: 0114 27 14129 / 0114 27 14126	F: 0114 2269097

Pre-transfer Checklist

Airway - safe/secured	
NGT in situ for transit	
Tubes/lines secured	
Poisons centre contacted and details attached	
Analgesia adequate	
Infusions for transit	
Appropriate staff	
Jewellery/watch off	
Notes/X-rays/ Investigations	
Photographs of wounds	
Copy of ED assessment details	
Copy of Ambulance PRF	
Relatives aware of transfer	
Burn Unit contacted with time of departure	

Any Other Relevant Information

Patient refused Yes ☐ No ☐ Reason

Transferred to:

Form Completed By

Signed

Designation

Contact Details

ANEXO X – Avaliação Qualitativa do EC 1



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O aluno Tiago Amaral integrou-se plenamente no dinamismo da equipa de enfermeiros da unidade de cuidados, integrando-se dos princípios e valores do mesmo. Apresentou elevada capacidade de trabalho em equipa, articulando com outros profissionais bem como de adaptar-se a mudanças.

Prestando cuidados de enfermagem especializados à pessoa muito grande durante nas diferentes fases do seu tratamento, dando-se ênfase às situações da pessoa em situação crítica, nomeadamente admissão de ventos grande diuretico, e 1^{as} 48 horas, o que lhe permitiu atuar em situações de emergências e antecipação de instabilidade, risco de pleurite orgânica. Demonstrou espírito de iniciativa e grande disponibilidade, para aproveitar as diferentes experiências para a aquisição de novos conhecimentos.

Os seus conhecimentos técnicos, científicos e o seu dinamismo aliado com a experiência profissional possibilitaram-lhe prestar cuidados de enfermagem especializados num ambiente terapêutico seguro, sempre com base num conjunto de princípios, valores e normas desinibidoras bem como no respeito pela Dignidade Humana.

Compreendeu as perturbações emocionais que decorrem de situações críticas pela pessoa e Pessoa Grande do modo e familiar familiar e a partir daí desenvolveu técnicas terapêuticas e geriu a comunicação interpessoal. Demonstrou ainda uma atitude de disponibilidade, compreensão e empatia.

Mobilizou competências especializadas adquiridas em contextos hospitalares diferentes, nomeadamente pré-hospitalar, urgências e nos outros frequentados.

Data: 31/03/13 Tutor

Assinatura

Flávio Goulão de Sá

Flávio Goulão de Sá

Orientador

Patrícia Costa

Patrícia Costa

Estudante

Tiago Manuel Figueira de Amorim

Tiago Amaral

⊕ no seu modo, para a sua prática bem como para aumentar os conhecimentos de equipe de enfermagem do U.D.

Demonstrar compreender a importância de um Programa de Prevenção e Controle de Infecção numa Unidade de Intensivo, tendo baseado a sua prática na prevenção e controle de infecção, bem como refletido sobre o mesmo.

Demonstrar consciência ética para problemas da prática do nível de enfermagem especializada à pensar em situações críticas e desenvolver e implementar estratégias no sentido de responder aos problemas identificados.

Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem à Pessoa Adulta Grande Idade com a elaboração do seu projeto "Garantindo a qualidade dos cuidados à Pessoa Adulta Grande Idade", tendo mobilizado os recursos existentes em seu local com vista à sua ~~prática~~ execução. Por outro lado este projeto, nomeadamente a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem para implementar no UMER e SURGUTZ reflete toda a pesquisa bibliográfica efetuada, bem como a sua capacidade de identificar parâmetros fundamentais para o tratamento de modo do work grande Idade.

Pelo descrito considera-se que o Enf. Tago Amoral atingiu os objetivos a que se propunha para este estágio, nomeadamente desenvolver competências no âmbito de cuidados de enfermagem à Pessoa Adulta Grande Idade, bem como a familiarizar nas particularidades emocionais decorrentes do nível crítico, ainda desenvolver competências ao nível de proximidade de intervenção na prevenção e controle de infecção do Povo Grande Idade.

ANEXO XI – Avaliação Qualitativa do EC 2

APRECIACÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

- Estágio limitado pelo tempo, com duração de 4 turnos, que impossibilita uma avaliação do desenvolvimento de competências.
- Durante o estágio o Ent. Tiago Amaral tem contacto com o processo de gestão de cuidados, do ponto de vista de coordenação de uma das equipas, com a finalidade de otimizar o trabalho de equipa de enfermeiros e assistentes operacionais em colaboração com a equipa multiprofissional para garantir a qualidade e segurança dos cuidados.
- Durante o estágio foram discutidos as diversas atribuições de gestão de cuidados.
- O Ent. Tiago apresenta elevado interesse e

Data: 16/02/13 Tutor: Florencia Golinho de Sá
Orientador

Assinatura: Florencia Golinho de Sá

Artur André Lisboa
Estudante

Artur André Lisboa

capacidade de argumentação durante o processo de discussões.

